Acta Universitatis Tamperensis 2419

KARI TOLONEN

Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) -ohjelman prosessi ja tulokset yhdyskuntaseuraamusasiakkailla

KARI TOLONEN

Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) -ohjelman prosessi ja tulokset yhdyskuntaseuraamusasiakkailla

■

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Linna-rakennuksen Väinö Linna -salissa, Kalevantie 5, Tampere
24. päivänä marraskuuta 2018 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

KARI TOLONEN

Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) -ohjelman prosessi ja tulokset yhdyskuntaseuraamusasiakkailla

Acta Universitatis Tamperensis 2419
Tampere University Press
Tampere 2018

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

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

Copyright ©2018 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2419
ISBN 978-952-03-0854-4 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1929
ISBN 978-952-03-0855-1 (pdf)
ISSN 1456-954X
http://tampub.uta.fi

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2018

Kiitokset

Tulin opiskelemaan Tampereen yliopistoon nuorisotyöntutkintoon syksyllä 1976. Kahta vuotta myöhemmin pääsin tiedekunnan puolelle pääaineena sosiaalipsykologia. Yhteiskuntatieteiden maisterin paperit sain keväällä 1990, jolloin oli viimeinen aika valmistua vanhan muotoisesta tutkinnosta. Matka väitöskirjan valmistumiseen on ollut pitkä ja monin paikoin melko kummallinenkin. Paljon on kertynyt kiitettävää, mutta koska muistini on niin kehno, että paljon tärkeitä nimiä jäisi kuitenkin pois, keskityn nyt vain muutamiin henkilöihin, jotka ovat tehneet tämän väitöskirjan valmistumisen mahdolliseksi, vaikka eivät sitä ehkä itsekään tiedä. Omaa ristiriitaisuuttani kuvastanee, että opintojen alkuaikojen tärkeitä opettajia olivat ryhmätyötä opettanut Pehr Charpentier ja sosiaalipsykologian professori Antti Eskola, joka oli tärkeä esikuva tieteellisessä ajattelussa ja menetelmien käytössä.

Palasin yliopistolle syksyllä 1998 kahdeksi vuodeksi työllistettynä Iiris Ruohon väitöskirjan avustajaksi. Ilman Iiriksen luottamusta ja rohkeutta palkata minut avukseen olisi tämä väitöskirja jäänyt tekemättä. Seuraava kriittinen kohta oli, kun vuosi sydänleikkauksen jälkeen hain sosiologian ja sosiaalipsykologian laitokselle ilmaiseen työkokeiluun. Laitoksen silloinen johtaja ja henkilöstöstä vastannut työntekijä suhtautuivat asiaan vastentahtoisesti, mutta ovet aukenivat suurisydämisen Vilma Hännisen kautta, jonka avulla pääsin laitokselle tutkijoiden tekniseksi avustajaksi. Samalla suoritin myös sosiaalipsykologian käytännön opintoja täydennysopiskelijana. Tästä alkoi yhtenäinen ajanjakso, jonka aikana oli yli 40 eri pituista ja nimikkeistä työsuhdetta ja päätepisteenä väitöskirja.

Tutkimusavustajan ajan tärkeimpiä kontakteja oli yhteistyö professori Anja Riitta Lahikaisen kanssa, minkä kautta pääsin kiinni SPSS –ohjelman käyttöön. Kun kuulin Anja Koski-Jänneksen siirtymisestä Kuopiosta professoriksi Tampereelle, päätin liittyä hänen koulukuntaansa ja pääsinkin avustajaksi hänen projektiinsa. Sitten siirryin mielihyvin tekemään omaa väitöskirjaa Koski-Jänneksen johtamaan MISA –projektiin, jossa jo työskentelivät Harri Sarpavaara ja Leena Ehrling tohtoreina ja Maria Rakkolainen väitöskirjatutkijana. Heitä on paljosta kiittäminen. Työn tekemisen aktiivisina vuosina toimi myös Addiktio -jatkokoulutusseminaari, jossa mukana olleille myös kuuluu suuri kiitos. Samoin on kiittäminen paljosta myös seminaarin toista ve-

täjää, jo edesmennyttä professori Pekka Saarniota, jonka kanssa yhteistyö hänen projekteissaan eri jaksoina oli mutkatonta ja helppoa. Neuvoja tilastollisiin pulmakohtiin olen saanut esimerkiksi tutkimuspäällikkö Jyrki Ollikaiselta. Väitöskirjatyötäni alusta lähtien ohjanneen emerita professori Anja Koski-Jänneksen ja toisen ohjaajan professori Martti Tuomiston panos työn valmistumiselle on ratkaisevan suuri. Nöyrimmät kiitokseni teille! Samoin suuret kiitokset väitöskirjan esitarkastajille apulaisprofessori Nelli Hankoselle ja dosentti Aarno Laitilalle, joiden kaikkien ohjeiden ja neuvojen noudattaminen olisi parantanut työn laatua. Kiitos myös muille ihmisille, joilta olen saanut apua ja tukea monissa eri tilanteissa tämän väitöskirjan eteenpäin saamiseksi.

Erityiskiitokset kuuluvat vielä tutkimukseen osallistuneille asiakkaille, joita ilman tutkimuksen aineistoa ei olisi syntynyt sekä yhdyskuntaseuraamustyöntekijöille, niin VKM-ohjelmia ohjanneille kuin myös muillekin, jotka aina antoivat auliisti apuaan tutkimuksen eri vaiheissa.

Taloudellisesti hankettani ovat tukeneet ensiksi Suomen Akatemia ja Rikosseuraamusvirasto MISA –projektin kautta vuosina 2007 – 2010, Alkoholitutkimussäätiö kolmen kuukauden ajan vuonna 2014, Rikosseuraamusvirasto 1.5.2015 – 30.4.2016 ja Tampereen yliopisto viimeistelyapurahalla kolme kuukautta syksyllä 2016. Lisäksi olen voinut käyttää yliopiston tiloja ja välineitä silloinkin, kun ulkopuolista rahoitusta ei enää ollut.

Suurin taloudellinen ja henkinen tukijani on ollut vaimoni Vuokko Tolonen. Ilman hänen kärsivällisyyttään ja sitkeyttään ei tästä työstä olisi tullut mitään. Suurkiitokset myös lapsillemme Johannekselle ja Onervalle sekä heidän lapsilleen Josefiinalle, Ilmarille ja Oonalle, jotka ovat tuoneet iloa ja voimaa arkeen, etenkin silloin kun itse olen ollut tiukoilla.

Tampereella 22.5.2018

TIIVISTELMÄ

Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) -ohjelman prosessi ja tulokset yhdyskuntaseuraamusasiakkailla. Tampereen yliopisto 2018.

Rikoksiin syyllistyneiden päihdekuntoutusta on tutkittu paljon vähemmän kuin heidän päihteiden käyttöään ja siihen liittyviä ongelmia. Tämä tutkimus pyrkii vastaamaan kysymykseen, missä määrin motivoivasta haastattelusta (Miller & Rollnick, 2013) on apua rikoksiin syyllistyneiden päihdeongelmien vähentämisessä ja mikä tässä lähestymistavassa herättelee muutosta. Motivoiva haastattelu on juuri päihdehoitoon kehitetty asiakaskeskeinen ja ohjaava menetelmä (Miller & Rollnick, 1991), jossa asiakasta autetaan muuttamaan päihteiden käyttöään siihen liittyvän ambivalenssin ratkaisemisen ja sisäisen muutosmotivaation kasvun avulla.

Motivoivaan haastatteluun perustuva ruotsalainen Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) -ohjelma (Farbring & Berge, 2006) on otettu laajasti käyttöön yhdyskuntaseuraamustyön piirissä. Koska motivoivan haastattelun tuloksista ja vaikuttavista osatekijöistä tiedetään hyvin vähän Suomessa, VKM-ohjelman työntekijöitä ja asiakkaita rekrytoitiin osallistumaan tähän sen prosessia ja tuloksia arvioivaan pilottitutkimukseen.

Tämä väitöskirja raportoi VKM-ohjelman välittömiä ja pidempiaikaisia tuloksia. Välittömät tulokset imenevät asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksesta ja myöhempiä tuloksia ilmentää asiakkaan päihteiden käyttö kuusi ja 12 kuukautta ohjelman jälkeen. Tutkimuskysymykseni ovat: 1) mitä välittömiä ja seurantatuloksia VKM-ohjelmalla on? 2)

missä määrin rikosseuraamustyöntekijät noudattavat motivoivan haastattelun henkeä, periaatteita ja tekniikoita? 3) miten työntekijän käyttäytyminen on yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen? 4) miten VKM-ohjekirjan noudattaminen vaikuttaa ohjelman tuloksiin? ja 5) mitkä tekijät näyttävät ennustavan asiakkaiden päihteiden käytön vähenemistä 6 ja 12 kuukauden seurannoissa?

Oman tutkimukseni taustoittamiseksi teen luvussa 3 systemaattisen katsauksen motivoivan haastattelun vaikutuksesta rikoksiin syyllistyneisiin avohoidossa ja rangaistuslaitoksissa. Luvussa 4 luon katsauksen motivoivan haastattelun prosessitutkimuksiin sen selvittämiseksi, mitä tähän mennessä on saatu selville tämän vuorovaikutustyylin toimivista osatekijöistä.

Tutkimukseen osallistui 25 työntekijää ja 50 päihteitä väärinkäyttävää rikoksen tekijää. Asiakkaiden ensimmäinen ja toinen keskustelu tallennettiin ja litteroitiin. Motivoivan haastattelun noudattamisen arvioimiseen käytin MITI-koodausjärjestelmää ja asiakkaan puheen koodaamiseen Paul Amrheinin sitoutumispuheen koodausmanuaalia. Asiakkaiden päihteiden käyttöä mitattiin alkutilanteessa ja seurantahaastatteluissa kyselylomakkeella, johon kuului esimerkiksi AUDIT- ja SDS-kysymykset. Kummankin istunnon jälkeen asiakkaita ja työntekijöitä pyydettiin täyttämään istunnon arviointilomake. Istunnon vuorovaikutusta tutkittiin korrelaatiometodilla. Ensisijaisen päihteen käytön muutosta 6 ja 12 kuukauden seurannoissa mallinnettiin hierarkkisella regressioanalyysilla.

6 ja 12 kk seurantoihin osallistui 84 % ja 72 % asiakkaista. Tapahtunut kato ei ollut systemaattista. Työntekijät noudattivat motivoivaa haastattelua hyvin. Motivoivan haastattelun hengen hallitsi taitavalla tasolla 74 % työntekijöistä. Työntekijöiden ilmaisuista oli motivoivan haastattelun mukaisia 82 %. Heikoimmat taidot olivat avointen kysymysten tekemisessä ja reflektioiden suhteessa kysymyksiin. Työntekijät myös noudattivat hyvin VKM -ohjelman manuaalia. Asiakkaiden AUDIT- ja juomishaittapisteet laskivat seurantavuoden aikana merkitsevästi. Työntekijän motivoivan haastattelun taidot ja asiakkaan muutospuhe korreloivat vahvasti. Taloudellisin 12 kk tulosta ennustava malli sisälsi asiakkaan alkutilanteen luottamuksen ensisijaisen päihteen vähentämisen onnistumiseen, ohjaajan tiedon antamisen, asiakkaan muutoskykypuheen ja asiakkaan arvion istunnon sujuvuudesta. Negatiivista tulosta taas ennustivat yleisarvio keskustelun suuntaamisesta sekä työntekijän arvio asiakkaan tunneilmaisusta ja usko asiakkaan hoidossa jatkamiseen. Malli, johon sisältyi pelkästään merkitseviä ennustajia, selitti tuloksesta 64 %.

Tämän pilottitutkimuksen tulokset antavat alustavaa tukea VKM-ohjelmalle ja sen toteuttamiselle. Asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä ensimmäisiin keskusteluihin ja ohjaajiinsa sekä VKM-ohjelmaan, joka onnistui vähentämään rikoksen tekijöiden päihteiden käytön ongelmia. Työntekijöiden motivoivan haastattelun käyttö korreloi asiakkaan muutospuheen kanssa, mutta vuorovaikutusmuuttujista vain asiakkaan arvio keskustelun sujuvuudesta, työntekijän tiedon antaminen ja asiakkaan muutoskykyä koskeva puhe ennustivat lopullisessa mallissa ensisijaisen päihteen käytön vähenemistä. Työntekijät tarvitsevat enemmän harjoitusta avoimien kysymysten ja reflektioiden käytössä. Enemmän huomiota pitäisi suunnata asiakkaiden muutoskyvyn ja sitoutumisen vahvistamiseen.

Avainsanat: motivoiva haastattelu, Viisi keskustelua muutoksesta –ohjelma, yhdyskuntaseuraamus, tulos- ja prosessitutkimus, muutospuhe, säilyttämispuhe, sitoutuminen.

ABSTRACT

Process and Outcome of Behaviour-Interviewing-Change (BIC) Program with Clients in Probation Service, University of Tampere 2018.

Substance abuse rehabilitation for offenders has been studied much less than their substance abuse and related problems. The aim of this study is to answer the question to what extent motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2013) is helpful for offenders in the treatment of substance abuse problems and how this approach evokes change. Motivational interviewing is just for substance abuse treatment developed client-centered and directive counseling style (Miller & Rollnick, 1991) for helping clients to change their substance use by resolving their ambivalence about it and by enhancing intrinsic motivation for change.

The MI based Swedish Behavior-Interviewing-Change (BIC) program (Farbring & Berge, 2006) has been widely adopted by the personnel of the probation service. Since very little is known about the effectiveness and active components of motivational interviewing in Finland the counsellors and clients of the BIC program were recruited to participate in a pilot study evaluating its process and outcome. This dissertation reports on the immediate and the delayed results of the BIC program. The immediate results include the data on the client-counsellor interaction and the delayed results involve the changes in the clients' use of psychoactive substances at six and twelve months after the program. My main questions were: 1) what are the immediate and delayed outcomes from the BIC program? 2) to what extent do the probation counsellors manage to apply the spirit, principles and techniques of motivational interviewing? 3) how does the behavior of the counse-lor connect with client's change talk? 4) how does adherence to the BIC program manual affect the program results ? and 5) what factors of the client-counsellor interaction in motivational interviewing seem to predict the substance abuse harm reduction at the six- and 12 month follow-ups.

To provide background for my study chapter 3 contains a systematic review of the efficacy of motivational interviewing with offender populations in outpatient care and criminal institutions. Then in chapter 4 I review the process studies on motivational interviewing to discover what has so far been found out about the active ingredients of this interaction style.

Twenty-five counsellors and 50 substance abusing probationers participated in the study.

The first two encounters were videotaped and transcribed. The integrity of motivational interviewing was evaluated with Motivational interviewing treatment integrity

(MITI) coding system and clients' change talk with Paul Amrhein's client commitment language coding manual. The clients' use of psychoactive substances was measured at the baseline and in the follow-up interviews with a questionnaire including e.g. AUDIT- and SDS-questions. After the first and second sessions the clients and counsellors filled in a session evaluation form. The client-counsellor interaction was studied by correlational methods. The reduction in the primary substance abuse at six and 12- month follow-ups were modelled by hierarchical regression analysis.

The follow-up rates at six and twelve months were 84 % and 72 %, respectively. The dropout was not systematic. The counselors adhered to motivational interviewing quite well. The spirit of MI was mastered at the level of competency by 74% of the counsellors. Asking open questions and the reflection to question ratio were the weakest skills. The counselors also followed the manual of BIC -program well. The participants' Audit-scores and harms caused by drinking were significantly reduced over the follow-up year. The motivational interviewing skills of counselors and clients' change talk correlated highly. The most economical model explaining the positive 12 –month treatment outcome included clients' initial trust in managing to reduce substance use, giving information, client talk about ability to change and the client evaluation of session fluency. The negative outcome was predicted by the global rating of direction and the counsellor rating of the client's emotional expression and belief in the client staying in treatment. The model that included only the significant predictors explained 64 % of the variation in the treatment outcome.

The results of this pilot study provide initial support for the BIC program and its implementation. The clients were very satisfied with the first conversations, their counsellors and with the BIC –program, which succeeded in reducing the substance abuse problems of the probationers. The counsellors' use of MI consistent techniques was correlated with the clients' change talk but of these interaction factors only the client evaluation of session fluency, giving information and client talk about ability to change reached significance in the final model explaining the reduction of the primary substance abuse. The counsellors need more training in the use of open questions and reflections. More attention should be paid to the relational elements of motivational interviewing and working with clients' self-efficacy and commitment.

Key words: motivational interviewing, substance abuse treatment, Behavior-Interviewing-Change (BIC) program, Probation service, process and outcome study, change talk.

SISÄLLYS

1 Johdanto ... 17
1.1 Tutkimuksen tarkoitus ... 17
1.2 Tutkimuksen yhteiskunnallinen ja hoidollinen asemointi ... 18
1.3 Tutkimuskonteksti ja merkitys ... 20
1.4 Tutkimusraportin rakenne ... 21

2 Motivoiva haastattelu ... 22
2.1 Motivoivan haastattelun syntyhistoria ... 22
2.2 Motivaatio ja ambivalenssi ... 23
2.3 Motivoivan haastattelun henki ... 25
2.4 Motivoivan haastattelun periaatteita ja perustaitoja ... 26
2.5 Motivoivan haastattelun neljä prosessia ... 30
2.6 Muutospuheesta ... 31
2.7 Motivoivan haastattelun tyylilliset peruspiirteet tiivistäen ... 32
2.8 Motivoivan haastattelun taustateoriat ... 33
2.9 Motivoivan haastattelun leviäminen ja aiempi tutkimus ... 34
2.10 Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) –ohjelma motivoivan haastattelun sovelluksena ... 36

3 Motivoiva haastattelu kriminaalikontekstissa ... 38
3.1 Systemoitu kirjallisuuskatsaus ... 38
3.2 Yhdyskuntaseuraamustutkimukset ... 42
3.2.1 Motivoiva haastattelu ehdonalaisvalvonnan parantajana ... 42
3.2.2 Motivoiva haastattelu hoitomotivaation ja avohoidossa pysymisen lisääjänä ... 43
3.2.3 Motivoiva haastattelu avohoitoon osallistuneiden juomisen ja rikosten uusimisen vähentäjä ... 48
3.3 Motivoiva haastattelu rikosoikeudellisissa laitoksissa ... 55
3.3.1 Motivaation kasvattaminen laitosolosuhteissa ... 55
3.3.2 Vankilainterventioiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen ... 58
3.3.3 Motivoiva haastattelu vankien päihteiden käytön ja sen seurausten vähentäjänä ... 60

3.4 Yhdyskuntaseuraamus- ja laitostutkimusten tarkastelua tulosalueittain ... 70

4 Katsaus päihdeasiakkaiden motivoivaa haastattelua koskeviin prosessitutkimuksiin ... 76
4.1 Johdanto ... 76
4.2 Lisäävätkö motivoivan haastattelun mukaiset tekniikat asiakkaan muutospuhetta? (polku yksi) ... 79
4.3 Lisäävätkö terapeutin vuorovaikutustyylin tavat asiakkaan muutospuhetta? (polku kaksi) ... 83
4.4 Tuottaako asiakkaan muutospuhe sitoutumista käyttäytymisen muutokseen? (polku kolme) ... 85
4.5 Vaikuttaako asiakkaan valmistelevan muutospuheen ja sitoutumispuheen lisääntyminen hänen päihteiden käyttöönsä? (polut neljä ja viisi) ... 87
4.6 Vaikuttaako motivoivan haastattelun vuorovaikutustyylin ja tekniikoiden noudattaminen asiakkaan käyttäytymisen muutokseen? (polut kuusi ja seitsemän) ... 95
4.7 Prosessitutkimustulosten yhteenveto ... 99
4.7.1 Terapeutin toiminnan vaikutus asiakkaan muutospuheeseen ... 99
4.7.2 Asiakkaan puheen yhteys hoidon tuloksiin ... 102
4.7.3 Terapeutin toiminnan yhteys asiakkaan hoidon tuloksiin ... 104

5 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit ... 107
5.1 Tutkimuskysymysten tarkentaminen ... 107
5.2 Hypoteesit ... 108

6 Metodi ... 109
6.1 Tutkimuksen konteksti ... 109
6.2 Tutkimusasetelma ja aineiston keruu ... 111
6.3 Osanottajien rekrytointi ... 113
6.4 Tutkimusaineistot ... 115
6.4.1 Aineiston keruu ja lomakkeet ... 115
6.4.2 Videoaineiston käsittely ja koodaus ... 117
6.5 Mittarien reliabiliteetti ja validiteetti ... 121
6.6 Riippumattomat ja riippuvat muuttujat ... 123
6.7 Tilastolliset menetelmät ... 124
6.8 Tutkimuseettiset kysymykset ... 124

7 Alkutilanteen tulokset ... 126
7.1 Asiakkaiden sosiaalinen tausta ... 126

7.2 Päihteiden käyttö ja sen seuraukset ... 128
7.2.1 Päihteiden käyttö ... 128
7.2.2 Päihteiden käytön seuraukset ... 130
7.2.3 Päihteiden käyttö alkutilanteessa suhteutettuna muihin tutkimusaineistoihin ... 132
7.3 Päihdehoidot ennen Viisi keskustelua muutoksesta –ohjelmaa ... 133
7.4 Tavoitteet alkutilanteessa ja usko niiden toteutumiseen ... 133
7.5 Perustietoja VKM –ohjaajista ... 134
7.6 Alkutilanteen tulosten tarkastelua ... 136

8 Välittömät tulokset vkm –ohjelmasta ... 138
8.1 Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot keskusteluista ... 138
8.2 Motivoivan haastattelun toteuttaminen ... 140
8.3 Manuaalin noudattaminen ... 142
8.4 Asiakkaan muutos- ja säilyttämispuheen koodaustulokset Amrheinin koodausjärjestelmällä ... 143
8.5 Työntekijän käyttäytymisen yhteys asiakkaan päihteiden muutosta koskevaan puheeseen (polut yksi ja kaksi) ... 145
8.6 Asiakkaan muutosta valmistelevan puheen yhteys muutokseen sitoutumiseen (polku kolme) ... 148
8.7 Ohjelmassa pysyminen ja keskeyttäminen ... 149
8.8 Välittömien tulosten tarkastelua ... 150
8.8.1 Ohjelmaan osallistuminen ja arviot keskusteluista ... 150
8.8.2 Motivoivan haastattelun noudattamisesta ... 151
8.8.3 Työntekijän käyttäytymisen yhteydestä asiakkaan päihteiden käytön muutosta koskevaan puheeseen (polut yksi ja kaksi) ... 152
8.8.4 Valmistelevan muutospuheen yhteyksistä muutokseen sitoutumiseen (polku kolme) ... 155

9 Seurantavaiheen tulokset ... 156
9.1 Kuuden ja 12 kuukauden seurantoihin osallistuminen ja kato ... 156
9.2 Osanottajien arviot Viisi keskustelua muutoksesta – ohjelmasta ... 157
9.3 Päihteiden käyttö 6 ja 12 kuukauden seurannoissa ... 159
9.4 Ohjelmassa pysymisen / keskeyttämisen yhteys seurantatuloksiin ... 163
9.5 Asiakkaan tausta- ja alkutilanteen muuttujien yhteys seurantatuloksiin ... 163
9.6 Asiakkaan muutospuheen yhteys seurantatuloksiin (polut neljä ja viisi) ... 164
9.7 Työntekijän motivoivan haastattelun taitojen yhteys asiakkaan seurantatuloksiin (polut kuusi ja seitsemän) ... 165

9.8 Ensisijaisen päihteen vähentämisprosentin ennustaminen 6 ja 12 kuukauden seurannoissa 166
9.9 Seurantavaiheen tulosten tarkastelua 170
9.9.1 Päihteiden käyttö seurannoissa 170
9.9.2 Motivoivan haastattelun taitojen yhteys seurantatuloksiin 172
9.9.3 Muutospuheen yhteys seurantatuloksiin 173
9.9.4 Ensisijaisen päihteen vähentämisprosentin ennustaminen 6 ja 12 kuukauden seurannoissa 174

10 Tutkimuksen tarkastelua 178
10.1 Yhteenvetoa tuloksista 178
10.2 Tutkimuksen arviointia 187
10.3 Päätelmät tulosten sovellettavuudesta käytäntöön 190
10.4 Jatkotutkimusideoita 191

11 Liitteet 194

12 Lähteet 274

Kuviot ja taulukot

Kuviot

Kuvio 1. Systemoidun kirjallisuuskatsauksen toteutus…….....41

Kuvio 2. Motivoivan haastattelun prosessi- ja tulosmuuttujien oletetut suhteet (sovellettu Miller ja Rosen kuviosta, 2009, s. 530)…….78

Kuvio 3. Tutkimus vuokaaviona……..112

Taulukot

Taulukko 1. Motivoiva haastattelu yhdyskuntaseuraamustutkimuksissa……..53

Taulukko 2. Motivoivan haastattelun tutkimukset rikosoikeudellisissa laitoksissa…….....68

Taulukko 4. Asiakkaiden (n=50) asuinpaikka, rikostyyppi ja sen seuraamus…… 114

Taulukko 5. Tutkimuksen aineistonkeruu…….116

Taulukko 6. Motivoivan haastattelun taitojen yhdistelmäpisteet……....119

Taulukko 8. Ensimmäinen ja toinen keskustelu manuaalin mukaan……..123

Taulukko 9. Asiakkaiden taustamuuttujat…….127

Taulukko 12. Päihteiden käyttötapa ja alkoholin käyttö alkutilanteessa……...129

Taulukko 13. Muiden päihteiden keskimääräiset käyttökerrat alkutilanteessa viimeisen kuukauden aikana…….130

Taulukko 14. Päihteiden käytön aiheuttamat riskit ja haitat……131

Taulukko 17. Yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden päihteiden käyttö vuonna 2010 (%)……....132

Taulukko 18. Päihdehoidot ennen VKM – ohjelmaa. ……....133

Taulukko 19. Tavoitteet ja niiden onnistumisvarmuus alkoholin ja huumeiden/lääkkeiden suhteen……....134

Taulukko 20. Perustietoja työntekijöistä…….....135

Taulukko 21. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot ensimmäisestä ja toisesta keskustelusta asteikolla 1-5 (n = 49)……139

Taulukko 22. Asiakkaiden ja työntekijöiden keskustelun arvioiden merkitsevät korrelaatiot……140

Taulukko 23. Yleisarviot motivoivan haastattelun noudattamisesta (n = 49)...141

Taulukko 24. MITI – käyttäytymiskoodien esiintyminen koodatuilla keskustelujaksoilla…….141

Taulukko 25. Työntekijän motivoivan haastattelun taidot (%, n = 49)……142

Taulukko 26. Manuaalin mukainen teemojen käsittely……143

Taulukko 29. Asiakkaan päihteiden käytön muutos-, säilyttämis- ja 0-puheen määrien korrelaatiot……..145

Taulukko 30. Työntekijän käyttäytymisen merkitsevät yhteydet asiakkaan muutospuheen määrään ja voimakkuuteen (n = 49)……..146

Taulukko 31. Työntekijän käyttäytymisen yhteys asiakkaan säilyttämispuheeseen…….147

Taulukko 32. Asiakkaan muutosta valmistelevan puheen merkitsevät yhteydet muutokseen sitoutumiseen (n= 49)……...148

Taulukko 33. Asiakkaan päihteiden käytön säilyttämistä valmistelevan puheen merkitsevät yhteydet päihteiden käyttöön sitoutumiseen (n = 49)……149

Taulukko 34. VKM–ohjelman loppuun asti jatkaneiden ja sen keskeyttäneiden päihteiden käytön seuraukset alkutilanteessa…….150

Taulukko 35. 6 kk ja 12 kk seurantaan osallistuneiden ja osallistumattomien Audit - pisteet, alkoholin käytön haitta -pisteet ja SDS - pisteet alkutilanteessa……...157

Taulukko 38. Alkutilanteen, 6 kk ja 12 kk seurantojen AUDIT–pisteiden, SDS–pisteiden sekä alkoholin käytön haittapisteiden erot (ka. ja kh.).160

Taulukko 40. Lääkkeiden ja huumeiden käyttö alkutilanteessa, 6 kk – ja 12 kk seurannassa huumeita tai lääkkeitä käyttäneillä……..161

Taulukko 42. Ensisijainen päihde alkutilanteessa, 6kk:n - ja 12 kk:n seurannassa……...162

Taulukko 43. Asiakkaan päihdehoidot alkutilanteessa, 6 kk:n ja 12 kk:n seurannassa……...162

Taulukko 44. Asiakkaan taustamuuttujien oireellisesti merkitsevät ja merkitsevät korrelaatiot AUDIT/SDS – pisteiden vähenemiseen (%) 6 kk:n ja 12 kk:n seurannoissa……..164

Taulukko 45. Asiakkaan muutosta valmistelevan – ja sitoutumispuheen yhteys Audit/SDS –pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen seurannoissa 6 kk:n ja 12 kk:n seurannoissa……165

Taulukko 46. Työntekijän käyttäytymisen yhteys AUDIT/SDS–pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen 6 kk:n ja 12 kk:n seurannoissa (%, p < 0.10)……...166

Taulukko 47. Ensisijaisen päihteen vähentämisprosenttia 6 kk:n seurannassa ennustava hierarkkinen regressioanalyysi [1]…….168

Taulukko 48. Ensisijaisen päihteen vähentämisprosenttia 12 kk:n seurannassa ennustava hierarkkinen regressioanalyysi [1]…….169

Taulukot liitteessä 11

Taulukko 3. VKM –ohjelma; keskustelut, tavoitteet, muutospuhe ja apuvälineet……265

Taulukko 7. MITI – koodaukseen valikoituneet keskustelujen kohdat….....266

Taulukko 10. Vuoden 2010 yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden 2010 ja VKM - asiakkaiden taustatekijät (%)……..266

Taulukko 11. Päihteiden käytön historia…….267

Taulukko 15. Alkoholin käytön seuraukset ja haitat……268

Taulukko 16. Ensisijaisen päihteen kohdalla tuntunut…… 269

Taulukko 27. Työntekijän ja asiakkaan puheenvuorot ja koodaukset……. .269

Taulukko 28. Asiakkaiden päihteiden käyttöä koskevan muutos-, ylläpito ja nollapuheen määrät…….. 270

Taulukko 36. VKM – ohjelman jatkuminen ja osallistuminen 6 kk:n ja 12 kk:n seurantoihin……. 271

Taulukko 37. VKM- ohjelman loppuun asti jatkaneiden ja keskeyttäneiden päihteiden käyttöä kuvaavat pisteet alkutilanteessa…….. .271

Taulukko 39. Yksittäiset muuttujat, joissa todettiin vähintään oireellisesti (p<.10) merkittäviä muutoksia alkutilanteesta 6kk ja/tai 12 kk seurantoihin…… 272

Taulukko 41. Päihteiden kokonaiskäytön yhdistelmäpisteet, summamuuttuja.273

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tarkoitus

Rikoksiin syyllistyneiden päihdekuntoutusta on tutkittu selvästi vähemmän kuin heidän päihteiden käyttöään ja siihen liittyviä ongelmia. Tässä tutkimuksessa paneudun juuri tähän kysymykseen pyrkien selvittämään, missä määrin motivoivasta haastattelusta (Miller ja Rollnick, 2013) on apua rikoksiin syyllistyneiden päihdeongelmien hoidossa ja ehkäisyssä sekä mikä tässä lähestymistavassa varsinaisesti vaikuttaa muutokseen.

Motivoiva haastattelu on päihdehoitoon kehitetty asiakaskeskeinen ja ohjaava menetelmä (Miller & Rollnick, 1991), jossa autetaan asiakasta muuttamaan päihteiden käyttöään siihen liittyvän ambivalenssin ratkaisemisen ja sisäisen muutosmotivaation kasvun avulla. Huolimatta tämän menetelmän laajasta kotimaisesta suosiosta (Koski-Jännes, 2008; Pienimäki, 2001), sen käytännön toteutusta ja vaikuttavia osatekijöitä ei ollut juuri tutkittu Suomessa ennen projektimme alkua. Tutkimukseni vastaa tähän tiedon tarpeeseen päihteitä käyttäneiden rikoksiin syyllistyneiden kuntoutuksessa käytetyn motivoivan haastattelun osalta.

Tutkimuksellani on kaksi päätavoitetta. Sen yhtenä tavoitteena on laatia systemaattinen suomenkielinen katsaus rikosseuraamuspuolella tehtyihin motivoivan haastattelun tuloksellisuutta koskeviin ulkomaisiin tutkimuksiin, sillä sellaista ei ole vielä tehty. Toisena päätavoitteenani on motivoivan haastattelun prosesseja ja tuloksellisuutta koskeva pilottitutkimuksen tekeminen suomalaisilla yhdyskuntaseuraamustuomioita suorittavilla henkilöillä, jotka osallistuvat ”Viisi keskustelua muutoksesta” -nimiseen interventioon (Farbring & Berge, 2012). Pyrin siinä selvittämään, mitkä tekijät asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa näyttävät ennustavan suoraan tai välillisesti hoidon tuloksia. Samalla tarkastelen myös, miten alkutilanteen tekijät vaikuttavat osanottajien vuorovaikutukseen ja hoidon tuloksiin.

1.2 Tutkimuksen yhteiskunnallinen ja hoidollinen asemointi

Alkoholin ja huumeiden käytöstä aiheutuvat päihdeongelmat ovat lisääntyneet Suomessa merkittävästi viimeisten vuosikymmenien aikana. Alkoholin käyttö on yli kolminkertaistunut neljässä vuosikymmenessä (Karlsson & Österberg, 2010). Huumeiden käyttö yleistyi ja haitat kasvoivat erityisesti 1990-luvulla (Hakkarainen & Metso, 2007). Alkoholin kulutuksessa ja sen kielteisissä seurauksissa tapahtui selvä lisäys EU-johtoisen hinnan alennuksen jälkeen vuonna 2004, jolloin kulutus kasvoi 10 % (Suomen Akatemia, 2008).

Suurin osa ihmisistä, joilla on päihdeongelmia, ei kuitenkaan koskaan hakeudu hoitoon (Cunningham & Breslin, 2004), ja ne jotka hakeutuvat putoavat siitä nopeasti muutaman tapaamisen jälkeen (Kuusisto & Saarnio, 2012; Saarnio ym.,1998). Siksi on erityisen tärkeätä tietää, mitkä tekijät vaikuttavat hoidon toimivuuteen ja ehkäisevät sen ennenaikaista päättymistä.

Päihteet ja rikollisuus liittyvät kiinteästi yhteen, sillä päihteet lisäävät sekä rikoksia että niiden uhriksi joutumista. Jopa 60-80 prosenttia vangeista on pidätyshetkellä päihteiden vaikutuksen alaisena, tehneet rikoksen huumetavan ylläpitämiseksi tai on pidätetty alkoholi- tai huumeisiin liittyvästä rikoksesta (Belenko, 2005; Belenko & Peugh, 1998). Myös korkea väkivaltarikollisuus liittyy alkoholikulttuuriin ja humalahakuiseen juomiseen; jopa yli 70 % henkirikoksen ja pahoinpitelyn tehneistä on ollut päihtynyt ja myös uhrit ovat usein päihtyneitä ja syrjäytyneitä (Honka, Kaijalainen & Karakorpi, 2004; Kääriäinen, Lehti, Danielsson & Aaltonen, 2017). Suomessa esimerkiksi henkirikoksiin liittyy alkoholi neljä ja puoli kertaa useammin kuin Ruotsissa, vaikka alkoholista riippumaton väkivallan taso on näiden maiden välillä yhtä korkea (Lehti, Suonpää & Kivivuori, 2017).

Suomessa rikoksista määrättyjen tuomioiden toteutumisesta huolehtii Rikosseuraamuslaitos, jonka tehtävänä on myös lisätä yhteiskunnallista turvallisuutta ja vähentää uusintarikollisuutta ja rikollisuutta ylläpitävää syrjäytymiskehitystä parantamalla tuomittujen valmiuksia rikoksettomaan elämäntapaan ja edistämällä heidän elämänhallintaansa ja sijoittumistaan yhteiskuntaan. Rikosseuraamusala jakautuu laitoksista vastaavaan vankeinhoitoon sekä tuomitun normaalissa ympäristössä toteutettaviin yhdyskuntaseuraamuksiin. (Rikosseuraamusseuraamusvirasto, 2007.)

Tavoite vähentää uusintarikollisuutta katkaisemalla sitä ylläpitävä syrjäytymiskehitys on vähintäänkin haasteellinen, sillä yhdyskuntaseuraamusten piirissä olevat asiakkaat ovat entistä vaikeammin päihdeongelmaisia. Arviot tästä ovat vaihdelleet siitä, että noin puolella yhdyskuntaseuraamusasiakkaista on katsottu olevan päihteiden ongelmakäyttöä, siihen että lähes 80 %:lla on arvioitu olleen jonkin päihteen

riippuvuus elinaikanaan (Joukamaa & työryhmä, 2010; Reijonen, 2004.) Hoitamattomina eriasteiset päihdeongelmat johtavat usein uusiin rikoksiin.

Rikosseuraamustyöntekijät tarvitsevat siksi taitoja vaikuttaa asiakkaittensa liialliseen päihteidenkäyttöön ja motivoida heitä joko käytön vähentämiseen tai lopettamiseen (Honka, Kaijalainen & Karakorpi, 2004). Viisi keskustelua muutoksesta eli VKM-ohjelma (Fabring & Berge, 2006) ja siihen liittyvä työntekijöiden koulutus motivoivan haastattelun mukaisiin vuorovaikutustaitoihin on pyrkinyt vastaamaan juuri tähän tarpeeseen.

Päihteiden ongelmakäytön hoidossa on Suomessa runsaasti eri vaihtoehtoja. Vuosituhannen alussa tehdyssä selvityksessä esiteltiin katkaisuhoitopaikkojen ja erilaisten hoitolaitosten lisäksi lähes 30 erilaista psykososiaalista hoitomenetelmää, joihin motivoiva haastattelukin kuuluu (Pienimäki, 2001). Alkoholiongelmaan esimerkiksi löytyy A-klinikkasäätiön ylläpitämältä Päihdelinkki-sivustolta *(www.paihdelinkki.fi)* monenlaisia alkoholinkäytöstä palautetta antavia testejä sekä muunlaisia apuvälineitä juomisen hallitsemiseen. Työterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa käytetään lyhytneuvontaa tai mini-interventiota. Motivoiva haastattelu yhdistetään usein muihin hoitomalleihin kuten ratkaisukeskeiseen terapiaan, kognitiivisen käyttäytymisterapiaan ja kognitiiviseen terapiaan. Verkostoterapian tavoitteena on lisätä yhteyksiä sellaisiin ihmisiin, jotka auttavat vähentämään päihteiden käyttöä, ja vähentää kontakteja, jotka lisäävät riskiä päihteiden käytön jatkumiseen. Yhteisövahvistusohjelmassa käytetään tavallisesti palkintoja toivotun käyttäytymisen vahvistamiseksi hyödyntäen yksilön elinympäristössä olevia tekijöitä, jotka vahvistavat toivottua käyttäytymistä ja tavoitteen saavuttamista. Alkoholistien omat AA- ja muut ryhmät tarjoavat vertaistukea, kun ihminen haluaa lopettaa kokonaan alkoholin- tai muiden päihteiden käytön. AA:n 12 askelen ohjelma tarjoaa rungon myös joillekin avo- ja laitoshoitomalleille. Suurella osalla alkoholiriippuvaisista on myös eritasoisia mielenterveysongelmia, joihin voidaan tarvita muita lääketieteellisiä tai psykososiaalisia hoitoja. Alkoholiongelmiin usein liittyviin mielenterveysongelmiin on tarjolla erilaisia psykoterapiamuotoja, joista uudehkoja hoitomuotoja Suomessa ovat esimerkiksi kognitiivis-analyyttinen terapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia. Rattijuoppoudesta kiinnijääneitä on rikosseuraamuspuoleltakin ohjattu A-klinikoilla annettavaan hoitoon. Muutenkin yhdyskuntaseuraamusasiakkaita on ennen spesifien ohjelmien tuloa ohjattu A-klinikoille ja AA-pohjaiseen hoitoon. (Koski-Jännes, 2013, s.125-130.)

Edellä mainittujen mini-interventioiden lisäksi lääkärit käyttävät Suomessa pääasiassa kahdenlaisia lääkehoitoja, joista antabus ehkäisee juomista tuottamalla alkoholin kanssa voimakasta pahoinvointia. Opioidiantagonistit (naltrekson ja nalmefeeni) heikentävät alkoholiin liittyvien aivojen hermosolujen yhteyksiä ja tätä

kautta helpottavat juomisen vähentämistä, kun siihen yhdistetään psykososiaalinen terapia. (Alho, 2013, s. 131-135.)

Huume- ja lääkkeiden väärinkäytön ongelmissa käytettävät psykososiaaliset hoidot ovat pää osin samanlaisia kuin alkoholiongelmissa käytetyt, muuta lääke- ja korvaushoidon osuus on edellisissä paljon suurempi (Huumeongelmaisen käypä hoito, 2018).

1.3 Tutkimuskonteksti ja merkitys

Tutkimukseni alkoi osana vuosina 2007-2010 toteutettua Suomen Akatemian ja Rikosseuraamusviraston rahoittamaa ja professori Anja Koski-Jänneksen johtamaa Motivational interviews with substance abusers (-MISA) -projektia, jonka tarkoituksena oli tehdä prosessi- ja tulostutkimusta päihteiden väärinkäyttäjien motivoivista alkuhaastatteluista. Projektissa kerättiin seikkaperäistä tietoa asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksesta ensimmäisissä motivoivaan haastatteluun pohjautuvissa istunnoissa asiakkaiden välittömien ja pitemmän aikavälin tulosten löytämiseksi. Aineistoa koottiin kahdesta erityyppisestä interventiosta: A-klinikoilta, joissa motivoivaa haastattelua sovelletaan vapaasti ja yhdyskuntaseuraamustoimistoista, joissa sitä toteutetaan strukturoidun VKM-ohjelman muodossa. Molempia aineistoja analysoitiin sekä laadullisilla että määrällisillä menetelmillä. A-klinikka-aineiston tutkijoina toimivat YTT Leena Ehrling ja YTM Maria Rakkolainen. Yhdyskuntaseuraamusaineistoa analysoi minun lisäkseni YTT Harri Sarpavaara, joka tutki asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutusta semioottisesta näkökulmasta. Hyödyntämällä eri menetelmien vahvuuksia MISA-projektissa pyrittiin selvittämään hoidon tuloksellisuuden ohella myös vuorovaikutuksen sävyjä ja merkityksiä, jotka osaltaan vaikuttavat asiakkaan muutokseen sitoutumiseen, hoidossa pysymiseen ja hoidon tuloksiin.

Omaa VKM-ohjelman prosessiin ja tuloksiin kohdistuvaa empiiristä tutkimustani voisi luonnehtia monimenetelmätutkimukseksi, jossa on yhdistetty vuorovaikutuksen laadullista analyysiä ja koodausta sekä osanottajien avovastauksia heitä koskevaan numeerisen aineiston tilastolliseen analyysiin metodien ja aineiston triangulaatiolla on pyritty mahdollisimman monipuolisen kuvan saamiseen tutkittavasta ilmiöstä.

Ensimmäisenä Suomessa toteutettuna motivoivan haastattelun prosesseihin ja tuloksiin kohdistuvana rikosseuraamusalan tutkimuksena työni täyttää selvän aukon maamme päihdetutkimuskentässä. Koska kielelliset ja kulttuuriset tekijät voivat monella tavalla vaikuttaa hoidon toteutukseen ja tuloksiin, on tärkeätä, että tällaista tutkimusta tehdään myös meidän oloissamme. Erityisen suuri merkitys sillä on alan

työntekijöille. Kansainvälistä relevanssia tälle tutkimukselle tarjoaa se, että motivoivaa haastattelua koskevat prosessitutkimukset etenkin rikosseuraamusasiakkailla ovat jääneet varsin harvinaisiksi. (Field & Caetano, 2010; Lasser ym., 2011; Miller & Rollnick, 2013; Woodall, Delaney, Kunitz, Westerberg & Zhao, 2007.)

1.4 Tutkimusraportin rakenne

Tutkimuksen raportointi etenee seuraavasti. Luvussa kaksi esittelen motivoivan haastattelun syntyä, periaatteita ja perustaitoja, prosessia ja tavoiteltavaa muutospuhetta sekä sivuan motivoivan haastattelun taustateorioita, leviämistä ja aiempaa tutkimusta. Tässä yhteydessä kuvaan myös motivoivan haastattelun tuloa Suomeen. Kolmas luku sisältää systemaattisen katsauksen motivoivan haastattelun tuloksellisuudesta kriminaalikontekstissa avopuolella ja rikosoikeudellisissa laitoksissa. Neljännessä luvussa teen katsauksen motivoivan haastattelun prosessitutkimuksiin, joilla on yritetty selvittää motivoivan haastattelun aktiivisia osatekijöitä. Seuraavassa luvussa esittelen empiiriset tutkimuskysymykseni ja niitä koskevat hypoteesit. Kuudennessa, metodiluvussa täsmennän tutkimusasetelmaa, kerron aineiston keruusta sekä tutkimuksessa käytetyistä menetelmistä. Kolme seuraavaa lukua koostuu tutkimustyöni tuloksista. Luvussa seitsemän esittelen osanottajien alkutilanteen tuloksia, kahdeksannessa luvussa VKM-ohjelman välittömiä tuloksia ja yhdeksäs luvussa seurantavaiheen tuloksia. Kunkin tulosluvun lopussa pohdin saatuja tuloksia suhteessa aiempaan tutkimukseen. Viimeisessä, kymmenennessä luvussa arvioin tutkimuksen yleistä merkitystä, sen rajoituksia ja sovellettavuutta käytäntöön ja pohdin mahdollisia jatkotutkimusideoita.

2 MOTIVOIVA HAASTATTELU

2.1 Motivoivan haastattelun syntyhistoria

Motivoivan haastattelu on tulosta tutkimuksen ja käytännön toisiaan ruokkivasta kiinteästä suhteesta. Sen kehittäjän William Millerin tutkijanura alkoi ongelmajuojien hoitoon kohdistuvasta tutkimuksesta. Miller oli tutustunut koulutuksessaan sekä käyttäytymisterapioihin että Carl Rogersin (1959) asiakaskeskeiseen neuvontatyyliin. Myöhemmin hän koulutti terapeutteja seuraamalla ja kommentoimalla peili-ikkunan takaa heidän toimintaansa ja tarkan empatian laadukkuutta. Seurantatietojen avulla tutkittiin terapeuttien onnistumista satunnaisesti jaettujen asiakkaiden kanssa (Miller, Taylor & West, 1980). Vaikka terapeuttien tarjoama käyttäytymisterapia oli strukturoitua ja manuaalin ohjaamaa, asiakkaiden onnistumisprosentit vaihtelivat suuresti terapeuttikohtaisesti. Eroja tuloksessa selitti, minkä verran terapeutit kuuntelivat empaattisesti asiakastaan. Kaikki asiakkaat, jotka olivat valikoituneet empaattisimmalle terapeutille, onnistuivat hallitsemaan juomistaan. Korrelaatio terapeutin tarkan empatian ja asiakkaan juomistulosten välillä oli varsin korkea (r = 0,82). Sen perusteella, kuinka hyvin terapeutti oli kuunnellut asiakkaitaan, onnistuttiin ennustamaan oikein kaksi kolmannesta juomistuloksista kuuden kuukauden seurannassa. Empaattisimman terapeutin asiakkaiden onnistumista pystyttiin ennustamaan vielä vuoden ja kahdenkin seurannoissa. (Miller & Baca, 1983.)

Motivoivan haastattelun kehittyminen sai ratkaisevan sysäyksen Millerin sapattivapaalla Norjassa. Hän piti luentoja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisista metodeista addiktioiden hoidossa ja osallistui nuorten psykologien kanssa epävirallisiin keskusteluihin päihdetutkimuksesta ja hoidosta, joissa hän esitteli tuloksiaan tarkan empatian tärkeydestä sekä opetti reflektiivisen kuuntelemisen taitoja. Rooliesityksissä käytiin läpi hankalia asiakastapauksia ja Millerin ehdottamia terapeuttisia valintoja näihin. Samalla, kun Miller perusteli ratkaisujaan, hän kehitteli motivoivan haastattelun perusideoita. Hän ei esimerkiksi konfrontoinut tai ollut eri mieltä asiakkaan kanssa vaan vastasi useimmin reflektiivisellä kuuntelemisella, mikä näytti vähentävän vastustusta. Keskustelu sai myös asiakkaan esittämään omia argumentteja muutokselle. Miller kirjoitti tekemistään muistiinpanoista kuvauksen motivoivaksi haastatte-

luksi nimeämästään työskentelytavasta, jonka hän jakoi ryhmälle ja monille työtovereilleen kommentteja varten. Vaikka tekstiä ei ollut tarkoitettu julkisuuteen, se kuitenkin pyynnöstä julkaistiin ensimmäisenä artikkelina motivoivasta haastattelusta vuonna 1983. (Miller, 1983; Moyers, 2004.)

Motivoivan haastattelun kehitys jatkui, kun Miller toisena sapattivuotenaan tapasi Australiassa englantilaisen psykologin Stephen Rollnickin, joka oli omaksunut motivoivan haastattelun nopeasti ja kehittänyt hyviä tapoja sen opettamiseen. Rollnick oli kiinnostunut erityisesti asiakkaan ambivalenssista muutoksen kriittisenä elementtinä. Millerin ja Rollnickin yhteistyön tuloksena syntyivät noin kymmenen vuoden välein motivoivan haastattelun perusteokset (Miller & Rollnick, 1991, 2002, 2013). (Miller & Rollnick, 2013; Moyers, 2004.)

Uusimmassa painoksessa motivoivaa haastattelua määritellään näin:

"Motivoiva haastattelu on yhteistyöhön perustuva, muutostavoitteiseen suuntaava keskustelutapa, jossa kiinnitetään erityistä huomiota asiakkaan muutosta koskevaan puheeseen. Sen tavoitteena on vahvistaa henkilökohtaista motivaatiota ja sitoutumista muutokseen herättelemällä ja tutkimalla asiakkaan omia syitä muutokseen hyväksyvässä ja myötätuntoisessa hengessä." (Miller & Rollnick, 2013)

Motivoiva haastattelu on aina keskittynyt selvemmin tavoitekäyttäytymiseen kuin asiakaskeskeiset neuvontatyylit yleensä ja sen keskeisin päämäärä on ambivalenssin tutkiminen ja ratkaiseminen, mihin työntekijä opastuksellaan tavoitteellisesti pyrkii. (Rollnick & Miller ,1995; www.motivationalinterviewing.org.)

2.2 Motivaatio ja ambivalenssi

Toimintatapaa, joka tuottaa välitöntä mielihyvää ja tyydytystä, on vaikea muuttaa, vaikka sillä olisi haitallisia seurauksia. Addiktioksi määritellään sellainen motivaatiojärjestelmän häiriötila, joka johtaa liiaksi välittömästi palkitsevaan mutta haitalliseen käyttäytymiseen. (Koski-Jännes, 2008a, s. 7)

"Motivaatio voidaan ymmärtää pikemminkin joksikin, mitä ihminen tekee kuin mitä hänellä on. Se edellyttää ongelman tajuamista, muutoskeinojen etsimistä ja valitun muutosstrategian käynnistämistä sekä siinä pitäytymistä. On olemassa monia tapoja auttaa ihmisiä etenemään kohti ongelman tajuamista ja toimintaa." (Miller, 1995.)

Motivoivassa haastattelussa motivaatio on muutoksen avain, joka kertoo todennäköisyyden, jolla henkilö aloittaa, jatkaa ja sitoutuu tiettyyn muutosstrategiaan.

Siihen liittyy asiakkaan tuntemia sisäisiä mielihaluja, ulkoisia paineita ja tavoitteita, omasta käyttäytymisestä aiheutuvien riskien ja etujen sekä tilanteen tiedollista arviointia. Motivaatio on dynaaminen ja vaihteleva ilmiö, joka voi häilyä ristiriitaisten tavoitteiden välillä ja myös sen voima voi vaihdella. Se syntyy yksilön, toisten ihmisten ja ympäristötekijöiden välisen vuorovaikutuksen tuloksena; sisäiset tekijät luovat muutoksen perustan ja ulkoiset tekijät toimivat sen ehtoina. Monenlaiset kokemukset voivat vaikuttaa motivaation suuruuteen ja saada ihmisen miettimään muutosta ja sen vaatimia tekoja: hädän tai ahdingon aste, kriittiset elämäntapahtumat, toiminnan arviointi esim. päihteiden käytöstä saatava palaute, kielteisten seurausten sekä toisille aiheutettujen vaikeuksien ja huolien tunnistaminen, myönteiset ja kielteiset ulkoiset yllykkeet. Työntekijän vuorovaikutustyyli asiakkaan kanssa vaikuttaa ratkaisevasti siihen, miten asiakas suhtautuu hoitoon ja sen onnistumiseen. Auttavan yhteistyösuhteen muodostamisen ja hyvien ihmissuhdetaitojen on havaittu olevan jopa tärkeämpiä kuin ammatillinen koulutus tai kokemus (Najavits & Weiss, 1994). (Viets, Walker & Miller, 2002.)

Päihdetyöntekijöiden toivottaviin ominaisuuksiin kuuluvat varaukseton lämpö, ystävällisyys, aitous, asiakkaan kunnioitus, myönteisyys sekä empatia. Työntekijän tehtävä on herätellä ja kasvattaa asiakkaan motivaatiota muutokseen muutosprosessin kaikissa vaiheissa. Hän voi myös vahvistaa asiakkaan uskoa siihen, että hän pystyy tekemään muutoksen sekä auttaa tätä rakentamaan muutossuunnitelman, aloittamaan sen toteutuksen ja etsimään retkahtamista ehkäiseviä strategioita Myös herkkyys asiakkaan kulttuuritaustaa kohtaan on tärkeätä ja voi vaikuttaa motivaation vahvistumiseen tai heikkenemiseen. (Miller, 1999; Miller & Rollnick, 1991; Miller & Rollnick, 2002.)

Motivaatio ja muutos liittyvät kiinteästi toisiinsa. Motivaatioon kuuluu, että ihminen voi olla valmis, halukas ja kykenevä muuttumaan**. Halu** kertoo, kuinka tärkeänä muutos on. **Kyky** viittaa siihen, missä määrin henkilö tuntee itsellään olevan taitoja, voimavaroja ja luottamusta (pystyvyyden tunnetta) muutoksen toteuttamiseen. Halun ja kyvyn lisäksi tarvitaan **valmius** päättää ja toteuttaa käyttäytymisen muutos. Motivaatio on voima, joka saa päihteiden käyttäjät tekemään muutoksia elä-

mässään. Se auttaa asiakasta siirtymään tilanteesta, jossa hän ei edes harkitse muutosta tilanteeseen, jossa hän on valmis, halukas ja kykenevä muutoksen tekemiseen. (Miller & Rollnick, 2002.)

Ambivalenssi

Ambivalenssi on normaali osa muutosta. Päihdeongelmaisilla sitä ilmentää yhtäältä halu lopettaa ja toisaalta halu jatkaa päihteiden käyttöä entiseen tapaan. Vaikka se sisältää samanaikaisesti konfliktissa olevat motivaatiot ja voi näin olla epämukava tila, ihminen voi olla ambivalenssissa pitkän aikaa. Mitä enemmän hän tällöin liikkuu yhteen suuntaan, sitä selvemmiksi käyvät sen haitat ja sitä enemmän sen vastakohta alkaa vetää puoleensa. Tilanteen epämukavuus voi saada henkilön torjumaan koko ajatuksen tai toteamaan, ettei mitään ole tehtävissä, ja jatkamaan entiseen tapaan. (Miller & Rollnick, 2013, s. 157.)

Silloin, kun ihminen on ambivalentti, hän ilmaisee usein argumentteja niin muutoksen kuin muuttumattomuudenkin puolesta ja niitä vastaan. Motivoivassa haastattelussa tämä muutoksen harkintaan kuuluva eri vaihtoehtoihin liittyvien hyötyjen ja haittojen punnitseminen tapahtuu ääneen puhuen. Kun tilanne on ambivalentti, jonkin lausuman esittäminen kutsuu herkästi vastaamaan vastakkaisesti. Esimerkiksi jos työntekijä puhuu muutoksen puolesta, asiakas todennäköisesti vastaa muutoksen vastaisella argumentilla. Samoin ihmiset puhuvat itsensä muutokseen jatkamalla muutosta puoltavien argumenttien ääneen ilmaisemista. (Miller & Rollnick, 2013, s. 158-159.)

2.3 Motivoivan haastattelun henki

Motivoivan haastattelun toteutusta arvioitaessa on tärkeä erottaa motivoivan haastattelun henki ja tekniikat, joilla toivotun muutoksen syntymistä pyritään helpottamaan. Jos keskitytään liiaksi tekniikkaan, on vaarana menettää kosketus motivoivan haastattelun henkeen ja sen elementteihin. Niitä ovat motivoivaa haastattelua koskevan teoksen uusimman painoksen (Miller & Rollnick, 2013) mukaan kumppanuus, hyväksyntä, myötätunto ja herättely. Kaikilla näillä on kokemuksellinen ja vuorovaikutuksessa näkyvä puolensa. Jos terapeutti esimerkiksi tuntee asiakastaan kohtaan hyväksyntää ja myötätuntoa, mutta se ei näy hänen toiminnassaan, nämä eivät auta asiakasta muutoksessa. (Miller & Rollnick, 2013, s. 15.)

Kumppanuus kuvaa sitä, että motivoivaa haastattelua tehdään asiakkaan hyväksi yhdessä tämän kanssa. Kumppanuus on tasavertaisten asiantuntijoiden dialogia, jossa työntekijä pyrkii luomaan keskustelijoiden välille positiivisen, muutokselle otollisen, mutta ei siihen pakottavan, ilmapiirin. Asiakas puhuu tällöin enemmän kuin puolet ajasta. Motivoivan haastattelu on keino asiakkaan oman motivaation ja voimavarojen aktivoimiseen. Kumppanuuteen kuuluvasta asiakkaan kunnioittamisesta seuraa, että tavoiteltava muutos toteuttaa asiakkaan arvoja ja toiveita. (Miller & Rollnick, 2013, s. 15-16.)

Kumppanuuden taustalla on asiakkaan ja hänen kertomansa syvällinen **hyväksyminen,** jonka juuret ovat Carl Rogersin työssä. Hyväksyminen syntyy siitä, että työntekijä kunnioittaa asiakkaan arvoa ja mahdollisuuksia ihmisenä, tunnistaa ja tukee hänen oikeuttaan tehdä omat ratkaisunsa sekä pyrkii tarkan empatian avulla ymmärtämään tämän näkökulmaa ja vahvistamaan hänen voimavarojaan ja pyrkimyksiään. (Miller & Rollnick, 2013, s. 16-19.)

Myötätunto uutena motivoivan haastattelun osatekijänä vahvistaa myönteistä asennetta asiakkaaseen. Myötätunto on aktiivista, tietoista sitoutumista toisen hyvinvoinnin tukemiseen ja etusijan antamiseen tämän tarpeille. (Miller & Rollnick, 2013, s. 20.)

Motivoiva haastattelu perustuu siihen peruskäsitykseen, että jokaisella on muutokseen tarvittavat voimavarat itsessään. Työntekijän tehtävä on siten herätellä tai kutsua ne esiin. Asiakkaalle viestitään, että hänellä on, mitä muutokseen tarvitaan ja se löydetään yhdessä. Herättelyn henki sopii myös ambivalenssin ratkaisemiseen, sillä ambivalentilla asiakkaallahan on jo argumentit muutoksen puolesta ja sitä vastaan. Työntekijän tehtävä on herätellä ja auttaa asiakasta ilmaisemaan ääneen omat ristiriitansa ja tukea häntä ongelman ratkaisemisessa muutoksen suuntaisesti.

2.4 Motivoivan haastattelun periaatteita ja perustaitoja

Motivoivan haastattelun henki ja taustafilosofia tiivistyvät sen keskeisiin käytännön periaatteisiin, joita ovat empatian ilmaiseminen, ristiriidan kasvattaminen, vastustuksen myötäily ja kiertäminen sekä asiakkaan pystyvyyden tukeminen. (Miller & Rollnick, 2002, s. 36-42.)

1) Empatian ilmaiseminen

Motivoivan haastattelun käytännön hallinta perustuu tarkkaa empatiaa ilmentävään reflektoivaan kuunteluun. Työntekijä arvaa reflektiivisissä lausumissaan, mitä asiakkaan puhe merkitsee yrittäen ymmärtää asiakkaan tunteita ja näkökulmia hyväksyen, tuomitsematta tai kritisoimatta niitä. Työntekijän hyväksyvä ja kunnioittava asenne auttaa terapeuttisen yhteistyösuhteen rakentumisessa ja tukee asiakkaan omanarvontunnetta, mikä luo pohjaa muutokselle. Paradoksaalisesti juuri ihmisen hyväksyminen sellaisenaan vapauttaa hänet muutokseen. Ambivalenssi hyväksytään normaalina osana inhimillistä kokemusta muutoksesta. (Miller & Rollnick, 2002, s. 37.)

2) Ristiriidan kasvattaminen

Motivoivan haastattelun perushaasteita on saada asiakas kohtaamaan hankaluuksia tuottava todellisuutensa niin, että hän pystyy muuttamaan sitä. Perinteisestä asiakaskeskeisestä terapiasta motivoiva haastattelu poikkeaa juuri siinä, että sen tavoite on ohjata asiakasta ambivalenssin ratkaisemiseen muutoksen suuntaan. Ratkaiseva ristiriita on nykyisen tilanteen ja sen välillä, miten asiakas haluasi elää. Tätä ristiriitaa kasvatetaan esimerkiksi tutkimalla nykykäyttäytymisen haittoja muutoksen tuomia hyötyjä. Kun käyttäytyminen nähdään olevan konfliktissa tärkeitten arvojen kuten terveyden, onnistumisten, perheonnen tai positiivisen minäkuvan kanssa, todennäköisyys siirtyä kohti muutosta voi kasvaa. (Miller & Rollnick, 2002, s. 38-39.)

3) Vastustuksen myötäily, kiertäminen

Muutoksen herättelyn kannalta tilanne on huono silloin, kun työntekijä puhuu muutoksen puolesta ja asiakas sitä vastaan. Jos asiakkaan suhde kohdekäyttäytymiseen on ristiriitainen, väittely on hedelmätöntä. Muutokseen painostaminen saa asiakkaan vastaamaan siihen puolustamalla ongelmakäyttäytymistä. Työntekijän tehtävänä ei ole tyrkyttää uusia näkymiä tai tavoitteita, vaan tarjota asiakkaalle uutta tietoa ja perspektiivejä ajatuksella ”ota mitä haluat ja jätä loput”. Työntekijä voi joskus myös esittää nykytilanteen säilyttämisen hyviä puolia ja epäillä muutoksen kannattavuutta ja näin saada asiakkaan puhumaan muutoksen puolesta ja luomaan ratkaisuja. (Miller & Rollnick, 2002, s. 39-40.)

4) Pystyvyyden tunteen tukeminen, vahvistaminen

Pystyvyyden tunne on ihmisen uskoa omaan kykyynsä toteuttaa tai onnistua tehtävissään. Se on tärkeä muutosmotivaation tekijä ja ennustaa hyvin hoidon tuloksia. Usko ja toivo ovat tärkeitä muutoksessa, sillä jos asiakas tuntee, että hänellä ei ole toivoa tai mahdollisuutta muutokseen, sen yrittäminenkin voi jäädä tekemättä. Samoin kuin motivaatioon pystyvyyden tunnekin on yhteydessä myös ympäristöön.

Motivoivan haastattelun tavoite on voimistaa asiakkaan kokemusta kyvystään selviytyä muutoksen onnistumisen esteistä. Ohjaajan odotuksilla voi olla merkittävät myönteiset seuraukset, joten asiakasta vakuutetaan siitä, että hän onnistuu muuttumaan ja että vain hän itse voi sen tehdä. (Miller & Rollnick, 2002, s. 40-41.)

Motivoivan haastattelun perustaitoja

Motivoivan haastattelun periaatteita voi toteuttaa eri tavoin, mutta Miller ja Rollnick pitävät tarvittavina perustaitoina avoimien kysymysten tekemistä, heijastavaa kuuntelemista, asiakkaan voimavarojen vahvistamista, yhteenvetojen tekemistä sekä tiedon ja neuvojen antamista asiakkaan luvalla. Näitä taitoja tarvitaan koko hoitojakson ajan, mutta erityisesti sen alussa. (Miller & Rollnick, 2002, s. 65.)

1) Avointen kysymysten tekeminen
Etenkin hoidon alkaessa on tärkeätä tarjota asiakkaalle mahdollisuus hyväksynnän ja luottamuksen ilmapiirissä tutkia ongelmia aiheuttavaa käyttäytymistään. Työntekijän tehtävänä on kuunnella huolellisesti ja innostaa asiakasta puhumaan. Avoimet kysymykset rohkaisevat juuri siihen. Avoimiin kysymyksiin ei voi vastata vain sanomalla ”kyllä” tai ”ei” tai kertomalla jonkin asiatiedon. Suljettuja kysymyksiä toki tarvitaan, mutta enemmistö kysymyksistä on hyvässä motivoivassa haastattelussa avoimia. Ne alkavat usein sanoilla ”mitä”, ”mikä”, ”miten”, ”millainen”. Kysymyksien kannattaa tähdätä kuvailevuuteen ja konkreettisuuteen. (Miller & Rollnick, 2002, s. 65-67.)

2) Heijastava, reflektoiva kuuntelu
Heijastava kuuntelu on tärkeimpiä ja haastavimpia motivoivan haastattelun taitoja. Ihmiset eivät useinkaan sano suoraan, mitä tarkoittavat ja kun kuulija kuulee jonkin lausuman, hän miettii sanotun tarkoitusta ja antaa sille merkityksen omasta kehyksestään. Heijastavan kuuntelun idea on siinä, että työntekijä ei vain arvaa kuulemansa lausuman merkitystä, vaan myös sanoo sen ääneen.
Heijastavan kuuntelun tarkoituksena on tuottaa asiakkaan puhetta, erityisesti muutospuhetta. Joskus vain jo muutaman sanan toistaminen saa asiakkaan kertomaan lisää. Monimuotoiset (complex) reflektiot ilmaisevat toisin sanoen, mitä asiakas on kertonut, tekevät arvauksen sanomatta jääneestä merkityksestä tai jatkavat asiakkaan ajatusta. Joskus keskustelua vie eteenpäin asiakkaan tunteiden heijastaminen. Vain toistavat reflektiot johtavat usein hitaaseen kehitykseen, kun taas monimuotoiset reflektiot voivat nopeuttaa ja syventää asiakkaan henkilökohtaista tutkimusprosessia.

Reflektoiminenkin on ohjaavaa, sillä työntekijä päättää, mitä hän sen avulla vahvistaa tai heikentää. Näin työntekijä voi vaikuttaa, mihin suuntaan asiakkaan puhe jatkuu ja voi näin reflektoimisella rohkaista toivottua muutospuhetta. Onnistuneessa motivoivassa haastattelussa on paljon heijastavaa kuuntelua. Taitavat ohjaajat esittävät kysymystä kohti kahdesta kolmeen reflektiota. (Miller & Rollnick, 2002, s. 67-73.)

3) Vahvistaminen

Heijastavan kuuntelun prosessi voi itsessään olla jo vahvistavaa, mutta silti tarvitaan erikseen myös vahvistamista. Asiakkaan käyttäytymisen suora vahvistaminen ja tukeminen rakentavat yhteistyösuhdetta ja lisäävät asiakkaan avointa oman tilanteensa tutkimusta. Vahvistaminen on myönteisen painottamista, tukemista ja rohkaisua. Vahvistamista voi tehdä esim. kohteliaisuuksilla, arvostusta tai ymmärtämistä sisältävillä ilmaisuilla. Asiakasta voi myös pyytää kuvailemaan omia vahvuuksiaan, menneisyyden onnistumisia ja hyviä yrityksiään. On kuitenkin olennaisen tärkeätä, että vahvistaminen on aitoa ja että se perustuu myönteiseen havaintoon asiakkaasta ja tälle tunnustuksen antamista. Vahvistaminen voi kohdistua esimerkiksi asiakkaan aikomuksiin, toimintaan tai taitoihin. (Miller & Rollnick, 2002, s. 73, 2013, s. 64-66.)

4) Yhteenvetojen tekeminen

Tiivistelmien tekeminen asiakkaan puheesta ja keskustelun etenemisestä on motivoivan haastattelun neljäs perustaito, sillä yhteenvedot kutsuvat esiin muutospuhetta. Ne myös osoittavat asiakkaalle, että häntä kuunnellaan. Samalla ne vahvistavat sanottua, kun asiakas saa jälleen mahdollisuuden kuulla oman muutospuheensa toisen kertomana.
Yhteenvedot voivat **koota** yhteen prosessissa juuri sanottua, erityisesti kun on tullut esille monia muutospuheen teemoja. Yhteenvetojen **liittäminen** toisiinsa sitoo yhteen asiakkaan juuri sanoman aiemmin esille tulleeseen (esim. jossakin aiemmasta istunnosta). Yhteenveto rohkaisee asiakasta pohtimaan kahta tai useampaa puheenaihetta yhtä aikaa. Erityisesti se on avuksi asiakkaan ambivalenssin selvittelyssä, kun asiakas saa tutkia muutoksen tai entisen jatkamisen syitä ja hyviä/huonoja puolia samaan aikaan. **Siirtymäyhteenvedossa** huomio siirretään kohteesta toiseen esimerkiksi jonkin tehtävän tai istunnon lopussa tai siirryttäessä johonkin uuteen vaiheeseen. (Miller & Rollnick, 2002, s. 74-76.)

5. Tiedon antaminen ja neuvominen

Asiakaskeskeisestä taustasta huolimatta motivoivassa haastattelussa on tilanteita, joissa tiedon antaminen ja neuvominen ovat paikallaan esimerkiksi silloin, kun asiakas suoraan kysyy tietoa tai neuvoa tai kun työntekijä on saanut asiakkaalta luvan tiedonantamiseen tai neuvomiseen. Työntekijän tulisi ymmärtää asiakkaan näkökulmaa ja tarpeita sekä auttaa tätä tekemään omat päätelmänsä kuulemansa hyödyllisyydestä, sillä asiakkaalla on aina vapaus päättää, hyväksyykö hän saamansa tiedon tai toteuttaako neuvon vai ei. Tämä on usein hyvä tuoda selkeästi esille. (Miller & Rollnick, 2013, s. 34-35.)

2.5 Motivoivan haastattelun neljä prosessia

Motivoivan haastattelun prosessi jaettiin aiemmin kahteen vaiheeseen, joista ensimmäisen tavoite oli rakentaa muutoksen tarvitsemaa motivaatiota ja tuottaa valmistelevaa muutospuhetta. Se tähtäsi asiakkaan sisäisen motivaation voimistamiseen ja kohdekäyttäytymistä koskevan ambivalenssin ratkaisemiseen. Toisen vaiheen tavoitteena oli vahvistaa muutokseen sitoutumista ja laatia muutossuunnitelma. Työntekijän piti tarkkailla ja tunnistaa, milloin asiakas alkoi olla valmis siirtymään toiseen vaiheeseen, jolloin hän olisi halukas toimintasuunnitelman tekemiseen, sillä liiallinen prosessin vauhdittamisen saattoi pysäyttää sen kokonaan. Motivoivan haastattelun henkeen kuuluu, että jos asiakas päätyy jatkamaan totuttua käyttäytymistapaansa, työntekijän pitää hyväksyä se, vaikka tietäisi sen tuovan asiakkaalle yhä kasvavia ongelmia. (Koski-Jännes, 2008b, s. 56; Miller & Rollnick, 2002, s. 76-83.)

Jako kahteen vaiheiseen ei kuitenkaan kuvannut asiakkaan päätöksentekoprosessia ja muutosta riittävän hyvin. Kirjan uusimmassa painoksessa prosessia kuvataan neljänä toisiinsa limittyvänä prosessina: yhteistyösuhteen luominen, tarkentaminen/fokusoiminen, herättely ja suunnitteleminen. Haastattelun kulku muodostuu näistä prosesseista, jotka periaatteessa etenevät kuvatussa järjestyksessä, mutta voivat toisaalta olla päällekkäisiä, uudelleen toistuviakin. (Miller & Rollnick, 2013, s. 25-26)

Motivoiva haastattelu alkaa **yhteistyösuhteen luomisella** (Engaging), jossa kumpikin osapuoli luo toisiinsa auttavan yhteyden ja työskentelysuhteen, jota ilman ei juuri päästä eteenpäin. Joskus se tapahtuu hetkessä, joskus sen eteen täytyy tehdä paljon työtä, mutta terapeuttisen yhteyden luominen edeltää kaikkea muuta prosessissa tulevaa. Asiakkaan arvio työskentelysuhteesta ennustaa hoidossa pysymistä ja sen tuloksia (Crits-Cristoph ym., 2011). (Miller & Rollnick, 2013, s. 26-27.)

Yhteistyösuhteen luominen johtaa työskentelyn **tarkentamiseen** (Focusing) johonkin erityiseen aiheeseen, mistä asiakas tuli puhumaan. Fokusoiminen luo ja pitää

yllä muutoskeskustelun spesifiä suuntaa. Auttamissuhteen aikana nousee esiin yleensä yksi tai useampia muutostavoitetta. Tavoitteet sisältävät usein käyttäytymisen muutoksia, mutta joskus muutostavoitteet sisältävät enemmän kokemuksellista ainesta ja valintojen tekemistä. (Miller & Rollnick, 2013, s. 27.)

Tarkentunutta muutostavoitetta seuraa yleensä asiakkaan omien ajatusten ja tunteiden **herättely** (Evoking) siitä, miksi ja miten hän aikoo muutoksen tehdä. Herättelyyn sisältyy asiakkaan oman muutosmotivaation kasvattaminen, ihmisen oman äänen tuominen muutosargumentteihin. Niiden avulla asiakas ”puhuu itsensä muutokseen”.

Kun motivaatio saavuttaa muutosvalmiuden kynnyksen, tasapaino kallistuu valmistelusta muutokseen sitoutumiseen ja sen toteuttamiseen: puhe kysymyksestä, muuttuako vai ei vähenee ja asiakas alkaa ajatella sekä puhua enemmän siitä, milloin ja miten muutos tapahtuu. Tässä kohdassa moni kaipaa tietoa tai neuvoa, miten jatkaa eteenpäin ja tarvitsee apua muutoksen suunnitteluun. (Miller & Rollnick, 2013, s. 28-29.)

Suunnittelu (Planning) sisältää muutokseen sitoutumisen vahvistumisen ja toimintasuunnitelman tekemisen. Prosessin tässä vaiheessa tuetaan asiakkaan itsenäisyyttä päätöksen tekemisessä, pyritään tarkalla korvalla herättelemään hänen omia ratkaisujaan, ja jatketaan muutospuheen herättelyä ja vahvistamista, kun sitä ilmenee. Työntekijän on tärkeätä huomata, milloin on aika aloittaa suunnittelu ja erilaisten mahdollisuuksien tutkiminen. Aiemmat prosessit ja tarvittavien taitojen käyttö jatkuvat, kunnes asiakkaan hyväksymä muutossuunnitelma tai aie syntyy. Myös suunnittelu on jatkuva prosessi, johon voidaan aina tarvittaessa palata.

Tekijät eivät halua tarjota kattavaa muutoksen mallia tai kaiken sisältävää hoitosysteemiä. He ajattelevat motivoivan haastattelun olevan kliininen väline tiettyyn tarkoitukseen: auttamaan ihmisiä ambivalenssin läpi kohti muutosta. Kun ihmiset ovat edenneet motivoivan haastattelun prosessien läpi muutoksen toteuttamiseen, he ovat usein valmiita jatkamaan muutosta itsenäisesti omilla tavoillaan. (Miller & Rollnick, 2013, s. 29-30.)

2.6 Muutospuheesta

Asiakkaan puhetta, jossa hän esittää argumentteja muutoksen puolesta, kutsuttiin motivoivassa haastattelussa pitkään itseään motivoiviksi lausumiksi, mutta yhteistyö motivaation kieleen ja sitoutumiseen erikoistuneen psykolingvisti Paul Amrheinin kanssa johti käsitteen täsmentymiseen muutospuheeksi, johon kuuluvat asiakkaan

esittämä **halu, kyky, syyt ja tarve** (Desire, Ability, Reason, Need, DARN) (valmisteleva muutospuhe) sekä **sitoutuminen** (Commitment) muutokseen. (Miller & Rollnick, 2013, s. 159.)

Kaikissa kielissä on ilmaisuja, jotka kertovat sanojan haluavan jotakin ja halu esimerkiksi muutokseen auttaa sen toteutumista. Kykypuhe (esim. voin tai kykenen) ilmaisee, kuinka pystyväksi muutoksen tekemiseen ihminen tuntee itsensä. Syyt ilmaisevat perusteen muutokselle, mitä sillä tavoitellaan (jos… niin). Tarve painottaa muutoksen yleistä tärkeyttä tai kiireellisyyttä. Mainitut puheaktit ovat valmistelevia siksi, että mikään näistä ei yksinään riitä saamaan muutosta aikaan. (Miller & Rollnick, 2013, s. 160-161.)

Kun valmisteleva muutospuhe kuvastaa vielä ambivalenssin muutosta edeltävää puolta, mobilisoiva muutospuhe kertoo jo ratkaisusta muutokseen hyväksi, josta selkein esimerkki on sitoutumispuhe. **Sitoutuminen** ilmaisee tahtoa, todennäköisyyttä toimintaan. Se on tekemisen kieltä; jolla tehdään lupaukset ja sopimukset (”vannon”, ”lupaan”, ”tahdon”, ”aion”). Voimakkuudeltaan sitoutumista lievempi **aktivoituminen** kertoo, että ihminen on jo kallistumassa tekemisen suuntaan (” olen halukas…”, ”olen valmis…”, ”olen valmistautunut…”). Myös askelten ottaminen on merkki liikkeelle lähdöstä eli siitä, että henkilö on jo käytännössä tehnyt jotakin muutoksen suuntaan. Askelten ottaminen voi olla osallistumista AA-kokoukseen tai tavanomaisen juomispäivän jättämistä väliin tai että ostaakin ”mäyräkoiran” sijasta six-packin. (Miller & Rollnick, 2013, s. 161-163.)

Muutospuheen kehittymistä voi verrata mäen ylittämiseen. Ylämäki kuvastaa valmistelevaa - ja alamäki mobilisoivaa muutospuhetta. Koska kyse on yhteisestä prosessista, työntekijä voi havaita omasta kokemuksestaan, missä ollaan menossa, sillä valmistelevan muutospuheen herättely voi olla sekä asiakkaalle että terapeutille hidasta, askel askeleelta tapahtuvaa mäkeä ylös kapuamista. Kun valmisteleva muutospuhe on vahvistunut riittävästi, päästään mäen päälle ja kun käännytään alarinteelle, työntekijä alkaa kuulla mobilisoivaa muutospuhetta ja eteneminen tuntuu helpottuvan. (Miller & Rollnick, 2013, s. 163-164.)

2.7 Motivoivan haastattelun tyylilliset peruspiirteet tiivistäen

Motivoiva haastattelu keskittyy vahvasti asiakkaaseen ja hänen tasavertaiseen kohteluunsa. Sitä luonnehtii tiivistäen seuraavat periaatteet:

- Motivaatio muutokseen kasvaa asiakkaasta: motivoivan haastattelun tarkoitus on saada asiakasta tunnistamaan itselleen tärkeät arvot ja tavoitteet, jotka saavat käyttäytymisen muutoksen liikkeelle.

- Asiakas itse tuo itse esille ja ratkaisee oman ambivalenssinsa, työntekijä on vain oppaana tässä.

- Suora suostuttelu on huono menetelmä ratkaista ambivalenssia ja vähentää muutoksen todennäköisyyttä.

- Ohjaajan tyyli on yleensä rauhallinen ja herättelevä.

- Työntekijä on ohjaava auttaessaan asiakasta tutkimaan ja ratkaisemaan ambivalenssinsa ja löytämään omat keinonsa muutoksen toteuttamiseen.

- Terapeuttinen suhde on enemmän kumppanuus- tai yhteistyösuhde kuin ekspertin ja vastaanottajan rooli.

- Ympäristön olosuhteet tyypillisesti herättävät asiakkaan vastustuksen, joka on usein reaktiota työntekijän käyttäytymiseen, palautetta terapeutin liian nopeasta etenemisestä ja asiakkaan muutosvalmiuden olettamisesta suuremmaksi kuin se onkaan.

- Muutosvalmius ei ole asiakkaan piirre, vaan vaihtelee vuorovaikutuksessa, joten terapeutin on syytä olla tarkkaavainen ja herkkä asiakkaan motivaatiosta kertoville ilmaisuille, muutospuheelle.

- Motivoiva haastattelu keskittyy asiakkaan pystyvyyden tunteeseen ja kasvattamaan asiakkaan toivetta, että hän kykenee tekemään suuriakin muutoksia elämässään. (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick & Miller, 1995.)

2.8 Motivoivan haastattelun taustateoriat

Motivoivan haastattelu syntyi intuitiivisena käytäntönä ja pohdintoina ilman psykologista teoriaa tai tieteellistä näyttöä sen toimivuudesta eikä sen taustalla ole yhtenäistä teoriaa. Sen kehitys on ollut yhdistelmä käytännön työstä nousevia kokemuksia, asiakaskeskeistä ja terapeutin empatiaa, aitoutta ja lämpöä korostavaa työskentelytapaa sekä tiivistä yhteyttä tutkimukseen. Motivoivan haastattelun toimivuuden pe-

rusteina on käytetty usein erilaisia sosiaalipsykologisia teorioita kuten dissonanssiteoriaa ja itsehavaintoteoriaa. Sillä on nähty olevan myös yhteyttä transteoreettiseen muutoksen vaihemalliin ja siihen on liitetty myös uusia teoreettisia lähestymistapoja ja painotuksia. Rollnick on painottanut esimerkiksi muutostarvetta koskevaa ambivalenssia keskeisenä käsitteenä. Menetelmän nopeaan leviämiseen on liittynyt myös kiihtyvällä vauhdilla lisääntyvä tutkimus, jolla on yritetty selvittää, paitsi motivoivan haastattelun tuloksellisuutta ja toimivuuden syitä, myös teoreettisia perusteita sille. (Koski-Jännes, 2008b, s. 42-45.)

Dissonanssiteoriassa (Festinger, 1957) on kyse yrityksestä lievittää ajattelun ja toiminnan välisen ristiriidan aiheuttamaa epämiellyttävää kokemusta. Jos joku esimerkiksi arvostaa raittiutta, mutta tästä huolimatta käyttää päihteitä, aiheutuu tästä arvojen ja käyttäytymisen välisestä ristiriidasta kielteisiä tunteita, joiden lievittämiseksi voidaan joko muuttaa ajattelua tai toimintaa niin, että ristiriita häviää. **Itsehavaintoteorian** (Bem, 1967) mukaan ihmiset tekevät päätelmiä itsestään samalla tavoin kuin he havainnoivat muita ihmisiä. Niinpä, kun he puhuvat muutoksen puolesta, he usein päättelevät myös haluavansa sitä. Motivoivassa haastattelussa sanotaankin, että asiakas puhuu itsensä muutokseen. Ääneen lausuttu ajatus tai tunne on sisäistä voimakkaampi, vaikkakaan ei aina, koska joskus sosiaalinen paine voi johtaa katteettomiin lupauksiin. (Koski-Jännes, 2008b, s. 42-43.)

Itsemääräämisteoria on teoria persoonallisuuden kasvusta ja itsemotivoituvasta käyttäytymisen muutoksesta. Sen mukaan ihmiset pyrkivät luontaisesti kasvuun, minän eheytymiseen ja psykologisten ristiriitojen ratkaisemiseen. Luomalla olosuhteita, jotka ottavat huomioon ihmisen autonomian, sosiaalisen yhteyden ja kompetenssin tarpeet, helpotetaan luonnollisia itse-motivoinnin prosesseja ja psykologista kehitystä, jotka edistävät sisäistä motivaatiota, itsesäätelyä ja hyvinvointia. Ihmisen yhteyden tarve tyydyttyy, kun hän kokee saavansa tukea ajatuksilleen ja tunteilleen itselleen merkitseviltä ihmisiltä tai ryhmältä. Kompetenssin tarpeen toteutuminen edellyttää, että ihminen voi tuntea omalla toiminnallaan olevan vaikutusta ja sen tuottavan tavoiteltuja tuloksia. Motivoivan haastattelun henki ja keskeiset menetelmät vastaavat juuri näihin tarpeisiin. (Koski-Jännes, 2008a; Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005; Ryan & Deci, 2000.)

2.9 Motivoivan haastattelun leviäminen ja aiempi tutkimus

Motivoiva haastattelu kehitettiin alun perin auttamaan alkoholiongelmissa, mutta sitä alettiin pian soveltaa myös muihin päihteisiin. Havainnot menetelmän tehokkuudesta ja sen nopeasti kasvanut suosio ovat johtaneet motivoivan haastattelun leviämiseen

laajasti käyttäytymisen eri alueille ja eri tarpeisiin esimerkiksi terveydenhuoltoon kehitetty alle puolen tunnin lyhytversio motivoivasta haastattelusta. Project Match–tutkimuksessa taas käytettiin motivoivan haastattelun strukturoitua neljän tapaamisen sovellusta, jota kutsutaan motivaation parantamisterapiaksi (MET). (Koski-Jännes, 2008a; Miller ym., 1995; Miller & Rollnick, 2002; www.motivationalinterviewing.org; Rollnick, Heather & Alison, 1992.)

Suomessa motivoivaan haastatteluun tutustuttiin yllättävän nopeasti ensimmäisen aihetta käsitelleen artikkelin jälkeen. Millerin artikkeli käännettiin ja motivoivaa haastattelua alettiin opettaa jo 1980-luvun puolivälissä A-klinikkasäätiön kursseilla. Sittemmin Millerin ja Rollnickin ensimmäisestä kirjasta käännettiin osia Järvenpään sosiaalisairaalan sarjajulkaisuun ja 1990-luvulla alettiin motivoivaan haastatteluun kouluttaa vankeinhoidon työntekijöitä. Motivoivaa haastattelua on käytetty aktiivisesti niin a-klinikoilla kuin rikosseuraamusalallakin. (Koski-Jännes, 2008a, s. 11.)

Motivoivaa haastattelua koskevat tieteelliset julkaisut lisääntyvät nopeasti kaksinkertaistuen joka toinen vuosi. Vuonna 2013 siitä ilmestyi yli 1200 tieteellistä julkaisua, joissa oli enemmän kuin 200 satunnaistettua koetta. Motivoivan haastattelun internet –sivujen bibliografiassa on yli 3000 artikkelia. Motivational Interviewing kirjan uusimman laitoksen liitteessä on systemaattisia katsauksia 96, joista tilastollisia meta-analyysejä on 22. Prosessitutkimuksia liitteessä esitellään 45. (Miller & Rollnick, 2013, www.motivationalinterviewing.org.)

Tehdyissä meta-analyyseissa motivoivalla haastattelulla on todettu olevan keskimäärin pienestä keskisuureen vaihtelevia efektikokoja, joista vahvin näyttö on ollut addiktiivisessa käyttäytymisessä. Miller ja Rollnick (2013) toteavat, että 200 kliinisen kokeen perusteella voidaan jo todeta, että motivoivassa haastattelussa näyttää tapahtuvan jotakin, mikä usein liittyy myönteisiin tuloksiin. Tutkimustukea on saatu ainakin sille, että terapeutin empatian taso ennustaa tulosten vaihtelua, eroihin tuloksissa vaikuttaa myös motivoivan haastattelun vastaisten lausumien määrä ja motivoivan haastattelun noudattaminen kasvattaa asiakkaan muutospuhetta, mikä taas ennustaa myöhempiä tuloksia (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller ym., 2004; Project MATCH Project, 1998). Tulosten vaihtelu kuitenkin osoittaa, että vielä ei ymmärretä riittävästi, mitkä tekijät liittyvät motivoivan haastattelun vaikuttavuuteen ja mitkä sen prosesseista ovat yhteydessä muutoksen kehittymiseen. (Miller & Rollnick, 2013.)

2.10 Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) –ohjelma motivoivan haastattelun sovelluksena

Vankilat eivät ole onnistuneet vähentämään uusintarikollisuutta, joka entisillä vangeilla on lähes 10 % korkeampi kuin yhteisöseuraamuksiin tuomituilla. Lisäksi erilaiset kuntoutusohjelmat eivät ole tuottaneet toivottuja tuloksia; joskus jopa rikosten määrät ovat lisääntyneet. Tilannetta parantamaan on kehitetty What Works (mikä toimii) –ohjelmia, joilla on pyritty vähentämään päihteiden käyttöä ja rikosten uusimista. Näiden ohjelmien vaikuttavuutta ovat yleisesti lisänneet asiantuntemus, ei-rikollisen toiminnan mallintaminen, ongelmanratkaisu, yhteisöresurssien käyttö ja laadukkaat ihmissuhteet, joihin kuuluvat lämpö, aitous, empatia ja aktiivinen kuunteleminen (Farbring & Johnson, 2008, s. 305-306). Yleisimpiä kuntoutusohjelmia ovat olleet kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset ohjelmat ja terapeuttiset yhteisöt. (McMurran, 2002.)

Motivoivaa haastattelu humanistisena lähestymistapana voi vähentää lain rikkojien ja päihteiden ongelmakäyttäjien kokeman leimaamisen ja tuomitsemisen aiheuttamaa muutosmotivaation heikkenemistä. Asiakkaan itsemääräsoikeuden korostaminen ja konfrontoinnin välttäminen voivat vähentää tuomitun vastustusta ja tarjota sisäiselle motivaatiolle mahdollisuuden kasvaa. Kun motivoivan haastattelun on todettu vielä sopivan erityisesti äkäisille ja muutosta vasta korkeintaan harkitseville, se voi auttaa rikoksen tekijöitä hyödyntämään muitakin ohjelmia paremmin. (Mann, Ginsburg & Weeks, 2002; McMurran, 2002; Prochaska & DiClemente, 1982; Project MATCH Research Group, 1997.)

Viisi keskustelu muutoksesta – ohjelma Suomessa

Motivoiva haastattelu esiteltiin ruotsalaisessa vankilasysteemissä vuonna 2003. Sen soveltamista varten kehitettiin viiden istunnon puolistrukturoitu, manuaalin ja asiakkaan työkirjan avulla toteutettava Beteende-Samtal-Förändring (BSF)-ohjelma (:n ohjekirjassa. (Farbring & Berge, 2006; Farbring & Johnson, 2008; Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992.) Viisi keskustelua muutoksesta, VKM), joka keskittyy päihteiden käyttöön ja rikosten tekemiseen. Ohjelmaa voi pitää normaalin käytännön mukaista motivoivaa haastattelua ohjaavampana, rikosseuraamusalalle sopivana tulkintana. VKM-ohjelmassa on esimerkiksi selkeästi enemmän erilaisia harjoituksia kuin Project Matchissa käytetyssä MET

Ajatus motivoivan haastattelun käyttämiseen strukturoidussa muodossa tuli Suomeen Ruotsin kriminaalihuollon kanssa tehdyn yhteistyön kautta. Ensimmäinen suomalaisten rikosseuraamusalan työntekijöiden kouluttajakoulutus järjestettiin vuonna 2006, minkä jälkeen koulutuksen saaneet sovelsivat ohjelmaa ensin omassa asiakastyössään ja sitten aloittivat muiden rikosseuraamusalan työntekijöiden kouluttamisen. VKM-ohjelman käyttö yhdyskuntaseuraamustyössä alkoi vuonna 2007 ja vankiloissa varsinaisesti vuonna 2009. (Farbring & Berge, 2012.)

Myös suomalaisessa VKM-koulutuksessa otettiin huomioon tutkimustulokset, joiden mukaan motivoivan haastattelun kunnolliseen oppimiseen ei riitä pelkkä koulutusjakso (esimerkiksi Miller & Mount, 2001; Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004). Tulevilla ohjaajilla piti olla motivoivan haastattelun koulutus ja aito innostus soveltaa menetelmää. Kaksipäiväistä VKM-koulutusta seuraava harjoittelu on olennainen osa koulutusta. Harjoiteltaessa opitun siirtämistä käytännön taidoksi ohjaajaa auttaa metoditukea antava henkilö, joka arvioi ohjaajan työtä ja antaa siitä palautetta. Ohjaaja toimittaa metoditukihenkilölleen yhden istunnon tallenteen kolmelta seuraavalta asiakkaalta. Taitoja ylläpidetään ja syvennetään myös ohjaajien vertaistukiryhmien tapaamisissa. Lisäksi ohjaajille pyritään järjestämään täydennyskoulutusta. (Farbring & Berge, 2012.)

Valmistelevan tapaamisen ja viisi keskustelua sisältävän VKM-ohjelman tarkoitus on 1) antaa asiakkaalle mahdollisuus tarkastella omaa tilannettaan, 2) luoda kuvaa asiakkaan muutosmotivaatiosta, 3) lisätä asiakkaan muutospäätöksen tekemisen todennäköisyyttä, 4) valmistella asiakasta osallistumaan pidempiin rikos- ja päihdeohjelmiin, 5) muodostaa perustaa ohjaajan motivoivan haastattelun taitojen kehittämiselle ja 6) toimia rikosseuraamusalan työvälineenä. (Farbring & Berge, 2012, s. 39 ja s. 81.)

VKM-ohjelmassa puhutaan motivoivasta haastattelusta alkuperäisen ruotsinkielisen ohjekirjan tapaan motivoivana keskusteluna. Ilmaisussa katsotaan luonnehtivan menetelmälle olennaista työntekijän ja asiakkaan yhteistyötä ja tasavertaisuusuutta sekä keskustelun etenemistä. Olen kuitenkin käyttänyt vakiintuneempaa käännöstä motivoiva haastattelu. Vaikka tästä puuttuu ”motivational interviewing” - käsitteeseen sisältyvä ”motivaation yhteinen näkeminen”, se tuo esiin menetelmän tavoitteellisuuden. Täsmällisin ilmaisu tosin voisi olla motivaatiota koskeva haastattelu.

3 MOTIVOIVA HAASTATTELU KRIMINAALIKONTEKSTISSA

3.1 Systemoitu kirjallisuuskatsaus

Tavoitteeni tässä luvussa oli koota mahdollisimman kattavasti alkuperäistutkimuksia motivoivasta haastattelusta rikosseuraamuskontekstissa, jotta tiedon valikoitumisesta johtuva harha olisi mahdollisimman pieni. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti pyrin löytämään sekä julkaistuja että julkaisemattomia tutkimuksia kuten alkuperäisiä empiirisiä tutkimusartikkeleita, väitöskirjoja, konferenssiesitelmiä jne. (Malmivaara, 2002; Metsämuuronen, 2005; Mäkelä, Varonen & Teperi, 1996.)

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kartoittaa motivoivan haastattelun vaikuttavuutta rikoksen tekijöiden päihteiden käytön vähentämisessä. Katsauksen haun rajaus oli kolmiportainen (Kuvio 1). Ensinnäkin etsittiin joko avo- tai laitoskontekstissa tehtyjä tutkimuksia, joissa oli käytetty motivoivaa haastattelua tai sen manuaalisia sovellutuksia (esimerkiksi MET, motivaation parantamisterapia; Miller ym. 1992) joko itsenäisesti tai yhdistettynä johonkin muuhun lähestymistapaan. Toiseksi intervention kohteena rikoksentekijä määriteltiin niin, että teosta oli täytynyt tulla oikeudellisia seurauksia. Pelkkä laittoman huumeen käyttö ilman tuomiota rajautui katsauksen ulkopuolelle. Kolmanneksi haettiin tutkimuksia, joissa ainakin yhtenä intervention tavoitteena oli rikoksentekijöiden päihteiden käytön vähentäminen motivoivan haastattelun avulla, vaikka interventiolla saattoi olla myös muita tavoitteita.

Kirjallisuushakuja tähän katsaukseen tehtiin kahdessa erässä. Ensimmäiset haut kattoivat tutkimukset motivoivan haastattelun kehittämisestä 1980-luvun puolivälistä vuoden 2009 lopulle asti. Hakua täydennettiin vuonna 2013. Koehaussa löytyi merkittäväksi lähteeksi Mary McMurranin (2009) systemaattinen katsaus motivoivasta haastattelusta rikollisten kanssa. Tein omat hakuni samoista tietokannoista kuin McMurranin katsauksessa: Cochrane Library, Embase, Medline, PsycInfo, Proquest (Dissetations and Theses), Sociological Abstracts, National Criminal Justice Reference Service ja Web of Knowledge sekä motivoivan haastattelun web-sivusto (www.motivationalinterviewing.org). Lisäksi tutkimuksia etsittiin myös tietokan-

noista Google Scholar, Scopus, PubMed, ScienceDirect ja Sage Journals. Tietokannat olivat osin päällekkäisiä ja niissä oli hieman erilaiset hakutavat, joten muokkasin tiedonhakua ja halulauseketta sopivaksi eri tietokantojen vaatimuksiin.

Käytin hakukielenä englantia. Tarkennetuissa – tai ns. monihauissa vaihtelin hakusanoja hakulausekkeeseen kolmesta ryhmästä: motivoiva haastattelu, rikoksentekijä ja päihteiden käyttö. Hakulausekkeita olivat esimerkiksi (motivational interviewing or motivational enhancement) AND (offender or probation or prison* or criminal* or correction* or mandate); ([motivational interviewing or motivational enhancement] AND [substance or alcohol or drug]) AND (offender or probation or prison or incarceration or criminal or correctional or forensic or recidivism). Lisäksi käytin hauissa myös hoitoon liittyviä sanoja: motivational AND enhancement AND substance OR alcohol OR drug AND treatment OR engagement OR retention OR prevention.

Prosessi eteni niin, että ensin kävin hakujen tuottamia viitteitä läpi otsikko- ja abstraktitasolla. Jos viitteen otsikosta tai abstraktista näki suoraan, että tutkimus ei käsitellyt rikoksentekijöiden motivoivaa haastattelua tavoitteena päihteiden käytön muutos, tutkimus jäi pois jatkosta. Jäljelle jääneitä löydöksiä tallentui hakuina yhteensä yli kaksi tuhatta; joukossa useita tutkimuksia moneen kertaan. Jatkoin näin kokoamieni artikkeleiden seulomista otsikon ja abstraktin perusteella joko roskakoriin tai kansioon ”Ehdolla katsaukseen”. Seuraavaksi vaiheessa tarkastelin tutkimuksia tarkemmin sisällön perusteella. Moni artikkeli ei lopultakaan täyttänyt kaikkia katsauksen kriteerejä ja karsiutui pois jatkosta.

Otin katsaukseen tutkimuksia motivoivaa haastattelua soveltavista päihteiden käytön vähentämiseen tähtäävistä toimista (esim. muutosmotivaation lisääminen, päihdehoitoon kiinnittyminen, päihteiden käytön väheneminen). Tämän lisäksi tutkimuksen kohteena oli voinut olla muitakin päihteisiin tai rikoksiin liittyviä asioita, joiden tuloksia raportoidaan tässä soveltuvin osin. Katsauksessa on siten mukana tutkimuksia, joissa on käsitelty myös hoitoon liittyviä asioita tai esimerkiksi rattijuoppouden tai saatujen syytteiden määrää.

Yritin saada katsaukseen mahdollisimman laajasti sekä julkaistuja että julkaisemattomia tutkimuksia. Kävi kuitenkin ilmi, että pelkästään motivoivaa haastattelua on tutkittu vähän kriminaalikontekstissa. Otin siksi mukaan myös tutkimuksia, joissa motivoiva haastattelu on yhdistynyt toiseen interventioon tai se on ollut osa useita lähestymistapoja. Suurin osa löytyneistä tutkimuksista on satunnaistettuja kontrolloituja kokeita, mutta mukana on myös tutkimuksia, joissa vertailtavia ryhmiä ei ole satunnaistettu tai pelkästään hoitoryhmää on verrattu ennen interventiota ja sen jälkeen ilman vertailuryhmää.

Katsaukseen valitut tutkimukset täsmentyivät vielä kirjoitusprosessin aikana, kun jotkin tutkimukset eivät tarkemman luennan perusteella täyttäneetkään tutkimuskriteerejä. Lopullisessa katsauksessa on yhteensä 25 tutkimusta, joista 11 oli toteutettu yhdyskuntaseuraamus- ja 14 laitoskontekstissa. Taulukoissa 1 ja 2 esitän tutkimuksista tekijät (vuosi), tutkimustyypin, siihen osallistuneet, toteutetut interventiot ja niiden tavoitteet, otosten koot, keskeiset tulosmittarit, mahdollisen seurannan pituuden ja tutkimuksen päätulokset. Tutkimustyypit on jaoteltu kolmiportaisesti: 1) tutkimukset, joissa tutkimusasetelma on hoitoryhmä (H) ennen – jälkeen intervention ilman vertailuryhmää, 2) tutkimukset joissa on käytetty vertailuryhmää (V) ja 3) tutkimukset, joissa hoitoryhmään ja vertailuryhmään osallistuneet on valittu satunnaisesti.

Käytin interventioista seuraavia lyhenteitä: motivoiva haastattelu (MH), sitä soveltava motivaation parantamisterapia (MET), kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT), palkitsemisjärjestelmä (CM) ja yhteisöpalvelu (CS). Tutkimuksissa on käytetty monipuolisesti tulosmittareita. Esitän niistä keskeisimmät taulukoissa 1 ja 2 englanninkielisinä lyhenteinä, jotta lukijalla on mahdollisuus halutessaan tutustua niihin paremmin kirjallisuuden kautta.

Taulukoissa näkyvät tutkimusten päätulokset. Seuraavaksi esittelen ensin yhdyskuntaseuraamustutkimuksia ja sen jälkeen laitostutkimuksia sekä luvun lopuksi näitä koskevan yhteenvedon.

Tutkimukset joissa
1) motivoiva haastattelu avo- tai laitoskontekstissa
2) osallistujat: teosta oikeudellinen seuraus, aikuisia, päihdeongelma
3) tavoitteissa päihteiden käytön vähentäminen

Tietokannat:
Cochrane Library, Embase, Medline, Proquest (Dissertations and Theses), Sosiological Abstracts, National Criminal Justice Reference Service, Web of Knowledge, www.motivational interwieving, Google Scholar, PubMed, ScienceDirect, Sage Journals

Hakusanoissa motivoiva haastattelu, rikoksentekijä, päihteiden käyttö
Hakukieli englanti
Hakulausekkeita: ([motivational interviewing or motivational enhancement] AND (offender or probation or prison* or criminal* or correction* or mandate); ([motivational interviewing or motivational enhancement] AND [substance or alcohol or drug]) AND (offender or probation or prison or incarceration or criminal or correctional or forensic or recidivism) Lisäksi: motivational AND enhancement AND substance OR alcohol OR drug AND treatment OR engagement OR retention OR prevention.

Hakuprosessin eteneminen:
Ensiksi tutkimukset 1980-luvun puolivälistä vuoden 2009 lopulle asti. Haun täydennys 2013 vuoteen asti.

Hakujen tuottamat otsikot ja abstraktit

Jos motivoivan haastattelun tavoitteena ei päihteiden käytön muutos => ei katsaukseen

Jäljelle yli 2000 löydöstä; tarkempi läpikäyminen=> pois tai kansioon ehdolla katsaukseen => Tarkempi sisällön tarkastelu=> pois jos ei täyttänyt kaikkia kolme kriteeriä tai jos osallistujat eivät aikuisia

Lopputulos 25 tutkimusta: 11 avo- ja 14 laitoskontekstissa

Kuvio 1. Systemoidun kirjallisuuskatsauksen toteutus.

3.2 Yhdyskuntaseuraamustutkimukset

3.2.1 Motivoiva haastattelu ehdonalaisvalvonnan parantajana

Kaksi avohoitotutkimusta käsitteli sitä, miten ehdonalaisvirkailijoiden motivoivan haastattelun koulutus vaikuttaa valvonnassa olevien rikoksentekijöiden asenteisiin ja heidän selviytymiseensä ehdonalaisvalvonnassa. (Katso taulukko 1, s. 53, tutkimukset 1-2)

Harper ja Hardy (2000) arvioivat motivoivan haastattelun tehokkuutta rikoksentekijöillä, joilla oli alkoholi- ja huumeongelmia. Päätavoite oli arvioida, parantaako menetelmä ehdonalaisvalvonnan käytäntöä. Tutkimusasetelma oli kvasikokeellinen. Koeryhmässä satunnaistamatta valitut kriminaalihuollon työntekijät (n = 18) sovelsivat tutkimusryhmässä saamaansa motivoivan haastattelun koulutusta ehdonalaisten valvonnassa. Vertailuryhmässä valvontaa jatkettiin tavalliseen tapaan. Koulutuksen vaikutusta ehdonalaisessa olevien asenteisiin tutkittiin CRIME-PICS II – kyselyllä, jossa osanottajien asenteita rikoksen tekemisiin ja päihteisiin sekä niistä koituviin ongelmiin arvioidaan viidellä asteikolla. Kyselyssä pistemäärän laskeminen merkitsee tuloksen paranemista. Valvottavien kysely tehtiin ennen työntekijöiden saamaa koulutusta (H: n = 36/ V: n =29) ja sen jälkeen (H: n = 19/V: n = 16).

Kumpikin ryhmä vähensi pisteitään, mutta muutos parempaan oli suurempaa motivoivan haastattelun koulutusta saaneiden työntekijöiden asiakkailla. Tutkimusryhmässä pisteet laskivat tilastollisesti merkitsevästi neljällä asteikolla mitattuna. Myös elämän ongelmia havaittiin vähemmän - tosin vain suuntaa antavasti. Kontrolliryhmässä merkitsevää laskua oli yleisessä asenteessa rikosten tekemiseen ja varautumisessa rikoksen uusimiseen. Koulutuksen jälkeen huoli päihteistä väheni interventioryhmässä merkitsevästi.

Walters, Vader, Nguyen, Harris ja Eells (2010) pyrkivät projektissaan parantamaan ehdonalaisvankien sääntöjen noudattamista ja ehdonalaisvalvonnan tuloksia valvojille suunnatulla motivoivan haastattelun koulutuksella. Kyseiseen koulutukseen halunneet ehdonalaisvalvojat satunnaistettiin joko saamaan koulutusta (n = 10) tai sitä odottavaan vertailuryhmään (n = 10). Koska tutkijoita kiinnosti myös, vaikuttaako jo pelkkä kiinnostus koulutukseen työntekijöiden toimintaan, työntekijöistä valittiin vielä toinenkin vertailuryhmä (n = 10), jonka jäsenet eivät alun perinkään olleet kiinnostuneita koulutuksesta. Kumpikin vertailuryhmä jatkoi ehdonalaisvankien valvontaa entiseen tapaan.

Koulutus paransi työntekijöiden motivoivan haastattelun taitoja, sillä koulutusta saaneiden ja sitä saamattomien työntekijöiden välillä oli kahden ja kuuden kuukauden seurannoissa merkitsevä ($p < .05$) ero empatiassa ja heijastavan kuuntelun taidoissa sekä melkein merkitsevä ero motivoivan haastattelun mukaisessa käyttäytymisessä. Kiinnostus koulutukseen ei vaikuttanut tuloksiin, sillä koulutusta vaille jääneiden ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Työntekijöille ohjattiin tavallisen käytännön mukaisesti yhteensä 380 uutta valvottavaa, jotka jaettiin satunnaisesti koeryhmään (n = 86) ja kahteen vertailuryhmään (V1 n = 109, V2 n = 185). Kahden ja kuuden kuukauden seurannoissa tutkittiin ehdonalaisvalvojien empatian, motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen ja reflektoivan kuuntelun yhteyttä valvottavien kuuden kuukauden tuloksiin. Ennen kovariaattien (etnisyys, ikä, valvonnan taso, syyte) vakioimista empatia näytti vähentävän huonoja ehdonalaistuloksia lähes kolmanneksella (29 %). Taustamuuttujien malliin tuomisen jälkeen motivoivan haastattelun taidoilla ei kuitenkaan ollut merkitsevää vaikutusta todennäköisyyteen saada huono tulos tai huumepositiivinen virtsatesti kuuden kuukauden seurannassa. Vaikka motivoivan haastattelun koulutus paransi valvojien taitoja, ehdonalaistuomion saaneiden tulokset eivät vaihdelleet koulutusryhmän mukaan, joten työntekijän motivoivan haastattelun kompetenssi ei tässä ennustanut tulosta.

Kummankin ehdonalaisvalvonnan parantamiseen tähdänneessä tutkimuksessa motivoivalla haastattelulla pyrittiin vaikuttamaan valvottavien toimintaan välillisesti, työntekijöiden koulutuksen kautta. Ensimmäisessä tutkimuksessa ehdonalaisvankien suhtautuminen rikoksiin parani ja huoli päihteistä väheni motivoivan haastattelun ryhmässä merkitsevästi. Jälkimmäisessä tutkimuksessa työntekijöiden empatian, reflektoinnin ja motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen lisääntyminen ei taustamuuttujien kontrolloinnin jälkeen enää merkitsevästi parantanut tuloksia.

3.2.2 Motivoiva haastattelu hoitomotivaation ja avohoidossa pysymisen lisääjänä

Viidessä avohoitotutkimuksessa pyrittiin parantamaan asiakkaan motivaation ja muutosvalmiuden kautta hoidossa pysymistä ja hoidon tuloksia (Taulukko1, tutkimukset 3-7). Eastonin, Swanin ja Sinhan (2000) satunnaistetussa tutkimuksessa tavoitteena oli lisätä lähisuhdeväkivaltaan syyllistyneiden miesten motivaatiota päihteiden käytön vähentämiseen. Tuomioistuin oli määrännyt tutkittavat 10 viikon psykoedukatiiviselle vihanhallintakurssille, jonka yhdeksännellä kerralla tutkimusryhmän jäsenet (n = 22) osallistuivat päihteiden käytön vähentämistä koskevaan motivaation

parantamisinterventioon. Vertailuryhmän (n = 19) vihanhallintaohjelma jatkui tavalliseen tapaan, jolloin yhdeksännen kerran aiheena olivat päihteiden käyttö ja väkivalta. Ryhmien demografisissa piirteissä, oikeudellisissa asioissa, väkivallan luonteessa tai päihteiden käytön tavoissa ei alkuarvioinnissa ollut merkitseviä eroja. Yhteensä 41 prosenttia osallistujista täytti päihderiippuvuuskriteerit ja kolme neljästä raportoi käyttävänsä päihteitä väärin.

Motivaation parantamisryhmäläiset paransivat ennen-jälkeen mittauksessa merkitsevästi valmiuttaan ”askelten ottamiseen” eli käytännön toimiin päihteiden käytön vähentämiseksi. Heidän motivaatiopisteensä kasvoivat intervention seurauksena. Vertailuryhmässä ei testiä voitu tehdä liian suuren kadon takia, joten ryhmien keskinäistä paremmuutta ei voitu verrata.

Lincourtin, Kuettelin ja Bombardierin (2002) tavoitteena oli motivoivan haastattelun ryhmäsovelluksen avulla lisätä asiakkaiden sitoutumista ja osallistumista päihdehoitoon sekä auttaa heitä saavuttamaan tavoitteensa neuvonta- ja standardihoito-ohjelmassa. Tutkimuksessa verrattiin kuuden motivoivan istunnon jälkeen standardihoitoa saaneiden tuloksia pelkän standardihoidon tuloksiin. Tutkimusryhmään osallistui 73 asiakasta ja vertailuryhmään 94 asiakasta. Kaikki asiakkaat täyttivät päihdeongelman kriteerit.

Motivaatioryhmään osallistuneet saavuttivat merkitsevästi todennäköisemmin hoitotavoitteensa kuin pelkkää standardihoitoa saaneet. He myös päättivät seuranneen hoito-ohjelman lähes kaksi kertaa useammin (58 % vs. 32 %) onnistuneesti, osallistuivat useampiin istuntoihin sekä täyttivät harvemmin päihderiippuvuuden kriteerit kuin standardihoitoa saaneet. Nämäkin erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Hoidon onnistuneesti päättäneet olivat todennäköisimmin työllisiä, vanhempia ja useammalla heistä oli päihteiden väärinkäyttö- kuin riippuvuusdiagnoosi. Motivoivan ryhmän pieni, mutta merkitsevä vaikutus säilyi diagnoosin, työtilanteen ja iän kontrolloinnin jälkeenkin.

Sinhan, Eastonin, Renee-Aubinin ja Carrollin (2003) pilottitutkimuksessa päätavoitteena oli lisätä sitoutumista hoitoon. 65 kriminaalihuollon hoitoon lähettämää marijuanan väärinkäyttäjää (25 %) tai riippuvaista (75 %) nuorta satunnaistettiin saamaan noin kuukauden aikana kolme motivaation parantamisterapian (MET) istuntoa sellaisenaan tai niin että näihin terapiatapaamisiin osallistumisesta annettiin vahvistussuhteiden hallintajärjestelmän (contingency management, CM) mukaisesti etuseteleitä. Tutkimusinterventioon osallistui 28 ja vertailuinterventioon 37 henkilöä. Kaikki osallistujat olivat hoidon alussa antaneet positiivisen marijuana-virtsanäytteen. Seurannan pituus oli yksi kuukausi.

Tutkimus osoitti, että nuoret, jotka saivat istuntoihin osallistumisestaan myös palkkioita, jatkoivat hoidon loppuun merkitsevästi useammin kuin pelkkiin motivoinnin parantamisistuntoihin osallistuneet nuoret (64 % vs. 39 %).

Marijuanan käyttö ja siitä aiheutuvat ongelmat samoin kuin esiharkinnan pisteet ja oikeudelliset ongelmat vähenivät merkitsevästi kummassakin ryhmässä, mutta tuloksissa ei ryhmien välillä ollut merkitseviä eroja.

Carrollin ja muiden (2006) edellisen pilottitutkimuksen jatkotutkimuksessa tavoitteena oli hoidossa pysymisen lisäksi vähentää nuorten aikuisten marijuanan käyttöä. Tuomioistuimen hoitoon määräämät osallistujat satunnaistettiin neljään interventioryhmään: motivaation parantamisterapian ja kognitiivinen käyttäytymisterapian yhdistelmä (MET/CBT) palkkiojärjestelmän (CM) kanssa tai sitä ilman ja huumeneuvonta (drug counseling, DC) palkkiojärjestelmän kanssa tai ilman. Motivoivan haastattelun, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja palkkiojärjestelmän yhdistämisen ideana oli parantaa tuloksia lisäämällä yhtä aikaa sekä sisäistä – (MET/CBT) että ulkoista motivaatiota (CM). Osallistujat arvioitiin alkutilanteessa, viikoittain hoidon aikana, kahdeksan viikon hoidon päättyessä sekä kolmen ja kuuden kuukauden seurannoissa. Viikoittaiseen arviointiin kuului virtsatesti ja päihteiden käytön itsearviointeja. 136 hoitoon satunnaistetusta 64 % saatiin kolmen kuukauden seurantaan ja 85 % haastateltiin kuuden kuukauden seurannassa.

Eri hoitotapojen välillä oli merkitseviä eroja istuntojen ja päätettyjen hoitojen määrissä. Hoitoa jatkettiin loppuun asti merkitsevästi useammin ryhmissä, joissa oli pelkkää motivaation parantamis- ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa (67 %), samaa lisättynä palkkioilla (70 %) tai huumeneuvontaa palkkioiden kanssa (64 %) verrattua pelkkään huumeneuvontaan (40 %). Motivaation parantamisen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tulos oli merkitsevästi parempi kuin huumeneuvonnan.

Todennäköisyys antaa positiivisia marijuananäytteitä laski hoidon aikana kaikissa ryhmissä. Marijuanan käytössä ei ollut ryhmäeroja. Sen sijaan palkkiojärjestelmällä täydennettyihin hoitoihin osallistuneilla raittiusjakso kesti merkitsevästi kauemmin kuin ilman palkkioita. Palkkiojärjestelmiin osallistuneet antoivat hoidon aikana merkitsevästi enemmän peräkkäisiä negatiivisia marijuanavirtsanäytteitä ja merkitsevästi enemmän kokonaan puhtaita virtsanäytteitä.

Positiivisen marijuanavirtsanäytteen antaminen hoidon alussa ennusti hoidon tuloksia vahvasti. Positiivinen virtsanäyte alussa ennusti merkitsevästi pienempää raittiusjakson todennäköisyyttä hoidon aikana kuin ensimmäisen testin negatiivisuus (21 päivän raittius: 31 % vs. 88 %, viikon raittius: 56 % vs.100 %). Positiivisen näytteen alussa antaneet myös pysyivät hoidossa loppuun harvemmin (58 % vs. 74 %, ei tilas-

tollisesti merkitsevä). Tässä ryhmässä osallistuminen palkkiojärjestelmällä vahvistettuun hoitoon lisäsi merkitsevästi puhtaita marijuananäytteitä verrattuna palkkiottomiin hoitomuotoihin.

Kun marijuanan käyttöä arvioitiin kolme ja kuusi kuukautta hoidon jälkeen, havaittiin motivaation parantamiseen ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistuneiden vähentäneen marijuanan käyttökertoja merkitsevästi verrattuna huumeneuvontaa saaneisiin. Palkkiot eivät enää vaikuttaneet marijuanan käyttöön seurantaaikana.

Yhteenvetona voi todeta, että motivaation parantamisen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä palkkiojärjestelmän yhdistelmä paransi etenkin hoidon aikaista käyttäytymistä kuten hoidossa pysymistä ja puhtaita virtsanäytteitä enemmän kuin pelkkä huumeneuvonta ja palkkioin tuettu huumeneuvonta. Kahdessa jälkimmäisessä ryhmässä marijuanan käyttöpäivät lisääntyivät seurannan aikana, kun taas kummassakin motivaation parantamis- ja kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmässä ne vähenivät ja eniten vielä siinä ryhmässä, jossa ei käytetty palkkioita.

Kinlockin, Searin, O'Gradyn, Callamanin ja Brownin (2009) tutkimuksessa tavoitteena oli lisätä kriminaalihuollon asiakkaitten sisäistä motivaatiota huumeiden käytön muutokseen ja parantaa heidän hoidossa pysymistään. Motivoivan haastattelun vaikutusta verrattiin huumevalistukseen. Oletus oli, että asiakkaan hoitomotivaation kehittyminen ensimmäisen kuukauden aikana vaikuttaa siihen, kuinka hyvin he pysyvät hoidossa.

Lääkkeettömään avohoitoon määrätyt ehdonalaisen tuomion saaneet osallistujat jaettiin satunnaisesti kahden istunnon motivoivaan haastatteluun (n = 116) tai huumevalistukseen (n = 118). Kuukauden seurannassa osallistujat jaettiin vielä tilastollisia analyyseja varten tutkimusryhmiin sen mukaan, miten he olivat osallistuneet hoitoihin. Ainakin yhteen motivoivaan haastatteluun oli osallistunut 72 asiakasta (hoitoryhmä, H), 68 asiakasta oli osallistunut ainakin yhteen huumevalistusistuntoon (vertailuryhmä V1) ja 56 ei kumpaankaan (vertailuryhmä V2).

Kolmen tutkimusryhmän välillä ei ollut merkitseviä eroja demografisissa ja taustamuuttujissa. Toisin kuin oletettiin, motivoivaan haastatteluun osallistuneiden asiakkaiden hoitomotivaatio ei kasvanut kuukauden aikana alkutilanteesta todennäköisemmin kuin huumevalistukseen tai kumpaankaan ryhmään osallistumattomien motivaatio. Osallistujien motivaatiota mitattiin arvioimalla huumeongelman tunnistamista, halua saada apua, hoitovalmiutta ja ulkoisia paineita hoidon aloittamiseen. Ainoa merkitsevä muutos ilmeni halussa saada apua, joka laski merkitsevästi kuukauden aikana. Motivaatiota ennustavista tekijöistä ikä ja masennus vaikuttivat alkutilanteessa ja kuukauden seurannassa erisuuntaisesti. Iän positiivinen suhde haluun saada

apua oli alkutilanteessa merkitsevä, mutta ei kuukauden kuluttua, kun taas masennuksen vaikutus hoitohaluun kasvoi merkitseväksi jälkimmäisessä mittauskohdassa.

Hoitotapa ei vaikuttanut hoidossa jatkamiseen. Motivaatiotekijöistä hoitovalmius ja ulkoiset paineet olivat silti merkitsevästi yhteydessä hoitopäivien määrään. Alkutilanteessa ja kuukauden seurannassa mitattu hoitovalmius oli merkitsevästi yhteydessä hoitopäivien määriin ja vähintään 90 päivää hoidossa pysymiseen. Yhteyden luonne oli kuitenkin erilainen. Korkea hoitovalmius alkutilanteessa vähensi hoitopäiviä ja hoidossa pysymistä, kun taas myöhempi hoitovalmius sekä tapahtunut hoitovalmiuden muutos olivat kumpikin itsenäisesti yhteydessä hoitopäivien määrään ja parempaan hoidossa pysymiseen. Ulkoisen paineen tasot kuukauden kohdalla olivat merkitsevästi yhteydessä hoidossa pysymisen päiviin. Erityisesti pienempi ulkoinen paine liittyi kauemmin hoidossa jatkamiseen.

Tiivistelmä hoitomotivaatioon ja avohoidossa pysymiseen liittyvistä MH-tutkimuksista

Viiden hoitomotivaatioon tai hoidossa pysymiseen kohdistuneen tutkimuksen tulokset olivat osin ristiriitaiset. Kun kotiväkivaltaan syyllistyneiden vihanhallintakurssiin lisättiin yksi motivoiva keskustelu, ryhmän jäsenten motivaatio kasvoi ja he ottivat askelia kohti muutosta, mutta vertailuryhmän suuren kadon takia eroa ei voitu laskea (Easton ym., 2000). Kinlockin ym. (2009) tutkimuksessa kaksi motivoivaa keskustelua tai huumevalistusistuntoa ei parantanut hoitomotivaatiota tai hoidossa pysymistä suhteessa kumpaankaan ryhmään osallistumattomiin. Sen sijaan korkea hoitomotivaatio alussa ennusti heikompaa hoidossa pysymistä, kun taas hoitomotivaation suuruus kuukauden kohdalla ja sen kasvu alkutilanteesta kuukauden seurantaan ennusti pysymistä hoidossa kolme kuukautta. Myös Lincourtin ym. (2002) tavoitteena oli asiakkaiden sitoutumisen avulla parantaa tavallisen hoito-ohjelman vaikuttavuutta. Tällä kerralla motivoivia keskusteluja oli enemmän (kuusi) ja niihin osallistuneet saavuttivat hoitotavoitteensa merkitsevästi todennäköisemmin sekä päättivät hoito-ohjelman lähes kaksi kertaa useammin kuin standardihoitoa saaneet. He osallistuivat myös useampiin istuntoihin eivätkä enää niin usein täyttäneet päihderiippuvuuden kriteereitä. Motivoivien keskustelujen lisääminen näytti edistävän hoitoon osallistumista ja siinä pysymistä.

Kahdessa tutkimuksessa motivoivan haastattelun vertailukohtana oli palkkiojärjestelmä (CM). Ensimmäisessä tutkimuksessa marijuanan käyttö, oikeudelliset ja päihteiden käytöstä aiheutuneet ongelmat ja esiharkinnan pisteet alenivat kummassakin ryhmässä, mutta nuoret, jotka saivat kolmeen motivaation parantamisistuntoon

osallistumisesta etuseteleitä, jatkoivat hoidon loppuun merkitsevästi useammin ja osallistuivat useampaan hoitoistuntoon (Sinha ym. 2003). Osin samojen tutkijoiden (Carroll ym. 2006) jatkotutkimuksessa saavutettiin parhaat tulokset hoidossa pysymisessä, peräkkäisissä marijuanasta puhtaissa virtsanäytteissä ja todennäköisyydessä niiden antamiseen, kun motivaation parantamis- ja kognitiivisen käyttäytymisterapiaan (MET/CBT) lisättiin palkkiojärjestelmä. On kuitenkin huomattava, että kuuden kuukauden seurannassa molemmissa MET/CBT – ryhmissä marijuanan käyttöpäivät vähenivät ja pelkässä MET/CBT – ryhmässä eniten, joten sen vaikutus kesti marijuanan käyttöpäivien osalta parhaiten. Palkkiojärjestelmä siis edisti hoito-ohjelmassa pysymistä, kun taas pelkkä MET/CBT sellaisenaan vaikutti marijuanan käyttöpäiviin pysyvimmin.

3.2.3 Motivoiva haastattelu avohoitoon osallistuneiden juomisen ja rikosten uusimisen vähentäjä

Neljässä tutkimuksen kohteena oli rattijuoppojen juomisen ja rikoksen uusimisen vähentäminen. (Taulukko 1, tutkimukset 8-10)

Chanut ja muut (2007) tavoittelivat satunnaistetussa, kontrolloidussa pilottikokeessaan päihtyneinä ajaneiden alkoholin käytön vähentämistä. Tutkimuksessa verrattiin motivoivaa haastattelua ja psykoedukatiivista interventiota. Osallistujat (N = 51), joilla oli alkoholin väärinkäyttö- tai riippuvuusdiagnoosi, rekrytoitiin hoito-ohjelmien ulkopuolelta. Tarkoituksena oli kokeilla motivoivan haastattelun vaikutusta yksilöihin, jotka eivät olleet valmiita muutokseen. Asiakkaat satunnaistettiin yhteen noin puolen tunnin motivoivaan keskusteluun tai vastaavan pituiseen vertailuinterventioon, jossa käsiteltiin liiallisen alkoholinkäytön ja päihtyneenä ajamisen riskejä. Osallistujat saivat rahallisen korvauksen alkuhaastatteluun ja seurantoihin osallistumisesta.

Tulosten mukaan motivoivaan keskusteluun osallistuneet vähensivät kuuden kuukauden seurannassa riskijuomispäiviään merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmän jäsenet. Alkoholin negatiiviset seuraukset myös vähenivät tässä ryhmässä oireellisesti enemmän kuin vertailuasiakkailla. Sen lisäksi kontrolliryhmällä oli 6 kuukauden seurannassa merkitsevästi enemmän lääkärin konsultaatioita kuin motivoivaan haastatteluun osallistuneilla. Lyhyestäkin motivoivasta keskustelusta voi siten olla hyötyä rattijuopoille, joiden kuntoutusprosessi ei vielä ole alkanut.

Lähes sama työryhmä Brown ym. (2010) jatkoi sen selvittämistä, mikä vähentää päihtyneenä ajaneiden rikoksen uusijoiden juomista. Tässäkin satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa verrattiin puolen tunnin motivoivan haastattelun vaikutusta riskijuomisen vähentämiseen vastaavan pituiseen tietoja ja neuvoja antavaan keskusteluun. Sovelletun motivoivan haastattelun tavoin vertailuinterventio oli strukturoitu, mutta siitä puuttuivat ensin mainitun terapeuttiset elementit. Edellisen pilottikokeen tulosten pohjalta oletettiin, että lyhyt motivoiva haastattelu alkutilanteessa vähentää riskijuomista kuuden kuukauden ja vuoden seurannoissa merkitsevästi enemmän kuin vertailuinterventio. Motivoivan haastattelun oletettiin myös kasvattavan valmiutta alkoholin käytön muutokseen, lisäävän päihdehoitopalvelujen käyttöä ja osallistujien tyytyväisyyttä.

Muihin interventioihin aiemmin osallistumattomat alkoholin väärinkäyttäjät (n = 184) satunnaistettiin yhtä suureen hoito- ja vertailuryhmään. Osallistumisesta maksettiin palkkio. Tulokset tukivat tutkimuksen päähypoteesia. Kummassakin ryhmässä riskijuominen oli merkitsevästi vähäisempää kuuden ja 12 kuukauden seurannoissa kuin alkutilanteessa. Motivoivan haastattelun ryhmässä muutos kuitenkin jatkui vielä kuuden kuukauden jälkeenkin. Riskijuomispäivät vähenivät näillä asiakkailla vuoden seurannassa 25 prosenttia, mikä osoitti merkitsevää alenemista kuuden kuukauden tasoista verrattuna kontrolli-interventioon. Lyhyellä motivoivalla haastattelulla oli kuuden kuukauden seurannassa merkitsevästi parempi vaikutus yhdessä neljästä käytetystä alkoholin väärinkäytön diagnostisesta indikaattorista (MCV-biomarkkeri) sekä rattijuoppouden uusimista ennustavassa mittarissa (MMPI-Mac). Sen sijaan muutosvalmiudessa ja hoidon jälkeisessä palvelujen käytössä ei havaittu merkitseviä ryhmäeroja.

Jonkin verran lisänäyttöä lyhyen motivoivan haastattelun paremmuudesta tarjosi myös se, että suurempi osa osallistujista arvioi sen auttaneen heitä selviämään ongelmissaan (96 % vs. 76 %). Lyhyt motivoiva haastattelu näytti siis saavuttavan terapeuttisen päätavoitteensa; asiakkaiden pystyvyyden tunteen voimistumisen.

Brown ja muut (2012) jatkoivat projektiaan tutkien saman kohderyhmän tuloksia suhteessa heidän demografisiin, päihteen käytön ja alkutilanteen muutosvalmiuden piirteisiinsä. Tutkimus tehtiin edellisen tutkimuksen aineistolla. Seuranta-ajat olivat jälleen 6 ja 12 kuukautta.

Nuoret rikoksentekijät reagoivat kahdella suurkulutuksen indikaattorilla motivoivaan haastatteluun paremmin kuin vanhemmat rikoksentekijät. Alun AUDIT-pisteillä oli myös merkitystä, joskin vähemmän kuin iällä. Mitä vakavampi ongelma, sitä paremmin motivoiva haastattelu vaikutti. Sen lisäksi miesten riskijuomispäivät vähenivät vuoden seurannassa enemmän kuin naisten. Vakavampi alkoholiongelma

alussa liittyi myös suurimpiin vähennyksiin riskijuomispäivien prosentissa. Odotusten vastaisesti havaittiin, että muutosvalmiudeltaan esiharkintavaiheessa olevat osoittivat interventiosta riippumatta suurinta kehitystä alkoholin väärinkäyttöä mittaavilla biomarkkereilla.

Nirenbergin, Bairdin, Longabaughin ja Mellon (2013) tutkimuksessa tavoitteena oli vähentää riskijuomista, syytteitä sekä ajamisen riskitekijöitä nuorilla, jotka oikeuslaitos oli määrännyt hoitoon. Osallistujat satunnaistettiin alkuarvioinnin jälkeen 20 tunnin yhteisöpalveluun (Community service, CS; n = 335), motivoivaan haastatteluun lisättynä yhteisöpalvelulla (n = 332) tai motivoivaan haastatteluun, johon liitettiin vierailu sairaalan ensihoito-osastolle, jossa hoidettiin liikenneonnettomuuksien uhreja (n = 323). Osallistujat saivat palkkion alkutilanteen arviointiin ja kuuden kuukauden seurantaan osallistumisesta.

Kummassakin motivoivan haastattelun hoitoryhmässä oli viisi istuntoa, joiden välissä oli yhteensä kuusi tuntia yhteisöpalvelua tai altistumista rattijuoppousonnettomuuksista aiheutuneiden vammojen hoidon näkemiselle, hajuille ja äänille sairaalan ensihoito-osastolla. Vertailuinterventio oli parannettu yhteisöpalvelun prototyyppi, johon kuului kaksi opetusistuntoa ja 16 tuntia yhteisöpalvelua (yhteensä 20 tuntia).

Tutkimuksen päähypoteesit olivat, että motivoiva haastattelu vähentää tulevien syytteiden määrää enemmän kuin yhteisöpalvelu ja että altistuminen ”traumaattiselle kokemukselle” vahvistaa motivoivan haastattelun vaikuttavuutta.

Tulokset tukivat ensimmäistä hypoteesia, sillä kuuden kuukauden seurannassa yhteisöpalveluryhmään osallistuneiden syytteiden määrä oli merkitsevästi suurempi. Lisäksi alkoholi- tai liikennerikosten todennäköisyys oli yhdistetyssä motivoivan haastattelun ryhmässä merkitsevästi pienempi kuin vertailuryhmässä (26 % vs. 35 %). Kuuden kuukauden seurannassa yhteisöpalveluun osallistuneet raportoivat kuitenkin merkitsevästi vähemmän ylinopeuksia ja holtitonta ajoa kuin yhdistetty hoitoryhmä. Vertailuryhmän raportoimat riskijuomisesta kertovat AUDIT-pisteetkin olivat merkitsevästi pienemmät kuin yhdistetyssä hoitoryhmässä. Motivoivan haastattelun ryhmien välillä ei ollut eroa näissä suhteissa.

Tutkijoita kiinnosti, miksi syytteet ja tehnyt rikokset vähenivät silti enemmän motivoivan haastattelun ryhmissä kuin yhteisöpalvelussa. Kaikissa ryhmissä oli istuntojen jälkeen täytetty motivoivan haastattelun kokemusta arvioiva kyselylomake. Tehdyissä mediaatioanalyyseissä havaittiin osallistujan istunnon arvioinnin ja tuloksen välillä yhteys. Ensimmäisen istunnon lopussa arvioidulla motivoivan haastattelun terapeuttisella kokemuksella oli suora vaikutus osanottajien tekemien rikosten määrään. Niillä, jotka olivat antaneet korkeimmat motivoivan haastattelun terapeuttiset

pisteet ensimmäisen istunnon lopussa, oli kuuden kuukauden seurannassa vähiten syytteeseen johtavia rikoksia (mediaatioefekti 15 % kokonaisvaikutuksesta).

Toinen kysymyksiä herättänyt havainto oli, että huolimatta pienemmistä syytteiden määristä motivoivaan haastattelun osallistuneet itse raportoivat merkitsevästi enemmän riskijuomista, ylinopeuksia ja holtitonta ajoa kuin vertailuryhmä.

Tätä ristiriitaa yritettiin tulkita Nirenbergin ja muiden (2013) aiemmalla havainnolla, jonka mukaan motivoivaan haastatteluun määrätyt nuoret olivat johdonmukaisempia raportoidessaan alkoholin käytöstään ennen ja jälkeen hoitoa kuin kontrolliryhmän jäsenet. Motivoivan haastattelun jälkeen osallistujat raportoivat jonkin verran enemmän alkutilanteen alkoholin käyttöä kuin he olivat raportoineet ennen interventiota. Kontrolliryhmässä taas päinvastoin hoitokokemuksen lopussa raportoitiin merkitsevästi vähemmän alkoholin kulutusta ennen hoitoa kuin oli tehty alkutilanteessa.

Toinen päähypoteesi ”trauma-altistuksen” motivoivaa haastattelua tehostavasta vaikutuksesta ei saanut tukea. Aiemman tutkimuksen kanssa yhtenevästi pidätykset eivät vähentyneet ”traumakokemusryhmässä” enempää kuin yhteisöpalveluryhmässä (Baird, Nirenberg, Longabaugh & Mello, 2013).

Tiivistelmä motivoivan haastattelun vaikutuksista kriminaalihuollon asiakkaiden juomisen vähentämiseen

Juomisen vähentämiseen tähtäävistä tutkimuksista kolme oli saman tutkimusryhmän tekemiä. Ensimmäisessä havaittiin, että puolen tunnin motivoiva haastattelu vähensi merkitsevästi kuuden kuukauden seurannassa riskijuomispäiviä ja terveyspalvelujen käyttöä (Chanut ym., 2007). Toisessa tutkimuksessa sekä hoito- että vertailuryhmän riskijuominen väheni alkutilanteesta 6 ja 12 kuukauden seurantoihin. Samoin kuin aiemmin marijuanaa koskevassa tutkimuksessa nytkin myönteinen kehitys jatkui pidemmälle motivoivan haastattelun ryhmässä, jonka juominen väheni vielä 25 prosenttia kuudesta kuukaudesta vuoteen (Brown ym., 2010). Kolmannen tutkimuksen päätulos oli, että nuoret ja miespuoliset rikoksenuusijat, joilla ilmeni toisia enemmän juomisen kielteisiä seurauksia ja jotka suhtautuivat ongelmajuomiseensa ristiriitaisemmin, paransivat juomistuloksiaan enemmän kuin muut interventiosta riippumatta (Brown ym., 2012). Nirenbergin ja muiden (2013) laajassa (n = 990) tutkimuksessa viiden kerran motivoivaa haastattelua verrattiin ”traumakokemuksella” vahvistettuun motivoivaan haastatteluun ja yhteisöpalveluun. Motivoivan haastattelun ryhmissä oli seurantavaiheessa merkitsevästi vähemmän syytteitä kuin yhteisöpalveluryhmässä. Lisäksi myös alkoholi- tai liikennerikosten todennäköisyys oli yhdistetyssä

motivoivan haastattelun ryhmässä pienempi kuin vertailuryhmässä. Mitä parempi oli terapeuttinen kokemus ensimmäisestä motivoivan haastattelun istunnosta, sitä vähemmän oli rikoksia kuuden kuukauden seurannassa. Motivoivaan haastatteluun osallistuneiden todettiin myös raportoivan tarkemmin juomisestaan kuin vertailuryhmäläisten. Vastoin tutkijoiden oletuksia ”altistuminen traumakokemuksille” päivystyspoliklinikalla ei parantanut motivoivan haastattelun tehoa. Tapahtunutta selitettiin sillä, että päivystyspoliklinikan henkilökunta mahdollisesti ohjasi osallistujia konfrontoivaan tapaan tai sillä, että pelkoon perustuvan kokemuksen on aiemmin havaittu vaikuttavan kielteisesti ja tuottavan muutosvastarintaa. Myös sosiaalipsykologiset tutkimukset ovat kauan sitten osoittaneet, että voimakkaiden kielteisten tunteiden herättäminen ei toimi asenteen muuttamisessa, koska se helposti herättää puolustusreaktioita (esimerkiksi Secord-Backman, 1964, s. 135).

Motivoiva haastattelu näyttäisi siis varsin tulokselliselta lähestymistavalta ainakin juomisen vähentämisessä. Sen vaikutukset myös paranivat vielä puolen vuoden seurannan jälkeenkin useissa satunnaistetuissa kokeissa.

Taulukko 1. *Motivoiva haastattelu yhdyskuntaseuraamustutkimuksissa*.

Tekijät	Tutki-mus-tyyppi	Osallistujat	Tavoite	Interventio	Otos (n)	Keskeiset mittarit	Seuranta	Päätulokset
1.Harper & Hardy 2000[1]	2	Ehdonalaisessa olevia, joilla huume- tai alkoholiongelmia; 85 % miehiä, Englanti	Muuttaa asenteita huumeisiin, alkoholiin ja rikosten tekemiseen	H: valvoja saanut MH - koulutuksen, V: valvonta ilman MH - koulutusta	H: Ennen 36, jälkeen 19; V: Ennen 29, jälkeen 16	CRIME-PIC II-kysely	Valvonnan kesto keskimäärin 16,5 kk	Tutkimusryhmän valvottavat paransivat vertailuryhmää enemmän CRIME-PICS II kyselyn asteikoilla ja raportoivat myös merkitsevää huume- ja alkoholiongelmien vähenemistä
2. Walters ym. 2010[1]	3	Ehdonalaisessa olevia, joilla päihdeongelma, miehiä 74%, USA	Parantaa MH -koulutuksen avulla ehdonalaisvalvonnan tuloksia ja noudattamista	H1: Mh -koulutus, V1: Mh -jono, V2: tavallinen valvonta	H1: 86, V1:109, V2: 185	ORQ, DRI-R, MITI, positiivinen virtsatesti tai muu "huono" ehdonalaistulos	2 kk, 6 kk	MH – koulutus paransi työntekijöiden taitoja, mutta tutkimusryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja valvottavan todennäköisyydessä antaa positiivinen virtsatesti tai saada muuten huono tulos
3. Easton ym. 2000[2]	3	Tuomioistuimen vihanhallintakurssille määräämiä miehiä, joilla tuore kotiväkivaltasyyte, USA	Lisätä valmiutta muuttaa päihteiden käyttöä	H: Vihanhallintakurssilla yksi MET -istunto, V: ohjelma ilman MET	H: 22, V:19	SOCRATES	Ohjelman loppuun, 10 viikkoa	MET - ryhmässä motivaatiopisteet kasvoivat merkitsevästi ennen-jälkeen testauksessa (motivaatiossa ottaa askelia päihteiden käytön muutokseen)
4. Lincourt ym. 2002[2]	2	Oikeus määrännyt avohoitoon, 86 % miehiä, USA	Lisätä osallistumista standardihoitoon	H: Kuusi ryhmä MH-istuntoa + standardihoito; V: Pelkkä standardihoito	H: 75; V: 92	Hoidon jatkaminen loppuun asti	Hoidon lopussa	MH-ryhmäläiset osallistuivat merkitsevästi useampiin istuntoihin ja merkitsevästi useammin päättivät hoidon onnistuneesti
5. Sinha ym. 2003[2]	3	Marijuanan käyttäjiä; jotka kriminaalihuolto ohjannut avohoitoon, 93 % miehiä, USA	Lisätä hoitoon osallistumista ja muutosvalmiutta, vähentää marijuanan käyttöä	H: kolme MET - istuntoa; V: MET + CM, kolme istuntoa	H:28; V:37	Istuntoihin osallistuminen, marijuanan käyttö, ASI, SOCRATES	1 kk	Vertailuryhmä osallistui enemmän istuntoihin ja pysyi hoidossa paremmin. Kumpikin ryhmä vähensi marijuanan käyttöä ja paransi oikeudellisia ongelmia merkitsevästi. Esiharkintapisteet kaikilla pienemmät sekä hoidon lopussa että seurannassa kuin alussa
6. Carroll ym. 2006[2]	3	Marijuanan käyttäjät, kriminaalilhuolto ohjannut avohoitoon, 90 % miehiä, USA	Parantaa hoidossa pysymistä; vähentää marijuanan käyttöä	H1: MET/CBT, 8-istuntoa; H2: MET/CBT +CM, 8 istuntoa; V1: huume-	H1:33; H2:34; V1:35; V2:33	Istuntoihin osallistuminen; itse raportoitu marijuanan käyttö + virtsakokeet	3kk ja 6 kk	Osallistuminen: H2>H1>V2>V1, Marijuanan käyttö: hoidossa H2 > V2 > H1 > V1, seurannassa käyttö väheni kummassakin MET/CBT-ryhmässä, H1:ssä eniten

				neuvonta (HN), 8 istuntoa; V2:HN + CM, 8 istuntoa				
7. Kinlock ym. 2009[2]	3	Koeajalla olevat päihteettömään avohoitoon määrätyt, miehiä 70%, afroamerikkalaisia 90%, USA	Sisäisen motivaation kasvattaminen ja muutokseen sitoutumisen vahvistaminen, hoidon jatkaminen ja siinä pysyminen	H: 2 x MH (1h), V1: 2 x HE (1 h) (huumeedukaatio), V2: hoitoihin osallistumattomat	H: 72, V1: 68, V2: 56	TCU, ASI, Hoidossa pysyminen/vrk, 3 kk	1 kk	Ryhmien välillä ei eroa hoitomotivaation muutoksissa, hoitopäivissä tai 3 kk hoidossa pysymisessä. Hoitomotivaatio kuukauden kohdalla ja sen muutos alkutilanteesta ja kk seurantaan oli merkitsevästi yhteydessä 3 kk hoidossa pysymiseen
8. Chanut ym. 2007[3]	3	Päihtyneenä ajamisesta tuomittuja, miehiä 82%, eivät mukana hoito-ohjelmassa, Kanada	Vähentää päihtyneenä ajaneiden juomista	H: Yksi 20-30 min. MH -istunto, V: Yksi 20-30 min psykoedukaatio	H: 24, V:27	AUDIT, DAST, Riskijuomispäivien %, palvelut seurannassa	3 kk ja 6 kk	Yksi MH – istunto vähensi merkitsevästi riskijuomispäivien % -osuutta ja hoitopalvelujen käyttöä 6 kk:n seurannassa
9a Brown ym. 2010[3] 9b Brown ym. 2012[3]	3 3	Humalassa ajaneet uusintarikolliset, miehiä 90 %, jotka eivät ole osallistuneet interventioihin, Kanada	Vähentää päihtyneinä ajaneiden rikoksen uusijoiden riskijuomispäiviä	H: 30 min MH, V: 30 min tiedonanto ja neuvonta	H: 92, V:92 [4]	AUDIT, DAST, MCV, MMPI-Mac, RCQ AUDIT, DAST, DSM-IV, CIDI, TLFB, GGT ja MCV Biomarkerit, RCQ	6 kk, 12 kk 6 kk, 12 kk	Kummankin intervention tuloksena merkitsevä riskijuomispäivien väheneminen, mutta vain MH-ryhmässä väheneminen jatkui 6 kk:sta 12 kk:een Riippumatta interventiosta; nuoremmat, miehet ja joilla enemmän negatiivisia seurauksia ja ambivalenssia juomisongelmassaan paransivat muita enemmän alkoholiin liittyvissä tuloksissa
10. Nirenberg ym. 2013[3]	3	Oikeuden hoitoon määräämiä nuoria, joilla korkea alkoholiin tai päihtyneenä ajamiseen liittyvä riski, miehiä 72%, USA	Vähentää hoidon jälkeisiä juomiseen ja päihtyneenä ajamiseen liittyviä haasteita	H1: MH, 5 istuntoa + 6 h tavallinen CS H2: MH, 5 istuntoa + 6 h traumaattinen kokemus, V: parannettu CS, 20 h yhteisöpalvelu	H1: 332, H2: 323, V: 335	AUDIT, syyteselvitys, MIE, HRD, ajokäyttäytyminen kysely	6 kk	Todennäköisyys saada haaste rikoksesta 6 kk hoidosta oli merkitsevästi pienempi yhdistetyssä MH-ryhmässä kuin yhteisöpalveluryhmässä ja pienin pelkässä MH-ryhmässä. Traumaattinen kokemus ei siis parantanut MH:n vaikutusta. Seurannassa itseraportoitu ajokäyttäytyminen ja juominen olivat parempia vertailuryhmässä.

Tavoite: [1] = Ehdonalaisvalvonnan parantaminen, [2] = Hoitomotivaation ja hoidossa pysymisen lisääminen, [3] = Juomisen ja rikoksen uusimisen vähentäminen, [4] = otoskoko määritelty riittävän tilastollisen voiman saavuttamiseksi, Tutkimustyyppi: 1= ennen jälkeen, 2= vertailuryhmät, 3= satunnaistetut vertailuryhmät, MH= Motivoiva haastattelu, CRIME PICS II – kysely mittaa asenteita rikoksiin liittyen ja koettuja ongelmia, ORQ (Officer Responses Questionnaire) mittaa työntekijän reflektiivisen kuuntelun taitoja, DRI-R (Dual-Role Relationship Inventory-Revised) mittaa työntekijän havaintoa omasta auttavaisuudestaan, MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) = työntekijän MH-taitojen mittari, MET (Motivational Enhacement Treatment) = MH:n strukturoitu motivaation parantamissovellus, DSM-IV (Diagnostic and Statistival Manual of Mental Disorders) = amerikkalainen mielenterveyden diagnostinen luokittelujärjestelmä, SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) mittaa muutosvalmiutta ja hoitohalukkuutta, ASI (Addiction Severitys Index)= riippuvuuden vakavuusindeksi, TCU (TCU Motivation Scales) arvioi motivaatiota muuttaa käyttäytymistä ja aloittaa huumehoito, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) alkoholin käytön riskitesti, DAST (Drug Abuse Screening Test) = huumeidenkäyttötesti, MCV (Mean corpuscular red blood volume) ilmentää alkoholin väärinkäyttöä, MMPI-Mac (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2), alkoholin käytön mittari, RCQ (Readiness to Change Questionnaire) = muutosvalmiuden mittari, MIE (Motivational Interviewing Experience) mittaa asiakkaan kokemia motivoivan haastattelun ja yleisiä terapeuttisia taitoja, HRD (High Risk Driving Behaviors Scale) mittaa riskiajamista.

3.3 Motivoiva haastattelu rikosoikeudellisissa laitoksissa

3.3.1 Motivaation kasvattaminen laitosolosuhteissa

Motivoivan haastattelun soveltamista laitosolosuhteissa käsitteli yhteensä 14 tutkimusta. Näistä neljän ensimmäisen tavoitteena oli kasvattaa rikoksentekijöiden motivaatiota käyttäytymisen muutokseen. (Taulukko 2, s. 68, tutkimukset 1-4)

Mendelin ja Hipkinsin (2002) pilottitutkimus perustui motivoivan haastattelun ryhmäsovellukseen. Tutkimukseen osallistui seitsemän miestä, joilla oli alkoholiongelma, alkoholi liittyi myös heidän rikokseensa ja heillä kaikilla oli lieviä oppimisvaikeuksia. Lisäksi miehet olivat muutoksen vaihemallin mukaisesti juomisen muutoksessa esiharkinta- tai harkintavaiheessa. Tutkimuksessa ei ollut vertailuinterventiota.

Motivoivan haastattelun ryhmä kokoontui kahden viikon aikana kolme kertaa tavoitteena saada osanottajat siirtymään eteenpäin muutoksen vaiheissa. Alkutilanteessa tehdyt arvioinnit toistettiin ryhmän päätyttyä. Kuuden osallistujan motivaatio oli ryhmän jälkeen kasvanut alkutilanteesta: yksi siirtyi esiharkinnasta harkintaan ja viisi harkintavaiheesta toimintavaiheeseen. Alkutilanteeseen verrattuna nämä kuusi henkilöä havaitsivat nyt aiemmassa käyttäytymisessään enemmän negatiivisia kuin positiivisia seurauksia. Viisi osallistujaa kertoi pystyvyyden tunteen kasvusta. Vain yksi henkilö, jolla oli lievempiä alkoholiongelmia kuin muilla, oli jäänyt harkintavaiheeseen. Osallistujien kokonaisarviot istunnoista olivat hyviä tai erittäin hyviä.

Toisessa tutkimuksessa (Slavet ym., 2005) pilotoitiin motivoivan haastattelun periaatteisiin pohjautuvaa perheen arviointi- ja palauteohjelmaa (FCU, Family Check-Up), jonka tavoite on auttaa vanhempia havaitsemaan lapsen riskikäyttäytymistä ja vähentämään riskitekijöitä. Tutkimukseen osallistui kymmenen vangittua nuorta vanhempineen. Osallistujissa oli kolme tyttöä ja seitsemän poikaa. Heidän keskiikänsä oli 17 vuotta. Seitsemän oli taustaltaan etnisistä vähemmistöryhmistä. Nuorten yleisimmin käyttämät päihteet olivat alkoholi ja marijuana ja nuorten tekemä teot vaihtelivat koulupinnauksesta murhaan.

Perheen arviointi- ja palauteohjelma toteutettiin yhtenä 2-3 tunnin istuntona. Nuorille tarjoiltiin pientä suuhun pantavaa ja vanhemmat saivat 50 dollarin lahjakortin hoidon jälkeisen arvioinnin jälkeen. Tutkimusmittaristo oli laaja ja monipuolinen. Kaikki ohjelmaan lähteneet osallistuivat siihen kokonaan. Nuorten ennen istuntoa ja sen jälkeen täyttämän huumeiden käytön lopettamismotivaatiota kuvaavan Harkinnan tikkaat (CLC, Contemplation Ladder, Drugs) – mittarin mukaan nuoret olivat

edenneet muutoksen vaiheissa, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan he luottivat merkitsevästi enemmän kykyynsä vastustaa kiusauksia käyttää huumeita. Myös vanhempien luottamus kykyihinsä vaikuttaa nuorten käyttäytymiseen kasvoi merkitsevästi.

Palautteesta keskusteleminen tarjosi nuorille ja vanhemmille mahdollisuuden keskustella vaikeista aiheista strukturoidulla tavalla. Nuoret näyttivät kokevan aiemmin salaamastaan riskikäyttäytymisestä kertomisen terapeuttiseksi. Vanhemmat saivat syvempää ymmärrystä nuorten toimintojen tutkimisen tärkeydestä. Sekä vanhemmat että nuoret olivat tyytyväisiä ohjelmaan.

Ginsburgin (2000) väitöskirjatutkimuksessa pyrittiin motivoivan haastattelun avulla kasvattamaan vankien muutosvalmiutta ja sitoutumista juomisen muutokseen. Tutkimukseen osallistui yhteensä 83 vapaaehtoista miesvankia, jotka jaettiin satunnaisesti interventio- ja vertailuryhmiin. Tutkimusinterventio oli puolesta toista kahteen tuntiin kestänyt motivoiva keskustelu, jossa vangit saivat palautetta ennalta täyttämästään elämäntyylin arvioinnista (The Computerized Lifestyle Assesment Instrument, CLAI). Tähän terveysriskikäyttäytymistä koskevaan kyselyyn sisältyivät myös alkoholin käytön vakavuus ja luonne sekä miten juominen vaikuttaa elämäntavan eri toimintoihin. Muutoksen vaihetta mitattiin monin testein ennen motivoivaa keskustelua ja viikko sen jälkeen. Vertailuryhmä ei saanut lainkaan hoitoa, mutta osallistujille lähetettiin palaute postitse pian arvioinnin jälkeen.

Tulosmittarina käytettiin mm. muutosvalmiuskyselyä (RCQ), jossa vastaajat sijoittuvat jatkumolle esiharkinta-harkinta-valmistautuminen-toiminta ja ylläpito. Alkuarvioinnissa esiharkintavaiheessa olleilla hoitoryhmän osallistujilla oli jälkitestissä merkitsevästi korkeammat harkintapisteet kuin kontrolliryhmän jäsenillä. He siis ajattelivat kolmen viikon hoidon lopussa enemmän juomisensa muutosta kuin alkutilanteessa. Vastaavasti SOCRATES-kyselyn mukaan hoitoryhmään osallistuneet tunnistivat merkitsevästi kontrolliryhmän jäseniä paremmin, että heillä on juomisongelma.

Hoitoryhmässä harkintavaiheessa olleilla ilmeni jälkitestissä myös suuntaus kohti korkeampia toimintapisteitä kuin kontrolliryhmässä. He olivat siis jo siirtymässä ajattelusta tekoihin juomisen muutoksessa. Ennalta oletettiin, että ne motivoivaan haastatteluun osallistuneet, joilla oli vakavia alkoholiriippuvuuden oireita, olisivat saaneet korkeampia muutoksen vaihepisteitä kuin kontrolliryhmän jäsenet. Näin ei käynyt, mutta vertailuryhmän osallistujilla, joiden alkoholiriippuvuus oli lievää, oli suuntaus takaisin esiharkintaan. He eivät siis pitäneet juomistaan ongelmana siinä määrin kuin motivoivan haastattelun istunnossa olleet. Samaten ne hoitoryhmään osallistuneet,

joilla oli suuria alkoholiin liittyviä ongelmia, saivat merkitsevästi korkeampia ongelman tunnistamispisteitä jälkitestissä kontrolliryhmän osallistujiin verrattuna, joten hekin näyttivät jälkitestissä olevan tietoisempia siitä, että juominen on heille ongelma.

Myös toisessa väitöstutkimuksessa (Vanderburg, 2002) tavoitteena oli kasvattaa vankien muutosvalmiutta, auttaa heitä etenemään muutoksen vaiheissa sekä lisätä hakeutumista hoito-ohjelmaan. Pyrkimyksenä oli tutkia motivoivan haastattelun lyhyen ajan vaikutuksia ja yltääkö vaikutus viiveellä myöhemmän päihdeohjelman tuloksiin.

Tutkimukseen osallistuneet 96 huumeongelmaista vankia jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään (n = á 32). Tutkimusinterventioon kuului noin tunnin motivoiva haastattelu, jossa lähdettiin liikkeelle ottaen huomioon vangin ennalta mitattu muutosvaihe. Vertailuinterventiota oli kaksi, joista toisessa vankeja haastateltiin noin tunnin ajan yleisestä terveydestä, ravinnosta ja muista vankeuden takia muuttuneista elämänalueista. Toiseen vertailuinterventioon ei kuulunut haastattelua, vaan ryhmään osallistuneet täyttivät pelkästään tarvittavat kyselyt.

Tutkimusproseduuri oli kolmivaiheinen. Kaikki osanottajat olivat odotuslistalla ennen vapautumista tarjottavaan päihdeohjelmaan ja he osallistuivat ensimmäisen vaiheen testeihin, minkä jälkeen koeryhmään satunnaistetut osallistuivat motivoivaan haastatteluun ja ensimmäisen kontrolliryhmän jäsenet ottivat osaa terveyshaastatteluun. Toisen vaiheen testit viikkoa myöhemmin olivat samat kuin edellisellä kerralla. Noin kaksi kolmannesta vangeista (n = 64) osallistui sitten kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiseen päihdeohjelmaan, minkä jälkeen kolmosvaiheessa jälleen toistettiin aiemmin tehdyt testit.

Jo Ginsburgin tutkimuksessa käytettyjen muutosvaiheen mittareiden (RCQ, SOCRATES ja URICA) lisäksi tässä tutkimuksessa käytettiin päihteiden käytön muutosvalmiuteen liittyvien 20 prosessin mittaria (POC-SU). Prosessit on jaettu kognitiivisiin/kokemuksellisiin (tietoisuuden kasvu, dramaattinen helpotus, ympäristön uudelleenarviointi, sosiaalinen vapautuminen ja itsen uudelleenarviointi) ja käyttäytymisprosesseihin (auttavat suhteet, vaikutehallinta, vastaehdollistaminen, muutoksesta palkitseminen, itsen vapauttaminen).

Motivoivan haastattelun tärkeimpinä lyhyen ajan vaikutuksina oletettiin, että siihen osallistuneet vangit etenisivät huumeiden käytön muutoksessa pidemmälle ja käyttäisivät kehittyneempiä muutosprosesseja kuin vertailuryhmissä. Muutosvalmiuskyselyn ja muutosprosessien tulokset tukivat tätä ennustetta. Hoitoryhmässä muutosvalmius lisääntyi merkitsevästi ennen motivoivaa haastattelua tehdystä testistä sen jälkeiseen verrattuna kontrolliryhmien tuloksiin. Toisilla muutosvaihemitta-

reilla ei havaittu merkitseviä eroja. Muutosprosessien mittauksessa havaittiin hoitoryhmässä myös merkittävää edistystä ensimmäisestä vaiheesta toiseen verrattuna kahteen muuhun ryhmään. Toisessa vaiheessa havaittuja motivoivan haastattelun lyhyen ajan vaikutuksia ei enää tullut esille päihdeohjelman jälkeen. Erojen häviäminen johtui tekijän mukaan mahdollisesti siitä, että jo aiemmin toimivaksi todettu päihdeohjelma vaikutti kaikkiin osallistujiin, mikä lievensi ryhmien välisiä eroja. Lisäksi analyysiin jääneiden ryhmien koko oli pienentynyt entisestään.

Tiivistelmä vankilassa tarjotun motivoivan haastattelun vaikutuksista osanottajien muutosmotivaatioon

Motivaation lisääntymiseen tähdänneessä Mendelin ja Hipkinsin (2002) tutkimuksessa seitsemästä motivoivaan haastatteluun osallistuneesta miehestä kuuden motivaatio kasvoi alkutilanteesta. Myös Slavetin ja muiden tutkimuksessa (2005) otos oli pieni eikä siinäkään käytetty vertailuryhmää. Tässä motivoivan haastattelun periaatteille pohjautuvan perheen arviointi- ja palauteohjelman tuloksena oli motivaation ja luottamuksen kasvu. Kahdessa satunnaistetussa tutkimuksessa motivaation kasvua mitattiin monipuolisella muutosvaihetta mittaavalla patteristolla. Ginsburgin (2000) tutkimuksessa esiharkintavaiheessa olevat saivat seurannassa merkitsevästi vertailuryhmää korkeampia harkintapisteitä ja harkintavaiheessa olleet siirtyivät kohti toimintaa. Hoitoryhmässä myös tunnistettiin juominen ongelmana useammin kuin kontrolliryhmässä. Vanderburgin (2002) tutkimuksessa motivoivan haastattelun ryhmä eteni vertailuryhmiä pidemmälle muutosvalmiudessa ja käytti enemmän muutoksen käyttäytymisprosesseja. Näin ollen kummassakin väitöstutkimuksessa saatiin myönteisiä tuloksia, mutta vähemmän kuin alun alkaen oletettiin. Motivaation kasvattamisen laitosolosuhteissa onkin erityisen haastavaa, koska luonnollisen ympäristön puuttuessa omien edistysaskelten havaitsemiselle ei tarjoudu käytännön tilaisuuksia.

3.3.2 Vankilainterventioiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen

Motivoivan haastattelun vaikutusta hoidossa pysymiseen tarkasteltiin kahdessa tutkimuksessa (Taulukko 2, tutkimukset 5-6). Davisin, Baerin, Saxonin ja Kivlahanin (2003) tutkimuksen tavoite oli lisätä veteraanien päihdehoitokontakteja vankilasta vapautumisen jälkeen. Tutkimuksessa satunnaistettiin 73 päihdeongelmaista vankia palauteryhmään (n = 36) ja kontrolliryhmään (n = 37). Aluksi kaikki osallistuivat arvi-

ointihaastatteluun ja täyttivät arviointilomakkeet. Tutkimusinterventioon valikoituneet ohjattiin ennen vapautumista noin tunnin kestäneeseen motivoivan haastattelun palauteistuntoon. Kaikille osallistujille annettiin tietoa veteraanien päihdeklinikoiden palveluista ja tutkimuksen seurantatapaamisesta vapautumisen jälkeen. Seuranta-arviot tehtiin henkilökohtaisesti kaksi kuukautta vapautumisen jälkeen. Osallistujat saivat 35 dollarin palkkion arvioinnin toteuttamisesta.

Motivoivaa haastattelua soveltavaan palautekeskusteluun osallistuneet sopivat merkitsevästi vertailuryhmää todennäköisemmin ensimmäisen tapaamisen päihdeklinikalle (67 % vs. 41 %). /He myös osallistuivat vertailuryhmäläisiä todennäköisemmin klinikan tapaamisiin (47 % vs. 32 %), heidän sitoutumisensa hoitoon oli suurempi (33 % vs. 22 %) ja motivoivan haastattelun palauteryhmä oli enemmän kuin kaksi kertaa todennäköisemmin pysynyt riippuvuushoidossa kolmen kuukauden jälkeen (31 % vs. 14 %;). Nämä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä pienen ryhmäkoon takia. Lisäksi havaittiin, että kun interventio tapahtui lähellä vapautumista, veteraanit todennäköisimmin aloittivat hoidon. Tuloksia heikensi se, että huolimatta suurista ponnistuksista seurantaan saatiin vähemmän kuin puolet kummankaan ryhmän osallistujista.

Toisessa hoidossa pysymiseen liittyvässä tutkimuksessa (Stein ym., 2006) tavoitteena oli lisätä nuorten vankien sitoutumista standardihoitoon ja tutkia lisääkö motivoiva haastattelu hoitoon sitoutumista enemmän kuin rentoutuksen harjoitteleminen. Tutkimuksen osallistujat olivat alkoholia tai marijuanaa käyttäviä nuorisovankeja (n = 130), jotka satunnaistettiin motivoivaan haastatteluun (n = 65) tai rentoutuksen harjoitteluun (n = 65). Interventioiden tarkoitus oli valmistaa vankeja kaikille laitokseen sijoitetuille tarjottavaan psykoedukatiiviseen ryhmäpäihdehoitoon. Tutkimusinterventioihin kuului noin puolitoista tuntia kestänyt keskustelu alkuvaiheessa ja myöhemmin noin tunnin vahvistava istunto. Tutkimuksen arvioinnit tehtiin alkutilanteessa pian tuomion jälkeen ja noin kaksi kuukautta myöhemmin.

Nuoret arvioivat motivoivassa haastattelussa muodostuneen terapiasuhteen merkitsevästi paremmaksi (lämpö, puhumisen helppous, toivon lisääminen) kuin rentoutumisharjoituksissa. Tulosten mukaan motivoiva haastattelu voi vahvistaa nuorten hoitoon sitoutumista vankeuden aikana. Kun nuorten sitoutumista hoitoon arvioitiin positiivisella ja negatiivisella asteikolla, havaittiin motivoivan haastattelun voivan kasvattaa nuorten hoitoon sitoutumista erityisesti vähentämällä merkitsevästi negatiivista sitoutumista, joka voisi vahvistaa vastusta ja päihteiden ihannointia sekä rikollista käyttäytymistä. Vaikka nuorten positiivinen sitoutuminen hoitoon ei ollutkaan tilastollisesti merkitsevää, senkin vaikutukset olivat oikeansuuntaisia.

Tiivistelmä motivoivaa haastattelua soveltavien vankilainterventioiden vaikutuksista osanottajien hoitoon sitoutumiseen

Kummassakin hoitoon sitoutumista ja siinä pysymistä koskeneessa tutkimuksessa saatiin myönteisiä tuloksia. Davisin ja muiden (2003) tutkimuksessa motivoivaa haastattelua soveltavaan palautekeskusteluun osallistuneet veteraanit sopivat merkitsevästi todennäköisemmin ensimmäisen tapaamisen päihdeklinikalle sitä useammin, mitä lähempänä vapautumista motivoiva haastattelu oli. He myös osallistuivat tapaamisiin, olivat sitoutuneempia hoitoon ja pysyivät todennäköisemmin hoidossa kolmen kuukauden jälkeen. Stein ja muut (2006) havaitsivat, että motivoivassa haastattelussa terapiasuhde arvioitiin merkitsevästi paremmaksi kuin rentoutumisharjoituksissa ja että se voi vahvistaa hoitoon sitoutumista vähentämällä merkitsevästi negatiivista hoitoon sitoutumista ja lisäämällä suuntaa antavasti positiivista hoitoon sitoutumista.

3.3.3 Motivoiva haastattelu vankien päihteiden käytön ja sen seurausten vähentäjänä

Motivoivan haastattelun vaikutuksia päihteiden käytön ja rikosten vähentämiseen selvitettiin kahdeksassa tutkimuksessa (taulukko 2, tutkimukset 7-13). Ensimmäisen pilottitutkimuksen (Miles, Dutheil, Welsby & Haider, 2007) tavoite oli päihdehoitoohjelman avulla tukea rikoksiin syyllistyneitä mielenterveyspotilaita raittiuteen. Suurimmalla osalla laitokseen sijoitetuista miehistä oli diagnostisoitu skitsofrenia. Yleisimpiä rikoksia olivat eriasteinen pahoinpitely, ryöstö tai varkaus sekä raiskaus tai seksuaalinen ahdistelu. Miesten keski-ikä oli 36 vuotta. Kolmella neljästä oli raportoitu päihteiden ongelmakäyttöä, joten lähes kaikilla oli ns. kaksoisdiagnoosi. Yleisin ensisijainen päihde oli kannabis.

Kolmivaiheiseen päihdeohjelmaan osallistui 18 potilasta. Ensimmäisessä vaiheessa osallistujat olivat muutoksen vaihemallin mukaisesti esiharkinta-, harkinta- tai toimintavaiheessa (Prochaska & DiClemente, 1986). Siihen kuului 12 viikoittaista noin tunnin mittaista motivoivan haastattelun ryhmäistuntoa. Myös edukatiiviseen toiseen vaiheeseen kuului 12 viikoittaista ryhmäistuntoa. Nyt kohteena olivat etenkin toiminta-, ylläpito- ja retkahdusvaiheissa olevat osanottajat. Terapeuttisten hyötyjen ja raittiuden vahvistamiseksi ohjelmassa oli vielä kolmaskin taso (Just Say No-vaihe, JSN), retkahduksen estämiseen tähtäävä ylläpitovaihe, jolla pyrittiin pitämään yllä motivaatiota, jatkamaan taitojen harjoittelua ja rakentamaan sosiaalista tukea. Tämä,

yhteensä 15 kertaa kokoontunut ryhmä, oli tarkoitettu niille laitoksen potilaille, joiden säännöllinen huumeiden virtsatesti oli ollut negatiivinen. Potilaat itse johtivat ryhmää ja siihen sai osallistua vielä kuuteen kuukauteen asti vapautumisesta.

Tutkimuksen tärkein tulos oli, että kolme neljästä potilaasta oli säännöllisissä virtsatesteissä päihteettömiä vaiheiden yksi ja kaksi jälkeen. Luku kasvoi yli 80 prosenttiin viimeisen vaiheen lopussa. Hoidoilla oli merkitsevä vaikutus siihen, oliko potilas huumeista vapaa varsinaisen hoidon jälkeen ennen kolmatta vaihetta. Tutkimuksen tuloksissa korostui vertaistuen merkitys, sillä potilaiden omaan ryhmään osallistuminen vaikutti merkitsevästi siihen, säilyikö saavutettu raittius. Ne, jotka niissä jatkoivat, olivat merkitsevästi todennäköisemmin huumeettomia myös tutkimuksen lopussa. Kolmannen vaiheen huumeita käyttäneiden keski-ikä oli 21 ja käyttämättömien 36 vuotta. Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Osallistujien usko siihen, että heillä on päihdeongelma samoin kuin luottamus muutosten tekemiseen kasvoivat hoidon alusta loppuun. Sen sijaan heidän käsityksensä omasta tarpeestaan muuttaa päihteiden käyttöä ensin laski hoidon alusta vaiheen kaksi loppuun asti, mutta nousi taas potilasryhmän lopussa. Kuusi kuukautta hoidon jälkeen osallistujat uskoivat, että heidän täytyi jatkaa työskentelyä muutoksen ylläpitämiseksi ja he luottivat edelleen muutosten jatkumiseen. Lisäksi osallistujat raportoivat oireellisesti hoidon suuntaisia ja realistisempia uskomuksia päihteistä ja vähemmän kannabiksen himoa.

Tämän tutkimuksen myönteiset tulokset luovat uskoa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja ovat linjassa aiemmin skitsofreniapotilaiden päihteiden käytöstä tehdyn tutkimuksen kanssa, jossa todettiin, että motivoivan haastattelun, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja perheterapian lisääminen tavalliseen hoitoon tehosti hoidon tuloksia, mikä näkyi vielä vuoden seurannassa (Barrowclough ym., 2001).

Woodallin, Delaneyn, Kunitzin, Westerbergin ja Zhaon (2007) tutkimuksessa hoitointervention tavoite oli vähentää juomista ja päihtyneenä ajamisen uusimista. Lisäksi tutkittiin, mikä merkitys epäsosiaalisella persoonallisuushäiriöllä (ASPD) on kyseisen intervention tuloksiin alueella, jonka asukkaiden enemmistö oli Amerikan alkuperäisasukkaita.

Tutkimukseen osallistujat (n = 305) olivat ensi kertaa päihtyneenä ajamisesta tuomittuja, miehiä (87 %) ja naisia, kolme neljästä oli Amerikan alkuperäisasukkaita ja lähes joka viidennellä oli diagnostisoitu epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Hoitoryhmään valikoitui satunnaisesti 177 ja vertailuryhmään 128 osallistujaa. Ryhmät olivat kokoonpanoltaan muuten samanlaisia, mutta hoitoryhmässä oli enemmän osanottajia, joilla oli epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ja joiden juomisen ja päihtyneenä ajamisen historia oli vakavampi kuin kontrolliryhmässä.

Tutkimusinterventio oli motivoivan haastattelun periaatteille perustuva, ensikertaa päihtyneenä ajaneille tarkoitettu San Juan County –Driving While Intoxicated niminen hoito-ohjelma (SJC-DWI). Ohjelman tavoitteena oli vähentää juomista ja ehkäistä päihtyneenä ajamisen uusiutumista. Pidätysaikana osallistujille annettu hoito oli suunniteltu kulttuurisesti intiaaneille sopivaksi. Sekä hoito- että kontrolliryhmiä seurattiin vapautumisen jälkeen ja haastateltiin kuusi kuukautta, vuosi ja kaksi vuotta myöhemmin. Vertailuinterventiossa vangit olivat samassa laitoksessa ja saman ajan kuin koeryhmä, mutta fyysisesti erillään tästä. Vertailuryhmän jäsenet eivät saaneet mitään intervention komponenteista, mutta he saivat vapautusta työhön, mikäli heillä oli työpaikka.

Tuloksissa alkoholin kokonaiskulutus, veren keskimääräinen alkoholipitoisuus ja juomispäivät vähenivät kolmen kuukauden seurannoissa merkitsevästi alkutilanteesta. Hoitoryhmällä oli alkutilanteessa suuremmat arvot kaikilla näillä kolmella tulosmuuttujalla, mutta jo kuuden kuukauden seurannassa juomisen kokonaismäärä ja juomispäivät olivat laskeneet vertailuryhmää pienemmiksi. Vuoden ja kahden vuoden seurannoissa kaikkien kolmen arvot olivat hoitoryhmässä vertailuryhmää matalammat. Päihtyneenä ajamisessa vain iällä oli merkitsevä vaikutus niin, että vanhemmat joutuivat pienemmällä todennäköisyydellä uudelleen pidätetyksi juopuneena ajamisesta.

Potilailla, joilla oli diagnostisoitu epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ero alkutilanteen ja seurantojen keskiarvon välillä oli merkitsevä kaikilla alkoholin käytön kolmella mittarilla. Heille hoidosta seurannut suhteellinen hyöty oli suurempi kuin niille, joilla diagnoosia ei ollut. Nämä tutkimustulokset ovat yhdensuuntaisia Project MATCH:issa tehdyn havainnon kanssa, että motivoivasta haastattelusta hyötyivät erityisesti asiakkaat, joiden aggressiivisuuden taso oli korkea (Project MATCH Group, 1998).

Vankeudesta vapautuvien naisten alkoholinkäyttöä vähentävään tutkimukseen osallistui 245 riskijuomisen kriteerit täyttävää naista (Stein, Caviness, Anderson, Hebert & Clarke, 2010). Kyseessä oli kliininen koe, jossa testattiin lyhyen motivoivan haastattelun vaikutusta alkoholin käyttöön ja HIV-riskikäyttäytymiseen. Osallistujien keski-ikä oli 34 vuotta, heistä 71 % oli valkoisia ja kaksi kolmesta oli saanut vähemmän kuin 12 vuotta koulutusta. Alkuarvioinnin jälkeen osallistujat satunnaistettiin hoitoryhmään (n = 125) tai vertailuryhmään (n = 120). Hoitoryhmä sai kaksi 30–45 minuutin yksilöllistä motivoivan haastattelun istuntoa. Ensimmäinen tehtiin alkuhaastattelun yhteydessä ja toinen kuukautta myöhemmin, kun osallistuja oli jo vapautunut tai jos hän oli edelleen vangittuna ainakin ennen kolmen kuukauden seuranta-arviota. Vertailuryhmään satunnaistetut osallistuivat pelkästään arviointeihin.

Seurannat olivat yksi, kolme ja kuusi kuukautta alkuarvioinnin jälkeen riippumatta siitä oliko osallistuja vielä vangittuna. Kuukauden arvioinnin yhteydessä kaikille annettiin paikallisen päihdehoitoyksikön yhteystiedot.

Alkutilanteessa osallistujat käyttivät keskimäärin 12 annosta juomispäivinä, keskimääräiset AUDIT-pisteet olivat 21 ja lähes kaikki naiset täyttivät alkoholiriippuvuusdiagnoosin kriteerit. Ryhmien välillä ei ollut alkutilanteessa merkitseviä eroja demografisissa piirteissä tai alkoholin käytössä. Molemmat ryhmät vähensivät juomispäiviään ja annoksia juomispäivänä seurannan aikana. Kolmen kuukauden seurannassa motivoiva haastattelu oli kasvattanut raittiiden päivien todennäköisyyttä vertailuryhmää merkitsevästi enemmän alkutilanteeseen verrattuna. Havainnon kliinistä merkitystä lisää, että juomispäivien harveneminen neljänneksellä yhdistyi myös juomisesta aiheutuvien ongelmien vähenemiseen. Ero ei tullut esille vielä kuukauden seurannassa, jolloin vahvistavaa motivoivan haastattelun istuntoa ei ollut vielä pidetty. Vaikutus oli laimennut kuuden kuukauden seurannassa.

Jo aiemmin esitetty tutkimus motivoivan haastattelun ja rentoutusharjoitusten vertailusta vangittujen nuorten alkoholin ja marijuanan käytön vähentämisessä sai jatkoa kolmessa tutkimuksessa. Stein ja muut (2011a) tutkivat päihteiden käytön vähentämisen lisäksi depression vaikutusta tuloksiin.

Alkuarvioinnin jälkeen osanottajat satunnaistettiin joko 90 minuutin motivoivaan haastatteluun tai rentoutusharjoitukseen. Sen jälkeen nuoret osallistuivat laitosohjelmaan ja saivat vielä pari viikkoa ennen laitoksesta lähtöä noin tunnin kestäneen tehosteistunnon. Seuranta-arvio tehtiin kolme kuukautta vapautumisen jälkeen, jolloin alkutilanteen arviosta oli kulunut keskimäärin noin kuusi kuukautta.

Hoito- ja vertailuryhmien taustatiedot tai depressio-oireet eivät eronneet merkitsevästi alkutilanteessa. Sekä motivoivan haastattelun että rentoutusryhmän havaittiin soveltuvan alkoholin ja marijuanan käytön vähentämiseen laitosnuorilla, mutta motivoivaan haastatteluun osallistuneet käyttivät seurannassa vähemmän alkoholia ja marijuanaa kuin rentoutusryhmässä. Edellisillä oli paremmat tulokset alkoholin keskimääräisissä annoksissa, riskijuomispäivien ja viisi annosta ylittäneiden päivien osuudessa. Kun depressio oli lievempää, näyttivät tulokset olevan parempia tuloksia motivoivan haastattelun ryhmässä. Rentoutusta harjoitelleessa ryhmässä taas ne, joiden masennuksen taso oli korkea, vähensivät juomispäivien annoksia ja marijuanan käyttöpäivien osuutta merkitsevästi enemmän kuin lievästi masentuneet. Päätelmä tutkimuksesta oli, että motivoiva haastattelu vankeuden aikana vähentää alkoholin ja marijuanan käyttöä vapautumisen jälkeen.

Depressiivisten oireiden vaikutuksen tutkimista vangittujen nuorten riskikäyttäytymiseen ja sen seurauksiin jatkettiin toisessa tutkimuksessa (Stein ym., 2011b). Päämittarina oli alkoholin ja marijuanan käyttöön liittyviä ongelmia (koulun laiminlyöminen, suhdevaikeudet jne.) mittaava riski- ja seurauskysely. Tutkimus osoitti, että kolmen kuukauden seurannassa motivoiva haastattelu vähensi merkitsevästi marijuanan käyttöön liittyviä riskejä. Lisäksi havaittiin trendi alkoholista aiheutuvien riskien vähenemiseen ja siihen, että depressiiviset oireet liittyisivät riskien vähenemiseen. Depressiivinen mielialalla ei siis näyttänyt heikentävän hoitotuloksia.

Ruotsalaisia vankeja koskevassa tutkimuksessa selvitettiin, vähensikö motivoiva haastattelu vankien alkoholin ja huumeiden käyttöä ja paransiko työntekijöiden saama vertaispalaute tuloksia (Forsberg, Ernst, Sundqvist & Farbring, 2011). Osallistujat olivat vakaviksi päihteen käyttäjiksi arvioituja vankeja, joilla ei ollut aikaisempaa kokemusta motivoivasta haastattelusta. Vangit satunnaistettiin kolmeen ryhmään. Näistä kaksi perustui motivoivalle haastattelulle. Ensimmäisessä tutkimusinterventiossa työntekijät osallistuivat motivoivan haastattelun workshop-koulutukseen. Toisen ryhmän työntekijät saivat koulutuksen lisäksi vertaisryhmissä palautetta työskentelystään ja valmennusta. Motivoivasta haastattelusta käytettiin viiden istunnon puolistrukturoitua sovellusta Beteende, Samtal, Förändring (BSF; Farbring, 2003), jonka suomennettua manuaalia Viisi keskustelua muutoksesta on käytetty myös käsillä olevassa tutkimuksessa. Vertailuinterventio oli vankiloiden normaaliin käytäntöön kuulunut suunnitteluhaastattelu, jossa keskityttiin retkahduksiin ja uusintarikoksiin johtaviin sosiaalisiin tilanteisiin. Vertailuintervention sisältö oli jaettu vertailtavuuden takia viiteen kertaan. Kaikkien kolmen intervention tavoitteena oli kasvattaa vankien motivaatiota muuttaa huumeiden käyttöä ja retkahduksiin liittyvää käyttäytymistä.

Huumeiden ja alkoholin käyttöä mitattiin riippuvuuden vakavuusindeksillä (ASI) alkutilanteessa ja 10 kuukautta vapautumisen jälkeen. Alkumittaukset saatiin tehtyä 273 satunnaistamiseen osallistuneelle vangille. Yli puolta heistä ei tavoitettu seurantahaastatteluun, joten lopulliseen analyysiin saatiin vain 114 osanottajaa. Samalla myös tutkittavat ryhmät pienenivät: H1: n = 35 (85), H2: n = 55 (107), V: n = 24 (81).

Motivoivan haastattelun laadun arvioimiseksi kaikki istunnot äänitettiin. Arvioinnissa käytettiin samaa Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI) -koodausjärjestelmää kuin tässäkin tutkimuksessa. Jatkuvan palautteen saaneet työntekijät olivat pätevämpiä kuin vertailuryhmä muutospuheen herättelyssä, autonomian tukemisessa ja motivoivan haastattelun hengen toteuttamisessa samoin

kuin motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen ja monimuotoisten reflektioiden osuuksissa. Silti heidänkään kokonaiskeskiarvopisteensä eivät saavuttaneet aloittelijan pätevyyden tasoa millään yleisarviomuuttujalla tai käyttäytymispisteillä.

Tulosten mukaan kaikki kolme interventiota vähensivät alkoholin ja huumeiden käyttöä alkutilanteesta merkitsevästi, mutta päihteiden käytössä näiden ryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa tutkimuksen alussa eikä seurannassa. Myös rikokset vähenivät merkitsevästi kaikissa ryhmissä alkutilanteesta seurantaan. Lisäksi työpäivät lisääntyivät kaikilla, mutta vain motivoivan haastattelun palauteryhmässä merkitsevästi. Yhteenvetona todettiin, että oikein toteutettuna manualisoitu motivoiva haastattelu ja vankiloiden tavallinen retkahdusten ehkäisyyn keskittyvä interventio vähentävät vankilakontekstissa päihteiden käyttöä yhtä paljon 10 kuukautta vankilasta vapautumisen jälkeen addiktion vakavuusindeksillä arvioituna.

Forsbergin ja muiden tutkimuksen aineistoa käytettiin myös Dahlin (2008) tutkimuksessa, jossa motivoivan haastattelun vaikutusta arvioitiin SOCRATES-kyselyllä. Koska nyt olivat mukana vain motivoivaan haastatteluun osallistuneet ilman vertailuryhmää, osallistujia oli alkuperäistä tutkimusta vähemmän (n = 127). SOCRATES-kysely täytettiin ennen ensimmäistä tapaamista ja viimeisen keskustelun jälkeen. Motivoivalla haastattelulla oli viiden istunnon jälkeen merkitsevä ennen-jälkeen kokonaisvaikutus, mutta niin että hoitovaikutus havaittiin vain ryhmässä, jonka työntekijät eivät saaneet palautetta. Pisteet kasvoivat siis vain palautetta saamattomassa ryhmässä. Lisäksi väkivalta- ja huumerikolliset erosivat muusta otoksesta siten, että toisella oli matalampi motivaatiotaso (väkivalta) ja toisella motivoivan haastattelun vaikutus oli negatiivinen (huumeet).

Tiivistelmä vankilassa toteutetun motivoivan haastattelun vaikutuksista osanottajien myöhempään päihteiden käyttöön

Milesin ja muiden (2007) tutkimuksen päihdeohjelmaan osallistuneilla päihde- ja mielenterveysongelmat yhdistyivät haasteellisesti rikosten tekemiseen. Motivoiva haastattelu oli jälleen osana laajempaa ohjelmaa, jonka kahden ensimmäisen vaiheen jälkeen kolme neljästä potilaasta oli päihteettömiä ja kolmas vaihe vielä merkitsevästi vahvisti raittiuden säilymistä. Ongelman tunnistaminen ja luottamus muutoksen tekemiseen kasvoivat koko hoidon ajan. Toisessa tutkimuksessa, jossa motivoiva haastattelu yhdistettiin päihtyneenä ajaneiden hoito-ohjelmaan (Woodall ym., 2007), alkoholin kokonaiskulutus, veren alkoholipitoisuus ja juomispäivät vähenivät seurannoissa merkitsevästi alkutilanteesta. Hoitoryhmän tulokset paranivat kaikissa seuranta-ajankohdissa merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmän. Potilaat, jotka olivat

saaneet diagnoosikseen epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön, joivat alkutilanteessa merkitsevästi muita enemmän ja heidän riippuvuutensa alkoholista oli yleisempää ja vakavampaa kuten myös päihtyneenä ajaminen. Seurannoissa he näyttivät vähentäneen päihtyneenä ajamista ja ajamista rankan juomisen jälkeen muita enemmän, joten he hyötyivät hoidosta suhteellisesti eniten.

Steinin ja muiden (2010) tutkimuksessa sekä motivoivaan haastatteluun että vertailuryhmään osallistuneet naiset vähensivät seurannan aikana juomispäiviään ja annoksia juomispäivänä. Kolmen kuukauden seurannassa motivoiva haastattelu kasvatti raittiiden päivien todennäköisyyttä merkitsevästi vertailuryhmää enemmän. Juomispäivät harvenivat neljänneksellä ja juomisesta aiheutuneet ongelmat vähenivät tehosteistunnon jälkeen. Kuuden kuukauden seurannassa vaikutusta ei kuitenkaan enää näkynyt.

Steinin ja muiden (2011a) motivoivaa haastattelua ja rentoutumisharjoittelua verranneessa tutkimuksessa todettiin kahden motivoivan haastattelun vähentävän merkitsevästi enemmän kolmen kuukauden seurannassa vankilasta vapautuneiden nuorten marijuanan sekä alkoholin käyttöä. Myös depressio-oireissa havaittiin ero motivoivan haastattelun hyväksi. Jatkotutkimuksessa (Stein ym., 2011b) huomattiin, että motivoiva haastattelu vähensi kolmen kuukauden seurannassa merkitsevästi marijuanan käyttöön liittyviä riskejä. Depressiivisen mielialan ei havaittu heikentävän hoitotuloksia.

Forsbergin ja muiden (2011) tutkimuksessa taas alkoholin ja huumeiden käyttö sekä rikokset vähenivät alkutilanteesta seurantaan merkitsevästi kaikissa kolmessa ryhmässä eikä niiden välillä ollut merkitseviä eroja. Alun perin kuitenkin oletettiin, että motivoivan haastattelun ryhmä, jonka vetäjät saivat vertaispalautetta ja työnohjausta, olisi saanut aikaan toisia paremmat tulokset. Tutkijat itse esittivät useita mahdollisia syitä tuloserojen puutteelle. Ensinnäkin, kummassakaan motivoivan haastattelun ryhmässä työntekijät eivät saavuttaneet MITI:llä arvioiden sellaista taitotasoa, jolla asiakkaiden käyttäytymisen muutosten voisi olettaa syntyvän. Toiseksi, hoitointerventio oli manualisoitu, minkä on aiemmin havaittu johtavan jäykempään motivoivan haastattelun toteuttamiseen ja siten heikentävän hoidon vaikuttavuutta (Hettema, Steele & Miller, 2005; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010). Ryhmäerojen puute voi johtua myös asiakas- ja tilannetekijöistä, joita ei tehdyissä analyyseissä havaittu tai siitä, että valitut tulosmuuttujat olivat liian kaukana interventiosta, jotta erot olisivat tulleet esille (vrt. esimerkiksi hoidossa pysyminen ja käyttäytyminen vankilassa). Yksi selitys voi liittyä myös tutkimusympäristönä toimineeseen vankilaan, jossa ohjaajat olivat samalla myös vankilan työntekijöitä. Tekijät toivat esille myös sen, että koska motivoivan haastattelun yhdistäminen johonkin

muuhun raitista elämäntapaa vahvistavaan lähestymistapaan on aiemmissa tutkimuksissa tuonut hyviä tuloksia, jo motivoituneet vangit olisivat ehkä tarvinneet tämän tyyppistä lisätukea. Erot alkutilanteeseen olivat kuitenkin niin suuria, että ei ehkä ole aihetta korostaa erojen puutetta motivoivan haastattelun ja tavallisten retkahduksen ehkäisyyn keskittyvien suunnitteluhaastattelujen välillä. Paremminkin voisi todeta näiden eri interventioiden olleen yhtä tehokkaita ja saaneen aikaan suuria muutoksia lyhyessä ajassa.

Taulukko 2. *Motivoivan haastattelun tutkimukset rikosoikeudellisissa laitoksissa.*

Tekijät	Tutkimus-tyyppi	Osallistujat	Tavoite	Interventio	Otos (n)	Keskeiset mittarit	Seuranta	Päätulokset
1. Mendel & Hipkins (2002)[1]	1	Miehiä, lieviä oppimisvaikeuksia ja alkoholiongelmia suhteessa rikokseen, turva vankila, Englanti	Lisätä motivaatiota juomisen muutokseen	H: Ryhmä MH x 3	H: 7	RCQ, Itsearvioitu pystyvyyden tunne	2 viikkoa	Suurin osa (6) oli siirtynyt esiharkinnasta valmistautumaan toiminnan tasoon ja oli sitoutunut muutokseen, pystyvyyden tunne parani neljällä
2. Slavet ym. 2005[1]	1	Nuorisovankeja ja heidän vanhempiaan; 7 poikaa; alkoholin tai marijuanan käyttö, USA	Lisätä motivaatiota ja luottamusta huumeiden käytön ja muun riskikäyttäytymisen vähentämiseen	H: Yhden istunnon perhe check-up, 2-3 h, MH:n periaatteita noudattaen	H: 10 perhettä ja nuorta	CLD, BSCQ	Istunnon jälkeen	Merkitsevää nuorten ja aikuisten luottamuksen kehitystä kyvyssä, ei merkitsevää muutosta harkintatikkailla
3. Ginsburg 2000[1]	3	Alkoholiriippuvaisia, liitovaltion miesvankeja, Kanada	Parantaa hoitovalmiutta ja muutokseen sitoutumista	H: MH –palauteistunto (1,5 -2 h) ; V: Ei palautetta	H:42, V:41	RCQ-TV, SOCRATES, URICA	Noin 3 viikkoa	MH:ssa suurempaa muutosta ongelman tunnistamisessa ja enemmän siirtymistä esiharkinnasta harkintaan
4.Vanderburg 2002[1]	3	Kanadalaisia liitovaltion miesvankeja, joilla huumeongelmia	Kasvattaa muutosvalmiutta, lisätä hoitoon hakeutumista	H: MH (45-60 min), V1: Kontrollihaastattelu (45-60 min), V2: Ei haastattelua	H: 32[4], V1:32, V2:32	RCQ-TV, SOCRATES, URICA, POC-SU, päihdehoitoon osallistuminen	1 vko ja 7 vko	MH:lla oli merkitsevä muutos istunnon jälkeen mitattuna RCQ-TV toimintapisteillä ja POC-SU:lla mitattuna kasvaneessa muutokseen liittyvienkäyttäytymisprosessien käytössä.
5. Davis ym. 2003[2]	3	Armeijan veteraaneja, joilla päihteiden käyttöhäiriö diagnoosi, miehiä 97%, USA	Lisätä hoitokontakteja vankilasta vapautumisen jälkeen.	H: n. 60 min MH -palaute, V: ei palautetta	H:36, V:37	ASI, RCQ, TMT	2 kk	Palautetta saaneet todennäköisemmin varasivat tapaamisen riippuvuusklinikalla, osallistuivat klinikan tapaamisiin enemmän ja pysyivät riippuvuushoidossa 90 päivää
6. Stein ym. 2006[2]	3	Nuorisorikollisia; alkoholin/ marijuanan käyttäjiä; 90% miehiä, USA	Lisätä sitoutumista päihdehoitoon	H: 90 min + 60 min MH, V: 90 min + 60 min rentoutumisen harjoittelua	H:65, V: 65	Käyttäytymisarviot ja hoitoon osallistumiskysely	2 kk	MH:n terapeuttinen suhde merkitsevästi parempi ja RT ryhmässä merkitsevästi enemmän negatiivista sitoutumista
7. Miles ym. 2007[3]	1	Rikoksentekijät, joilla mielenterveysongelmia, suljetulla osastolla päihteiden käyttäjien hoito-ohjelmassa, miehiä, Iso-Britannia	Tukea raitistumista ja päihteettömyyden ylläpitämistä sekä ehkäistä retkahtamista.	H: Ryhmä MH (12 viikkoa) + psykoedukaatiota (12 viikkoa) + vertaisryhmä	H: 18	Viikoittainen huumevirtsakoe, kyselyt uskomuksista, marijuanan himosta ja hoitotyytyväisyydestä	6 kk	15 osallistujaa lopetti huumeiden käytön, ongelmatietoisuus ja luottamus muutokseen kasvoivat

8. Woodall ym. 2007[3]	3	Vangitut ensikertaa päihtyneenä ajaneet; 87% miehiä, 77% Amerikan alkuperäiskasaa, 16%: lla antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, USA	Vähentää juomista ja päihtyneenä ajamistuomioita	H: MH lähestymistapa yhdistettynä psykoedukatiiviseen ohjelmaan 28 vrk:n ajan, V: 28 päivän vankeus	H: 177, V: 128	Standardit juomismittarit, kyselyt juomisesta ja juomiseen liittyvistä ongelmista ja päihtyneenä ajamisesta, Form 90	6 kk, 12 kk ja 24 kk	Hoitoryhmä vähensi alkutilanteesta alkoholin kokonaiskulutusta, veren keskimääräistä alkoholipitoisuutta ja juomispäiviä seurannoissa merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmä. Päihtyneenä ajamisessa merkitsevä ero vain iällä, nuoret ajoivat enemmän. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö=> suurin suhteellinen hyöty hoidosta.
9. Stein ym. 2010[3]	3	Vangittuja, alkoholin riskikäyttäjiä, naisia, USA	Vähentää vapautumisen jälkeen alkoholin kulutusta ja arvioida MH:n vaikutusta alkoholiongelmiin	H: MH: 2 x 30-45 min, alussa ja 1 kk vapautumisen jälkeen V: vain arviointikäynnit	H: 125, V: 120	AUDIT, TLFB, SIP	1 kk, 3 kk ja 6 kk	Intervention vaikutus raittiisiin päiviin oli tilastollisesti merkitsevä 3 kk:n kohdalla, 6 kk vaikutus oli heikentynyt, ei enää tilastollisesti merkitsevä
10. Stein ym. 2011a[3]	3	Alkoholia tai marijuanaa käyttäviä, rangaistus -laitoksessa olevia nuoria, miehiä 84%, USA	Vähentää MH:n avulla nuorten alkoholin ja marijuanan käyttöä	H: 2 (90 + 60 min) x MH-istunto, V: 2 (90 + 60 min) x rentoutusharjoitus	H: 86, V: 76	CESD -asteikko, TLFB	3 kk	MH –ryhmällä vähemmän alkoholin ja marijuanan käyttöä seurannassa kuin rentoutusryhmällä, myös jonkin verran näyttöä masennuksen lievenemisestä. Matalilla masennuksen tasoilla MH –ryhmällä matalammat käytön määrät.
11. Stein ym. 2011b[3]	3	Yllä	Yllä ja selvittää miten depressiivinen mieli vaikuttaa tähän	Yllä	H= 96, [4] K=85	RCQ, CES-D	Yllä	MH vähensi merkitsevästi marijuanan käyttöön liittyviä riskejä ja trendi kohti alkoholin käyttöön liittyvien riskien vähentämiseen. Depressiivisyys ei heikentänyt hoitotuloksia.
12. Forsberg ym. 2011[3]	3	Aikuisia vankeja, joilla runsasta päihteiden käyttöä, ei aiempaa MH – kokemusta, Ruotsi	Vähentää vankien alkoholin ja huumeiden käyttöä	H1: 5 MH-istuntoa, H2: 5 MH -istuntoa+ vertaispalaute, V: 5 krt suunnittelua	H1: 85, H2: 107, V:81	ASI	10 kk	Kaikki kolme ryhmää vähensivät huumeiden käyttöä ja laitonta toimintaa sekä lisäsivät työpäiviä. Ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja
13. Dahl 2008[3]	3	Yllä	Lisätä vankien muutosvalmiutta	H1: 5 MH -istuntoa, H2: 5 MH -istuntoa + vertaispalaute	H1: 73, H2: 54	SOCRATES	Istuntojen jälkeen	MH: lla merkitsevä positiivinen kokonaisvaikutus vain ryhmässä, jossa työntekijä ei saanut palautetta

Tavoite: [1] = Motivaation kasvattaminen, [2] = Hoitoon sitoutuminen, [3] = Päihteiden käytön ja sen seurausten vähentäminen, [4] = otoskoko määritelty riittävän tilastollisen voiman saavuttamiseksi, Tutkimustyyppi: 1= ennen jälkeen, 2= vertailuryhmät, 3= satunnaistetut vertailuryhmät, MH= Motivoiva haastattelu, RCQ (Readiness to Change Questionnaire) = muutosvalmiuden mittari, CLD (Contemplation Ladder, Drugs) = Harkinnan tikkaat, arvio muutosvaihetta, BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire) = Lyhyt tilanteiden luottamuskysely – nuorten ja vanhempien versiot, RCQ -TV (Readiness to Change Questionnaire – Treatment Version) =muutosvalmiuden mittarin pitkä hoitoversio, SOCRATES (Stages of Chaange Readiness and Treatment Eagerness Scale) arvioi alkoholin väärinkäyttäjien motivaatiota juomisen muuttamiseen, URICA (University of Rhode Island Change Assessment) mittaa muutosprosessia psykoterapiassa, POC-SU (Processes of Change Questionnaire: Substance Use Version) mittaa päihteiden käytön muutosvalmiuden prosesseja, ASI ja ASI-Followup (Addiction Severity Index) mittaa riippuvuuden vahvuutta, TMT (Treatment Services Review) mittaa hoitoon hakeutumista vankilasta vapautumisen jälkeen, TLFB (Timeline Followback) mittaa muistelun avulla päihteiden käyttöä tiettynä aikana, Form 90 mittaa alkoholin kulutusta viimeisen 90 päivän aikana, sovellus edellisestä, CES-D –asteikko (Center fo Epidemiologiacal Studies-Depression scale) –mittaa erityisesti nuorten masennusta, SIP (Short-Index of Problems) mittaa alkoholiin liittyviä ongelmia, UPI.

3.4 Yhdyskuntaseuraamus- ja laitostutkimusten tarkastelua tulosalueittain

Seuraavassa tarkastelen eri tulosalueita yhdyskuntaseuraamus- ja laitostutkimuksia yhdistäen. Kun samassa tutkimuksessa on käsitelty monia eri asioita, ovat tuloksetkin jakaantuneet monelle alueelle (esimerkiksi motivaation kasvaminen ja päihteiden vähentäminen).

Ehdonalaisvalvonnan tulosten parantamista koskevassa kahdessa tutkimuksessa saatiin molemmissa positiivisia tuloksia työntekijöiden motivoivan haastattelun taitojen parantumisesta, mutta itse ehdonalaisvalvonnan tulokset eivät olleet selkeät. Ensimmäisessä tutkimuksessa osanottajien asenteet rikoksia kohtaan ja huoli päihteistä lievenivät motivoivan haastattelun ryhmässä merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä (Harper & Hardy, 2000). Toisessa tutkimuksessa ryhmien välillä ei ollut eroja (Walters ym., 2010).

Rikosten vähentämisestä saatiin tuloksia kahdessa yhdyskuntaseuraamus- ja kahdessa vankilatutkimuksessa, joissa kaikissa oli käytetty satunnaistettua vertailuasetelmaa. Kolmessa tutkimuksessa motivoivaan haastatteluun oli lisätty palkkio, vertaistuki tai ”traumakokemus” ja yhdessä se oli yhdistetty psykoedukaatioon. Kaikissa tutkimuksissa saatiin myönteisiä tuloksia. Tutkimuksessa, jossa kolmen motivoivan keskustelun vaikutusta verrattiin ryhmään, joka sai motivoiviin keskusteluihin osallistumisesta myös palkkioita, kummankin ryhmän oikeudelliset ongelmat vähenivät merkitsevästi eikä ryhmien välillä ollut merkitseviä eroja (Sinha ym., 2003). Ruotsalaisen vankilatutkimuksen VKM-ohjelmassa ja vastaavassa viiden kerran suunnitteluohjelmassa vankien rikokset vähenivät yhtä paljon eikä VKM-ohjelmaan lisätty työntekijöiden vertaistuki parantanut tulosta (Forsberg ym., 2011). Nirenbergin ja muiden (2013) tutkimuksessa hoitoryhmä osallistui viiden motivoivan haastattelukerran lisäksi tavalliseen yhteisöpalveluun, toinen motivoivan haastattelun hoitoryhmä altistettiin ”traumakokemukselle” ja vertailuryhmä osallistui vain yhteisöpalveluun. Tulosten mukaan yhdistetyn motivoivan haastattelun ryhmässä syytteet vähenivät kuuden kuukauden seurannassa merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Samaten todennäköisyys alkoholi- tai liikennerikoksen tekemiseen oli yhdistetyssä motivoivan haastattelun ryhmässä vertailuryhmää pienempi. Kun syytteen saamista tutkittiin erikseen kolmessa ryhmässä, sen todennäköisyys oli pienin pelkässä motivoivan haastattelun ryhmässä. ”Trauma-altistuksella” lisätyn motivoivan haastattelun tulokset eivät eronneet yhteisöpalveluryhmän tuloksista. Woodallin ja

muiden (2007) tutkimuksessa vertailtavien ryhmien tulokset eivät eronneet toisistaan. Päihtyneenä ajamisessa ainoa merkitsevä ero oli, että vanhempien osanottajien todennäköisyys joutua pidätetyksi uudelleen oli nuorempia pienempi. Lisäksi epäsosiaalisen diagnoosin saaneet vähensivät päihtyneenä ja krapulassa ajamista muita enemmän hyötyen näin hoidosta suhteellisesti eniten. Tutkimusten päätulos oli, että näillä interventioilla pystytään vähentämään uusintarikollisuutta ja että motivoiva haastattelu toimii sellaisenaan ilman edellä tutkittuja lisäelementtejä.

Motivaation parantamista tavoitelleista kolmesta yhdyskuntaseuraamus- ja kuudesta vankilatutkimuksesta yhdessä, jossa ei ollut vertailuryhmää, lähes jokaisen vangin hoitomotivaatio parani ja yli puolella pystyvyyden tunne kasvoi (Mendel & Hipkins, 2002). Kahdessa satunnaistetussa tutkimuksessa hoitomotivaatio kasvoi motivoivan haastattelun ryhmässä enemmän kuin vertailuryhmässä (Ginsburg, 2000 & Vanderburg, 2002), mutta kolmannessa ryhmäeroja ei syntynyt (Kinlock ym., 2009). Kahdessa satunnaistetussa tutkimuksessa, jossa motivoivan haastattelun lisäksi tutkittavat saivat osallistumisesta palkkioita (Sinha ym., 2003) tai työntekijät työnohjauksellista vertaistukea (Dahl, 2008), motivaatio kasvoi kummassakin ryhmässä. Edellisessä tutkimuksessa ryhmien välillä ei ollut eroa ja jälkimmäisessä motivaatio parani enemmän, kun vangit olivat pelkässä VKM-ohjelmassa. Kolmessa muussa tutkimuksessa motivoiva haastattelu oli osana hoito-ohjelmaa. Näistä kahden tutkimusasetelmaan ei kuulunut vertailua ja yhdessä se jäi seurannassa tekemättä vertailuryhmän suuren kadon takia. Saman verran motivoivaa haastattelua ja psykoedukaatiota sisältäneessä ryhmässä suljetulla osastolla olleilla rikoksentekijöillä, joilla oli mielenterveysongelmia, ongelmatietoisuus ja luottamus muutokseen kasvoivat (Miles ym., 2007). Myös nuorisovankien perheiden arviointi- ja palauteohjelma kasvatti motivaatiota ja luottamusta (Slavet ym., 2005). Kotiväkivaltaan syyllistyneiden vihanhallintakurssilla ryhmän motivaatio kasvoi alkutilanteesta kurssin jäsenten konkreettisiin muutostekoihin asti (Easton ym., 2000). Tulosten mukaan motivoivalla haastattelulla voidaan parantaa rikoksentekijöiden hoitomotivaatiota sekä yhdyskuntaseuraamus- että laitosolosuhteissa sekä niin että motivoiva haastattelu on itsenäisenä menetelmänä tai yhdistettynä toiseen interventioon.

Kuudessa tutkimuksessa saatiin tuloksia myös motivoivan haastattelun vaikutuksesta **hoidossa pysymiseen**. Vertailuryhmään verrattuna motivoivalle haastattelulle perustuvaan palautekeskusteluun osallistuneet veteraanit sopivat merkitsevästi todennäköisemmin ajan päihdeklinikalle vapautumisen jälkeen sitä useammin, mitä lähempänä vapautumista motivoiva haastattelu oli. He myös osallistuivat tapaamisiin useammin ja olivat sitoutuneempia hoitoon pysyen paremmin hoidossa kolmen kuukauden jälkeen (Davis ym., 2003). Motivoivassa haastattelussa arvioitiin terapiasuhde

merkitsevästi paremmaksi kuin rentoutuksen harjoittelussa ja sen katsottiin vahvistavan hoitoon sitoutumista (Stein ym., 2006). Nuoret, jotka saivat motivaation parantamisistuntoon osallistumisesta palkkioita, jatkoivat hoitoa merkitsevästi useammin kuin ilman palkkiota samaan interventioon osallistuneet (Sinha ym., 2003). Myös toisessa tutkimuksessa parhaiten hoidossa pysyi ryhmä, jossa motivoivaa ja kognitiivisen käyttäytymisterapian lähestymistapaa yhdistävään ohjelmaan lisättiin palkkiojärjestelmä. Pelkän motivoivan haastattelun tulos oli kuitenkin merkitsevästi parempi kuin huumeneuvonnan. (Carroll ym., 2006.) Pelkän standardihoidon ja siihen lisätyn kuuden kerran motivoivan haastattelun välisessä vertailussa avohoitoon määrätyt miehet pysyivät motivoivaa haastattelua sisältävässä hoito-ohjelmassa lähes kaksi kertaa useammin loppuun asti ja he osallistuivat useampiin istuntoihin (Lincourt ym., 2002). Kuudennessa tutkimuksessa motivoivaan haastatteluun tai huumeneuvontaan osallistuneitten pysyminen ei ollut parempaa kuin kumpaankaan osallistumattomilla. Sen sijaan hoitohalukkuus hoidon alussa ja seurannassa oli merkitsevästi yhteydessä kolme kuukautta hoidossa pysymiseen (Kinlock ym., 2009).

Motivoivan haastattelun vaikutus hoidossa pysymiseen näyttää siis vahvalta ja useassa tutkimuksessa vertailuinterventiota vahvemmalta. Palkkiojärjestelmän lisääminen avohoidossa tapahtuvaan motivoivaan haastatteluun voi lisätä hoitoon osallistumista.

Päihteiden käytön vähentämisestä saatiin eniten tuloksia. Näistä 14 tutkimuksesta vain yhdessä ei ollut vertailuryhmää. Kaikissa muissa käytettiin satunnaistettuja vertailuryhmiä. Kun seitsemässä tutkimuksessa motivoivaa haastattelua sellaisenaan verrattiin toiseen interventioon, tulokset olivat motivoivan haastattelun kannalta myönteisiä. Motivoiva haastattelu vähensi kuuden kuukauden seurannassa riskijuomispäiviä enemmän kuin psykoedukaatio (Chanut ym., 2007). Toisessa tutkimuksessa riskijuominen väheni alkutilanteesta 6 ja 12 kuukauden seurantoihin kummassakin ryhmässä, mutta vain motivoivan haastattelun ryhmässä juominen väheni vielä neljänneksellä kuudesta kuukaudesta vuoteen (Brown ym., 2010). Samalla aineistolla todettiin myös, että riippumatta interventiosta ristiriitaisesti juomiseensa suhtautuvat, ja muita enemmän juomishaittoja kokeneet nuoret miehet paransivat muita enemmän alkoholiin liittyviä tuloksiaan (Brown ym., 2012). Rankasti juovien naisten tutkimuksessa motivoiva haastattelu vähensi juomispäiviä ja niiden annoksia merkitsevästi vertailuryhmää enemmän kolmen kuukauden mutta ei enää merkitsevä kuuden kuukauden seurannassa (Stein ym., 2010). Motivoiva haastattelu vähensi myös merkitsevästi enemmän kuin rentoutusharjoittelu nuorten marijuanan ja alkoholin käyttöä (Stein ym., 2011a), marijuanan käyttöön liittyviä riskejä sekä lähes merkitsevästi

enemmän alkoholista aiheutuvia riskejä kolmen kuukauden seurannassa (Stein ym., 2011b).

Kahdessa tutkimuksessa motivoivaan haastatteluun oli yhdistetty psykoedukaatio. Ilman vertailuryhmää tehdyssä tutkimuksessa yli kolme neljästä potilaasta lopetti huumeiden käytön (Miles ym., 2007). Toisessa tutkimuksessa, hoitoryhmän alkoholin käyttö väheni eri mittareilla merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Lisäksi henkilöt, joilla oli diagnoosina epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, vähensivät merkitsevästi enemmän kuin muut ja intervention vaikutus oli heillä hoitoryhmässä suurempi kuin kontrolliryhmässä. (Woodall ym., 2007.) Motivoivan haastattelun tehoa standardihoidon lisänä arvioineessa tutkimuksessa hoitoryhmän jäsenet täyttivät hoidon lopussa vertailuryhmää harvemmin päihderiippuvuuden kriteerit, mutta taustatekijöiden kontrolloinnin jälkeen ero ei ollut enää merkitsevä (Lincourt ym., 2002).

Neljässä tutkimuksessa yritettiin tehostaa motivoivan haastattelun vaikutusta lisäelementein. Vertaispalautteen lisääminen VKM-ohjelmaan työntekijöille ei lisännyt ohjelman tehoa, sillä päihteiden käyttö väheni kaikissa kolmessa tutkimusryhmässä eikä ryhmien välillä ollut merkitseviä eroja (Forsberg ym., 2011). ”Traumakokemuksen” lisääminenkään ei vaikuttanut toivotusti, sillä parannetun yhteisöpalvelun ryhmä sai itseraportoidussa päihteiden käytössä merkitsevästi parempia tuloksia kuin yhdistetyn motivoivan haastattelun ryhmä. Syynä tähän tosin saattoi olla juomista koskevan itsearvioinnin paraneminen motivoivan haastattelun jälkeen (Nirenberg ym., 2012; Nirenberg ym., 2013). Kahdessa tutkimuksessa selvitettiin palkkiojärjestelmän antamaa lisää päihteiden käytön vähentämiseen. Motivaatiota parantava terapia ja sen palkkiojärjestelmällä vahvistettu versio kumpikin vähensivät marijuanan käyttöä ja siitä seuranneita ongelmia, mutta ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja (Sinha ym., 2003). Carrollin ym. (2006) tulokset vaihtelivat mielenkiintoisesti. Hoidon aikana marijuanan käytössä ei ollut eroa motivoivaa haastattelua ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa yhdistävän ryhmän ja huumeneuvontaryhmän välillä. Palkkiojärjestelmä vahvisti molempien tuloksia. Kolmen ja kuuden kuukauden seurannassa motivoivan haastattelun ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistelmä vähensi marijuanan käyttökertoja merkitsevästi enemmän kuin huumeneuvonta eikä palkkiojärjestelmän vaikutus ulottunut seurantoihin asti. Motivoivan haastattelun ja kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmässä myönteinen kehitys jatkui siis koko seurannan ajan. Lisäksi marijuanan käyttöpäivät vähenivät eniten ryhmässä, jossa ei käytetty ollenkaan palkkioita.

Motivoiva haastattelu osoittautui näiden tutkimusten mukaan tehokkaaksi päihteiden käytön vähentämisessä. Tulokset viittasivat siihen, että sillä saavutettiin useim-

miten parempia tuloksia kuin vertailuinterventiolla eivätkä tulokset juurikaan parantuneet motivoivan haastattelun toisten menetelmien avulla tapahtuneilla tehostamisyrityksillä.

Yhteen vetäen hieman yli puolet kaikista tutkimuksista kohdistui rikoksen tekijöiden motivoivaan haastatteluun vankiloissa ja muissa laitosolosuhteissa, joita pidetään yleisesti muutoksen kannalta ongelmallisina. Silti tuloksissa ei ilmennyt selviä eroja laitos- ja yhdyskuntaseuraamuskontekstin välillä. Tulosten luotettavuutta lisää satunnaistetun koeasetelman yleisyys, sillä suurimmassa osassa (80 %) tutkimuksia oli hoitoryhmän rinnalla satunnaistettu vertailuryhmä, lähes joka kolmannessa oli vertailussa useampiakin (Kts. sarake 2: tutkimustyyppi, taulukko 1, s. 53 ja taulukko 2, s. 68). Yhdyskuntaseuraamustutkimuksista vajaassa viidenneksessä oli vertailuryhmä ilman satunnaistamista ja rikosoikeudellisia laitoksia koskevissa tutkimuksissa vajaassa neljänneksessä oli ennen jälkeen tutkimusasetelma.

Suurin osa tutkimushenkilöistä oli miehiä, vain yhdessä tutkimuksessa pelkästään naisia (Stein ym., 2010). Samaten valtaosassa tutkimuksia kohteena olivat aikuiset; noin kolmannes koski nuoria. Yli puolessa aikuisten tutkimuksia tutkittu päihde oli alkoholi, kun taas nuorilla lähes kahdessa kolmanneksessa tutkimuksia kohteena oli sekä alkoholi että huumeet. Nuorilla marijuana oli käytetyin päihde yksin tai yhdessä alkoholin kanssa. Kaikki marijuanaa koskevat tulokset saatiin nuorten tutkimuksista. Päihteiden vähentämisen tulokset eivät eronneet aikuisten ja nuorten tutkimuksissa.

Useimmissa tutkimuksissa saatiin motivoivan haastattelun kannalta myönteisiä tuloksia: se edisti ehdonalaisvalvonnan tuloksia, auttoi vähentämään uusintarikollisuutta, kasvatti motivaatiota muutokseen, lisäsi hoidossa pysymistä sekä vähensi päihteiden käyttöä.

On huomion arvoista, että motivoivalla haastattelulla oli myönteisiä seurauksia kriminaalikontekstissa sekä avo- että laitosolosuhteissa huolimatta niiden tuottamista haasteista motivoivan hengen toteuttamiselle pakkoa sisältävinä organisaatioina. Lisäksi tutkimukset osoittivat menetelmän olevan käyttökelpoinen myös erityisryhmille. Onnistuneita tuloksia sen käytöstä saatiin silloinkin, kun osanottajilla oli emotionaalisia mielenterveys- ja oppimisongelmia kuten epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö tai he olivat syyllistyneet perheväkivaltaan.

Katsauksessa ei esitelty kattavasti kaikkia tutkimushypoteeseja, mikäli ne eivät saaneet tuloksista tukea. Merkille pantavaa on satunnaistettujen koeasetelmien yleisyys. Tulosten vahvuutta heikensi kuitenkin tutkimusryhmien pienuus. Tulosten selkeyttä heikensi myös tutkittavien ilmiöiden moninaisuus ja monimutkaisuus. Vaikka useissa tutkimuksissa havaittiin motivoivan haastattelun toimivan vertailuinterventiota pa-

remmin, on mahdollista, että kaikkia vaille tuloksia jääneitä tutkimuksia ei ole raportoitu. Sosiaalisten ilmiöiden monimutkaisuuden takia kannattanee siis pidättäytyä tämän katsauksen lopputulemana toteamaan, että motivoiva haastattelu osoittautui näissä tutkimuksissa toimivan rikosoikeudellisessa kontekstissa vähintään yhtä hyvin kuin muutkin näyttöön perustuvat lähestymistavat ja paremmin kuin ilman mitään ei-toivottuun käyttäytymiseen puuttuvaa interventiota.

4 KATSAUS PÄIHDEASIAKKAIDEN MOTIVOIVAA HAASTATTELUA KOSKEVIIN PROSESSITUTKIMUKSIIN

4.1 Johdanto

Edellisessä luvussa kuvattujen vaikuttavuustutkimusten lisäksi motivoivaa haastattelua on tutkittu myös prosessitutkimuksilla, joissa kiinnostuksen kohteena on se, mitkä tekijät motivoivassa haastattelussa parantavat tai liittyvät sen tuloksiin. Hoidossa tapahtuvaa vuorovaikutusta voidaan tutkia useilla eri tavoilla. Laadullisissa tutkimuksissa voidaan apuna käyttää esimerkiksi keskustelunanalyysia, diskurssianalyysia tai semioottisia menetelmiä (esim. Rakkolainen & Ehrling, 2012; Sarpavaara, 2012; Sarpavaara & Koski-Jännes, 2013). Sitä voidaan tutkia myös luokittelemalla ja koodaamalla puheilmauksia. Koodattua aineistoa voidaan sitten analysoida joko kvalitatiivisesti tai kvantitatiivisilla tilastollisilla menetelmillä. Tarkastelen katsauksessani tutkimuksia, joissa hoitoprosessia on analysoitu käyttäen apuna sekä vuorovaikutuksen koodausta että arviointimenetelmiä.

Edelliseen katsaukseen verrattuna tätä ei ole tehty systemoidusti, vaan katsaukseen valikoituneet tutkimukset ovat löytyneet edellisen katsauksen hakujen yhteydessä, osa samoista lähteistä kuin systemaattisissa hauissakin ja osa alan journaaleihin jätettyjen hakuhälytysten avulla. Olen rajannut tutkimukset koskemaan pelkästään niitä, joissa motivoivan haastattelun käytön ainakin yhtenä tavoitteena on ollut päihteiden käytön vähentäminen ja joissa terapeuttien ja asiakkaiden vuorovaikutuksen analysoimisessa on käytetty samankaltaisia koodausmenetelmiä kuin tässä väitöstutkimuksessa. Näin ollen monia mielenkiintoisia ja tärkeitäkin tutkimuksia jää tämän katsauksen ulkopuolelle.

Monissa tutkimuksissa työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen koodaamiseen on käytetty MISC:iä (Motivational Interviewing Skill Code), jonka ensimmäisen version William Miller kehitti työryhmänsä kanssa jo vuonna 1997 (Miller, 1997). Sittemmin MISC:iä on paranneltu saatujen kokemusten ja tutkimustulosten pohjalta moneen kertaan. MISA-projektin aikaan käytössä oli versio 2.1 (Miller, Moyers,

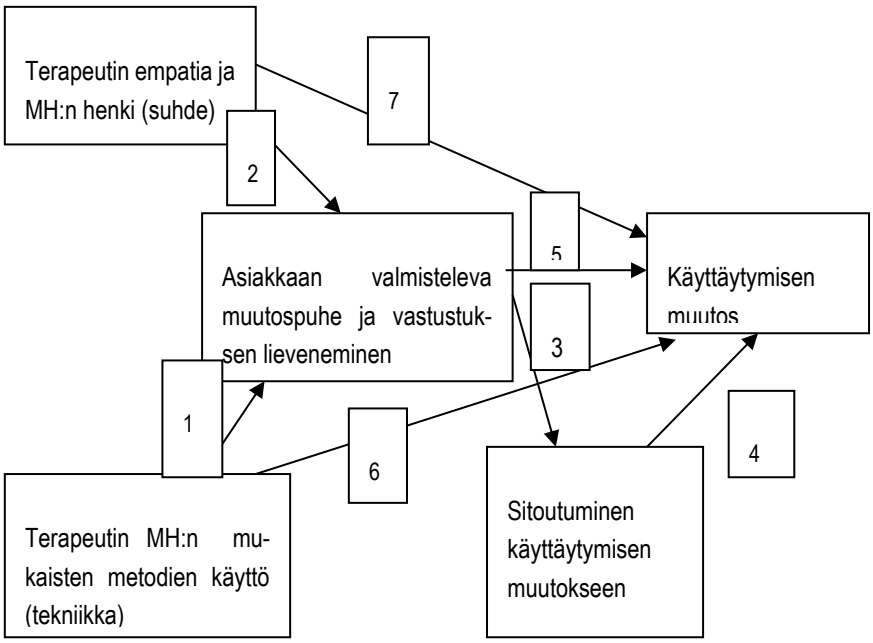
Ernst & Amrhein, 2008), mutta joissakin katsauksen tutkimuksissa koodattiin jo versiolla 2.5 (Houck, Moyers, Miller, Glynn & Hallgren, 2013). Vaikka MISC:issä tarkastellaan sekä työntekijän että asiakkaan käyttäytymistä, versiossa 2.1 on paljon enemmän koodattavaa terapeutille kuin asiakkaalle. Kummankin puheesta tehdään yleisarviot ja käyttäytymisarviot. Terapeutin yleisarvioita ovat hyväksyntä, empatia ja motivoivan haastattelun henki (yhteistyö, herättely ja autonomian tukeminen). Terapeutin puheesta tehtäviä luokituksia on reilusti enemmän (neuvominen, vahvistaminen, konfrontaatio, määrääminen, oman vastuun korostaminen, rohkaiseminen, täydentäminen, tiedonanto, kysyminen, huolenilmaisu, reflektio, näkökulman muuttaminen, tukeminen, työskentelyn strukturoiminen ja varoittaminen) ja monissa koodeissa on vielä alaluokat. Asiakkaalta arvioidaan koko istunnosta yleisenä luokitteluna hänen päihteitä koskeva itsetutkiskelunsa. Kun on määritelty keskustelun kohteena oleva päihde, voidaan luokitella tätä koskeva muutos- ja säilyttämispuhe sekä näiden voimakkuus asteikolla korkea, keskivoimainen ja matala. Näistä lausumista luokitellaan vielä syyt muutokseen (alakoodeina halu, kyky ja tarve), muu muutospuhe, sitoutuminen, askelten ottaminen sekä asiakkaan neutraali tai työntekijän lausumista seuraava puhe.

MISC:in asiakkaan puheen luokittelu pohjautuu Paul Amrheinin (2007) kehittämään sitoutumispuheen koodausmenetelmään, jossa asiakkaan päihteiden käyttöä koskeva puhe luokitellaan koko istunnosta kymmenyksittäin sitoutumiseen ja tätä ennakoiviin syihin, haluun, kykyyn tai tarpeeseen, joiden voimakkuutta arvioidaan viisiportaisella asteikolla. Tämän lisäksi on käytössä ollut myös muita asiakkaan puheen koodaussysteemejä esimerkiksi CLAMI (Client Language Assessment in Motivational Interviewing; Miller, Moyers, Manuel, Christopher & Amrhein, 2006).

Osassa tutkimuksia terapeutin käyttäytymistä on arvioitu MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) -koodausjärjestelmällä, koska MISC:iä on pidetty turhan raskaana ja aikaa vievänä. MITI:stä samoin kuin muistakin koodaustavoista, on tutkimuksissa käytetty monia eri versioita. MITI kehitettiin pelkästään terapeutin toiminnan arvioimista varten. Siinä tehdään yleisarvio työntekijän empatiasta ja motivoivan haastattelun hengestä (yhteistyö, herättely ja autonomian tukeminen) sekä viisiportaisella asteikolla lasketaan terapeutin puheenluokkia tiedon antaminen, kysyminen, reflektiot, motivoivan haastattelun mukainen (MICO) ja motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen (MIIN). Koodauksista voidaan laskea myös terapeutin motivoivan haastattelun toteuttamisen kliinisiä indikaattoreita. (Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst, 2010.)

Edellä esiteltyjen menetelmien koodaukset ”irtoavat” tulosten analyyseissä tekstikohdistaan, joten käytyjen keskustelujen etenemistä ei voi seurata terapeutin ja asiakaan puheenvuoroittain. SCOPE (Seguential Code for Observing Process Exhanges), joka yhdistää MISC:in ja Amrheinin asiakkaan sitoutumispuheen koodaussysteemin, kehitettiin sekventiaalisen informaation saamiseksi terapeutin ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta. Keskustelun osapuolten vuorojärjestys säilyy SCOPE:en pohjautuvissa analyyseissä. (Martin, Moyers, Houck, Christopher & Miller 2005.) Eri koodaustapoihin palataan tarkemmin myöhemmissä luvuissa.

Katsauksessa on mukana lähes 30 tutkimusta/artikkelia, joista esitellään tutkimuksen tavoite/kohde, otoksen koko, viittaus tutkimushenkilöiden päihdeongelman tasoon, motivoivan haastattelun kesto ja kerrat, aineiston koodaustapa ja laajuus sekä päätulokset. Tutkimukset jäsenneltiin alla olevan Millerin ja Rosen (2009) esittämän kausaalimallin avulla (kuvio 1). Tutkimukset kattavat linkit 1-7, joten kausaalimallista on tässä jätetty pois koulutuksen vaikutukset. Tutkimuksen tiedot esitellään pääsääntöisesti, kun se mainitaan ensimmäistä kertaa. Jos samasta tutkimuksesta on tuloksia useaan eri polkuun, ensimmäisen polun jälkeen siihen viitataan vain tekijöillä ja vuodella.



Kuvio 2. Motivoivan haastattelun prosessi- ja tulosmuuttujien oletetut suhteet (sovellettu Miller ja Rosen kuviosta 2009, s. 530)

4.2 Lisäävätkö motivoivan haastattelun mukaiset tekniikat asiakkaan muutospuhetta? (polku yksi)

Motivoivan haastattelun tekniikat olivat usein tutkijoiden kiinnostuksen pääkohde. Yhteensä 15 tutkimusta valotti terapeutin käyttäytymisen ja asiakkaan päihteiden käyttöä koskevan puheen välistä yhteyttä. Ensimmäisen tutkimuksen (Moyers & Martin, 2006; Moyers ym., 2007) kohteena oli terapeutin käyttäytymisen ja asiakkaan puheen välinen suhde ja myös kuinka paljon asiakkaan puhe ennustaa päihteiden käyttöä hoidon jälkeen (polut neljä ja viisi). Tutkimusaineistona käytettiin Project MATCH:istä satunnaisesti valittujen 38 alkoholiongelmaisen motivaation parantamisterapia (eli MET-) istuntoja. Istuntojen äänitteiden analysoinnissa käytettiin sekventiaalista koodausjärjestelmää SCOPE. Työntekijän motivoivan haastattelun mukaisen (MICO) ja sen vastaisen (MIIN) käyttäytymisen sekä näitä välittömästi seuranneen asiakkaan puheen välille laskettiin esiintymistodennäköisyydet. Motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä seurasi todennäköisemmin kuin sattumalta muutospuhe (CT) ja sen vastaista käyttäytymistä muutoksen vastainen puhe (CCT). MICO myös ehkäisi muutoksen vastaisen säilyttämispuheen esiintymistä.

Toisessa tutkimuksessa Moyers, Martin, Houck, Christopher ja Tonigan (2009) jatkoivat analyysejä Project MATCH:in ensimmäisten MET-istuntojen 118 äänitallenteella, jotka jälleen koodattiin SCOPE-järjestelmällä. Analyysit vahvistivat sekä istunto- että lausumatasolla, että terapeutin käyttäytyminen ennustaa asiakkaan muutospuhetta. Terapeutin motivoivan haastattelun mukainen (MICO) käyttäytyminen lisäsi muutospuhetta (CT) merkitsevästi ja sen vastainen käyttäytyminen (MIIN) ennusti merkitsevästi muutoksen vastaista (CCT) puhetta. Yllättäen myös MICO lisäsi muutoksen vastaista puhetta.

Sveitsiläinen tutkimusryhmä (Daeppen, Bertholet, Gmel & Gaume, 2007) analysoi hoitovuorovaikutusta teho-osastolla olleiden rankasti juovien (n = 367) potilaiden kokeessa. Tutkimuksessa selvitettiin asiakkaan muutokseen suuntautumisen vaikutusta alkoholin kulutukseen 12 kuukauden seurannassa. Osallistujat jaettiin 15 minuuttia kestäneen lyhyen alkoholi-intervention lopuksi kahteen ryhmään sen mukaan, 1) kertoivatko he tavoitteekseen juomisen vähentämisen tai lopettamisen (n = 134) vai 2) ei kumpaakaan (n = 233). Lisäksi 97 potilaan ja terapeutin välisen kommunikaation piirteitä analysoitiin MISC 2.0 -koodausjärjestelmällä. Potilaat, jotka aikoivat vähentää alkoholin käyttöä, kertoivat enemmän muutoksen tärkeydestä ja

suuremmasta muutosvalmiudesta kuin ne, jotka eivät aikoneet muuttaa juomistapojaan. Analyysit osoittivat myös, että terapeutit käyttivät merkitsevästi enemmän motivoivassa haastattelussa suositeltuja taitoja, kun potilaalla oli vahva intentio muutokseen. Lisäksi ne, jotka aikoivat muuttaa alkoholin käyttöään, kertoivat merkitsevästi useammin ristiriidasta alkoholiin liittyen sekä ilmaisivat voimakkaammin kykyään, sitoutumistaan, haluaan, tarvettaan ja syitä muuttaa alkoholin käyttöään kuin ne, jotka myöhemmin eivät vähentäneet alkoholin käyttöään.

Myös kahdessa muussa sveitsiläistutkimuksessa tarkasteltiin terapeutin tekojen ja asiakkaan muutospuheen suhdetta. Gaumen, Gmelin, Faouzin ja Daeppenin (2008a) sekundaarianalyysin kohteena oli armeijan kutsuntoihin osallistuneet alkoholin riskikuluttajat, jotka joivat yli 14 annosta viikossa tai yli 5 annosta kerralla ja jotka osallistuivat noin 15 minuuttia kestäneeseen lyhyeen motivoivaan interventioon. Tutkimukseen osallistuneiden istunnot (n = 97) koodattiin (MISC 2.0) ja koodit tiivistettiin kolmeen työntekijän (MI:n mukainen käyttäytyminen, MICO; MI:n vastainen käyttäytyminen, MIIN ja muu käyttäytyminen; other) sekä kolmeen asiakkaan puheen (muutospuhe [CT], säilyttämispuhe [CCT] ja seuraava/neutraali puhe [F/N]) luokkaan. Tuloksissa havaittiin samoin kuin edellä, että työntekijän motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä (MICO) seurasi merkitsevästi todennäköisemmin asiakkaan muutoksen etuja ja haittoja koskevaa pohdintaa (CT ja CCT). Työntekijän motivoivaan haastatteluun kuulumatonta (MIIN) ja juomiseen liittymätöntä puhetta seurasi merkitsevästi epätodennäköisemmin asiakkaan muutospuhe (CT) ja todennäköisemmin alkoholiin liittymättömät lausumat. Kun asiakkaan puheessa lausumat lisäksi jatkuivat yleensä samanlaisina, muutospuhetta seurasi todennäköisemmin muutospuhe ja säilyttämispuhetta säilyttämispuhe. Tutkimustulokset tukivat oletettua terapeutin motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen ja muutospuheen välistä suhdetta. Lisäksi havaittiin, että myös asiakkaan puhe liittyi työntekijän käyttäytymiseen niin, että työntekijä vastasi potilaan muutokseen liittyvään puheeseen (CT tai CCT) todennäköisemmin motivoivan haastattelun mukaisella puheella (MICO).

Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel ja Daeppen (2010) jatkoivat terapeuttien ja nuorten miesten vuorovaikutuksen tutkimista 149 lyhyessä motivoivassa interventiossa. Tutkimuksessa käytetyn koodausjärjestelmän koodit (MISC 2.1) tiivistettiin jälleen kolmeen terapeutin ja kolmeen asiakkaan luokkaan. Tässäkin tutkimuksessa terapeutin motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä (MICO) seurasi merkitsevästi todennäköisemmin asiakkaan muutospuhe (CT). Selvästi harvinaisempi motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen (MIIN) johti muutoksen vastaiseen (CCT) tai neutraaliin (F/N) puheeseen. Samoin kuin edellä asiakkaiden puhe ennusti

myös työntekijöiden käyttäytymistä siten, että työntekijä vastasi erityisesti muutospuheeseen motivoivan haastattelun mukaisilla lausumilla ja asiakkaan muutoksen vastainen puhe johti terapeutin motivoivan haastattelun vastaiseen käyttäytymiseen. Lisäanalyyseissä todettiin, että reflektiivinen kuuntelu on hyvä keino herätellä muutospuhetta.

Vaderin, Waltersin, Prabhun, Houckin ja Fieldin (2010) tutkimuksessa vähintään viisi annosta juomiskerralla juovat mies- ja neljä annosta juovat naisopiskelijat jaettiin satunnaisesti 1) henkilökohtaisen juomispalautteen sisältäneeseen motivoivan haastatteluun (n = 73) tai 2) ilman palautetta jääneeseen MH-ryhmään (n = 70). Keskimäärin 45 minuuttia kestäneet palautteen sisältäneet istunnot olivat noin kymmenen minuuttia pidempiä kuin vertailuryhmän istunnot. Analyyseihin valittiin kummastakin ryhmästä satunnaisesti 30 istuntoa, jotka koodattiin MISC 2.1:llä. Terapeutin motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen oli kummassakin ryhmässä positiivisesti yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen ja vertailuryhmässä myös säilyttämispuheeseen. Palauteryhmässä asiakkailla ilmeni merkitsevästi vähemmän säilyttämispuhetta kuin vertailuryhmässä. Juomisesta saatu henkilökohtainen palaute näytti siis vähentävän juomista puoltavaa puhetta.

Terapeutin vaikutusta asiakkaan muutospuheeseen tutkittiin myös noin tunnin kestäneellä päihdeinterventiolla, johon osallistui 47 vapaaehtoista alkoholiongelmaista opiskelijaa. Neljään jaksoon jaetuissa, äänitetyissä ja koodatuissa (MISC 1:n sovellus) istunnoissa sovellettiin yksilöä koskevaa ABAB-tutkimusasetelmaa, jossa pyritään suoraan manipuloimaan tutkittavaa ilmiötä. Istunnon joka toinen jakso sisälsi motivoivalle haastattelulle tärkeätä muutospuheen herättelyä ja joka toisesta tämä elementti puuttui. Noin puolet istunnoista oli satunnaistettu alkamaan muutospuheen herättelyllä (n = 25). Kuten oletettiin, muutospuheen prosentuaalinen osuus oli muutoksen herättelyjaksoilla merkitsevästi korkeampi kuin istunnon vertailukohdissa. (Glynn & Moyers, 2010.)

Brownin (2014) väitöstutkimuksen pääkysymys oli, miten terapeutin käyttäytyminen ennustaa asiakkaan muutosta valmistavaa puhetta ja vahvaa sitoutumispuhetta. Tutkimus tehtiin sekundaarianalyysina United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT) -projektin istuntojen tallenteista. Potilaat saivat tutkimuksessa alkoholiongelmaansa kolme 50 minuutin MET-istuntoa, joista tähän tutkimukseen valittiin ensisijaisesti istunnot asiakkailta (n = 53), joiden muutosvalmius oli kasvanut intervention aikana. Lopullisen aineiston 20 asiakkaan istuntojen äänitteet koodattiin SCOPE-koodausjärjestelmällä. Analyyseja varten asiakkaan muutospuheesta yhdistettiin halu, kyky, tarve, syy ja askelten ottaminen valmistelevaksi muutospuheeksi ja

sitoutumispuhe sekä vastaavat negatiiviset ilmaukset lisättynä negatiivisella sitoutumispuheella säilyttämispuheeksi. Lisäksi sitoutumispuhe luokiteltiin vahvaksi ja heikoksi muutokseen sitoutumiseksi.

Tuloksista ilmeni, että terapeutin monimuotoiset reflektiot ennustivat merkitsevästi asiakkaiden voimakasta sitoutumista muutokseen. Avoimet kysymykset ja monimuotoiset reflektiot liittyivät muutosta valmistelevaan puheeseen. Kuitenkin vain monimuotoiset reflektiot ennustivat merkitsevästi valmistelevaa muutospuhetta. Monimuotoisten reflektioiden ja avoimien kysymysten todettiin siten olevan tärkeitä motivoivan haastattelun taitavassa toteuttamisessa. Lisäksi ehdotettiin, että työntekijän pitäisi sovittaa lähestymistapansa asiakkaan kulloiseenkin motivaation tasoon.

Borsari ja muut (2015) tutkivat alkoholin käytön takia hoitoon määrättyjen opiskelijoiden lyhyistä motivoivista interventioista, miten terapeutin käyttäytyminen ja erityisesti empatia vaikuttavat asiakkaan puheeseen sekä muutokseen alkoholin käytössä ja sen seurauksissa. Tutkimusaineisto saatiin kahdesta satunnaistetusta kliinisestä kokeesta. Ensimmäisessä opiskelijat jaettiin joko 1) motivoivaan haastatteluun (n = 99) tai 2) tavalliseen edukaatioon (n = 99). Toisessa tutkimuksessa kaikille osallistujille (N = 598) jaettiin ensin vihkonen juomisen vähentämisestä. Opiskelijoiden alkoholin käyttöä arvioitiin kuusi viikkoa neuvonnan jälkeen. Ne, jotka olivat jatkaneet riskijuomista, jaettiin satunnaisesti motivoivaan interventioon (n = 193) tai pelkkään arviointikontrolliin (n = 194). Istunnot kestivät kummassakin tutkimuksessa noin tunnin ja ne koodattiin MISC 2.0:lla. Muutospuheeksi (CT) tiivistettiin jälleen kaikki muutokseen suuntautuva puhe (syy, halu, tarve, kyky, sitoutuminen, askelten ottaminen ja muu) ja säilyttämispuheeksi (CCT) vastaavat juomisen jatkamiseen suuntautuvat lausumat. Terapeutin käyttäytymisen ja asiakkaan puheen välillä oli selkeä yhteys. Terapeutin motivoivan haastattelun mukainen puhe (MICO) oli merkitsevästi yhteydessä sekä asiakkaan muutospuheeseen että säilyttämispuheeseen kummassakin tutkimuksessa. Sen sijaan tulokset motivoivan haastattelun vastaisesta käyttäytymisestä (MIIN) ja asiakkaan puheen yhteydestä olivat ristiriitaiset. Ensimmäisessä tutkimuksessa yhteys muutospuheeseen ja säilyttämispuheeseen oli positiivinen, mutta jälkimmäisessä negatiivinen. Kummassakin tutkimuksessa kuitenkin motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen korrelaatiot olivat sen vastaista vahvempia. Se että terapeutin motivoivan haastattelun taidot herättelivät tässä sekä muutos- että säilyttämispuhetta heijastanee asiakkaan ambivalenssin voimistumista, jota motivoivassa haastattelussa pidetään yhtenä keinona synnyttää muutoksen suuntaista painetta.

Apodacan ja muiden (2014) tutkimuksessa opiskelijoiden (n = 92) yhden istunnon alkoholi-interventio koodattiin MISC 2.0:lla. Motivoivan haastattelun mukainen

terapeutin puhe korreloi myös tässä tutkimuksessa merkitsevästi sekä asiakkaan muutos- että säilyttämispuheen kanssa. Motivoivan haastattelun vastaisella puheella ei sen sijaan ollut merkitsevää yhteyttä asiakkaan muutos- tai säilyttämispuheeseen.

Saman aineiston sekundaarianalyysissä Apodacan ja muiden (2016) tavoite oli tunnistaa, mitkä yksittäiset terapeutin käyttäytymiset saavat asiakkaan puheessa esiin muutos- ja säilyttämispuhetta. Aineiston sekventiaalinen analyysi osoitti, että sekä asiakkaan muutospuhe, että säilyttämispuhe seurasivat merkitsevästi sattumaa todennäköisemmin terapeutin motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä (MICO). Asiakkaan muutospuhe seurasi todennäköisemmin välittömästi heti vahvistamisen, avointen kysymysten sekä yksinkertaisten ja monimuotoisten reflektioiden jälkeen, mutta merkitsevästi epätodennäköisemmin neuvomisen ja suljettujen kysymysten jälkeen. Vastaavasti asiakkaan säilyttämispuhe seurasi todennäköisemmin terapeutin avoimia kysymyksiä, yksinkertaisia ja monimuotoisia reflektioita ja merkitsevästi epätodennäköisemmin vahvistamisen, tiedon antamisen ja suljettujen kysymysten jälkeen. Jotkut yksittäiset terapeutin käyttäytymiset siis saivat esiin asiakkaan muutospuhetta ja säilyttämispuhetta, osa taas tukahdutti niitä. Vahvistaminen oli ainoa terapeutin käyttäytyminen, joka johdonmukaisesti lisäsi muutospuhetta ja vähensi säilyttämispuhetta.

4.3 Lisäävätkö terapeutin vuorovaikutustyylin tavat asiakkaan muutospuhetta? (polku kaksi)

Millerin ja Rosen motivoivan haastattelun kausaalimallin polku kaksi oli katsauksen vähiten tutkittu, sillä vain kahdessa tutkimuksessa oli saatu tuloksia tästä. Morgenstern ja muut (2012) testasivat motivoivan haastattelun aktiivisia osatekijöitä ja muutoksen mekanismeja juomisen vähentämisessä. Tutkimukseen osallistui 89 hoitoon hakeutunutta ongelmajuojaa, jotka satunnaistettiin kolmeen ryhmään: 1) motivoivaan haastatteluun (MI), 2) motivoivaan haastatteluun ilman ohjaavia elementtejä (SOMI) sekä 3) itsesäätelyä korostavaan kontrolliryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä motivoivaa haastattelua toteutettiin tavalliseen tapaan, toisessa painottuivat sen suhde-elementit ja kolmannessa sen osatekijät, jotka eivät liity motivoivan haastattelun henkeen, empatiaan tai sen teknisiin taitoihin.

Motivoivan haastattelun suhdetekijöitä sisältävässä SOMI-ryhmän interventiossa painotettiin lämpöä, aitoutta ja tasa-arvoisuutta, asiakkaan omaa vastuuta muutoksesta, reflektiivisiä kuuntelutaitoja (avoimet kysymykset ja yksinkertaiset reflektiot) sekä motivoivan haastattelun vastaisen käyttäytymisen välttämistä (neuvominen,

konfrontointi, asiantuntijan roolin ottaminen, tulkinta). Kiellettyjä olivat myös muutokseen liittyvää ristiriitaa korostavat - (esim. asteikkoharjoitukset, strukturoitu palaute) ja terapiaprosessia positiiviseen muutokseen ohjaavat elementit (esim. muutossuunnitelma, sitoutumisen kysyminen). Lisäksi piti välttää monimuotoisia reflektiota ja muita muutospuhetta herätteleviä ja vahvistavia strategioita.

Itsenäisesti toimivan kontrolliryhmän muutosta edistäviin toimintoihin kuului esimerkiksi henkilökohtainen palaute juomisesta, oman vastuun korostaminen ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen. Lisäksi kaikki kolme ryhmää osallistuivat kahdeksan viikon ajan päivittäiseen päihteiden käyttöä koskevaan puhelinkyselyyn.

Neljästä noin tunnin kestäneestä istunnosta videoitiin kaksi ensimmäistä ja niistä koodattiin työntekijöiden osuudet MITI:llä ja asiakkaiden muutospuhe Amrheinin ym. (2003) ohjeiden mukaisesti (CLCS). Tutkimuksen hypoteesi oli, että motivoivan haastattelun tulokset olisivat parempia kuin motivoivan haastattelun ilman sen teknisiä elementtejä (SOMI), joka vuorostaan olisi itsenäisen muutoksen ryhmää parempi.

Kaikkien kolmen MITI – asteikon pisteet olivat varsin korkeat (vähintään 4) kummassakin hoitoryhmässä. Ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja empatiassa, autonomiassa ja tukemisessa, mutta motivoiva haastattelu sai merkitsevästi korkeammat pisteet yhteistyössä kuin SOMI. Interventioiden välillä havaittiin erittäin merkitsevät erot muutospuheen herättelyssä, ohjaamisessa ja ohjaavissa aktiviteeteissa. Terapiasuhteessa ei hoitoryhmien välillä ollut merkitseviä eroja. Oletusten mukaisesti muutospuhe kasvoi motivoivan haastattelun ryhmässä merkitsevästi enemmän kuin niillä, joiden keskustelussa korostuivat vain sen suhdetekijät (SOMI).

Yhdessä aiemmin esitellyssä tutkimuksissa käsiteltiin myös polkua kaksi. Borsari ja muut (2015) olettivat, että terapiasuhdetta koskevat elementit (empatia, hyväksyminen ja motivoivan haastattelun henki) kasvattavat asiakkaan muutospuhetta, vähentävät asiakkaan säilyttämispuhetta ja lisäävät asiakkaan itsetutkiskelua. Hypoteesi sai osittain tukea, sillä suhdetekijät korreloivat sekä asiakkaan muutospuheen että säilyttämispuheen kanssa. Muutospuheen korrelaatiot olivat kuitenkin vahvempia kuin säilyttämispuheen. Lisäksi havaittiin, että terapeutin yleisarviot korreloivat positiivisesti terapeutin motivoivan haastattelun mukaiseen käyttäytymiseen mutta negatiivisesti sen vastaiseen terapeutin puheeseen.

4.4 Tuottaako asiakkaan muutospuhe sitoutumista käyttäytymisen muutokseen? (polku kolme)

Amrheinin, Millerin, Yahnen, Palmerin ja Fulcherin (2003) prosessitutkimuksen kohde oli asiakkaan puheen yhteys huumeiden käytön tuloksiin. Tutkimuksen 84 laittomien huumeiden käyttäjää osallistui noin tunnista puoleen toista tuntia kestäneeseen motivoivaan haastatteluun, joka videoitiin ja litteroitiin. Videonauhoista koodattiin asiakkaiden omaan huumeiden käyttöönsä liittyvien lausumien esiintymismäärät ja voimakkuus (halu, kyky, tarve, valmius ja syyt sekä sitoutuminen huumeiden käytön muuttamiseen tai säilyttämiseen nykyisellään) Paul Amrheinin kehittämän koodaustavan (CLCS) mukaisesti. Istunnot standardoitiin analyyseja varten jakamalla ne kymmenyksiin. Asiakkaiden huumeiden käyttöä arvioitiin ennen hoitoa sekä kolmen, kuuden, yhdeksän ja 12 kuukauden seurannoissa.

Osallistujat jakautuivat seurantavaiheessa huumeiden käytön perusteella tehdyissä klusterianalyyseissä raittiiden päivien mukaan neljään ryhmään. 1) Vähäisen käytön jatkajilla (n = 30, maintainer) raittiiden päivien määrä oli suuri alkutilanteessa ja seurannoissa. 2) Muuttujien (n = 31, changer) raittiiden päivien määrä oli aluksi matala mutta kasvoi korkeaksi seurannoissa. 3) Myös kamppailijoilla (n = 14, struggler) oli alkuarvioinnissa vähän raittiita päiviä, mutta ne vaihtelevat seurannoissa matalasta kohtalaiseen jääden kuitenkin selvästi vähäisemmäksi kuin edellisissä ryhmissä. Loput yhdeksän asiakasta muodostivat 4) ryhmän ristiriitaiset (discrepants), sillä heidän oman raporttinsa ja virtsatestin tulokset eivät täysin vastanneet toisiaan.

Tulosryhmät erosivat merkitsevästi sitoutumisen voimakkuudessa. Vähäistä huumeiden käyttöä jatkaneiden sitoutuminen oli vahvinta, seuraavina muuttujat, ristiriitaiset ja kamppailijaryhmät. Kaiken kaikkiaan keskimääräinen sitoutumisen voimakkuus kasvoi istuntojen aikana. Tämän jälkeen sitoutumispuhetta pidettiin tutkimuksen teoreettisena fokuksena ja analyysien pääkategoriana. Muut puheen luokat esitettiin jatkoanalyyseissä sitoutumisen perustana olevina ulottuvuuksina.

Istunnon alussa asiakkailta kysyttiin syitä hoitoon hakeutumiseen ja pyydettiin kuvailemaan, miten huumeiden käyttö vaikuttaa heidän elämäänsä. Jo alussa toisia vähemmän huumeita käyttäneet näyttivät tässä kohdassa olevan merkitsevästi vähemmän sitoutuneita huumeiden käytön jatkamiseen kuin muut ryhmät.

Istunnon keskivaiheilla asiakkaat saivat henkilökohtaista palautetta huumeiden käytöstään verrattuna keskimääräiseen ja tietoa käytön haitallisista seurauksista. Palaute oli kaikille ryhmille jokseenkin yhtä negatiivista, mutta ryhmien reaktio siihen oli erilainen. Vähäistä käyttöä jatkaneiden ja muuttujaryhmän sitoutumisen voimak-

kuus, joka oli jo positiivinen ja selvästi toisia korkeampi, jatkoi kasvuaan kohti vahvempaa sitoutumista huumeiden käytön muutokseen. Kamppailija- ja ristiriitaryhmissä se kääntyi kohti tai säilyi päihteiden käytön jatkamisessa.

Kun istunnon lähestyessä loppua asiakkaita rohkaistiin, tekemään huumeiden käytön muutossuunnitelma, heidän sitoutumisensa pääsääntöisesti voimistui. Tilanne kuitenkin muuttui, kun heitä pyydettiin miettimään, kuinka he voisivat tarkkailla muutossuunnitelman onnistumista ja sen onnistumisen esteitä. Tässä ryhmien sitoutumispuheen voimakkuus erosi eniten. Muuttujien ja vähäisen käytön ryhmän sitoutumispuheen voimakkuus oli pienestä laskusta huolimatta merkitsevästi suurempaa kuin kamppailijoilla ja ristiriitaisilla, joilla keskustelu muutossuunnitelmasta johti sitoutumisen voimakkuuden selvään putoamiseen. Heillä sitoutumisen voimakkuus oli jo kasvanut muutoksen suuntaan, mutta istunnon lopussa se romahti jälleen negatiiviseksi. Haastattelun lopussa vähän käyttävien ja muuttujaryhmien muutokseen sitoutumisen voimakkuus oli siten merkitsevästi korkeampaa kuin ambivalentimpien kamppailijoiden - ja ristiriitaisten ryhmissä, vaikka ryhmäerot eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä. Sitoutumisen voimakkuuden vaihtelut osoittivat, että myös keskustelun sisällölliset piirteet vaikuttavat tuloksiin vahvistaen toisten sitoutumista ja heikentäen toisten.

Tulosryhmien välillä ei ollut istunnon aikana merkitseviä eroja asiakkaan valmistelevan puheen voimakkuudessa. Halu-, kyky-, tarve- ja syypuheen kokonaisvoimakkuudet olivat kaikki positiivisia ja erosivat toisistaan luotettavasti. Näistä voimakkaimmin kohti muutosta suuntautui syypuhe, jota seurasi tarve-, halu- ja kykypuhe. Näidenkin voimakkuudet kasvoivat istunnon aikana yleisesti pudoten aivan istunnon lopussa, mutta ryhmäerot valmistelevan puheen voimakkuuksissakaan eivät olleet merkitseviä. Valmistelevan puheen alaulottuvuuksien voimakkuus selitti merkitsevästi sitoutumispuhetta. Jokaisella kategorialla oli oma itsenäinen vaikutuksensa, joka antoi positiivisen lisänsä sitoutumisen voimakkuuteen.

Daeppen ja muut (2007) havaitsivat valmistelevan muutospuheen ja sitoutumisen välisestä yhteydestä, että osallistujat, joiden tavoite oli vähentää alkoholin käyttöä, ilmaisivat vähintään suuntaa antavasti enemmän halua, kykyään, syitä ja tarvetta sekä sitoutumista muutokseen.

Martin, Christopher, Houck ja Moyers (2011) tutkivat, jakautuuko asiakkaan puhe motivoivan haastattelussa selkeästi valmisteleviin ja sitoutumiskategorioihin Amrheinin ja muiden (2003) esittämällä tavalla. Asiakkaan puhetta tutkittiin SCOPE-koodausjärjestelmällä koodatuista MET-ohjelman ensimmäisen istunnon äänitteistä (n = 118). Ennalta oletettiin, että asiakkaan puheesta erottuisi sitoutumispuhetta ja sitä

valmistelevaa puhetta (syy, halu, kyky ja tarve) heijastavat kaksi faktoria, jotka selittäisivät sekä asiakkaan muutokseen suuntautuvaa että sitä vastustavaa puhetta. Ennakko-odotukset pitivät paikkansa vain osittain, sillä asiakkaan juomista koskeva puhe tiivistyi kuuteen faktoriin, joista osa kuvasi muutosta valmistelevaa ja siihen sitoutuvaa puhetta. Muutoksen vastainen puhe ei kuitenkaan jakautunut selkeästi näihin kategorioihin.

Sitoutumista muutokseen kuvaava faktori sisälsi sitoutumisen ja kyvyn muutokseen, mikä voi kertoa siitä, että todennäköisyys muutokseen sitoutumiseen kasvaa silloin, kun asiakkaalla on riittävän suuri luottamus omaan onnistumiseensa. Kykypuhe latautui myös toiselle faktorille, joka kuvasi yleisemmin asiakkaan kykyä, koska sille latautui sekä vahva myönteinen että negatiivinen kykypuhe. Asiakkaat, jotka ilmaisivat kykyä muuttua, ilmaisivat myös epäilyksiä sen onnistumista kohtaan. Tämä faktori näytti siis heijastavan asiakkaiden ambivalenssia. Loput Amrheinin ja muiden (2003) kuvaamasta valmistelevasta puheesta (halu, syy ja tarve) ilman kyvyn kategoriaa muodostivat oman faktorinsa. Asiakkaan motivaatiota juomisen säilyttämiseen muuttumattomana kuvaavalle faktorille sisältyivät sitoutuminen, halu, syyt ja tarve juomisen jatkamiseen. Yksi faktori kuvasi neutraalia suhtautumista juomiseen ilman erityistä suuntaa ja toinen asiakkaan yleistä suhtautumista istuntoon osallistumiseen.

4.5 Vaikuttaako asiakkaan valmistelevan muutospuheen ja sitoutumispuheen lisääntyminen hänen päihteiden käyttöönsä? (polut neljä ja viisi)

Tähän kysymykseen löytyi vastauksia yhteensä 18 tutkimuksesta. Aiempien polkujen kohdalla on esitelty jo kymmentä tutkimusta, joissa mitattiin myös asiakkaan puheen ja myöhempien tulosten välistä yhteyttä. Näistä varhaisin ja ehkä tärkein on Amrheinin ja muiden (2003) artikkeli, jossa ensi kertaa todettiin, että asiakkaan sitoutumisen voimakkuus ennusti tulevaa huumeiden käyttöä. Erityisesti sitoutumisen voimakkuus istunnon lopussa ennusti raittiiden päivien määrää. Sitoutumisen voimakkuutta puolestaan ennusti halun, kyvyn, tarpeen ja syiden voimakkuus, jotka vaikuttivat käyttäytymiseen sitoutumisen kautta.

Tutkimuksessa mitattiin myös sitä, miten hyvin asiakkaan yksittäiset ilmaisut ennustivat päihteiden käyttöä. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään tuloksen mukaan: 1) onnistujiin (ns. muuttujat ja vähää käyttöä jatkaneet) ja 2) vertailuryhmään (kamppailijat ja ristiriitaiset). Halu-, kyky-, tarve- ja syypuheen voimakkuus ennusti oikein

asiakkaiden tulosryhmän yhteensä kolmessa neljästä asiakkaasta, kun taas sitoutumispuheen voimakkuus ennusti oikein yhteensä 85 % asiakkaista ja huonojen tulostenkin ennustamisessa onnistututtiin kahdessa tapauksessa kolmesta (65 %). Sitoutumispuheen erotti toisista muutospuheen tekijöistä etenkin sen parempi herkkyys ennustaa osallistujat, jotka saivat huonoja tuloksia motivoivan haastattelun jälkeen. Sitoutumispuheen voimakkuus selitti käyttäytymistulosta myös paremmin kuin huumeiden käyttö alkutilanteessa.

Daeppenin ja muiden (2007) tutkimuksen osallistujat, joiden tavoite oli vähentää juomistaan, tutkivat vertailuryhmää enemmän alkoholiin liittyvää henkilökohtaista ambivalenssiaan, ilmaisivat voimakkaammin kykyään, sitoutumistaan, haluaan, tarvettaan ja syitään muuttaa alkoholin käyttöään. Heillä oli merkitsevästi enemmän juomisen muuttamiseen liittyvää puhetta lukuun ottamatta kykyä/kyvyttömyyttä muuttua ja askelten ottamista muutosta kohti kuin niillä, joiden tavoitteena ei ollut juomisen vähentäminen. Potilaat, joiden tavoite oli vähentää alkoholin käyttöä, myös vähensivät juomista ja alkoholiin liittyviä ongelmia toista ryhmää useammin vuoden seurannassa.

Asiakkaan puheen vaikutuksista motivoivan haastattelun jälkeisiin juomistuloksiin saatiin tietoa myös kolmessa Moyersin ja muiden jo aiemmin käsitellyssä artikkelissa. Ensimmäisissä tekijät esittivät, että asiakkaan puhe jo terapian alussa ennustaa vahvasti hoidon tuloksia, vaikka merkittävä osa tulosten vaihtelusta selittyikin alkutilanteen ongelman vakavuudella. Tulokset antoivat lisätukea sille, että asiakkaan muutospuhe kasvattaa todennäköisyyttä käyttäytymisen muutokseen. Hoitoistuntoja analysoitiin kaikista kolmesta Project MATCH:in hoitotavasta, joita olivat 12 askeleen terapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivaation parantamisterapia (Project MATCH Research Group, 1997). Asiakkaan puhe koodattiin MISC- koodausjärjestelmän ensimmäisellä versiolla, jossa asiakkaan muutospuheen valmistelevia ja sitoutumisluokkia ei koodattu erikseen. Yhtenevä havainto näistä varsin erilaisista hoidoista oli, että muutospuhe ennusti merkitsevästi juotujen annoksien vähenemistä juomispäivänä ja säilyttämispuhe niiden kasvamista. Tämän lisäksi muutoksen vastainen puhe ennusti merkitsevästi myös harvempia raittiita päiviä. (Moyers ym., 2007; Moyers & Martin, 2006.)

Myös kolmannessa Moyersin ja muiden (2009) tutkimuksessa havaittiin, että lisääntyvä muutospuhe ennusti merkitsevästi pienempää juotujen annosten määrää viikossa ja sen vaikutus oli vahvempi kuin muutosvalmiuden. Tekijöiden mukaan tutkimuksessa käytetty yleisempi muutospuheen kategoria voi ennustaa motivoivan haastattelun onnistumista paremmin kuin pelkkä sitoutumispuhe. Käytännön suosituksina he esittävät huomion kiinnittämistä yleisesti asiakkaan muutosta koskevaan

puheeseen, eikä vain sitoutumiseen tai intentioon, ja motivoivan haastattelun strategioiden käyttämistä muutospuheen herättelemiseen. Lisäksi he havaitsivat, että myönteistä käyttäytymisen muutosta ennustava puhe oli usein kahden muutoksen vastaisen lausuman välissä. Terapeutin ei siksi kannata haastaa asiakkaan muutoksen vastaisia lausumia, vaan hänen tulee suhtautua niihin toivotun puheen normaalina kontekstina ja kiinnittää kaiken huomionsa nimenomaan muutokselle myönteisten ilmausten herättelyyn ja voimistamiseen.

Gaumen, Gmelin ja Daeppenin (2008b) tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa lyhytneuvonnasta potilaan ja terapeutin välisen kommunikaation piirteitä, jotka ennustavat muutoksia alkoholinkäytössä vuoden seurannassa. Tutkimukseen osallistuneiden 97 riskijuojan istunnot koodattiin MISC 2:llä. Potilaan puheesta kyky muutokseen ennusti merkitsevästi viikoittaisen juomisen määrää: kun potilas kertoi pystyvänsä muutokseen, alkoholin kulutus seurannassa oli pienempi. Muutoskyvyn kasvu ja askelten ottaminen kohti muutosta vähensivät rankan juomisen jaksoja merkitsevästi, kyvyttömyyden ilmaukset taas lisäsivät niitä.

Saman aineiston jatkokäsittelyssä (Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume & Daeppen, 2010) tutkittiin asiakkaiden juomisasenteiden muutosta istunnon aikana. Asenteet juomisen muutokseen jaettiin kolmeen: kohti muutosta, muutoksesta pois ja määrittämätön asenne. Istunnon alussa asiakkaat suhtautuivat muutokseen pääosin neutraalisti. Useimmiten asenteet eivät muuttuneet istunnon aikana, mutta jos tutkittavat muuttivat suhtautumistaan, he todennäköisimmin siirtyivät tavoittelemaan muutosta. Vuoden seurannassa ne, joiden asenne suuntautui muutokseen, joivat merkitsevästi vähemmän (13,1 annosta viikossa) kuin muut. Siirtyminen muutosta välttävästä puheesta muutokseen suuntautuvaan puheeseen näytti olevan harvinaista etenkin rankasti juovilla. Muutoksen suuntainen puhe intervention lopussa oli yhteydessä parantuneisiin tuloksiin seurannassa riippumatta asenteesta intervention alussa. Asiakkaan positiivinen, muutoksen suuntainen asenne on siis tärkeä ainakin tapaamisen lopussa.

Campbell, Adamson ja Carter (2010) tutkivat linkkiä asiakkaan puheen ja juomistulosten välillä. Alkoholiriippuvaiset asiakkaat (n = 28) osallistuivat satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa neljään MET-istuntoon. Kun istunnot jaettiin alku-, keski- ja loppujaksoihin, kultakin osallistujalta koodattiin MISC 2.0:lla 12 jaksoa, yhteensä 106 äänitettä. Kuuden kuukauden seurannassa raitistuneet ja kansalliset juomissuositukset alittaneet asiakkaat luokiteltiin toipuneiksi ja rajat ylittäneet liikaa juoviksi.

Tulosryhmien väliset merkitsevät erot asiakkaan kyvyn ja sitoutumisen voimakkuudessa sekä säilyttämispuheen määrässä ennustivat juomistulosta enemmän kuin juominen alkutilanteessa. Kyvyn voimakkuus yhteensä ja istuntojen lopuissa oli toi-

puneilla keskimäärin korkeampi kuin liikaa juovilla, joilla se oli matalimmillaan istuntojen loppujaksoissa. Kyvyn voimakkuus istuntojen lopuissa ennusti oikein lähes 90 % toipumattomista ja 73 % toipuneista juojista. Hiukan tätäkin paremmin onnistui malli, jossa säilyttämispuheen määrä, sitoutumisen voimakkuus ja sitoutumisen voimakkuuden kasvu keskustelujen aikana, luokitteli oikein yhteensä 85 % kaikista osallistujista (87 % toipumattomista ja 82 % toipuneista juojista).

Sitoutumispuheen voimakkuuden muutos koko motivaation parantamisterapian aikana ennusti juomistuloksia ja sitoutuminen voimistui merkitsevästi enemmän toipuneilla kuin liikaa juovilla. Lisäksi sitoutumisen voimakkuus oli toipuneilla merkitsevästi korkeampi asiakkaan muutossuunnitelmaa käsitelleessä viimeisessä istunnossa. Tulokset tukivat hypoteesia, että asiakkaat, joilla on muita enemmän muutospuhetta, saavuttavat paremmat hoitotulokset. Toipuneilla oli merkitsevästi vähemmän säilyttämispuhetta kuin liikaa juovilla, joilla juuri säilyttämispuheen suurempi määrä ennusti huonompia juomistuloksia. Tekijöiden mukaan terapeuttien on hyvä tarkkailla kyky- ja sitoutumispuheen voimakkuutta ja etenkin sitoutumispuheen kasvua istunnoissa, sillä heikkenemiset näissä voivat olla merkkejä tarpeesta vaihtaa terapian suuntaa tai varautua lisähoitoon tulosten parantamiseksi.

Vaderin ja muiden (2010) tutkimuksessa motivoivan haastattelun ja palautteen (MIF) ryhmässä muutospuheen määrän lisääntyminen ennusti kolmen kuukauden seurannassa parempia juomistuloksia ja vastaavasti säilyttämispuheen määrä kasvu huonompia tuloksia. Vertailuryhmässä (ei palautetta) tätä yhteyttä ei ollut. Saadut tulokset säilyivät kuuden kuukauden seurannassa. Tulokset korostavat motivoivan haastattelun ja palautteen yhdistämisen potentiaalia muutospuheen kasvattajana ja päihteiden käytön vähentäjänä.

Martin ja muut (2011) selvittivät tarkemmin asiakkaan valmistelevan puheen ja sitoutumispuheen yhteyttä juomistuloksiin. Tulosmittareita olivat lyhyen ja pitkän ajan raittiiden päivien prosentuaaliset osuudet ja juodut annokset juomispäivinä. Mikään muuttuja ei ennustanut merkitsevästi annoksia juomispäivänä, mutta alkutilanteen raittiiden päivien osuus ennusti voimakkaimmin sekä lähiajan että pitkän ajan raittiiden päivien osuutta. Pystyvyyden tunteen vaikutus lähiajan raittiisiin päiviin läheni merkitsevää ($p = .058$). Tässä tutkimuksessa asiakkaan sitoutumista mitattiin frekvenssillä eikä voimakkuudella kuten Amrheinin ja muiden (2003) tutkimuksessa. Sitoutumista heijastava faktori ei ennustanut lähi- tai pitkän ajan raittiiden päivien määrää. Sen sijaan kolme muuta faktoria kuudesta ennusti merkitsevästi juomistuloksia. Askelten ottaminen selitti merkitsevästi lähiajan raittiiden päivien määrää (selitysaste 22 %), johon oli suuntaa antavasti yhteydessä myös muutosta valmisteleva

puhe (p = .08). Valmistelevan puheen faktori ja kykyfaktori olivat merkitsevästi yhteydessä pitkän ajan raittiisiin päiviin (selitysaste 21 %), joita suuntaa antavasti ennusti myös askelten ottamisen faktori (p = .078). Kun asiakkaan muutokseen valmistavien lausumien määrä kasvoi, lisääntyi myös raittiiden päivien määrä. Kykyfaktorin suhde raittiisiin päiviin oli negatiivinen, joten kun faktorin arvo nousi, raittiiden päivien määrä laski. Tekijät tulkitsivat yllättävää tulosta siten, että kyseinen faktori heijasti asiakkaan ambivalenssia pystyvyyden tunteessa. Kykyfaktorille oli latautunut sekä kykyä että kyvyttömyyttä ilmaisevia lausumia; ja jälkimmäisiä vielä voimakkaammin. Se, että askeleet-faktorin yhteys raittiisiin päiviin oli positiivinen ja kykyfaktorin negatiivinen selittynee sillä, että kun asiakkaat kertoivat kolme kertaa useammin askelista muutokseen kuin siitä poispäin, kykyfaktorissa oli vastaavasti lähes kaksi kertaa enemmän negatiivisia kykyilmaisuja kuin positiivisia.

Morgensternin ja muiden (2012) tutkimuksessa kaikki kolme ryhmää (motivoiva haastattelu, motivoivan haastattelu ilman ohjaavia elementtejä ja itsenäisen muutoksen ryhmä) vähensivät juomista merkitsevästi, mutta ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja. Jatkoanalyyseissa kuitenkin havaittiin, että motivoiva haastattelu vähensi juomista muita nopeammin. Motivoiva haastattelu myös tuotti merkitsevästi enemmän muutospuhetta kuin motivoiva haastattelu ilman ohjausta. Muutospuheen lisääntyminen puolestaan ennusti juomisen vähentämistä lähes merkitsevästi (p =.06).

Walker, Stephens, Rowland ja Roffman (2011) satunnaistivat marijuanasta riippuvaiset asiakkaat kahteen hoitointerventioon, jotka yhdistivät motivoivaa haastattelua, kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä palveluohjausta. Interventioita erotti vain pituus; pidempään kuului yhdeksän ja lyhyeen neljä istuntoa. Kumpikin interventio alkoi motivoivalla haastattelulla, johon kuului henkilökohtainen palaute marijuanan käytöstä. Aineiston 61 asiakkaan puhe koodattiin sitoutumispuheen koodausmenetelmällä (CLCS; Amrhein, 2002). Osallistujien marijuanan käyttöä arvioitiin alkutilanteessa ja useissa kohdissa 34 kuukautta jatkuneessa seurannassa. Tutkimuksessa arvioitiin myös henkilökohtaisen palautteen vaikutusta asiakkaan puheeseen ja marijuanan käyttöön. Tästä syystä istunnot jaettiin kolmeen jaksoon: ennen palautetta, palautejakso ja palautteen jälkeinen jakso.

Tutkimusryhmien marijuanan käyttö ei eronnut merkitsevästi seurannoissa. Tulokset tukivat sitä, että asiakkaan puhe intervention aikana vaikuttaa päihteiden käyttöön, mutta ei sitä, että sitoutumisen voimakkuus ennustaisi parhaiten asiakkaan tuloksia. Sen sijaan muutoksen syiden ja halun voimakkuudet lisäsivät raittiutta seurannoissa silloinkin, kun analyysissä kontrolloitiin marijuanan käytön taso ja ero muutosmotivaatiossa ennen interventiota. Lisäksi saatiin näyttöä asiakkaan ennen palautetta esittämien muutoksen syiden voimakkuuden yhteydestä tuloksiin, vaikka se

saavuttikin merkitsevän tason vasta 34 kuukauden seurannassa. Merkitsevä yksittäinen suhde oli myös palautteen jälkeisellä kyvyn voimakkuudella ja 16 kuukauden marijuanan käytöllä. Tulokset viittaavat siihen, että asiakkaat, jotka olivat ennen palautetta tietoisia syistä lopettaa, saivat palautteesta lisäpuhtia, muutoksen toteuttamiseen. Palaute siis voimisti jo alun perin olemassa olevia syitä, halua ja kykyjä.

Sveitsiläinen tutkimusryhmä tutki muutospuhetta käyttäytymisen muutoksen ennustajana 20-vuotiailla riskijuojilla kahdesta satunnaistetusta kontrolloidusta kokeesta saadulla aineistolla (Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel & Daeppen, 2013). Noin puoli tuntia kestäneistä 127 lyhyestä motivoivasta haastattelusta koodattiin muutospuhetta ilmentävät lausumat (MISC 2.1). Analyyseissä tutkittiin muutospuheen ja sen alaulottuvuuksien yhdistelmien määrän, pituuden ja voimakkuuden yhteyttä juomistuloksiin kuuden kuukauden seurannassa.

Mikään asiakkaan puheen luokka (muutos- tai säilyttämispuhe tai kohdekäyttäytymiseen liittymätön puhe) ei ennustanut merkitsevästi juomisen muutosta. Asiakkaan muutospuheen kokonaisvoimakkuus kuitenkin liittyi viikoittaisen juomisen vähenemiseen kuuden kuukauden seurannassa, joskin tulos vain lähestyi merkitsevää ($p = 0.08$). Analyyseja jatkettiin siksi tutkimalla asiakkaan muutospuheen osatekijöiden ja näiden yhdistelmien vaikutusta juomiseen.

Asiakkaan yhdistetyn muutoskyvyn, halun ja tarpeen määrän sekä voimakkuuden kasvu liittyivät viikoittaisen juomisen vähenemiseen merkitsevästi seurannassa. Vastaavasti yhdistetty juomiseen suuntautuvan kyvyn, halun ja tarpeen määrä lisäsi juomista merkitsevästi. Kun yhteyksiä tutkittiin koodikohtaisesti, havaittiin, että muutoskyvyn määrä liittyi juomisen vähenemiseen, kun taas juomishalu ja tarve kumpikin olivat yhteydessä juomisen lisääntymiseen. Myös muutoshalun ja -tarpeen voimakkuus liittyivät juomisen vähenemiseen merkitsevästi.

Apodacan ja muiden (2014) päätavoite oli tutkia terapeutin ja asiakkaan puheen suhdetta opiskelijoiden alkoholin käyttöön ja sen seurauksiin. Asiakkaan muutospuheen ja säilyttämispuheen merkitystä tutkittiin lähes tunnin pituisissa motivoivissa keskusteluissa, joiden kohteena olivat yliopiston alkoholisääntöjä rikkoneet opiskelijat ($n = 92$). Nauhoitetut keskustelut koodattiin käyttäen MISC 2.0 -koodausjärjestelmää. Seuranta-arviot tehtiin 3 ja 12 kuukautta alkutilanteen jälkeen. Alkoholin käyttöä mitattiin rankan juomisen päivillä, annosten määrällä juomispäivänä, veren alkoholipitoisuuden huipulla ja alkoholiin liittyvillä ongelmilla.

Alkutilanteen juominen oli yhteydessä kaikkien neljän mittarin tuloksiin kolmen kuukauden seurannassa sekä rankan juomisen päiviin sekä juotujen annosten määriin 12 kuukauden seurannassa. Opiskelijoilla muutos- ja säilyttämispuhe korreloivat voi-

makkaasti. Toisin kuin odotettiin, asiakkaan muutospuhe ei ollut yhteydessä tuloksiin. Sen sijaan säilyttämispuheen kasvu kolmen ja 12 kuukauden seurannoissa korreloi rankempaan juomiseen ja alkoholiongelmien lisääntymiseen. Säilyttämispuhe ennusti huonoja tuloksia merkitsevästi muiden mahdollisten selittäjien kontrolloimisen jälkeenkin. Tekijöiden mukaan ne opiskelijat, joiden säilyttämispuhe lisääntyy istunnon aikana, ovat ratkaisseet ambivalenssinsa muuttumattomuuden suuntaan. Terapeutin olisi siis pyrittävä välttämään asiakkaan säilyttämispuheen vahvistumista – ja vahvistamista.

Tutkimuksessa saatiin tukea myös motivoivan haastattelun suhdetekijöiden tärkeydelle muutosprosessissa. MISC 2.0:ssa yleisarvioihin kuulunut asiakkaan itsetutkiskelu korreloi muutospuheeseen. Korkeammat tasot itsetutkiskelussa ennustivat vähemmän rankan juomisen päiviä kolmen kuukauden seurannassa sekä pienempiä annosmääriä juomispäivinä ja matalampia veren alkoholipitoisuuden huippuja vuoden seurannassa.

Aharonovich, Stohl, Ellis, Amrhein ja Hasin (2014) tutkivat satunnaistetulla kokeella sitoutumisen voimakkuuden, alkoholiriippuvuuden ja hoitotavan suhdetta rankasti juovilla HIV-potilailla. Hoitotavat olivat 1) alle puoli tuntia kestävä motivoiva haastattelu (n = 71) tai 2) sen lisänä päivittäinen juomista arvioiva puhelinsoitto (n = 68). Kuukauden ja kahden kuukauden päästä kummallekin ryhmälle järjestettiin motivoivan haastattelun hengessä noin 10-15 minuutin keskustelu toteutuneesta juomisesta ja mahdollisista tavoitteista. Sitoutumisen voimakkuutta arvioitiin istuntojen äänitteistä Amrheinin ja muiden (2003) kuvaamalla tavalla. Hoitoryhmät eivät eronneet merkitsevästi toisistaan alkutilanteessa taustoiltaan tai sitoutumisen voimakkuudeltaan. Noin puolella osallistujista diagnosoitiin alkoholiriippuvuus.

Sitoutumisen voimakkuudella istunnossa oli merkitsevä yhteys juotujen annosten määrään hoidon lopussa. Kun istunto jaettiin kahteen osaan, todettiin, että muutokseen sitoutumisen voimakkuus istunnon jälkipuolella ennusti merkitsevästi juomisen vähenemistä seurannassa.

Koska potilaan alkoholiriippuvuus oli yhteydessä sitoutumisen voimakkuuden vaihteluun, potilaat jaettiin vielä alkoholiriippuvaisiin (n = 65) ja niihin, joilla ei ollut riippuvuutta (n = 74). Alkoholiriippuvaisilla hoitoryhmän vaikutus juomisen tuloksiin vaihteli sitoutumisen voimakkuuden mukaan. Kun sitoutuminen oli voimakasta, hoitoryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa, mutta kun sitoutumisen voimakkuus oli istunnon jälkipuoliskolla keskimääräistä matalampi, motivoivan haastattelun ja puhelinsoiton ryhmässä annosten määrä juomispäivinä oli merkitsevästi pienempi kuin pelkästään motivoivan haastattelun ryhmässä. Vähemmän sitoutuneet saivat pu-

helinsoitoista tukea juomisen vähentämisessä (MI: 5.8 annoksesta 2.4:ään; MI + puhelu: 6.7 annoksesta 2.3 annokseen juomispäivänä). Potilailla, joilla ei ollut alkoholiriippuvuutta, ei hoitoryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Gaume ja muut (2016) jatkoivat analyysejään, miten muutospuheen voimakkuustasot ennustavat rankasti juovien nuorten miesten (n = 174) lyhyiden motivoivien haastattelujen tuloksia. Asiakkaan puhe koodattiin jälleen MISC 2.1:llä ja juomista koskeva puheen voimakkuus luokiteltiin kolmiportaisesti sen suunnan mukaan. Tässä tutkimuksessa muutospuhetta nimitettiin positiiviseksi muutospuheeksi (CT+) ja säilyttämispuhetta negatiiviseksi muutospuheeksi (CT-). Analyyseissa ennustettiin juomista kolmen kuukauden seurannoissa, kun alkutilanteen juominen vakioitiin. Asiakkaan juomista koskevan muutos - ja säilyttämispuheen yhdistelmämuuttujan voimakkuus (asteikolla -3 - +3) ennusti merkitsevästi parempia seurantatuloksia. Odotusten vastaisesti muutospuheen kokonaismäärä ei ennustanut juomisen vähenemistä, kun taas säilyttämispuheen kokonaismäärä oli vahva ja merkitsevä huonojen tulosten ennustaja. Koodikohtaisessa analyysissa havaittiin, että asiakkaan voimakkain muutospuhe (CT+3) ennusti vähäisempää juomista kolmen kuukauden seurannassa. Juomisen lisääntymistä seurannassa taas ennusti säilyttämispuheen voimakkuus -2 (CT-2). Heikohko muutospuhe (CT+1 ja CT+2) puolestaan ennusti joko juomisen lisääntymistä tai vähenemistä riippuen osanottajan alkutilanteen muutosvalmiudesta, mikä voi osaltaan selittää vaihtelevia tuloksia muutospuheen kokonaisvoimakkuuden yhteyksistä päihteiden käyttöön. Tulokset painottavat motivoivan haastattelun tekniikoiden soveltamista niin, että asiakkaan vahvasti ilmaistu muutospuhe lisääntyy ja että säilyttämispuhe vähenee.

Vastoin oletuksia asiakkaan puheen ja juomistulosten välillä oli vain vähän yhteyksiä Borsarin ja muiden (2015) artikkelin kahdessa tutkimuksessa. Ensimmäisessä niistä säilyttämispuhe lisäsi viikoittaisia juomisannoksia ja rankan juomisen kausia melkein merkitsevästi. Jälkimmäisessä tutkimuksessa muutospuheella tai säilyttämispuheella kummallakaan ei ollut merkitseviä yhteyksiä tuloksiin, mutta juomiseen liittymättömän puheen kasvu lisäsi rankkoja juomiskausia.

4.6 Vaikuttaako motivoivan haastattelun vuorovaikutustyylin ja tekniikoiden noudattaminen asiakkaan käyttäytymisen muutokseen? (polut kuusi ja seitsemän)

Neljässä aiempien polkujen kohdalla esitellyssä tutkimuksessa saatiin tuloksia myös terapeutin toiminnan vaikutuksesta asiakkaan päihteiden käyttöön motivoivan haastattelun jälkeen. Näitä aiemmin Moyers, Miller ja Hendrickson (2005) olivat yllättäen havainneet, että motivoivan haastattelun mukaiset tai vastaiset tekniikat eivät yksinään parantaneet tai vähentäneet asiakkaan osallistumista hoitoon ja että terapeutin sopimattomana pidetty käyttäytyminen voi joissakin konteksteissa olla hyödyllistä. Yhdistyneenä terapeutin hyviin ihmissuhdetaitoihin (ja vain silloin) konfrontoiminen, neuvominen ja varoittaminen empaattisessa, hyväksyvässä ja tasavertaisessa ihmissuhteessa paransivat asiakkaan osallistumista. Tekijät esittivät, että asiakkaan kasvanut osallistuminen ja yhteistyö istunnossa voivat välittää terapeutin ihmissuhdetaitojen ja positiivisten tulosten välistä linkkiä. Moyersin ja muiden (2009) jo edellä esitetyssä tuoreemmassa tutkimuksessa analysoitiin motivoivan haastattelun ja sen vastaisen käyttäytymisen yhteyksiä asiakkaan alkoholin käyttöön. Tällä kertaa tuloksena oli, että suurempi määrä motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä ennusti seurannassa pienempiä viikoittaisia annosmääriä ja juomisen vähenemistä alkutilanteesta seuranta-ajankohtaan. Gaume ja muut (2008a) totesivat, että työntekijän empatia, luvalla neuvominen ja vahvistaminen liittyivät merkitsevästi rankan juomisen jaksojen ja viikoittaisen juomisen vähentämiseen. Lisäanalyyseissä mikään näistä ei kuitenkaan ollut merkitsevä, sillä vain asiakkaan muutospystyvyyden voimakkuus ennusti alkoholin kulutuksen laskua. Apodacan ja muiden (2014) tutkimuksessa motivoivan haastattelun mukaiset lausumat eivät olleet yhteydessä asiakkaan juomistuloksiin. Borsarin ja muiden (2015) kahden tutkimuksen tulokset olivat ristiriitaisia. Motivoivan haastattelun mukaisen ja sen vastaisen käyttäytymisen yhteydet asiakkaan tuloksiin olivat niukat, mutta jälkimmäisessä tutkimuksessa terapeutin neutraali käyttäytyminen liittyi juomisen ja ongelmien kasvuun. Terapeutin empatia ja motivoivan haastattelun henki sekä asiakkaan itsetutkiskelu ennustivat eniten istunnon jälkeistä alkoholin käyttöä. Kasvu terapeutin suhdetekijöissä paransi tuloksia kummassakin tutkimuksessa.

Feldstein ja Forcehimes (2007) tutkivat, miten empatia ja työskentelysuhde vaikuttavat opiskelijoiden alkoholin käyttöön. Tutkimuksessa satunnaistettiin 55 rankasti juovaa opiskelijaa noin 45 minuuttia kestäneeseen motivoivaan haastatteluun (n = 40) tai ilman interventiota jääneeseen vertailuryhmään (n = 15). Työntekijöiden

empatiaa arvioitiin MITI-koodausjärjestelmällä, minkä lisäksi terapeutit ja osallistujat vastasivat kyselyyn työskentelysuhteesta.

Rankka juominen väheni kahden kuukauden seurannassa merkitsevästi vain motivoivan haastattelun ryhmässä. Juomisesta aiheutuneitten ongelmien määrä pieneni sen sijaan kummassakin ryhmässä merkitsevästi, vaikkakin motivoivan haastattelun ryhmässä enemmän. Vastoin oletusta empatialla ja työskentelysuhteella ei ollut yhteyttä juomistuloksiin. Tähän saattoi vaikuttaa se, että terapeuttien empatian ja allianssin korkeissa arvioissa ei ollut riittävää vaihtelua tilastollisten erojen esiin saamiseksi.

Jo esillä olleella sveitsiläisellä tutkimusryhmällä oli terapeutin ja tulosten välisiin polkuihin kolme uutta tutkimusta. Kun aiemmin oli todettu (Gaume ym., 2008a), että asiakkaan muutoskyky vaikuttaa intervention jälkeiseen alkoholin käyttöön, Gaume, Gmel, Faouzi ja Daeppen (2009) arvioivat nyt terapeutin taitojen vaikutusta potilaan juomiseen 12 kuukautta lyhyen motivoivan haastattelun jälkeen. Tutkimuksessa analysoitiin viiden koulutukseltaan ja taustaltaan samanlaisen terapeutin 95 istunnon (noin 15 minuutin) tallennetta, jotka koodattiin MISC 2.0:lla. Koska asiakkaan muutoskyvyn voimakkuuden oletettiin olevan tärkeä muutoksen ennustaja, sitä käytettiin tämän tutkimuksen analyyseissä asiakaspuheen muuttujana (arvioituna asteikolla -5 - +5). Terapeutin taitoja luonnehtivat MISC-koodaussysteemistä saadut kuusi käyttäytymispistettä ja kolme globaalia arviota.

Osallistujien sosiodemografiset tiedot ja alkoholin käyttö eivät eronneet alkutilanteessa merkitsevästi, mutta erot viikoittaisissa juomismäärissä ja alkoholin käytön muutoksessa alkutilanteesta 12 kuukauden seurantaan olivat merkitseviä. Terapeuttien motivoivan haastattelun taidot erosivat paljon toisistaan. Terapeutit, joilla oli hyvät taidot, saavuttivat parempia tuloksia myös silloin, kun asiakkaan muutoskyky oli matala. Huonommin motivoivaa haastattelua hallinneet terapeutit onnistuivat vain silloin, kun asiakkaan muutoskyky oli korkea.

Terapeutin motivoivan haastattelun taidot olivat yhteydessä potilaiden parempiin tuloksiin vuoden seurannassa, kun taas motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen johti huonompiin tuloksiin. Havaintojen mukaan tärkeämpää kuin motivoivan haastattelun mukaisten taitojen käyttäminen oli sittenkin motivoivan haastattelun hengen ja sen periaatteiden toteutuminen sekä motivoivan haastattelun vastaisen käyttäytymisen välttäminen.

Sveitsiläisten toisessa artikkelissa (Gaume ym., 2014) runsaasti juovat nuoret miehet, jotka eivät hakeneet hoitoa, satunnaistettiin 1) noin puolen tunnin motivoivaan haastatteluun (n = 217) yhdelle 18 terapeutista tai 2) vain arviointiin osallistuneeseen vertailuryhmään (n = 224). Terapeutit oli valittu maksimoiden eroja heidän välillään

(mm. sukupuoli, ammatillinen status, kliininen kokemus ja motivoivan haastattelun kokemus). Terapeuttien käyttäytymistä koodattiin MISC 2.1:llä.

Alkoholin käyttö väheni kolmen kuukauden seurannassa merkitsevästi tutkimusryhmässä verrattuna kontrolliryhmään: viikoittaisten juomispäivien määrä väheni merkitsevästi, minkä lisäksi myös annosten määrä ja rankan juomisen useus vähenivät suuntaa antavasti. Terapeutit saivat istunnoissa korkeat yleisarviot (hyväksyntä, empatia ja motivoivan haastattelun henki) ja käyttivät runsaasti motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja. Suurimmassa osassa istuntoja ei ollut ollenkaan motivoivan haastattelun vastaista käyttäytymistä.

Ammattia lukuun ottamatta (lääkäri vai psykologi) kaikki terapeutin piirteet ennustivat tuloksia. Yleisesti (≥ 5 vuotta) ja motivoivassa haastattelussa (≥ 2,5 vuotta) kokeneempien terapeuttien asiakkaat vähensivät merkitsevästi enemmän alkoholin käyttöään kuin vertailuryhmän jäsenet. Myös niillä terapeuteilla, jotka uskoivat motivoivaan haastatteluun ja omaan tehokkuuteensa sen toteuttamisessa, asiakkaat saivat seurannassa parempia tuloksia kuin näissä suhteissa heikompien terapeuttien ja vertailuryhmän asiakkaat, joitten tulokset eivät eronneet toisistaan. Kokeneemmilla terapeuteilla oli myös paremmat motivoivan haastattelun taidot. Vastoin odotuksia, miesterapeuttien asiakkaiden tulokset olivat parempia kuin ilman interventiota jääneillä ja naisterapeuttien asiakkailla.

Kaikki terapeutin käyttäytymistä kuvanneet muuttujat ennustivat merkitsevästi alkoholituloksia. Terapeutin yleisarvioiden korkeat pisteet (≥ 5,3) ilman motivoivan haastattelun vastaisia lausumia sekä riittävä monimuotoisten reflektioiden osuus istunnon aikana ennustivat merkitsevästi parempia tuloksia juomisen vähentämisessä kuin vertailuryhmässä olleilla. Osallistujat, joiden terapeuteilla oli matalat pisteet näillä dimensioilla, eivät eronneet merkitsevästi kontrolliryhmästä. Yllättäen asiakkaat, joiden terapeutit käyttivät eniten motivoivan haastattelun mukaisia lausumia (>50) istunnon aikana, eivät eronneet kontrolliryhmästä, vaan merkitsevästi paremmat tulokset saivat aikaan ne terapeutit, joiden motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen määrä oli matalampi. Terapeutin taitavuutta korostaa se, että yleisarvioiden yhdistelmämittarilla ainoastaan keskimääräiset ja sitä korkeammat pisteet liittyivät juomisen vähentämiseen.

Bertholet, Palfai, Gaume, Daeppen ja Saitz (2014) arvioivat kolmesta satunnaistetusta kokeesta lyhyen motivoivan haastattelun eri piirteiden tehokkuutta liikaa juovien potilaiden alkoholin käytön vähentämiseen. Yksi tutkimuspaikoista oli yhdysvaltalainen sairaala (n = 124) ja kaksi toteutettiin Sveitsin armeijan rekrytointikeskuksessa (Sveitsi-yksi, n = 62, ja Sveitsi-kaksi, n = 128). Yhteensä 314 noin puolen tun-

nin motivoivaa haastattelua koodattiin MISC 2.1:llä, josta käytettiin globaaleja arviointiasteikkoja (terapeutin hyväksyntä, empatia ja motivoivan haastattelun henki sekä asiakkaan itsetutkiskelu). Motivoivan haastattelun globaalien piirteiden lisäksi mitattiin terapeuttista allianssia, konfrontaatiota, istunnon rakennetta ja neuvomista sekä näiden yhteyksiä juomiseen. Tavoite oli myös tutkia potilaan käyttäytymistä istunnon aikana arvioituna itsetutkiskeluna, yhteistyönä ja muutokseen sitoutumisena.

Kaikissa kolmessa satunnaisessa kokeessa terapeutit olivat arviointiasteikkojen kaikkien dimensioiden perusteella päteviä motivoivassa haastattelussa (pisteet ≥ 5), mutta terapeuttien pisteet erosivat tutkimusten välillä merkitsevästi. Sveitsi-yhdessä terapeutin pisteet empatiassa, motivoivan haastattelun hengessä sekä asiakkaan itsetutkiskelussa ja osallistumisessa olivat merkitsevästi matalammat kuin kahdessa muussa tutkimuksessa, jotka eivät eronneet toisistaan merkitsevästi.

Yhdysvaltain osallistujat olivat keski-iältään selvästi vanhempia ja heidän alkoholin käyttönsä vakavampaa kuin sveitsiläisillä. Yhteinen tulosmittari oli juotujen annosten määrä päivässä seuranta-aikojen vaihdellessa Yhdysvaltain kolmesta kuukaudesta sveitsiläistutkimusten kuuteen kuukauteen. Sveitsi-yksi tutkimuksessa osallistujat raportoivat seurannassa pienempiä juomismääriä kuin vertailuryhmässä olleet (Daeppen ym., 2011). Toisessa sveitsiläisessä (Gaume ym., 2011) ja amerikkalaistutkimuksessa (Saitz ym., 2007) ei annoksissa juomispäivinä havaittu eroja hoito- ja vertailuryhmien välillä.

Osallistujien juominen väheni kaikissa kolmessa kokeessa. Intervention piirteillä oli kuitenkin vain joitakin merkitseviä yhteyksiä juotujen annosten määriin seurannassa. Yhdysvaltalaisessa kokeessa konfrontoiminen ja itsetutkiskelu olivat merkitsevästi yhteydessä kasvaneeseen annosmäärään. Sveitsi-yhdessä neuvojen antaminen liittyi merkitsevästi vähäisempään juomiseen. Motivoivan haastattelun henki ei ollut yhteydessä juomiseen yhdysvaltalaisessa kokeessa. Sveitsiläistutkimuksissa sen yhteys oli merkitsevä, mutta ristiriitainen: Sveitsi-kahdessa se liittyi juomisen vähenemiseen, mutta Sveitsi-yhdessä annosten kasvamiseen.

4.7 Prosessitutkimustulosten yhteenveto

4.7.1 Terapeutin toiminnan vaikutus asiakkaan muutospuheeseen

Seuraavaksi tarkastelen kokoavasti terapeutin toiminnan, asiakkaan puheen, intervention ja tutkimustulosten välisiä yhteyksiä. Terapeutin yhteydestä asiakkaan puheeseen (polut 1-2) sai tuloksia yhteensä 13 tutkimusta (Apodaca ym., 2014; Apodaca ym., 2016; Borsari ym., 2015; Brown, 2014; Daeppen ym., 2007; Gaume ym., 2010; Gaume, Gmel, Faouzi ym., 2008b; Glynn & Moyers, 2010; Morgenstern ym., 2012; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010). Suurin osa tutkimuksista tuki oletusta, että motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen (MICO) herättelee asiakkaan muutospuhetta (CT); yhteensä 11 tutkimuksessa havaittiin merkitsevä yhteys näiden kahden välillä (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015; Daeppen ym., 2007; Gaume ym., 2010; Gaume, Gmel, Faouzi ym., 2008b; Glynn & Moyers, 2010; Morgenstern ym., 2012; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010). Kuva motivoivasta haastattelusta kuitenkin mutkistui, sillä joissakin tutkimuksissa motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen kasvatti muutospuheen lisäksi myös muutoksen vastaisen säilyttämispuheen määrää (Apodaca ym., 2014; Apodaca ym., 2016; Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2008b; Moyers ym., 2009; Vader ym., 2010) ja toisissa taas vähensi sitä (Moyers ym., 2007; Moyers & Martin 2006; Vader ym., 2010).

Oletus, että motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen lisää asiakkaan säilyttämispuhetta, sai merkitsevää tukea viidessä tutkimuksessa (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2010; Moyers ym., 2007, Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006). Borsarin ja muiden (2015) artikkelin tulokset olivat ristiriitaiset: ensimmäisessä tutkimuksessa motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen korreloi positiivisesti sekä säilyttämispuheen että muutospuheen kanssa, mutta jälkimmäisessä kumpikin korrelaatio oli negatiivinen.

Osa tutkimuksista sisälsi tuloksia myös terapeutin yksittäisten tekemisten suhteesta asiakkaiden puheeseen. Eniten myönteisiä tuloksia saatiin monimuotoisista reflektioista, jotka olivat yhteydessä muutospuheen lisääntymiseen (Apodaca ym., 2016; Brown 2014; Gaume ym., 2010), mutta myös säilyttämispuheen kasvuun (Apodaca ym., 2016; Gaume ym., 2010). Monimuotoiset reflektiot lisäsivät merkitsevästi muutokseen sitoutumista yhdessä tutkimuksessa (Brown, 2014). Apodaca ja muut (2016) totesivat myös, että terapeutin yksittäisistä käyttäytymisistä ainoastaan vahvis-

taminen asiakkaan muutospuheen kasvattamisen lisäksi myös vähensi säilyttämispuhetta. Muutospuhetta ilmeni merkitsevästi todennäköisemmin heti vahvistamisen, avointen kysymysten sekä yksinkertaisten ja monimuotoisten reflektioiden jälkeen. Vahvistaminen, tiedon antaminen ja suljetut kysymykset pienensivät merkitsevästi säilyttämispuheen todennäköisyyttä. Muutospuheen herättelyyn vaikuttivat myönteisesti myös avoimet kysymykset (Apodaca ym., 2016; Brown 2014) ja yksinkertaiset reflektiot (Apodaca ym., 2016). Terapeutin yksittäisten käyttäytymisten yhteydet asiakkaan puheeseen olivat myös negatiivisia: muutospuhe seurasi merkitsevästi epätodennäköisemmin neuvomista ja suljettuja kysymyksiä ja säilyttämispuhe todennäköisemmin avoimia kysymyksiä, yksinkertaisia ja monimuotoisia reflektioita (Apodaca ym., 2016).

Kliiniselle työlle olivat tärkeitä myös havainnot, että kun motivoivaan haastatteluun sisältyi henkilökohtainen juomispalaute, asiakkailla ilmeni merkitsevästi vähemmän säilyttämispuhetta (Vader ym., 2010) ja että lausumat asiakkaan puheessa jatkuivat yleensä samanlaisina, joten muutospuhetta todennäköisesti seurasi muutospuhe ja säilyttämispuhe jatkui säilyttämispuheena (Gaume ym., 2008b).

Terapeutin empatian ja motivoivan haastattelun hengen yhteyksistä asiakkaan muutospuheeseen saatiin vain vähän tuloksia. Morgensternin ym. (2012) motivoivan haastattelun ja sen suhdetekijöitä korostavan version vertailussa edellinen tuotti merkitsevästi enemmän asiakkaan muutospuhetta. Samoin oli myös toisessa tutkimuksessa, jossa lisäksi motivoivan haastattelun hengen, hyväksymisen ja empatian todettiin korreloivan muutospuheen kanssa (Borsari ym., 2015).

Kolmessa tutkimuksessa tuli esille, että myös asiakas vaikuttaa terapeutin toimintaan. Ensinnäkin asiakkaan vahva intention ilmaiseminen sai terapeutit käyttämään enemmän motivoivan haastattelun vuorovaikutustaitoja (Daeppen ym., 2007). Sitten terapeutin havaittiin vastaavan sekä asiakkaan muutos- että säilyttämispuheeseen motivoivan haastattelun mukaisella käyttäytymisellä (Gaume ym., 2008b), mutta myös eriytyneemmin niin, että muutospuhetta seurasi motivoivan haastattelun mukainen ja säilyttämispuhetta sen vastainen käyttäytyminen (Gaume ym., 2010). Nämä havainnot ovat merkittäviä ja haastavat terapeutin olemaan erityisen varovainen tilanteissa, joissa asiakas ilmaisee suuntautumistaan päihteiden käytön jatkamiseen tai ambivalenttista suhtautumistaan siihen, jottei reagoi asiakkaan puheeseen ei-toivottavalla tavalla.

Kokonaisuudessaan katsauksen tutkimukset laajensivat kuvaa terapeutin toiminnan ja asiakkaan puheen välillä. Kun samanlainen terapeutin käyttäytyminen voi liittyä sekä muutospuheen että säilyttämispuheen lisääntymiseen tai vähenemiseen, ilmiö on monimuotoisempi kuin aiemmin on oletettu.

Tiivistäen:

• Vahvin ja runsain näyttö: motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen on yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen (11 tutkimusta), mutta voi myös herätellä säilyttämispuhetta (7 tutkimusta) tai vähentää sitä (3 tutkimusta).

• Terapeutin yksittäisistä käyttäytymistä monimuotoiset reflektiot (3 tutkimusta) ja vahvistaminen (1 tutkimus) ovat vahvimmin yhteydessä muutospuheen kasvamiseen – ja myös säilyttämispuheen vähenemiseen (2 tutkimusta).

• Muutospuhe voi todennäköisemmin ilmetä heti vahvistamisen, avointen kysymysten sekä yksinkertaisten ja monimuotoisten reflektioiden jälkeen (2 tutkimusta).

• Empatia ja motivoivan haastattelun henki ovat yhteydessä muutospuheen lisääntymiseen (4 tutkimusta).

Motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen:

• Motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen on vahvimmin yhteydessä säilyttämispuheen lisääntymiseen (6 tutkimusta).

• Säilyttämispuheen reflektointi voi johtaa sen lisääntymiseen (2 tutkimusta).

Asiakas voi vaikuttaa terapeutin käyttäytymiseen:

• Vahva intention ilmaiseminen saa terapeutin käyttämään enemmän vuorovaikutustaitoja (1 tutkimus).

• Terapeutti vastaa asiakkaan muutos- ja säilyttämispuheeseen motivoivan haastattelun mukaisella käyttäytymisellä (1 tutkimus).

• Muutospuhe saa esiin terapeutin motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä ja säilyttämispuhe sen vastaista puhetta (1 tutkimus).

4.7.2 Asiakkaan puheen yhteys hoidon tuloksiin

Polun kolme perustana on Amrheinin ja muiden (2003) löydös, että asiakkaan päihteiden käytön muutokseen suuntautuva halu-, syy-, tarve- ja kykypuhe selittivät merkitsevästi muutokseen sitoutumista. Jokaisella näistä kategorioista oli oma itsenäinen vaikutuksensa, joka lisäsi sitoutumisen voimakkuutta, joka tätä kautta lisäsi myös merkitsevästi huumeiden käytön vähentämistä. Sittemmin tätä yhteyttä on tutkittu vähemmän kuin muita polkuja. Valmistelevan muutospuheen ja sitoutumisen välisiä yhteyksiä käsiteltiin kahdessa muussa tämän katsauksen tutkimuksessa (Daeppen ym., 2007; Martin ym., 2011). Daeppenin ja muiden (2007) mukaan selkeän juomisen vähentämistavoitteen ilmaisseet tutkivat juomistaan jatkaneisiin verrattuna useammin ambivalenssiaan alkoholia kohtaan, ilmaisivat voimakkaammin kykyään, haluaan, tarvettaan, syitään ja sitoutumistaan juomisen vähentämiseen. Toisessa tutkimuksessa valmistelevan muutospuheen ja sitoutumisen kahden faktorin malli ei saanut tukea faktorianalyysissa, jonka antama kuva asiakkaan puheesta oli oletettua monisyisempi (Martin ym., 2011).

Asiakkaan puheen yhteys päihteiden käyttöön (polut 4 ja 5) oli katsauksen eniten kiinnostanut aihe, jota käsiteltiin 17 tutkimuksessa (Aharonovich ym., 2014; Amrhein ym., 2003; Apodaca ym., 2014; Bertholet ym., 2010; Borsari ym. 2015; Campbell ym., 2010; Daeppen ym., 2007; Gaume ym.,2008; Gaume ym., 2013; Gaume ym., 2016; Martin ym., 2011; Morgenstern ym., 2012; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010; Walker ym., 2011). Tutkimustulokset vahvistivat muutospuheen tärkeyden päihteiden käytön muutoksessa eri tavoin mitattuna. Juomisen väheneminen näytti liittyvän niin päihteiden käytön vähentämiseen suuntautuvan muutospuheen määrään (Gaume ym., 2008; Martin ym., 2011; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin 2006; Vader 2010) ja voimakkuuteen (Aharonovich ym., 2014; Amrhein ym., 2003; Daeppen ym., 2007; Walker ym., 2011) kuin määrään sekä voimakkuuteen (Bertholet ym., 2010; Campbell ym., 2010; Gaume ym., 2013; Gaume ym.; 2016; Morgenstern ym. 2012). Gaume ja muut (2016) havaitsivat, että jo yksikin asiakkaan erityisen voimakas muutospuheen (CT+3) lausuma voi ennustaa merkitsevästi juomisen vähenemistä. Apodacan ja muiden (2014) tutkimuksessa muutospuheen määrä ei ollut yhteydessä juomisen vähenemiseen, mutta säilyttämispuheen määrän kasvaminen lisäsi juomista.

Muutospuheen osatekijöistä saatiin eniten positiivisia tuloksia sitoutumisen ja kyvyn voimakkuuksien yhteyksistä hyviin tuloksiin. Amrheinin ja muiden (2003) havainto sitoutumisen voimakkuuden tärkeydestä päihteiden käytön vähenemisessä sai tukea kahdelta muulta tutkimukselta (Aharonovich ym., 2014 & Campbell ym.,

2010). Daeppenin ja muiden (2007) mukaan sitoutumisen voimakkuuden lisäksi valmistelevan muutospuheen osatekijöiden voimakkuuden kasvu vähensi juomista. Kahdessa muussa tutkimuksessa korostui myös kyvyn voimakkuuden merkitys tulosten parantajana (Campbell ym., 2010 & Gaume ym., 2008). Lisäksi todettiin asiakkaan puheen erilaisten yhdistelmien vaikuttavan tuloksiin useissa tutkimuksissa. Esimerkiksi muutoskyvyn määrä sekä muutoshalun ja - tarpeen voimakkuus ennustivat juomisen vähenemistä merkitsevästi (Gaume ym., 2013). Myös askelten ottamisen ja valmistelevan puheen määrä toi hyviä tuloksia, mutta kyvyttömyyden ilmaisut heikensivät niitä (Martin ym., 2011). Samoin asiakkaiden syyn ja halun yhdistetyn voimakkuuden - sekä kyvykkyyden kasvu paransivat tuloksia (Walker ym., 2011). Kaiken kaikkiaan valtaosa, lähes 90 prosenttia tutkimuksista esitti myönteisiä tuloksia asiakkaan puheen ja päihdetuloksien yhteydestä. Vain kahdessa tutkimuksessa niitä ei löytynyt (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015).

Asiakkaan säilyttämispuheen yhteyksistä päihteiden käyttöön saatiin harvemmin tuloksia. Säilyttämispuheen määrä ennusti huonompia tuloksia seitsemässä tutkimuksessa (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015; Campbell ym., 2010; Gaume ym., 2016; Moyers ym., 2007; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010). Myös säilyttämispuheen voimakkuus oli yhteydessä juomisen lisääntymiseen (Gaume ym., 2013) ja juomiseen liittymätönkin puhe voi olla yhteydessä päihteiden käyttöön (Borsari ym., 2015).

Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset korostavat ensinnäkin asiakkaan ilmaiseman muutospuheen tärkeyttä oli sitten kyse sen kokonaisuudesta tai alalajeista ja toiseksi asiakkaan säilyttämispuheen välttämistä.

Tiivistäen:

• Muutospuheen määrä (6 tutkimusta), voimakkuus (4 tutkimusta) ja/tai määrä sekä voimakkuus (5 tutkimusta) ovat yhteydessä päihteiden käytön vähenemiseen.

• Asiakkaan valmistelevan muutospuheen voimakkuus lisää muutokseen sitoutumisen voimakkuutta (1 tutkimus).

• Asiakkaan sitoutumisen voimakkuus (3 tutkimusta) ja kyvyn voimakkuus (2 tutkimusta) voivat itsenäisesti parantaa tuloksia.

• Muutospuheen eri osatekijöiden määrän ja voimakkuuden yhdistelmät voivat parantaa tulosta (3 tutkimusta).

• Muutospuheen/ sen osatekijöiden voimakkuuden kasvu istunnon/intervention aikana ja/tai lopussa voi ennustaa hyviä tuloksia (2 tutkimusta).

• Säilyttämispuheen tai sen osatekijöiden määrä (5 tutkimusta) ja voimakkuus (1 tutkimus) liittyvät huonoihin tuloksiin.

• Jo yksittäisen voimakkaat ilmaukset voivat olla yhteydessä päihteiden käytön vähenemiseen (CT+3) tai lisääntymiseen (CTT -2) (1 tutkimus).

4.7.3 Terapeutin toiminnan yhteys asiakkaan hoidon tuloksiin

Terapeutin käyttäytymisen ja motivoivan haastattelun suhdetekijöiden suorasta yhteydestä asiakkaan päihteiden käyttöön oli tuloksia kahdeksassa tutkimuksessa (Apodaca ym., 2014; Bertholet ym., 2014; Borsari ym., 2015; Feldstein & Forcehimes 2007; Gaume ym., 2008; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014; Moyers ym., 2009). Yhteydet terapeutin käyttäytymisen ja asiakkaan päihteiden käytön välillä tulivat esille ounasteltua heikommin, sillä vain yksi tutkimus tuki selkeästi oletusta, että terapeutin motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen johtaa myönteisiin tuloksiin (Moyers ym., 2009). Kahdessa artikkelissa sillä tai motivoivan haastattelun vastaisella käyttäytymisellä ei ollut yhteyttä asiakkaan tulokseen (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015). Jälkimmäisessä sen sijaan työntekijän neutraali puhe liittyi juomisen ja ongelmien kasvuun.

Joissakin tutkimuksissa yksittäiset motivoivan haastattelun mukaiset käyttäytymiset liittyivät asiakkaan muutokseen. Gaume ja muut (2008a) havaitsivat, että asiakkaan vahvistaminen ja neuvominen luvan saamisen jälkeen sekä empatia olivat yhteydessä merkitsevästi rankkojen juomisjaksojen vähenemiseen, mutta lisäanalyyseissä vain asiakkaan pystyvyyden tunteen voimakkuus ennusti alkoholin kulutuksen vähenemistä. Neuvon antaminen liittyi hyviin tuloksiin myös Bertholetin ja muiden (2014) ensimmäisessä Sveitsi-kokeessa. Gaumella ja muilla (2014) juomisen vähentämiseen tarvittiin riittävän suuri monimuotoisten reflektioiden osuus.

Motivoivan haastattelun vastaisen käyttäytymisen yhteydestä asiakkaiden juomistuloksiin kertoneet neljä tutkimusta eivät tukeneet selkeästi oletettua negatiivista yhteyttä (Bertholet ym., 2014; Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2008a; Gaume ym., 2009). Gaume ja muut totesivat terapeutin motivoivan haastattelun vastaisen puheen välttämisen olevan tärkeätä hyvien tulosten saavuttamisessa (Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014), mutta toisaalta sen ei havaittu juurikaan liittyvän juomiseen

(Gaume ym., 2008; Borsari ym., 2015). Bertholetin ja muiden (2014) yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa konfrontaatio oli merkitsevästi yhteydessä suurempiin juomismääriin.

Kuusi tutkimusta sai tuloksia terapeuttien suhdetekijöiden yhteydestä asiakkaan käyttäytymisen muutoksiin (Bertholet ym., 2014; Borsari ym., 2015; Feldstein & Forcehimes, 2007; Gaume ym., 2008; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014). Myös nämä tulokset vaihtelivat. Puolessa tutkimuksista havaittiin korkeiden terapeutin yleisarvioiden edistävän asiakkaan positiivisia tuloksia (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014), mutta kahdessa merkitsevää yhteyttä päihteiden käytön muutoksiin ei todettu (Feldstein & Forcehimes, 2007; Gaume ym., 2008) ja Bertholetin ja muiden (2014) artikkelin kolmesta kokeesta yhdessä motivoivan haastattelun henki liittyi parempiin tuloksiin, toisessa huonompiin ja kolmannessa yhteyttä ei ollut.

Empatian taso, hyväksyminen ja motivoivan hengen toteuttaminen voivat olla päihteiden käytön vähentämisessä tärkeämpiä ja ennustaa tuloksia paremmin kuin terapeutin tekniset taidot (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2008; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014). Yhdessä tutkimuksessa empatialla ja työskentelyallianssilla ei odotuksen vastaisesti ollut yhteyttä juomistuloksiin (Feldstein & Forcehimes, 2007). Bertholetin ja muiden (2014) artikkelin kahden sveitsiläistutkimuksen tulokset olivat vastakkaiset: ensimmäisessä motivoivan haastattelun hengen kasvaminen johti juomisen lisääntymiseen ja jälkimmäisessä vähenemiseen.

Kaksi tutkimusta löysi tärkeän yhteyden suhdetekijöiden ja tekniikoiden välillä: motivoivan haastattelun henki ym. suhdetekijät lisäävät terapeutin motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä, mutta eivät motivoivan haastattelun vastaista puhetta (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2014). Motivoivan haastattelun systeemistä luonnetta korostavat myös sveitsiläisen tutkimusryhmän havainnot, että hyvissä tuloksissa ei ole kyse pelkästään terapeutin yksittäisten käyttäytymisten määrästä, voimakkuudesta tai näiden yhdistelmästä vaan myös motivoivan haastattelun suhdetekijöiden hyvästä toteutumisesta (Gaume ym., 2014). Kahdessa tutkimuksessa todettiinkin, että työntekijän taidot, joihin kuuluvat sekä motivoivan haastattelun hengen ja periaatteiden sekä tekniikoiden taitaminen, ovat yhteydessä asiakkaan päihteiden käytön vähenemiseen (Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014). Jälkimmäisessä tutkimuksessa hyvien tulosten taustalla oleviin terapeutin parempiin taitoihin kuuluivat keskimääräistä korkeammat terapeutin yleisarviot, ei lainkaan motivoivan haastattelun vastaista käyttäytymistä, riittävän suuri monimuotoisten reflektoiden osuus sekä yllättäen keskimääräistä vähemmän motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä. Kun motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen mediaani oli tässä niinkin korkea kuin 50, voi olla että keskimäärästä suuremmat määrät viittaavat asiakkaan

haasteellisuuteen, johon terapeutti on vastannut lisäämällä työskentelynsä intensiteettiä. Pienempikin määrä motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä voi siten liittyä merkitsevästi parempiin tuloksiin.

Tiivistäen:

• Motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen voi parantaa tuloksia (1 tutkimus).

• Asiakkaan vahvistaminen, neuvominen luvalla tai monimuotoiset reflektiot voivat ennakoida hyviä tuloksia (3 tutkimusta).

• Motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen voi heikentää tuloksia ja sen välttäminen on tärkeätä (2 tutkimusta).

• Konfrontoiminen voi olla yhteydessä päihteiden käytön jatkumiseen (1 tutkimus).

• Motivoivan haastattelun mukainen tai vastainen käyttäytyminen tai näiden osatekijät eivät välttämättä ole yhteydessä tulosten paranemiseen tai huononemiseen (2 tutkimusta).

• Motivoivan haastattelun suhdetekijöillä voi olla yhteys päihteiden käytön vähenemiseen (2 tutkimusta).

• Terapeutin hyvät suhdetaidot voivat lisätä myös motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä (2 tutkimusta).

• Terapeuttien taitavuuden kasvu parantaa tuloksia, taitavimmat terapeutit saavat parempia tuloksia haasteellisissakin olosuhteissa (2 tutkimusta).

5 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA HYPOTEESIT

5.1 Tutkimuskysymysten tarkentaminen

Kun suurin osa päihteiden väärinkäyttäjistä ei hakeudu hoitoon ja päihdehoidon aloittaneetkin lopettavat sen pian aloittamisen jälkeen, ovat ensimmäiset tapaamiset tärkeitä yhteistyösuhteen rakentumisen ja päihdehoidon jatkumisen kannalta (Horvath, 2001; Horvath, Del Re, Flûckiger & Symonds; 2011; Horvath & Symonds, 1991). Keskityn prosessi- ja tuloksellisuustutkimuksessani kahteen ensimmäiseen VKM-keskusteluun tarkoituksenani tutkia asiakkaan ja päihdetyöntekijän välistä vuorovaikutusta alkuvaiheen tapaamisissa. Tavoitteeni on selvittää, toistuuko motivoivan haastattelun tuloksellisuus päihdehoidossa myös VKM-ohjelmassa. Tarkastelen rikosseuraamustyöntekijöiden ja asiakkaiden kahta ensimmäistä VKM- keskustelua sen selvittämiseksi, mitkä tekijät tässä vuorovaikutuksessa ovat yhteydessä ohjelmassa pysymiseen ja päihteiden käytön vähenemiseen seuraavan puolen vuoden ja vuoden aikana. Tutkimus valottaa työntekijän käyttäytymisen, asiakkaan puheen ja päihteiden vähentämisen keskinäisiä suhteita sekä manuaalin mukaisen toiminnan vaikutusta ohjelman tuloksiin.

Tutkimuskysymykseni ovat seuraavat:

1. Mitä välittömiä – ja seurantatuloksia VKM-ohjelmalla on?

2. Missä määrin rikosseuraamustyöntekijät soveltavat VKM-ohjelman keskusteluissa motivoivan haastattelun henkeä, periaatteita ja tekniikoita?

3. Mikä on työntekijän käyttäytymisen yhteys asiakkaan päihteiden käyttöä koskevaan puheeseen?

4. Miten VKM-ohjelman manuaalin noudattaminen vaikuttaa hoidon tuloksiin?

5. Mitkä asiakkaan taustaa ja hoitovuorovaikutusta kuvaavat tekijät näyttävät ennustavan asiakkaiden päihteiden käytön vähenemistä 6 ja 12 kuukauden seurannoissa?

5.2 Hypoteesit

Tutkimuksen lähtöoletus on, että asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus on yhteydessä keskustelujen toimivuuteen ja siten asiakkaan ja työntekijän välisen yhteistyösuhteen rakentumiseen. Aiempien tutkimusten pohjalta oletan, että mitä paremmin työntekijät toteuttavat motivoivan haastattelun henkeä ja periaatteita, sitä paremmin asiakkaat kiinnittyvät hoitoon ja sitoutuvat muutokseen (Miller ym., 1993; Moyers, Miller & Hendrickson, 2005). Oletan myös, että näissä tapaamisissa havaittava asiakkaan sitoutumispuheen voimistuminen ennustaa heidän päihteiden käyttönsä vähenemistä seurantavuoden aikana (Amrhein ym., 2003). Aiemmista tutkimuksista kävi ilmi, että taitavat työntekijät kykenevät motivoivassa haastattelussa kasvattamaan asiakkaittensa muutos- ja sitoutumispuhetta, mikä myöhemmin heijastuu näiden asiakkaiden parempina hoitotuloksina. Tarkoitukseni on selvittää, saavatko nämä oletukset vahvistusta myös tässä VKM-aineistossa. Kuten edellä esitetyissä katsauksissa havaittiin, hoitomotivaatioon ja muutokseen sitoutumiseen voivat vaikuttaa muutkin asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen piirteet.

6 METODI

6.1 Tutkimuksen konteksti

Suomen Akatemian ja Rikosseuraamusviraston rahoittama MISA-projekti (2007-2011), jonka osa tämä tutkimus on, sai tutkimusluvan Rikosseuraamusvirastolta 26.6.2007. Elokuussa 2007 käynnistynyt tutkimukseni sai myöhemmin rahoitusta myös Alkoholitutkimussäätiöltä, Rikosseuraamuslaitokselta (vuoteen 2010 asti Rikosseuraamusvirasto) ja Tampereen yliopistolta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tutkimuksen aineisto piti kerätä vankiloista, mutta niihin pääsy osoittautui vaikeaksi. Yhteydenotoissa moniin vankiloihin (Hämeenlinna, Jokela, Kylmäkoski, Huittinen, Köyliö, Kerava, Riihimäki, Vantaa ja Helsinki) ilmeni, ettei niissä sillä hetkellä juurikaan käytetty motivoivaa haastattelua tai vankiloiden työtilanne oli kiireiden ja henkilövaihdosten takia sellainen, ettei tutkimukseen voitu osallistua. Aineiston keruun aloittaminen viivästyi, kunnes kuultiin, että silloisessa Kriminaalihuoltolaitoksessa oltiin laajasti ottamassa käyttöön Ruotsissa kehitettyä motivoivan haastattelun sovellutusta Viisi keskustelua muutoksesta –ohjelmaa (VKM). Ohjelman ovat kehittäneet Carl Åke Farbring ja Pia Berge (2006).

Kun asiaa tutkittiin tarkemmin, selvisi, että VKM-ohjelma sopi tutkimukseemme varsin hyvin. Ohjelma perustui motivoivaan haastatteluun, muutostyön kohteeksi pystyi ottamaan päihteiden käytön ja ohjelman toteuttamiseen oli jo tuolloin koulutettu paljon työntekijöitä. Lisäksi kun ohjaajien koulutukseen kuului ainakin kahden asiakkaan kanssa käytyjen keskustelujen tallentaminen videonauhoille palautetta varten, istuntojen videoimisesta tutkimuskäyttöön ei ollut odotettavissa niin suurta kynnystä kuin vankilapuolella vaikutti olevan. Neuvotteluissa VKM-ohjelman kouluttajien ja koulutettavien kanssa sovittiin, että silloin kun asiakkaat suostuvat tutkimukseen ja keskustelujen tutkimuskäyttöön, ohjelmaa voidaan käyttää aineiston keräämiseen.

Viisi keskustelua muutoksesta -ohjelma

Viisi keskustelua muutoksesta -ohjelma koostuu valmistelevasta tapaamisesta ja viidestä muutoskeskustelusta (taulukko 3., liite 11, s. 255). Ohjelmaa valmistelevassa

tapaamisessa asiakas täyttää hänen ongelmakäyttäytymiseensä parhaiten sopivan lomakkeen, jonka avulla saadaan tietoa asiakkaan muutosvalmiudesta ja hoitohalukkuudesta. Valittavia alueita ovat alkoholi (SOCRATES/8A), huumeet (SOCRATES/8B) ja/tai jokin muu haitallinen käyttäytyminen esimerkiksi rikollisuus (URICA-F). Asiakkaalle esitellään myös yleinen muutoksen vaihemalli (Prochaska & DiClemente 1983) ja pyydetään asiakasta sijoittamaan itsensä muutoksen kehälle (esiharkinta, harkinta, valmistelu, päätös, toteuttaminen, ylläpito ja retkahdus; Farbringin tulkinta). (Farbring & Berge 2006, s. 51-65.)

Ensimmäisen keskustelun tavoite on olla kartoittava ja herättelevä. Asiakkaalle annetaan palautetta valmistelevassa tapaamisessa täytetyistä lomakkeista ja hänen sijainnistaan muutoksen kehällä. Keskustelussa tarkastellaan, missä vaiheessa muutosprosessia asiakas on ja pyritään kasvattamaan hänen kiinnostustaan muutokseen. Tässä kuten muissakin istunnoissa yritetään vahvistaa asiakkaan uskoa ja pystyvyyden tunnetta siihen, että hän onnistuu tavoitteensa toteuttamisessa. Muutospuhetta houkutellaan esille kognitiivisella tasolla, jotta asiakas tunnistaisi ja tiedostaisi ongelmansa. Ensimmäisessä istunnossa asiakas voi myös kuvailla päihteiden käytön tavallista päivää tai jos jää aikaa, aloittaa ongelmakäyttäytymisen hyvien ja huonojen puolien pohtimisen. Keskustelu lopetetaan yhteenvetoon, joka alkaa asiakkaan mahdollisilla epäilyillä muutosta kohtaan ja päätyy hänen esittämiinsä muutoksen myönteisiin puoliin. (Farbring & Berge 2006, s. 76-82)

Toinen keskustelu keskittyy nykytilanteeseen ja muutokseen liittyviin positiivisiin ja negatiivisiin puoliin, muutoksen haluun, kykyyn ja valmiuteen sekä muutoksen tekemisen sisäiseen motivaatioon. Keskustelussa tutkitaan asiakkaan ristiriitaa tarkastelemalla yksityiskohtaisesti nykyisen käyttäytymisen myönteisiä ja kielteisiä puolia. Kun ensimmäisessä keskustelussa korostui muutoksen kognitiivinen puoli, tavoite on nyt, että asiakkaan halu ja tarve muutokseen kasvaisi. Asiakkaan ristiriidan ja muutostarpeen tutkiminen tunnetasolla tarjoaa ohjaajalle tilaisuuksia herätellä muutospuhetta ja vahvistaa muutokseen suuntautuvia lausumia. Samoin kuin muissakin keskusteluissa pyritään vahvistamaan asiakkaan pystyvyyden tunnetta. Muutospuheen synnyttämisen apuvälineitä tässä keskustelussa ovat esimerkiksi Voimakenttä, asteikot ja Vaakakuppiharjoitus. Voimakentässä asiakas pohtii sekä nykyisen käyttäytymisen että muutoksen hyviä ja huonoja puolia arvioimalla näiden tärkeyttä asteikolla 0-10. Asteikoissa asiakasta pyydetään arvioimaan haluaan, kykyään ja valmiuttaan muutokseen asteikolla 0-10. Vaakakuppiharjoituksessa tutkitaan asiakkaan sisäistä ja ulkoista motivaatiota pyytämällä häntä sijoittamaan kymmenen kilon punnusta

omaan ja toisten vaakakuppiin sen mukaan, kuinka paljon mahdollinen päätös muuttua johtuisi hänestä itsestään tai muiden ihmisten toiveista ja pyynnöistä. (Farbring & Berge 2006, s. 88-97)

Kolmas keskustelu (Farbring & Berge 2006, s. 103-111) keskittyy tunteisiin ja arvoihin. Asiakkaan nykytilanteen ja elämänpäämäärien vastakkain asettamisella pyritään voimistamaan asiakkaan kokemaa ristiriitaa nykytilanteen ja hänen toivomansa tulevaisuuden välillä. Neljännen keskustelun (Farbring & Berge 2006, s. 116-123) aihe on asiakkaan vahvistavat ja ei-vahvistavat sosiaaliset verkostot. Tavoitteena on voimistaa myönteistä tunnetta muutosta tukeviin verkostoihin ja kielteistä tunnetta nykytilannetta ylläpitävää verkostoa kohtaan. Viidennen keskustelun tavoite on kasvattaa asiakkaan luottamusta ja toiveikkuutta sekä siirtää näkökulmaa tulevaisuuteen. Asiakkaan halun ja valmiuden mukaan tehdään käyttäytymisen muutossuunnitelma tai suunnitelmaa tutkitaan mahdollisena vaihtoehtona tai keskustellaan siitä muuten. (Farbring & Berge 2006, s. 129-135.)

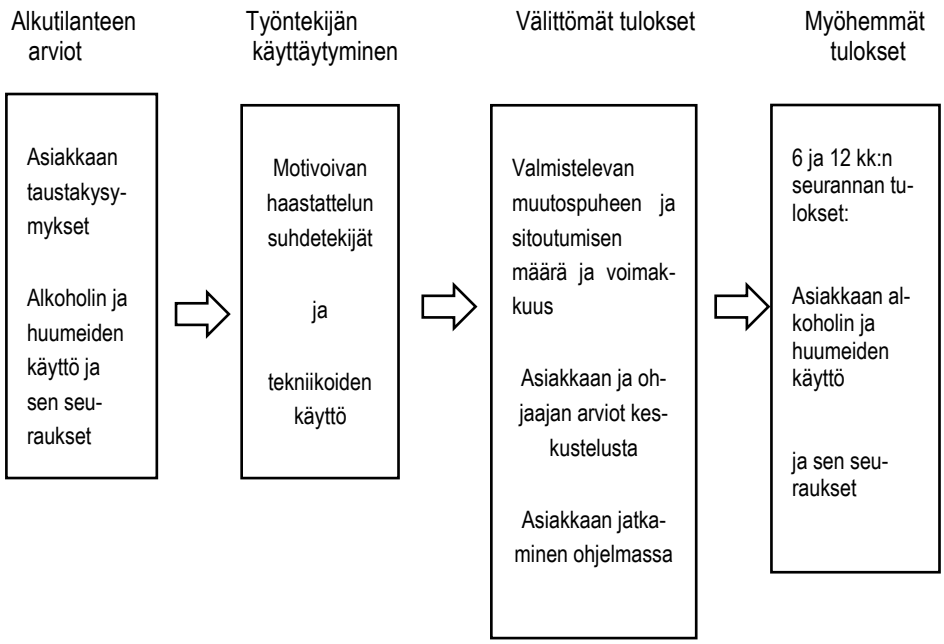
6.2 Tutkimusasetelma ja aineiston keruu

Tutkimus on luonteeltaan prosessi- ja tuloksellisuustutkimus, jossa on mukana yksinkertainen ennen–jälkeen seuranta puolen vuoden ja vuoden kuluttua. Tutkimuksessa selvitetään, millainen yhteys VKM-ohjelmalla on asiakkaiden päihteiden käyttöön sekä mitkä asiakkaan ja ohjaajan vuorovaikutuksen piirteet saavat asiakkaan jatkamaan ohjelmassa ja ovat yhteydessä seurannan tuloksiin. Tutkimusjärjestelyissä on ollut tavoitteena, että tutkimuksella häirittäisiin mahdollisimman vähän VKM-ohjelman normaalia etenemistä. Niinpä tutkimuksessa pyrittiin hyödyntämään mahdollisimman paljon VKM-ohjelmassa luonnostaan syntyvää materiaalia ja keräämään tutkimusaineisto kevyillä instrumenteilla. Pyrkimyksenä oli, että tutkimukseen osallistuminen vaatisi ohjaajalta vain vähän ylimääräistä työtä.

Aineiston keruu alkoi vuoden 2007 lopulla. Asiakkaan alkutilanteesta arvioitiin VKM-ohjelman alussa taustaa, alkoholin ja huumeiden käyttöä sekä käytön seurauksia. Ohjelman välittömiä tuloksia ilmentävät asiakkaan ohjelmassa jatkaminen, asiakkaan sekä ohjaajan arviot istunnosta ja osanottajien kanssakäymisen välittömät vaikutukset istunnon aikana. Keskustelusarjan kaksi ensimmäistä istuntoa videoitiin ja istunnoista tutkitaan ohjaajan ja asiakkaan käyttäytymistä sekä ohjaajan ja asiakkaan vuorovaikutusta. Ohjaajan käyttäytymisestä tutkitaan motivoivan hengen ja periaat-

teiden noudattamista sekä mahdollisia muita asiakkaan ohjelmassa jatkamiseen vaikuttavia piirteitä. Asiakkaan käyttäytymistä tutkitaan muutos- ja sitoutumispuheen avulla.

Ohjelman pitkän ajan tuloksia 6 ja 12 kuukauden seurannassa, jossa kerätään tietoa muutoksista asiakkaan taustassa, alkoholin ja huumeiden käytössä sekä alkoholin ja huumeiden väärinkäytön seurauksista ja verrataan seurantojen tuloksia alkutilanteeseen.



Kuvio 3. Tutkimus vuokaaviona

6.3 Osanottajien rekrytointi

Työntekijöiden rekrytointi

Tutkimusta esiteltiin VKM-ohjaajien kouluttajille ensimmäisen kerran lokakuussa 2007. Kouluttajien innostuminen yhteistyöhön käynnisti varsinaisen ohjaajien rekrytoinnin. Kontakti VKM-ohjelmaa käyttäviin kriminaalihuollon työntekijöihin saatiin niin, että tutkimushanketta käytiin esittelemässä yhteensä 11 ohjelman koulutustilaisuudessa eri puolilla Suomea. Lähes kaikki tuona aikana VKM-koulutuksensa saaneet ohjaajat saivat tietoa tutkimuksesta. Kahta lukuun ottamatta ohjaajat valikoituivat tutkimukseen näiden esittelytilaisuuksien kautta.

Alkuvaiheessa tutkimukseen osallistuvalta työntekijältä edellytettiin motivoivan haastattelun- ja VKM-koulutuksen lisäksi kokemusta ainakin yhden VKM-keskustelusarjan ohjaamisesta. Riittävän tutkimusaineiston turvaamiseksi yhden aiemman VKM-ohjelman vaatimisesta luovuttiin myöhemmin. Tutkimukseen osallistui 25 ohjaajaa 12 kriminaalihuoltotoimistosta eri puolilta Suomea. Rikosseuraamuslaitoksen aluejaon mukaisesti ohjaajat jakautuivat suhteellisen tasaisesti.

Valtaosa ohjaajista (84 %) oli naisia ja heidän keski-ikänsä oli 43 vuotta. Tutkimukseen lupautuneet ohjaajat olivat kokeneita kriminaalihuollon työntekijöitä, sillä vain yhden työntekijän työkokemus rikosseuraamusalalla oli alle viisi vuotta ja kolmannekselle ohjaajista työkokemusta oli kertynyt yli 15 vuotta. Työntekijöiden taustatietoihin palataan tulosluvuissa.

Asiakkaiden rekrytointi

Asiakkaiden rekrytointi toteutettiin yhdessä kriminaalihuollon työntekijöiden kanssa siten, että ohjaajat kertoivat VKM-ohjelman valmistavan tapaamisen yhteydessä asiakkaalleen tutkimuksesta ja kysyivät tämän osallistumishalukkuutta. Häneltä pyydettiin lupaa myös kahden ensimmäisen keskustelun videoimiseen ja allekirjoittamaan tutkimukseen suostumislomakkeen (liite 1), jossa käytiin vielä läpi tutkimuksen tarkoitus ja menettelytavat. Asiakas sopi tutkimukseen, jos hänen VKM-ohjelmaan osallistumisensa syy oli päihteiden käyttö tai siihen muiden syiden lisäksi liittyi päihteiden käyttö.

Riittävän aineiston saamiseksi kvantitatiivisia analyyseja varten tavoite oli löytää 50 asiakasta ja tallentaa heidän kaksi ensimmäistä istuntoaan. Aineiston keruu osoittautui odotettua hitaammaksi. Tavoite saavutettiin vasta kesäkuussa 2009 ja seurantahaastatteluja jatkettiin sen jälkeen vielä vuoden.

Valtaosa tutkimusasiakkaista oli miehiä (94 %). Alueellisesti heistä lähes puolet tuli kriminaalihuollon toimistojen sijainnin mukaan Etelä-Suomesta. Muuten asiakkaat jakautuivat eri puolille Suomea melko tasaisesti. Asiakkaiden tekemistä rikoksista yleisin oli rattijuopumus; enemmän kuin kolmannes asiakkaista oli ajanut päihtyneenä. Yli puolet osallistujista oli tuomittu yhdyskuntaseuraamukseen.

Taulukko 4. *Asiakkaiden (n = 50) asuinpaikka, rikostyyppi ja sen seuraamus.*

		n	%
Asuinpaikan sijainti	Etelä-Suomi	23	46
	Itä-Suomi	12	24
	Länsi-Suomi	9	18
	Pohjois-Suomi	6	12
Rikostyyppi	Huumerikos	5	11
	Omaisuusrikos	7	16
	Rattijuopumus	17	38
	Väkivaltarikos	5	11
	2 tai useampi rikostyyppi	9	20
Yhdyskuntaseuraamus	Yhdyskuntapalvelu	28	56
	Ehdonalainen valvonta	18	36
	Ehdonalainen nuorisorangaistus	4	8

Ohjaajilta kysyttiin myös, kuinka monelta asiakkaalta heidän piti tiedustella halukkuutta osallistua tutkimukseen ennen kohdehenkilöksi lupautumista. Suurin osa asiakkaista (83 %) oli suostunut tutkimukseen heti halukkuutta kysyttäessä. Asiakkaiden taustatietoja esitellään enemmän tulosluvun alussa.

6.4 Tutkimusaineistot

6.4.1 Aineiston keruu ja lomakkeet

Aineiston keruun vaiheet on kuvattu taulukossa 5. Aineiston keruu alkoi valmistelevassa tapaamisessa, jossa asiakas allekirjoitti tutkimussopimuksen ja täytti MISA- esitietolomakkeen (liite 2), jolla kerättiin tietoa asiakkaan sosiaalisesta taustasta (perhe, asuminen, koulutus, työ), elämäntilanteesta ja päihteiden käytöstä, tavoitteista päihteiden suhteen ja aiemmista hoidoista. Elämäntilannetta ja päihteiden käyttöä koskevat kysymykset sisälsivät alkoholin käytön riskejä koskevan Juomatapatestin, joka sisälsi AUDIT-testin (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) ja alkoholin käytön haittatestin (Rehm, Ulrich & Bondy, 2003) sekä päihderiippuvuuden vakavuuden arviointiasteikon (SDS; Gossop ym., 1995).

Ensimmäisen ja toisen keskustelun jälkeen asiakas ja ohjaaja täyttivät toisistaan tietämättä omat istuntoa koskevan lomakkeensa, jossa he arvioivat keskustelua 5–portaisella Osgood-asteikolla kahdeksalla ulottuvuudella (liitteet 3 ja 4). Istunnon arviointiasteikko muotoiltiin ja lyhennettiin Stilesin (2002) Session Evaluation Questionnaire–lomakkeen (SEQ) pohjalta. Asiakkaalta tiedusteltiin myös hänen yleisarviotaan ohjaajan suhtautumisesta sekä omaa valmiuttaan muuttaa ensisijaisen päihteensä käyttöä asteikolla 1-10. Arvion luottamuksellisuuden takaamiseksi, asiakasta pyydettiin kummallakin kerralla palauttamaan arvionsa suljetussa kirjekuoressa. Ohjaajalta kysyttiin vastaavasti arviota istunnosta asiakkaasta sekä hänen uskoaan asiakkaan hoidon jatkumiseen ja päihteiden käytön muutokseen.

Kuuden ja 12 kuukauden seurantahaastatteluissa täytettiin seurantalomake (liite 5), johon sisältyi samoja kysymyksiä kuin esitetietolomakkeessa sekä kysymyksiä muutoksista osanottajan elämäntilanteessa ja päihteiden käytössä sekä hoidoista seuranta-aikana. Lopuksi kysyttiin myös, oliko VKM-ohjelmasta ollut hyötyä – ja jos oli, niin mitä.

Seurantahaastattelut tehtiin pääosin puhelimella. Asiakkailta kysyttiin jo tutkimussuostumuksessa omien yhteystietojen lisäksi henkilöä, jolta voisi tarvittaessa tiedustella muuttuneita yhteystietoja. Asiakkaiden tavoittaminen oli vaikeata, mutta lähes kaikille asiakkaille onnistuttiin etsintöjen jälkeen löytämään toimiva puhelinyhteys. Seurantahaastatteluissa tutkija kävi asiakkaan kanssa kysymykset läpi ja täytti seurantalomakkeen asiakkaan vastausten mukaisesti. Mahdollisten tallennusvirheiden takia asiakkailta kysyttiin lupaa puheluiden tallentamiseen, mihin kaikki seurantaan tavoitetut asiakkaat suostuivat.

Taulukko 5. *Tutkimuksen aineistonkeruu*

Aika	Ohjaajalta	Asiakkaalta	Koottava aineisto yht.
Valmisteleva tapaaminen	Työntekijä kertoo tutkimuksesta ja kysyy asiakkaan halukkuutta osallistua tutkimukseen	=> asiakas allekirjoittaa tutkimussopimuksen MISA- esitietolomakkeen täyttäminen	Asiakkaan tutkimussopimus Misa- esitietolomake
1. Keskustelu	Työntekijä videoi istunnon Palaute MISA – esitietojen mukaisesta päihteiden käytöstä Työntekijä täyttää istunnon arviointilomakkeen	Asiakas täyttää istunnon arviointilomakkeen	Asiakkaan 1. istunnon arviointilomake Ohjaajan 1. istunnon arviointilomake Videotallenne 1. keskustelusta
2. Keskustelu	Työntekijä videoi istunnon Tiedustelu palautteesta Työntekijä täyttää istunnon arviointilomakkeen	Asiakas täyttää istunnon arviointilomakkeen	Asiakkaan 2. istunnon arviointilomake Ohjaajan 2. istunnon arviointilomake Videotallenne 2. keskustelusta
6 kk seuranta		Seurantalomake puhelimitse (tarvittaessa kirjeellä)	MISA –seurantalomake 6 kk jälkeen
12 kk seuranta		Seurantalomake puhelimitse (tarvittaessa kirjeellä)	MISA –seurantalomake 12 kk jälkeen
Lisäksi	Täydennystä MISA–lomakkeen tietoihin Ohjaajan taustatietoja Täydennystä asiakastietoihin		Täydennystä MISA –lomakkeen tietoihin Ohjaajan taustatietoja Täydennystä asiakastietoihin

*kolmella asiakkaalle ei ollut erikseen valmistelevaa keskustelua, vaan sen asiat käytiin läpi ennen 1. keskustelua

Seurantapuheluissa oli tavoitteena luoda luottamuksellinen ilmapiiri kysymyksiin vastaamisen helpottamiseksi, mutta toisaalta säilyttää puhelu riittävän neutraalina, jotta haastattelija ei vaikuttaisi asiakkaan vastausten sisältöön. Jotta suhde haastateltaviin säilyisi mahdollisimman neutraalina, tutkija ei ennen seurantahaastatteluja katsonut asiakkaan keskusteluja muuten kuin se oli videotiedostojen tekovaiheessa tarpeen, eikä tutkinut etukäteen haastateltavan vastauksia MISA–esitietolomakkeilta.

Ohjaajille lähetettiin lisäksi kahteen kertaan lisätietolomake (liitteet 6 ja 7) lähinnä asiakkaiden VKM-ohjelmaan osallistumisesta. Ohjaajien taustatietolomakkeella (liite 8) kysyttiin ohjaajien taustoista, koulutuksesta, työkokemuksesta ja suuntautumisesta sekä VKM-ohjelmasta.

6.4.2 Videoaineiston käsittely ja koodaus

Ohjaajien lähettämät videonauhat siirrettiin videotallenteilta ja muunnettiin tietokoneella käsiteltäviksi video ja ääni -tiedostoiksi. Videomateriaalia saatiin kaikilta 50 asiakkaalta, mutta kaikkien istuntojen tallentaminen ei ollut onnistunut riittävän hyvin. Kahden asiakkaan ensimmäisen keskustelun videointi epäonnistui, mutta toiselta saatiin käyttöön kuitenkin valmistelevan keskustelun videotallenne. Asiakkaan ja ohjaajan puhe purettiin videolta noudattaen litteroinnissa sanatarkkuutta ja normaaleja välimerkkejä niin, että puheen asiasisällöstä ja merkityksestä sai selvää. Tehtyjä litteraatioita käytettiin varsinaisessa analyysissa videotallenteiden katselun apuna, joten analyyseja ei tehty pelkkää tekstitiedostoa käyttäen. Aineistoon valituista istunnoista 43 (88 %) oli tallentunut videolle kokonaan. Kuudella asiakkaalla videointi oli jäänyt kesken, kun istunto oli kestänyt pidempään kuin videonauha, mutta nämäkin istunnot sisältyvät tutkimusaineistoon.

Osanottajien puheen analysoinnissa käytettiin kahta menetelmää. Toinen niistä oli Paul Amrheinin (2002, 2007) kehittämä asiakkaan sitoutumispuheen koodausmenetelmä ja toinen oli Theresa Moyersin työryhmän kehittämä työntekijän motivoivan haastattelun noudattamista koskeva Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI)-koodausjärjestelmä (Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst, 2007, 2010).

Asiakkaan sitoutumispuheen koodausjärjestelmällä koodataan lausumia, jotka ilmaisevat asiakkaan sitoutumista muutokseen tai nykytilanteen säilyttämiseen. Asiakkaan puheesta koodataan myös sitoutumista valmistelevat lausumat, jotka ilmaisevat syytä, halua, tarvetta, pystyvyyttä ja valmiutta muuttua tai pitää yllä nykytilannetta (Amrhein, 2007).

MITI :n avulla analysoidaan vain työntekijän käyttäytymistä. MITI on kehitetty MISC:in pohjalta tilanteeseen, jossa halutaan tietää, onko työskentely motivoivan haastattelun mukaista vai ei. MITI:n avulla saadaan tietoa, kuinka hyvin työntekijä noudattaa motivoivan haastattelun suosituksia, joten sen pohjalta voidaan myös antaa työntekijälle palautetta, jonka avulla ohjaaja voi parantaa motivoivan haastattelun taitojaan.

Tutustuttuamme MISA-projektissa eri koodausvaihtoehtoihin (MISC, SCOPE, MITI ja Amrheinin sitoutumispuheen koodaus) päädyimme viimeksi mainittuihin osin resurssisyistä. Päätökseen vaikutti myös kontaktien syntyminen koodausjärjestelmien kehittäjiin. Tapasimme Theresa Moyersin ensimmäisessä motivoivan haastattelun maailman kongressissa ICMI:ssä vuonna 2008, minkä jälkeen häneen oltiin yhteydessä sähköpostitse. Paul Amrhein taas on vieraillut Suomessa. Lisäksi VKM:ää

kehittänyt C. A. Farbring ja työryhmä Ruotsissa käyttää MITI-Amrhein koodausyhdistelmää. Seuraavaksi esittelen kumpaakin koodausjärjestelmää pääpiirteittäin ja miten niitä on sovellettu tässä tutkimuksessa.

Työntekijän puheen koodaus

Aloitimme koodauksen ensin suomentamallamme MITI 3.0 -versiolla, josta ehti tutkimuksen aikana tulla vielä versiot 3.1 ja 3.1.1, jotka myös käänsimme, tarkistimme tehdyt muutokset ja lopullinen koodaus tehtiin viimeksi mainitulla versiolla. Ensimmäinen käytännön kontakti MITI–koodausjärjestelmään saatiin motivoivan haastattelun ensimmäisessä maailman konferenssissa vuonna 2008 sen pääkehittäjän Theresa Moyersin workshopissa. Menetelmää opeteltiin ja harjoiteltiin projektin sisällä monin tavoin. Järjestimme esimerkiksi yksikön opiskelijoille MITI–koodauskurssin, jossa noudatettiin suositusten mukaista harjoittelustrategiaa (kolme tasoa ja vastaavat testit) ja kurssi kesti 40 tuntia. (Moyers ym., 2009). Tarkemman käsityksen koodaustavasta ja -ohjeista saa liitteestä 9 (Moyers ym., 2010). Tutkimuksen ensimmäiset 20 MITI-koodausta teki MITI-koodauskurssilla ollut opiskelija pro gradu – tutkielmaansa varten (Hautaniemi, 2010). Loput 29 istuntoa koodasin itse.

Työntekijän toiminnan arviointi jakaantui MITI:ssä kahteen osatekijään: kokonaisarvioihin ja käyttäytymisarvioihin. Kokonaisarviot kertovat työntekijän toiminnasta yleisellä tasolla ja käyttäytymisarviot kuvaavat *yksityiskohtaisesti* työntekijän käyttäytymistä istunnossa. Kokonaisarviot tehtiin viidellä eri ulottuvuudella, joita olivat työntekijän muutospuheen esiin saamista kuvaava evokaatio eli **herättely,** vuorovaikutuksen tasavertaisuutta ilmentävä **yhteistyö**, asiakkaan valinnanvapautta korostava **autonomian tukeminen**, keskustelun **suuntaaminen** kohdekäyttäytymiseen ja työntekijän ilmentämä **empatia** asiakkaan näkökulmaa ja kokemusta kohtaan. Kolmen ensimmäisen koodin keskiarvo kuvaa motivoivan haastattelun hengen toteutumista istunnossa. Kokonaisarviot kustakin toimintatavasta (asteikolla 1-5) tehtiin koko koodausjakson ajalta. Ennen koodauksen aloittamista piti olla tiedossa asiakkaan kohdekäyttäytyminen ja tavoiteltu muutos, jotta koodaaja pystyi arvioimaan, suuntaako työntekijä keskustelua kohdekäyttäytymiseen.

Käyttäytymisarvioita tehtäessä työntekijän puhe jaettiin kokonaisen ajatuksen sisältäviin ilmaisuihin, joista jokainen sai omat koodinsa. Jos työntekijän puheenvuoroon sisältyi useita lausumia, yhteen vuoroon saattoi tulla useita eri koodeja. MITI:ssä koodattavia asioita olivat tiedon antaminen, kysymykset, reflektiot, motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen ja motivoivan haastattelun vastainen

käyttäytyminen. Kysymyksille ja reflektioille määritettiin vielä omat alaluokkansa: suljettu ja avoin kysymys sekä yksinkertainen ja monimuotoinen reflektio.

Kun valittu haastattelujakso oli koodattu, laskettiin koodit yhteen, koodeista ja niiden suhteista laskettiin yhteenvetopisteitä, joilla arvioitiin motivoivan haastattelun taitoa. Näistä tärkein lienee motivoivan haastattelun hengen kokonaisarvio, joka saatiin herättelyn, yhteistyön ja autonomian tukemisen pisteiden keskiarvosta. Muita yhteenvetopisteitä olivat avointen kysymysten prosenttiosuus kaikista kysymyksistä, reflektioiden suhde kysymyksiin, monimuotoisten reflektioiden prosenttiosuus kaikista reflektioista sekä motivoivan haastattelun mukaisten ilmaisujen osuus sen mukaisten ja vastaisten ilmaisujen summasta. (Ks. taulukko 6.)

Moyers ja muut (2010) ovat esittäneet suosituksia työntekijöiden motivoivan haastattelun taidon ja pätevyyden kynnysarvoista, jotka perustuvat systemaattisen tutkimuksen sijaan motivoivan haastattelun asiantuntijoiden arviointeihin.

Taulukko 6. *Motivoivan haastattelun taitojen yhdistelmäpisteet*

Käyttäytymislaskelmien ja yhteenvetokoodien kynnysarvoja	Aloittelijan taitotaso	Mestarin pätevyys
MH -hengen kokonaisarvio asteikolla 1-5	Keskiarvo 3.5	Keskiarvo 4
Reflektioiden suhde kysymyksiin (R:K)	1	2
Avointen kysymysten osuus (% AK= AK/(AK+SK))	50 %	70 %
Monimuotoisten reflektioiden osuus (% MR= MR/MR+YR)	40 %	50 %
MH:n mukaisten ilmausten osuus (%MHM= MHM/MHM+MHV)	90%	100%

Kokonaisarviot ja käyttäytymisarviot tehtiin suositusten mukaisesti (Moyers ym., 2007) satunnaisesti valitusta 20 minuutin jaksosta. Ensin valittiin kultakin asiakkaalta satunnaisesti ensimmäinen tai toinen istunto ja valitusta istunnosta satunnaisesti 20 minuutin jakso istunnon alusta, keskikohdasta tai lopusta. Kun valittuun jaksoon sisältyi pelkkää tehtävien tekemistä, palautteen antamista, lomakkeen selvitystä tai huomattavan pitkä tauko, koodattavaa jaksoa siirrettiin kyseinen kohdan keston verran joka toinen kerta eteenpäin ja joka toinen alkuun päin.

MITI-koodauksessa käytettiin videotallenteita ja näiden rinnalla litteraatioita. Koodattavaksi valikoitui 49 mahdollisesta istunnosta (yhden asiakkaan istuntojen tallennus oli epäonnistunut) 22 ensimmäistä ja 27 toista keskustelua. Keskustelukohdat jakautuivat suhteellisen tasaisesti ensimmäisissä keskusteluissa kolmeen lähes yhtä suureen osaan, mutta toisissa istunnoissa valinta päätyi useammin istunnon loppupuolelle (Taulukko 7, liite 11, s. 256).

Asiakkaan puheen koodaus

Amrheinin (2007) kehittämällä sitoutumispuheen koodausjärjestelmällä koodataan asiakkaan sitoutumista (Commitment) kohdekäyttäytymisen muutokseen tai sen säilyttämiseen ilmaisevia lausumia ja niiden voimakkuutta (liite 10). Asiakkaan puheesta koodataan myös sitoutumista ennakoivia lausumia: syytä (Reason), halua (Desire), tarvetta (Need) ja kykyä (Ability, DARN). Asiakkaan puhetta on tarkoitus arvioida luonnollisen kielen tavoin ilman liiallista tulkintaa (Amrhein, 2004). Koodauksessa edetään ilmaisu ilmaukselta ja valitaan näille sopivat luokat. Samoin kuin MITI:ssä tässäkin järjestelmässä kukin koodi on toisensa poissulkeva, joten ilmaisu voidaan sijoittaa vain yhteen luokkaan.

Muutospuheen luokan lisäksi arvioidaan ilmaisun vahvuutta asteikolla -5-+5 (mukana myös nolla). Voimakkuuden lataus/varaus (+/-) ilmentää puheen suuntaa ja luvun suuruus sen voimakkuutta. Positiivinen lataus kertoo suuntautumisesta muutokseen, negatiivinen - nykytilanteen säilyttämisestä ja neutraali - (nolla) sitä, että ilmaisusta ei näy selvästi suuntaa tai se on ristiriitainen sisältäen sekä positiivia että negatiivisia puolia. Kaikille koodatuille ilmaisuille annetaan numeerinen arvo. Esimerkiksi kun asiakas puhuu alkoholin käytöstä, ilmaisun lataus, (+/-) ja numero kertovat, kuinka paljon hän haluaa muuttaa juomistaan, tunteeko hän pystyvänsä tähän, kuinka voimakkaasti asiakas on sitoutunut vähentämään juomista vai aikooko hän jatkaa sitä nykyiseen tapaan.

Kaikkea asiakkaan puhetta ei kuitenkaan koodata vaan tavoite on koodata ainoastaan istunnon aiheeseen liittyvää kohdekäyttäytymistä koskevat ilmaisut. Koska asiakas voi ilmaista syytä, halua, tarvetta, kykyä tai sitoutumista muutokseen myös epäsuorasti, Amrheinin mukaan on hyvä koodata kaiken tyyppistä addiktiiviseen käyttäytymiseen liittyvää puhetta. On siis parempi koodata liikaa kuin liian vähän menneeseen, nykyiseen tai tulevaan päihteiden käyttöön liittyvää puhetta. (Amrhein, 2007.)

Käytännössä koodaus tapahtui ohjeista poiketen käymällä aineisto läpi useita kertoja kuuntelemalla keskustelua Express Scribe ohjelmaa käyttäen ja merkitsemällä

Atlas.ti-ohjelmalla asiakkaan puheesta halutut kohdat ja niihin sopiva koodit. Kyseisen ohjelman käyttö koodauksen apuna helpotti ratkaisevasti aineiston käsittelyä. Kriminaalihuollon toimistoissa tehdyt videoitten äänitykset olivat haasteellisia, joten oli erityisen tärkeätä, että koodauksessa ei turvauduttu pelkästään keskustelujen litteraatioon, vaan käytettiin myös ääni- ja videotallenteita keskustelujen etenemisen ja puheen sävyjen hahmottamiseksi.

Koodaus eteni pääpiirteissään niin, että ensin katsoin videotallenteelta istuntoa pysähtyen kohtaan, jossa havaitsin asiakkaan muutospuhetta. Koodasin muutospuheen ja jos mahdollista sen alaluokan (syy [Reason], halu [Desire], tarve [Need], kyky [Ability], sitoutuminen [Commitment], DARN-C) tai vaihtoehtoiset luokat. Silloin kun olin epävarma puheen luokasta, merkitsin kohdan kysymysmerkillä.

Seuraavaksi kävin läpi kohtia, jotka oli merkitty usealla koodilla tai kysymysmerkillä. Tämän jälkeen merkitsin kuhunkin kohtaan puheen suunnan, oliko se kohti muutosta (+) vai nykytilanteen säilyttämiseen tai muutoksesta poispäin pyrkivää (-) ja merkitsin kullekin koodatulle lausumalle sen voimakkuuden. Lopuksi kävin läpi viimeiset kysymysmerkit ym:in tarvittaessa tekemiäni koodauksia.

Koodaaminen oli oppimisprosessi: koodaussäännöstö, koodaustapa ja kyky erottaa koodeja kehittyivät prosessin aikana. Koodauskierrosten aikana kirjasin muistiin koodauksessa esiin nousseita kysymyksiä ja epäselviä kohtia. Keskustelin näistä MISA-projektin A-klinikka-aineiston koodaajan Maria Rakkolaisen kanssa tavoitteena löytää yhteinen säännöstö ja koodaustapa. Myös projektin johtaja Anja Koski-Jännes osallistui näihin keskusteluihin ja koko projektin kesken loimme yhtenäistä käsitystä koodauksesta. Epäselvistä kysymyksistä ja koodaussääntöjen tarkentamisesta keskusteltiin myös Paul Amrheinin kanssa.

Koodausten tarkistusten jälkeen litteroitu keskustelu jaettiin desiileihin eli kymmenesosiin jakamalla koko istunnon aika kymmenellä ja merkitsemällä desiilien rajat numeroineen litteraatioon. Lopuksi asiakkaiden desiilittäiset koodaukset taulukoitiin Excel–ohjelmaan ja laskettiin kustakin solusta frekvenssit, aritmeettinen keskiarvo ja hajonta jatkoanalyyseja varten.

6.5 Mittarien reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen aineiston keräämisessä käytettiin reliabiliteetiltaan ja validiteetiltaan tutkittuja kansainvälisiä, vakiintuneita menetelmiä ja mittareita: AUDIT (Babor ym., 2001; Bohm, Babor & Kranzler, 1995; Hays ym., 1995), alkoholin haitat (Rehm ym., 1999), SDS (Gossop ym., 1995, Gossop, Best, Marsden & Strang, 1997), istunnon

arviointi (Stiles, 2002; Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, Barkham & Shapiro, 1994), työntekijän puheen ja käyttäytymisen arviointi, MITI (Forsberg, Berman, Källmen, Hermansson & Helgason, 2008; Jelsma, Mertens, Forsberg & Forsberg, 2015; Moyers ym., 2005), asiakkaan muutos- ja sitoutumispuheen koodaus (Amrhein ym., 2003).

MISA-projektissa pyrittiin yhtenäisyyteen sekä työntekijän että asiakkaan puheen koodausjärjestelmien käytössä monin eri tavoin. Työryhmämme ensinnäkin suomensi kummankin käytetyn koodauskäsikirja MITI 3.0:n ja 3.1.1:n (Moyers ym., 2007, 2010) ja Asiakkaan sitoutumispuheen koodauskäsikirjan (Amrhein, 2007). Osallistuimme myös Theresa Moyersin menetelmäkurssille ja harjoittelimme MITI-koodausta projektimme yhteisissä koodausharjoituksissa. Lisäksi olimme tiiviissä yhteydessä koodaukseen liittyvissä kysymyksissä. Järjestimme yhdessä myös Tampereen yliopiston sosiaalipsykologian opiskelijoille MITI-koodauskurssin, joka koostui luennoista sekä yhteisistä koodausharjoituksista (n. 40 tuntia).

Yhdyskuntaseuraamuksen VKM-istuntojen (n = 49) työntekijöiden puhetta arvioi kaksi koodaajaa. Koodasin itse 29 istuntoa. Loput 20 keskustelua koodasi MITI-koodauskurssille osallistunut opiskelija. Riittävän reliabiliteetin tarkistamiseksi tein näistä neljälle (20 %) istunnolle rinnakkaiskoodauksen. Kun kaksi tutkijaa arvioi samaa aineistoa koodauksen yhdenmukaisuuden testauksessa tuli käyttää Cohenin Kappaa (Hallgren, 2012; Metsämuuronen, 2005, s. 1087-1090). Koodaus todettiin luotettavan yhteneväksi, sillä työntekijöiden käyttäytymisen koodausten reliabiliteetti oli hyvä (0,77, $p < 0,001$) ja yleisarvioiden erinomainen (0,93, $p < 0,001$), kun yleisarvioita tarkasteltiin yhden pisteen tarkkuudella (Viera & Garrett, 2005).

MISA-projektin A-klinikkahaarassa MITI–koodauksen reliabiliteettia tarkasteltiin sisäkorrelaatiokertoimella (ICC, Intra class correlation) ja Cronbachin alfalla, joista sisäkorrelaatiokerroin ottaa huomioon arvioitsijoiden välillä olevan systemaattisen eron lisäksi myös sattumalta syntyvän yksimielisyyden. Koodauksen luotettavuus havaittiin hyväksi, sillä Cronbachin alfan keskiarvo yhdeksästä rinnakkaiskoodatusta istunnosta oli 0,85 (hyvä > 0,80) ja sisäkorrelaatiokertoimen keskiarvo 0,74 (hyvä =0,60-0,74). (Rakkolainen, 2012.)

Asiakkaan puheen koodauksen luotettavuutta ja yhdenmukaisuutta pyrittiin lisäämään monin eri tavoin esimerkiksi yhteisen säännöstön ja koodaustavan kehittämisellä projektille ja sitoutumista kuvaavien verbien sovittamisella suomen kieleen istuviksi. Epäselvissä ja tarkennusta vaativissa kohdissa olimme yhteydessä koodausjärjestelmän kehittäjään Paul Amrheiniin, joka myös vieraili kahteen otteeseen Tampereella. Jälkimmäisen tapaamisen yhteydessä paneuduimme A-klinikka-aineiston koo-

daajan kanssa Amrheinin johdolla tähän koodaustapaan aiemmin koodattujen aineistojen avulla. Harjoittelussa tekemiämme koodauksia verrattiin alkuperäisiin Amrheinin todetessa koodauksiemme olevan riittävän samankaltaisia. Varsinaiseen asiakkaan puheen reliabiliteetin testaukseen omilla aineistoilla ei kuitenkaan ollut resursseja. Asiaan palataan myöhemmin tutkimuksen tarkastelua koskevassa luvussa.

6.6 Riippumattomat ja riippuvat muuttujat

Selittävinä muuttujina toimivat asiakkaan taustaa ja päihteiden käyttöä koskevat tiedot, vastaukset keskustelun arviointilomakkeiden kysymyksiin sekä VKM-ohjelman noudattaminen. Manuaalin noudattamismuuttuja saatiin laskemalla, kuinka monta prosenttia manuaalin mukaisista aiheista (Ks. taulukko 8) ohjaaja kävi läpi niissä keskusteluissa, joita tämän aineiston haastattelut koskivat.

Taulukko 8. *Ensimmäinen ja toinen keskustelu manuaalin mukaan*

1. keskustelu	2. keskustelu
Johdanto	Johdanto
Muutoksen vaiheet	Edut ja haitat (Voimakenttä)
SOCRATES/URICA -palaute	Halu, kyky, valmius (Asteikot)
Ihmekysymys	Sisäinen ja ulkoinen motivaatio (Vaakakuppi)
Tavallinen päivä	Yhteenveto
Yhteenveto	

Ohjaajan ja asiakkaan vuorovaikutusta kuvaavat muuttujat, joita esiteltiin edellä luvussa 6.4.2, toimivat sekä selittävinä että selitettävinä muuttujina tutkimuskysymyksestä riippuen. VKM-ohjelman tuloksellisuutta kuvaavia riippuvia muuttujia aineiston analyysissa olivat VKM-ohjelman jatkaminen loppuun/keskeyttäminen, juomisen tiheys ja määrä, muiden päihteiden käyttö, juomisen AUDIT-pisteet ja alkoholin käytön haitat sekä SDS-asteikon pisteet.

Päätulosmuuttujaksi valittiin ensisijaisen päihteenkäytön suhteellinen vähentäminen alkutilanteesta 6 ja 12 kuukauden seurantaan. Yhdistelmämuuttuja saatiin laskemalla ensisijaisen päihteen AUDIT- tai SDS-pisteiden prosentuaalinen muutos suhteessa alkutilanteeseen.

6.7 Tilastolliset menetelmät

Tilastolliset analyysit toteutettiin SPSS-ohjelmalla (versiot 17.0–22.00). Merkitsevyystasoksi määriteltiin ($p < .05$). Koska aineisto oli suhteellisen pieni, raportoitiin myös tuloksia, jotka olivat vain suuntaan antavasti merkitseviä ($p < .10$). Tulosten analyysi aloitettiin tutkimalla kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä osanottajien alkutilanteen tietoja. Seuraavaksi tehtiin kadon analyysi, jossa seurantoihin vastanneiden ja vastaamattomien asiakkaiden taustatekijöitä ja päihteiden käyttöä alkutilanteessa vertailtiin, χ^2-testillä laatueroasteikollisia muuttujia ja t-testillä tai sen parametrittomalla vastineella Mann-Whitneyn U-testillä jatkuvia muuttujia. (Heikkilä, 2001; Jokivuori & Hietala, 2007; Metsämuuronen, 2005; Nummenmaa, 2009; Töttö, 2012.)

Työntekijöiden ja asiakkaiden arvioita istunnoista, heidän vuorovaikutustaan ja hoidon tuloksia tarkasteltiin sitten muuttujien jakautumisesta riippuen Pearsonin tulomomenttikertoimella tai Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella.

Asiakkaiden päihteiden käytön muutoksia puolen vuoden ja vuoden seurannassa analysoitiin hierarkkisella regressioanalyysillä. Tilastollisen voiman parantamiseksi asiakkaiden seurannoissa ensisijaisen päihteen puuttuvat tiedot korvattiin edellisellä saadulla arvolla. Jos puuttuva tieto siis oli kuuden kuukauden seurannasta, syötettiin alkutilanteen arvo ja vuoden seurannan puuttuva tieto sai alkutilanteen tai edellisen seurannan arvon.

VKM-ohjelman vaikuttavuutta selittävässä mallissa selittävänä muuttujana oli päihteiden käytön prosentuaalista muutosta koskeva päätulosmuuttuja. Selittäviä muuttujia olivat korrelaatioanalyysissä merkitseviksi osoittautuneet muuttujat, jotka kuvasivat asiakkaan taustaa ja alkutilannetta, työntekijän motivoivan haastattelun taitoja ja manuaalin noudattamista, asiakkaan muutos- ja sitoutumispuhetta sekä asiakkaan ja työntekijän arvioita keskusteluista. Lopuksi malliin otettiin mukaan teorian ja aiempien tutkimusten pohjalta merkityksellisiksi osoittautuneita muuttujia.

6.8 Tutkimuseettiset kysymykset

Ennen tutkimuksen alkua MISA-projektin tutkimussuunnitelma hyväksyttiin A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisessä toimikunnassa, joka antoi sille tutkimusluvan (Koski-Jännes, 2008). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilta pyydettiin haastatteluun ja sen videointiin sekä seurantahaastatteluihin yksilöity ja informoitu suostumus (liite 1). Tutkimustuloksia luvattiin kaikilta osin esitellä niin, etteivät yksittäiset henkilöt ole tunnistettavissa. Tutkimusaineistoa on säilytetty niin,

että ulkopuolisilla ei ole ollut siihen pääsyä. Tutkimusaineisto on ollut vain tutkimuksellisessa käytössä ja yksittäisiä tunnistettavia asiakkaita koskeva tutkimusaineisto hävitetään, kun koko tutkimus on valmis.

Edellisen lisäksi kaikessa toiminnassa on pyritty korkeiden eettisten arvojen toteutumiseen. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden lisäksi asiakkailla on ollut mahdollisuus päättää osallistuminen niin halutessaan ilman, että lopettamisella olisi ollut yhdyskuntaseuraamuksellisia seurauksia. Samoin ohjaajien on toivottu antavan asiakkaille palautetta MISA–esitietolomakkeeseen kuuluvasta juomatapatestistä ja SDS–testistä.

7 ALKUTILANTEEN TULOKSET

7.1 Asiakkaiden sosiaalinen tausta

Taulukko 9 kuvaa tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden sosiodemografista taustaa. Asiakkaiden keski-ikä oli 34 vuotta (vaihteluväli 19–62 vuotta). Lähes kaikki asiakkaat olivat miehiä, sillä tutkimukseen osallistui vain kolme naista. Suurin osa asiakkaista oli naimattomia ja vain harva eli parisuhteessa (16 %). Melkein kaikkien pohjakoulutus oli perus- tai keskikoulu; kahdella viidestä ei ollut ammattikoulutusta. Opisto- tai yliopistotasoinen ammattikoulutus oli kolmella asiakkaalla. Koulutustaso suhteessa suomalaisiin yleensä oli siis verrattain alhainen. Osallistujista 15 % oli ilman ammattia. VKM-ohjelmaa edeltäneen vuoden aikana lähes 70 % asiakkaista oli ollut työttömänä, osa heistä oli ollut vankilassa.

Tämän tutkimuksen asiakkaiden taustat erosivat MISA-projektin toisen haaran, A-klinikan asiakkaiden taustoissa monella tavalla (ks. Rakkolainen ym., 2015). VKM–aineistossa oli naisia selvästi vähemmän ja asiakkaiden keski-ikä oli 6 vuotta alhaisempi. Sosiaaliset suhteet olivat myös irrallisemmat: naimattomia oli enemmän, toisten luona tai asuntolassa asui useampi ja lapsien kanssa tai osittain asui vain viidesosa, kun vastaava osuus a-klinikka-asiakkailla oli lähes 60 %. VKM-asiakkaiden perus- ja ammattikoulutus sekä työllisyystilanne olivat huomattavasti heikompia kuin a-klinikka-aineistossa.

Laitoshoidossa olevilla päihdeasiakkailla on yleensä enemmän vakavia päihde- ja sosiaalisia ongelmia kuin avohoidon asiakkailla Suomessa (Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011a; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b; Saarnio, 2001; Saarnio & Knuuttila, 2008). Vaikka VKM-ohjelman osanottajat olivat taustoiltaan lähempänä laitos- kuin avohoitoasiakkaita, he olivat kuitenkin hieman nuorempia, useammin ilman parisuhdetta ja työelämän ulkopuolella kuin asiakkaat Saarnion laitostutkimuksissa.

VKM–aineiston osallistujat eivät eronneet iältään ja sukupuoleltaan valtakunnallisesti muista yhdyskuntaseuraamusasiakkaista, mutta heidän asuinolonsa, peruskoulutuksensa ja työtilanteensa olivat toisia huonommat (taulukko 10, liite 11, s. 256, Lavikkala, 2012).

Taulukko 9. *Asiakkaiden taustamuuttujat.*

		n	%
Ikä (n = 50)	19-24	10	20
	25-34	21	42
	35-44	9	18
	45-	10	20
Sukupuoli (n = 50)	Mies	47	94
	Nainen	3	6
Siviilisääty (n = 49)	Naimaton	30	61
	Parisuhde	8	16
	Eronnut	11	22
Asumismuoto	Oma/vuokra-asunto	38	78
	Toisten luona	6	12
	Asunnoton tai asuntolassa	5	10
Lapsia	Ei	22	45
	Kyllä	27	55
Asuu lasten kanssa	Ei	20	80
	Kyllä/osittain	5	20
Peruskoulutus	Perus/keskikoulu	46	96
	Ylioppilastutkinto	2	4
Ammattikoulutus	Ei koulutusta	20	41
	Ammattikoulu/-kurssit	26	53
	Opisto/yliopistokoulutus	3	6
Työtilanne	Työtön/lomautettu	34	69
	Palkansaaja/yrittäjä	6	12
	Muu tilanne	9	18

7.2 Päihteiden käyttö ja sen seuraukset

7.2.1 Päihteiden käyttö

Taulukko 11 (liite 11, s. 257) esittää asiakkaiden päihteiden käytön historiaa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet kertoivat käyttäneensä alkoholia. Seuraavaksi yleisimpiä päihteitä olivat kannabis, rauhoittavat lääkkeet ja amfetamiini, joita on käyttänyt yli puolet asiakkaista. Lähes kaikki asiakkaat olivat käyttäneet tupakkatuotteita. Tupakointi oli alkanut nuorimmalla iällä ja jatkunut pisimpään, 16 vuotta. Kun jatkossa puhutaan päihteistä ja niiden käytöstä, nikotiinia ei lueta niiden joukkoon ja se on mukana laskelmissa vain erikseen mainittaessa.

Varsinaisista päihteistä impattavien liuottimien kokeilu oli alkanut nuorimpana. Alkoholi oli kuitenkin yleisin päihteiden käytön aloituksessa ja valtaosa oli aloittanut sen käytön ensimmäiseksi.

VKM-ohjelman alkutilanteessa lähes kaksi kolmasosaa nimesi alkoholin ensisijaiseksi päihteekseen (taulukko 12). Muista päihteistä mainittiin useimmin amfetamiini (12 %) ja buprenorfiini (8 %). Kaksi kolmannesta asiakkaista käytti alkutilanteessa vain alkoholia, kolmannes oli sekakäyttäjiä. Pelkästään huumetta tai lääkettä käytti yksi asiakas. Ne, joilla oli myös muita kuin päihderiippuvuuksia (13 %), mainitsivat sen kohteina pelaamisen, näpistelyn, urheilun ja seksin.

Kaksi kolmesta asiakkaasta ilmoitti juovansa alkoholia korkeintaan kerran viikossa. Kolme ei juonut ollenkaan. Loput joivat useampia kertoja viikossa. Myös kertajuomisen määrä vaihteli paljon. Kun noin kolmannes joi tavallisesti vähän (0–6 annosta) ja toinen kolmasosa 7–14 annosta, niin loput joivat yli 15 annosta kerralla. Juomatavaltaan osallistujat jakautuivat kolmeen lähes yhtä suureen ryhmään. Eniten oli suhteellisen tasaisesti juovia. Loput joivat vaihtelevasti (välillä päivittäin ja välillä harvemmin) tai kausittain niin, että heillä oli selkeästi sekä raittiita että juomisjaksoja.

Taulukko 12. *Päihteiden käyttötapa ja alkoholin käyttö alkutilanteessa.*

	n	%
Ensisijainen päihde		
Alkoholi	32	64
Amfetamiini	6	12
Buprenorfiini	4	8
Rauhoittavat lääkkeet	2	4
Kannabis	2	4
Nikotiini	4	8
Yhteensä	50	100
Päihteiden käyttötapa:		
Pelkästään alkoholi	32	67
Pelkästään lääke/huume	1	2
Sekakäyttö	15	31
Yhteensä	48	100
Alkoholin käytön useus		
Ei koskaan	3	6
Kerran kuukaudessa tai harvemmin	12	24
2-4 kertaa kuukaudessa	19	39
2-3 kertaa viikossa	10	20
4 tai useampia kertoja viikossa	5	10
Yhteensä	49	100
Alkoholiannoksia tavallisesti:		
0-6	17	35
7-14	17	35
15-	15	31
Yhteensä	49	100

Muita päihteitä kertoi alkutilanteessa käyttäneensä kolmannes asiakkaista. Kuukausitasolla niiden käyttö vaihteli muutamasta kerrasta lähes päivittäiseen käyttöön. Viimeisen kuukauden aikana yleisimmin käytettyjä päihteitä olivat kannabis, rauhoitta-

vat lääkkeet ja buprenorfiini, joita käytettiin kuukaudessa keskimäärin noin kahdeksan kertaa (taulukko 13). Amfetamiinia ja liuottimia oli käytetty harvemmin. Kaksi kolmannesta asiakkaista tupakoi päivittäin.

Taulukko 13. *Muiden päihteiden keskimääräiset käyttökerrat alkutilanteessa viimeisen kuukauden aikana.*

Päihde	n	%	Ka	Kh
Kannabis	10	20	7,80	7,86
Rauhoittavat	9	18	8,22	7,11
Amfetamiini	6	12	3,33	2,16
Buprenorfiini	4	8	7,50	8,74
Liuottimet	1	2	1,00	0
Nikotiini	33	67	27,24	6,69

7.2.2 Päihteiden käytön seuraukset

Alkoholin käytön seurausten arvioinnissa käytettiin juomisen aiheuttamista riskeistä kertovaa AUDIT-testiä (Babor ym., 2001) sekä juomisen haittojen summamuuttujaa (Rehm ym., 1999). AUDIT-testissä yksi annos vastaa 0,33 litran pullollista keskiolutta. Muiden päihteiden seurausten arvioinnissa käytettiin päihderiippuvuutta kuvaavaa SDS-testiä (Gossop ym. 1995).

Esitietolomakkeen AUDIT-testin kysymysten pohjalta hiukan yli kymmenesosalle asiakkaista alkoholin käytöstä ei näyttänyt seuraavan haittoja. Muille siitä aiheutui riskejä ja yli 40 prosentilla AUDIT-pisteet kertoivat mahdollista riippuvuudesta (taulukko 14). Kuuteen erilliseen haittakysymykseen saatujen vastausten perusteella juominen ei ollut aiheuttanut haittoja neljännekselle asiakkaista, mutta melkein puolelle asiakkaista se oli tuottanut haittaa ainakin neljällä eri elämänalueella.

Esitietolomakkeen päihderiippuvuuden vakavuutta koskevat viisi kysymystä (SDS) oli tarkoitettu koskemaan riippuvuutta huumeista. Myös tupakan ja alkoholin ensisijaisena päihteenä maininneet olivat kuitenkin vastanneet näihinkin kysymyksiin. SDS-pisteiden keskiarvo oli korkein nikotiinilla, seuraavaksi suurimmat riippuvuuspisteet saivat alkoholi ja amfetamiini. Vähiten riippuvuutta koettiin kannabiksesta. Hiukan alle puolet asiakkaista oli syyllistynyt päihteiden vaikutuksen alaisena rikokseen ja vajaa kolmasosa oli vahingoittanut toista ihmisistä.

Taulukko 14. *Päihteiden käytön aiheuttamat riskit ja haitat.*

		n	%	Ka	Kh
AUDIT-pisteet	Haitaton käyttö	6	12	18,0	8,7
	Riskikäyttö (8-15)	14	29		
	Haitallinen käyttö (16-19)	9	18		
	Mahdollinen riippuvuus (≥ 20)	20	41		
Alkoholin haitat	Ei haittoja	12	24	2,9	2,1
	1-3 haittaa	17	35		
	4-6 haittaa	20	41		
SDS-pisteet	0-4	4	29	5,8	3,1
	5-9	8	57		
	10-	2	14		
Ensisijainen päihde SDS-pisteet	Nikotiini	4	8	9,5	5,1
	Alkoholi	32	64	7,0	3,6
	Amfetamiini	6	12	7,0	2,4
	Buprenorfiini	4	8	5,5	4,2
	Rauhoittavat	2	4	5,0	4,2
	Kannabis	2	4	3,5	2,1
Päihtyneenä	on vahingoittanut toista ihmistä	15	31		
	on syyllistynyt rikokseen	28	57		

Juomisesta oli yleisimmin seurannut syyllisyyttä, tapaturmia ja muiden ilmaisemaa huolta (taulukko 15, liite 11). Suurin osa, neljä viidesosaa asiakkaista oli satuttanut juomisen takia itseään tai jotakuta muuta. Puolella tämä oli tapahtunut viimeisen vuoden aikana. Yli 60 %:lle asiakkaista oli ehdotettu juomisen vähentämistä tai siitä oltiin ainakin huolestuneita. Alkoholin käytöstä oli ollut eniten haittaa mielialaan ja vähiten työllistymiseen ja opintoihin.

Ensisijaisen päihteen käytössä vaikeinta oli ollut käytöstä kieltäytyminen tai kokonaan lopettaminen. Tätä mieltä oli neljä viidestä asiakkaasta. Lähes kaksi kolmasosaa asiakkaista oli toivonut usein tai aina lopettamista ja yli puolet oli ollut ainakin huolestunut käytöstään (taulukko 16, liite 11, s. 259).

7.2.3 Päihteiden käyttö alkutilanteessa suhteutettuna muihin tutkimusaineistoihin

MISA-projektin eri tutkimushaarojen asiakkaat erosivat toisistaan päihteiden käytöltään monella tavoin. Maria Rakkolaisen A-klinikka-aineistossa kaikki asiakkaat käyttivät alkoholia ja alkoholi oli vieläkin useammin ensisijainen päihde kuin tässä tutkimuksessa. Lisäksi kenenkään ensisijainen päihde ei ollut rauhoittavat lääkkeet ja yleisin käytetty huume oli buprenorfiini. AUDIT-pisteiden, juomishaittojen ja SDS-pisteiden keskiarvot olivat A-klinikka-asiakkailla korkeammat kuin VKM-aineistossa. Jälkimmäiset olivat toisaalta selvästi useammin päihtyneenä ollessaan vahingoittaneet toista ihmistä ja syyllistyneet rikokseen kuin A-klinikka-asiakkaat. (Rakkolainen ym., 2015.)

Yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden päihteiden käytöstä saimme valtakunnallista tietoa vuodelta 2010 (Lavikkala, 2012). Eniten ongelmia heille syntyi alkoholista, kun taas huumeiden ja lääkkeiden käyttö oli selvästi vähäisempää. Yli 40 %:n asiakkaista arvioitiin käyttävän alkoholia melko tai huolestuttavan runsaasti.

Taulukko 17. *Yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden päihteiden käyttö vuonna 2010 (%).*

	Alkoholi	Huumeet	Lääkkeet
Ei/ei ongelmaa	11	73	74
Vähäistä	42	10	7
Melko runsasta	33	6	4
Huolestuttavan runsasta	11	4	2
Ei tietoa	3	7	13
Yhteensä	100	100	100

Pekka Saarnion johtaman Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa –projektin aineistoon suhteutettuna päihteiden käytön profiilit olivat VKM-aineiston asiakkaiden kanssa yllättävänkin samanlaisia. Alkoholia käytettiin eniten ja se oli yleisimmin ensisijainen päihde, mutta myös muiden päihteiden käyttö oli samansuuntaista: kannabista, amfetamiinia, rauhoittavia ja buprenorfiinia käytettiin saman verran ja sekakäyttäjien osuus oli saman suuruinen kuin VKM-asiakkailla. (Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011a; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b.)

7.3 Päihdehoidot ennen Viisi keskustelua muutoksesta – ohjelmaa

VKM-asiakkaista noin kolmasosa ei ole ollut koskaan laitoshoidossa päihteiden takia, loput ainakin kerran ja viidennes vähintään viisi kertaa tai useammin (taulukko 18). Viimeisen kuuden kuukauden aikana ennen VKM-ohjelman alkua lähes puolet asiakkaista oli ollut avo- tai laitoshoidossa. Viimeisen kolmen kuukauden aikana viidesosa oli osallistunut AA/NA-ryhmään tai johonkin muuhun vertaistukiryhmään. Vähän alle kolmasosa oli yrittänyt rajoittaa päihteiden käyttöään lääkkeillä (antabus, buprenorfiini, rauhoittavat sekä masennuslääkkeet).

Taulukko 18. *Päihdehoidot ennen VKM–ohjelmaa.*

	n	%
Hoitojaksot päihdelaitoksissa		
Ei yhtään	15	31
1-2 jaksoa	16	33
3-5 jaksoa	7	14
yli 5 jaksoa	11	22
Avo- tai laitoshoidossa viimeisen 6kk:n aikana	23	47
Osallistunut vertaistukiryhmään viimeisen 3 kk:n aikana	10	20
Käyttänyt lääkettä päihteiden vähentämiseen viim. 3 kk:n aikana	14	29

7.4 Tavoitteet alkutilanteessa ja usko niiden toteutumiseen

Asiakkailta kysyttiin alkutilanteessa myös heidän tavoitteitaan alkoholin ja päihteiden käytön suhteen (Taulukko 19). Alkoholia ensisijaisena päihteenään pitäneistä 59 % piti tavoitteenaan juomisen vähentämistä, neljäsosa halusi säilyttää juomisen nykyisellään ja loput tavoittelivat raittiutta. Muita päihteitä käyttävillä yleisin tavoite oli täysraittius. Keskimääräinen vähentämistavoite oli molemmissa ryhmissä noin 70 %.

Usko tavoitteen onnistumiseen oli keskimäärin vahvaa. Alkoholin kohdalla onnistumiseen luotti neljä viidesosaa asiakkaista ja muiden päihteiden kohdalla vieläkin suurempi osuus.

Taulukko 19. *Tavoitteiden onnistumisvarmuus alkoholin ja huumeiden/lääkkeiden suhteen*

Tavoite	Alkoholi				Huume/lääke			
	n	%	ka	(kh)	n	%	ka	kh
Täysraittius	(8)	16			(27)	60		
Vähentäminen	(29)	59			(12)	27		
Ei muutosta	(12)	25			(6)	13		
Yhteensä	(49)	100			(45)	100		
Onnistumisvarmuus (ka,%)			77	(22)			88	(19)
Vähentämistavoite (%)			69	(19)			72	(24)

7.5 Perustietoja VKM –ohjaajista

Tutkimukseen osallistui 25 yhdyskuntaseuraamustyöntekijää eri puolilta Suomea 12 yhdyskuntaseuraamustoimistosta. Eniten VKM-ohjaajia oli Itä- ja Pohjois-Suomesta (40 %). Valtaosa ohjaajista (84 %) oli naisia, kun melkein kaikki asiakkaat olivat miehiä (taulukko 20). Ohjaajien keski-ikä oli 43 vuotta (vaihteluväli 27–63), joten he olivat keskimäärin 10 vuotta ohjattaviaan vanhempia. Vajaa puolet työntekijöistä oli naimisissa ja kaksi kolmannesta eli parisuhteessa. Enemmistöllä oli korkea perus- ja ammatillinen koulutus ja he olivat kokeneita kriminaalihuollon työntekijöitä. Kaksi kolmannesta oli työskennellyt rikosseuraamusalalla 5–15 vuotta ja lähes kolmannes yli 15 vuotta. Erillistä kokemusta päihdetyöstä oli vain kahdella työntekijällä. Yleisin menetelmällinen suuntaus (61 %) oli motivoiva haastattelu, seuraavana eri suuntausten yhdistäminen. Kukaan ohjaaja ei kertonut toipuneensa omakohtaisesta päihdeongelmasta, mutta päihdeongelmalla oli ollut näkyvä osa lapsuuden perheessä tai lähipiirissä noin kahdella kolmanneksella työntekijöistä.

Työntekijät olivat tyytyväisiä sekä työhönsä että VKM-ohjelmaan. Lähes puolet työntekijöistä (44 %) ohjasi yhden VKM-keskustelun, neljännes osallistui tutkimukseen kahdella VKM-asiakkaalla ja kolmanneksella oli kolmesta viiteen asiakasta. Neljännes ohjaajista oli toiminut myös VKM-ohjelmakouluttajana.

Taulukko 20. *Perustietoja työntekijöistä.*

	n	%
Sukupuoli		
Mies	4	16
Nainen	21	84
Ikä (n = 24)		
-30	3	13
31-40	5	21
41-50	11	46
51-	5	21
Siviilisääty (n = 24)		
Naimaton	3	13
Avoliitossa	6	25
Naimisissa	10	42
Eronnut tai asumuserossa	4	17
Leski	1	4
Peruskoulutus (n = 23)		
Peruskoulu tai keskikoulu	7	30
Ylioppilastutkinto	16	70
Ammatillinen koulutus (n = 24)		
Ei ammatillista koulutusta	1	4
Opisto- tai ammattikorkeakoulu	15	63
Yliopistotasoinen koulutus	8	33
Menetelmällinen suuntaus (n = 22)		
Kognitiiviset terapiat	1	5
Motivoiva haastattelu	14	64
Ratkaisukeskeisyys	1	5
Eri suuntausten yhdistelmä	6	27
Rikosseuraamusalalla toimiminen		
Alle 5 vuotta	1	4
5-15 vuotta	16	67
Yli 15 vuotta	7	29
	Ka	Kh
Innostus työskentelyyn(n = 23)[1]	4, 1	,63
Tyytyväisyys VKM–ohjelmaan (n = 23)[1]	4, 2	,58
VKM-ohjaukset tutkimuksessa (n = 25)	2, 0	1,1

[1] (asteikko 1-5)

7.6 Alkutilanteen tulosten tarkastelua

Melkein kaikki tutkimukseen osallistuneet yhdyskuntaseuraamusasiakkaat olivat yksinäisiä miehiä (keski-ikä 34 vuotta), joiden koulutustaso oli verrattain alhainen. Ennen tutkimusta kaksi kolmasosaa oli ollut työttömänä, heistä osa vankilassa. VKM-asiakkaat erosivat taustoiltaan MISA-projektin A-klinikan asiakkaista monin tavoin (Rakkolainen ym., 2015) ja muistuttivat enemmän laitoshoidossa olevia päihdeasiakkaita, vaikka olivat hieman nuorempia, useammin ilman parisuhdetta ja työelämän ulkopuolella (Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011a; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b; Saarnio, 2001; Saarnio & Knuuttila, 2008). Verrattuna muihin yhdyskuntaseuraamusasiakkaisiin VKM-asiakkaiden sosiaalinen tausta näytti jonkin verran heikommalta.

Alkoholi oli yleisin ensisijainen päihde (64 %). Kolmasosa asiakkaista oli päihteiden sekakäyttäjiä ja vain yksi oli lääkkeiden väärinkäyttäjä. Juomisesta oli aiheutunut haittaa ainakin neljällä eri elämänalueella ja lähes puolet asiakkaista ylitti AUDIT-testin mahdollisen riippuvuuden rajan kahdeksan pistettä. Muista päihteistä aiheutti eniten riippuvuutta amfetamiini ja buprenorfiini. Noin kolmanneksella ei ollut lainkaan kokemusta päihdehoidoista, muilla oli avo- ja/tai laitoshoitokokemusta vaihtelevasti. Joka viides oli osallistunut vertaisryhmään ja vajaa kolmannes oli yrittänyt rajoittaa päihteiden käyttöä lääkkeiden avulla.

Alkoholin käytön tavoite oli yleisimmin vähentäminen (lähes 80 %). Huumeiden tai lääkkeiden käyttö sen sijaan pyrittiin useimmiten lopettamaan kokonaan ja usko tämän tavoitteen saavuttamiseen oli suurempi (lähes 90 %) kuin juomisen vähentämiseen pyrkivillä. Vaikka aivan tarkkaa vertailutietoa ei ollut saatavissa VKM-asiakkaiden päihteiden käyttö näytti runsaammalta kuin yhdyskuntaseuraamusasiakkailla keskimäärin. He vaikuttivat myös motivoituneilta tekemään asialle jotakin.

MISA-projektin A-klinikka-aineistossa (Rakkolainen, 2017) alkoholi oli vieläkin useammin ensisijainen päihde kuin tässä tutkimuksessa. Yleisin huume oli buprenorfiini. AUDIT-pisteiden, juomishaittojen ja SDS-pisteiden keskiarvot olivat A-klinikka-asiakkailla korkeammat kuin VKM-aineistossa. Jälkimmäiset olivat toisaalta selvästi useammin päihtyneenä ollessaan vahingoittaneet toista ihmistä ja syyllistyneet rikokseen kuin A-klinikka-asiakkaat.

Samoihin aikoihin tutkittujen päihdehoidon laitosasiakkaiden päihteiden käyttö oli samansuuntaista tämän aineiston kanssa: alkoholi oli yleisin ensisijainen päihde, kannabista, amfetamiinia, rauhoittavia ja buprenorfiinia käytettiin saman verran ja sekakäyttäjiä oli yhtä paljon. (Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011a; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b.)

Kun verrataan tämän tutkimuksen aineistoa aiemmin esittämieni katsausten tutkimuksiin, VKM-asiakkaat ovat taustoiltaan luonnollisesti lähempänä luvun 3 kriminaalitutkimusten kuin luvun 4 prosessitutkimusten asiakkaita. Naisia oli edellisissä vähemmän kuin prosessitutkimuksissa. Katsausten tutkimuksiin osallistuneet olivat hieman nuorempia (30-vuotiaita) kuin tässä aineistossa. Runsaasta päihteiden käytöstä seuraavien ongelmien ohella VKM-asiakkaiden haasteellisuutta lisäsi heidän rikoksistaan saamansa tuomio. Monissa kriminaalikontekstin tutkimuksissa oli muitakin toipumisen vaikeuskerrointa kasvattavia tekijöitä kuten oppimisvaikeuksia (Mendel & Hipkins, 2002), perheväkivaltaa (Easton ym., 2000), mielenterveysongelmia (Miles ym., 2007), etninen vähemmistö ja osalla epäsosiaalinen diagnoosi (Woodall ym., 2007). VKM-asiakkaillakin saattoi olla vastaavia, mutta virallista diagnoosia heistä ei tehty. Kun avo- ja laitostutkimuksissa käytettyjä päihteitä olivat alkoholi ja huumeet sekä näiden sekakäyttö, prosessitutkimukset koskivat lähes pelkästään alkoholin käyttöä; vain yhdessä tutkimuksessa päihde oli marijuana (Walker ym., 2011) ja toisessa laittomat huumeet yleensä (Amrhein ym., 2003).

8 VÄLITTÖMÄT TULOKSET VKM –OHJELMASTA

8.1 Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot keskusteluista

Sekä asiakkaita että työntekijöitä pyydettiin arvioimaan kumpaakin ensimmäistä keskustelua. Asiakkaat arvioivat keskustelua ja ohjaajan suhtautumista. Työntekijät esittivät keskustelun arvioiden lisäksi yleisarviot asiakkaasta ja uskonsa asiakkaan muutoksesta. Kaikissa arvioissa käytettiin asteikkoa 1-5. Kunkin arvion osioista laskettiin summamuuttujat, joiden osiot korreloivat toisiinsa vahvasti ja niiden reliabiliteetit olivat riittävän korkeita, kaikki yli 0,60 (Cronbachin alfa vaihteli välillä 0,66 – 0,85).

Asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä keskusteluihin ja ohjaajiinsa. Keskustelun laadun keskiarvo oli ensimmäisessä istunnossa 4 ja toisessa 4,1 (taulukko 21). Asiakkaiden yleisarvio ohjaajasta oli tätäkin korkeampi, kummassakin keskustelussa 4,8. Työntekijöiden vastaavat arviot olivat asiakkaita matalampia (3,5 ja 3,9 kummassakin keskustelussa), mutta heidän uskonsa asiakkaan myönteiseen hoitotulokseen kasvoi hiukan ensimmäisestä istunnosta toiseen. Tutkimuksissa on havaittu, että asiakkaiden arviot istunnosta ennakoivat hyvin tuloksia (Hovarth & Symonds, 1991; Wampold ym., 2011). Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot eivät Wilcoxonin testillä mitattuna poikenneet toisistaan kummallakaan arviokerralla ($p > .05$).

Istunnon arvioinnin yhteydessä asiakkailta kysyttiin vielä myös ensisijaista päihdettä ja pyydettiin arvioimaan, kuinka valmis asteikolla 1–10 asiakas olisi vähentämään tai lopettamaan sen käytön. Asiakkaiden muutosvalmius oli korkea, sillä ensimmäisen keskustelun jälkeinen keskiarvo oli 8,3 (kh = 1,89) ja toisen 8,6 (kh = 1,87). Valmiuden muutos oli oireellisen merkitsevä ($Z = -1,874$, $p = .061$).

Taulukko 21. *Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot ensimmäisestä ja toisesta keskustelusta asteikolla 1-5 (n = 49).*

	1.keskustelu		2. Keskustelu	
Asiakkaat	Ka[1]	Kh[2]	Ka[1]	Kh[2]
Keskustelun laatu	4,0	,71	4,1	,66
Yleisarvio työntekijästä	4,8	,33	4,8	,33
Työntekijät				
Keskustelun laatu	3,5	,56	3,5	,60
Yleisarvio asiakkaasta	3,9	,57	3,9	,57
Usko asiakkaan jatkoon	3,6	,72	3,7	,79

[1] Keskiarvo, [2] keskihajonta

Asiakkaiden ja työntekijöiden keskustelujen arvioissa kiinnosti myös, miten ne korreloivat keskenään ja miten ensimmäisen ja toisen keskustelun arviot erosivat toisistaan. Motivoivan haastattelun kannalta oli mielenkiintoista, miten ohjaajan usko asiakkaan muutokseen ja asiakkaan oma muutosvalmiuden arviointi suhteutuvat toisiinsa ja muihin arviointeihin. Koska Spearmanin korrelaatiokerroin nonparametrisena sopii hyvin näin pieneen aineistoon, kuvailen tässä etupäässä sen tuloksia (taulukko 22). Kaikki taulukossa esitetyt korrelaatiot olivat positiivisia. Ei liene yllätys, että vahvimmat korrelaatiot olivat ensimmäisen ja toisen keskustelun välillä, mikä kertonee myös siitä, että keskustelujen luonne säilyi saman henkisenä huolimatta niiden erilaisesta sisällöstä. Sekä ohjaajan että asiakkaan arvioit ensimmäisestä ja toisesta keskustelusta korreloivat keskenään vähintään melkein merkitsevästi. Monet korrelaatiokertoimet tässä samoin muissa myöhemmin esiteltävissä aiheissa olivat yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä korkeita.

Muut asiakkaiden arvioiden korrelaatiot olivat heikompia kuin ohjaajan arvioiden korrelaatiot. Asiakkaan ensimmäisen keskustelun muutosvalmius korreloi merkitsevästi ohjaajan arvioon asiakkaasta ($r = ,37$, $p = .010$) sekä ohjaajan uskoon asiakkaan muutoksesta ensimmäisen ($r = ,43$, $p = .002$) ja toisen keskustelun ($r = ,44$, $p = .002$) jälkeen. On huomattavaa, että asiakkaan myönteinen käsitys ensimmäisestä keskustelusta korreloi sekä muutosvalmiuteen että arvioon ohjaajasta molempien istuntojen jälkeen melkein merkitsevästi.

Ohjaajan asiakkaan arviolla oli vahva korrelaatio hänen uskoonsa asiakkaan muutokseen kummankin keskustelun jälkeen ($r = ,58$, $p < .001$ ja $r = ,57$, $p < .001$). Toisen istunnon ohjaajan arvio keskustelusta korreloi merkitsevästi tämän arvioon asiakkaasta ($r = ,59$, $p < .001$), joka korreloi yhtä vahvasti ohjaajan uskoon asiakkaan muutoksesta ($r = ,55$, $p < .001$). Tällä taas oli myös merkitsevä yhteys asiakkaan muutosvalmiuteen ($r = ,52$, $p < .001$).

Ohjaajan arvio asiakkaasta (r = ,38, p = .009) ja hänen uskonsa asiakkaan muutokseen ensimmäisessä istunnossa korreloivat vielä asiakkaan kokemaan muutosvalmiuteen toisen keskustelun jälkeen. Ohjaajan uskolla asiakkaan muutokseen ensimmäisessä keskustelussa on merkitsevä korrelaatio ohjaajan arvioon asiakkaasta toisen keskustelun jälkeen (r = ,46, p = .001).

Taulukko 22. *Asiakkaiden ja työntekijöiden keskustelun arvioiden merkitsevät korrelaatiot*

	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12
I. keskustelu											
1. As arvio keskustelu	1.000										
2. As arvio ohjaajasta	,34*	1.000									
3. As muutosvalmius	,30*		1.000								
4. O arvio keskustelu		,31*		1.000							
5.O: arvio asiakkaasta			,37**	,35*	1.000						
6. O: muutosusko			,43**		,58**	1.000					
II. keskustelu											
7. A: arvio keskustelusta	,44**		,32*				1.000				
8. A: arvio ohjaajasta	,31*	,78**									
9. A: muutosvalmius	,33*		,76**		,38**	,44**	,30*	1.000			
10. O: arvio keskustelu				,32*					1.000		
11. O: arvio asiakkaasta				,33*	,60**	,46**			,59**	1.000	
12.O: muutosusko			,44**	,28*	,57**	,80**		,52**		,55**	1.000

As= asiakas; O= ohjaaja; ** p < 0,001; *p <0,05

8.2 Motivoivan haastattelun toteuttaminen

Työntekijöiden motivoivan haastattelun toteuttamista VKM-keskusteluissa arvioitiin ensin MITI–koodausjärjestelmän avulla. Työntekijän yleisarviot kuvasivat hänen työskentelytapaansa suhteessa asiakkaaseen viidellä ulottuvuudella (evokaatio, yhteistyö, autonomian tukeminen, keskustelun suuntaaminen ja empatia) ja käyttäytymis-

koodit kuvasivat ohjaajan spesifejä tekoja (tiedonanto, suljettu ja avoin kysymys, yksinkertainen ja monimuotoinen reflektio sekä motivoivan haastattelun mukainen tai vastainen käyttäytyminen).

Kokonaisarviot painottuivat asteikon 1–5 positiiviseen päähän. Yhteistyön, herättelyn ja suuntaamisen keskiarvot olivat yli neljän, kuten yhteistyön, herättelyn ja autonomian yhdessä muodostaman motivoivan hengenkin. Vain asiakkaan empatian keskiarvo jäi hiukan neljästä pisteestä (taulukko 23).

Taulukko 23. *Yleisarviot motivoivan haastattelun noudattamisesta (n = 49).*

	Ka[1]	Kh[2]
Yhteistyö	4,3	0,65
Herättely	4,1	0,74
Autonomia	4,0	0,69
Empatia	3,8	0,79
Suuntaaminen	4,4	0,78
Motivoivan haastattelun henki	4,1	0,53

[1] keskiarvo, [2] keskihajonta

Vaikka ohjaajien käyttäytymiskoodausta tehtiin kustakin valitusta istunnosta vain 20 minuutin mittainen jakso, niin käyttäytymiskoodeja kertyi yhteensä noin 3000. Taulukosta 24 havaitaan, että valituissa keskustelujaksoissa oli keskimäärin 5 tiedon antamista, lähes 9 motivoivan haastattelun mukaista ilmaisua, mutta ei välttämättä yhtään sen vastaista puhetta. Yleisimpiä puhetekoja tai ilmaisuja olivat kysymykset (40 %) ja reflektiot (36 %). Käyttäytymiskoodien määrällinen vaihtelu oli suurta. Minimissään niitä ei ollut valitussa keskusteluotteessa lainkaan ja enimmillään esimerkiksi kysymyksiä ja reflektioita oli noin 70. Motivoivan haastattelun vastaista käyttäytymistä koodaukseen valituissa jaksoissa ilmeni todella vähän, alle prosentin koodatuista käyttäytymisistä.

Taulukko 24. *MITI – käyttäytymiskoodien esiintyminen koodatuilla keskustelujaksoilla.*

	Ka	Kh	%	Min	Max
Tiedon antaminen	5,02	3,79	9	0	14
Kysymykset	26,08	13,91	40	5	71
Reflektiot	23,08	12,66	36	8	65
MH:n mukainen	8,59	4,65	14	1	20
MH:n vastainen	0,29	0,74	0,5	0	4

Työntekijöiden taitavuuden arvioimiseksi ohjaajien käyttäytymistä verrattiin Moyersin ja muiden (2009) esittämiin kynnysarvoihin (taulukko 25, vrt. Taulukko 6 s. 119). Työntekijät näyttävät sisäistäneen hyvin motivoivan haastattelun hengen osana VKM-ohjelmaa. Taitajan tason saavutti motivoivan haastattelun hengessä suurin osa, kolme neljästä ohjaajasta. Myös työntekijän käyttäytymisistä ehkä tärkeimmissä, motivoivan haastattelun mukaisten ilmaisujen ja monimuotoisten reflektioiden osuuksissa ohjaajat saivat varsin korkeat arvot (82 % ja 88 %) sijoittuen taitajien tasoon, mikä kertoo näiden VKM -ohjaajien pätevyydestä motivoivassa haastattelussa. Sen sijaan reflektoivan kuuntelun taidossa ja avointen kysymysten tekemisessä tarvittaisiin lisää harjoitusta, sillä noin kaksi kolmannesta työtekijöistä jäi näissä kohdissa aloittelijan tason alapuolelle. Päästäkseen reflektioiden suhteessa kysymyksiin aloittelijan tasolle jokaista kysymystä pitäisi vastata yksi reflektio. Taitavassa motivoivassa haastattelussa reflektioita esitetään kaksi kertaa useammin kuin kysymyksiä. A-klinikka-aineistossakin avointen kysymysten tekeminen osoittautui vaikeimmin hallittavaksi tekniseksi taidoksi (Rakkolainen, 2012).

Taulukko 25. *Työntekijän motivoivan haastattelun taidot (%, n = 49).*

	Alle aloittelijan tason	Aloittelijan pätevyys	Taitajan taso
Motivoivan haastattelun henki	12 %	14 %	74 %
Reflektioiden suhde kysymyksiin	61 %	29 %	10 %
Avointen kysymysten % -osuus	63 %	29 %	8 %
Monimuotoisten reflektioiden %-osuus	4 %	8 %	88 %
MH:n mukaisten ilmausten %-osuus	14 %	4 %	82 %

8.3 Manuaalin noudattaminen

VKM-ohjelman kehittämisen aikaan jo tiedettiin, että manuaalin liian kirjaimellinen seuraaminen voi heikentää tuloksia (esimerkiksi Amrhein ym., 2003; Farbring & Berge, 2012). Ohjelman käsikirjassa varoitettiinkin liian tiukasta ohjeiden noudattamisesta ja suositeltiin toimiman joustavasti kunkin asiakkaan tarpeiden mukaan.

Työntekijät toteuttivat kuitenkin suositeltua sisältöä varsin kattavasti. Ensimmäisissä istunnoissa käsiteltiin useimmiten kaikkia viittä tai vähintään neljää ohjekirjassa esitetyistä aiheista, joten manuaalin noudattamisprosentti oli 80 (taulukko 26). Toisen keskustelun teemoista käytiin läpi keskimäärin 86 %. Vain yhdessä istunnossa ei käsitelty lainkaan manuaalissa suositeltuja teemoja. Ohjelman manuaalin käyttö näytti

yleisesti tuottavan istunnolle rakennetta silloinkin, kun keskustelu näytti etenevän suhteellisen vapaasti ja spontaanisti.

Taulukko 26. *Manuaalin mukainen teemojen käsittely.*

	n	%
1. keskustelu		
Johdanto	18	82
Muutoksen vaiheet	20	91
Keskustelua muutoksesta: SOCRATES/URICA – palaute	21	95
Ihmekysymys	18	82
Tavallinen päivä	12	55
Yhteenveto	17	77
Teemoja keskimäärin		80
2. keskustelu		
Johdanto	25	93
Nykytilanteen/ muutoksen edut ja haitat (Voimakenttä)	25	93
Muutoksen halu, kyky, valmius (Asteikot)	25	93
Sisäinen ja ulkoinen motivaatio (Vaakakuppi)	20	74
Yhteenveto	21	78
Teemoja keskimäärin		86

Kuusi tallennetta jäi kesken ennen istunnon loppumista. Kesken jääneissä ensimmäisissä keskusteluissa toisessa oli käsitelty kaikkia kohtia ja ehditty tehdä yhteenvetokin lopussa, kun taas toisessa oli toteutettu manuaalista vain yksi kohta. Toisista keskusteluista oli nauhoitus jäänyt vajaaksi neljällä asiakkaalla. Näistä yhdellä kaikki kohdat oli käsitelty. Kahdelta jäi puuttumaan yhteenveto ja kolmannella ei ollut käsitelty mitään ohjelmassa mainittua asiaa.

8.4 Asiakkaan muutos- ja säilyttämispuheen koodaustulokset Amrheinin koodausjärjestelmällä

Istuntojen kokonaiskesto oli keskimäärin noin 56 minuuttia vaihdellen hieman yli puolesta tunnista reiluun tuntiin. Kun ohjaajat puhuivat yli puolet ajasta (55 %), asiakkaiden keskimääräiseksi osuudeksi keskustelujen sanamääristä jäi noin 44 %.

Maksimissaan asiakas puhui lähes 85 % ajasta ja vähimmillään käytti noin kymmenesosan puheesta (taulukko 27, liite 11, s. 259). Motivoivan haastattelun tavoite, että asiakas puhuisi enemmän kuin työntekijä toteutui määrällisesti hiukan yli kolmanneksessa keskusteluista.

Asiakkaan puheesta etsittiin kohtia, joissa hän puhui päihteiden käytöstään ja se luokiteltiin joko muutospuheeksi (Change Talk) (vähentäminen tai lopettaminen) tai nykykäytön jatkamiseen tai lisäämiseen suuntautuvaksi säilyttämispuheeksi (Sustain Talk). Nollapuheeksi (0-puhe) merkittiin ilmaisu, josta ei havaittu puheen suuntaa tai puheenvuoro ilmensi ambivalenssia suhteessa päihteen käyttöön.

Muutospuheesta erotettiin vielä muutosta valmisteleva puhe (halu [Desire], kyky [Ability], syy [Reason], tarve [Need], DARN) ja muutokseen sitoutumista ilmentävä puhe. Lisäksi arvioitiin ilmaisujen voimakkuutta asteikolla 1–5, jossa puheen suuntaa ilmensi säilyttämispuheessa miinus -merkki (-).

Esittelen koodaustuloksia niin, että ensin kuvaan koodien määriä ja sitten asiakkaan puheen voimakkuutta. Amrheinin koodausjärjestelmään kuuluva desiilijaottelu oli mukana koodauksen valmisteluvaiheessa, mutta resurssien puutteen takia tarvittavat analyysit jäivät tekemättä tässä vaiheessa.

Päihteisiin kohdistuvaa puhetta koodattiin yhteensä keskimäärin 130 kertaa per asiakas (taulukko 28, liite 11, s. 260). Asiakkaitten välinen vaihtelu oli taas suurta. Vähimmillään puheessa oli 50 koodausta, kun eniten päihteiden käytöstä puhuneen asiakkaan keskustelussa koodauksia oli viisinkertainen määrä. Muutospuhetta oli keskimäärin kaksi kertaa enemmän kuin säilyttämispuhetta. Päihteiden käytön jatkamispuhetta esiintyi suunnilleen yhtä paljon kuin nollapuhetta.

Muutospuheesta oli muutosta valmistelevaa puhetta (syy, halu, tarve ja kyky) kolme neljännestä ja sitoutumispuhetta neljännes. Säilyttämispuheessa sitoutumisen osuus oli melkein kaksi kertaa suurempi. Asiakkaiden muutospuheessa ilmeni keskimäärin eniten syitä muutokselle (42 %), sitoutumista siihen (25 %) ja kykyä muutokseen (18 %). Säilyttämispuheessa yleisintä oli sitoutuminen päihteisiin (42 %), syyt päihteiden käytön jatkamiseen (35 %) ja kykypuhe (18 %).

Muutokseen valmistelevan puheen määrä korreloi muutokseen sitoutumisen kanssa melkein merkitsevästi sekä myös päihteiden käytön jatkamista valmistelevan ja valmistelevan nollapuheen määrien kanssa (taulukko 29). Odotusten vastaisesti jälkimmäiset korrelaatiot olivat ensimmäistä hieman vahvempia. Muutokseen sitoutumispuheella ei ollut yhteyttä säilyttämis- tai nollapuheeseen. Säilyttämispuheen (valmisteleva ja sitoutuminen) määrällä oli muutospuheesta poiketen merkitsevät korrelaatiot sekä valmistelevaan ja sitoutumista koskevaan nollapuheeseen. Näyttää siis siltä, että asiakkaan kohdekäyttäytymiseen liittyvä neutraali, vailla selvää suuntaa

oleva puhe on enemmän yhteydessä tilanteen säilyttämiseen kuin sen muuttamiseen. Tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot valmistelevan puheen (muutosta -, säilyttämistä -, valmistelevan nollapuheen) välillä vahvistavat ajatusta kohdekäyttäytymiseen liittyvästä ambivalenssista. Asiakkaan puheen voimakkuuden ja määrän ja voimakkuuden tulon korrelaatiot olivat samansuuntaisia kuin sen määränkin.

Taulukko 29. *Asiakkaan päihteiden käytön muutos-, säilyttämis- ja 0-puheen määrien korrelaatiot.*

	1	2	3	4	5	6
1. Muutokseen valmisteleva	1.000					
2. Muutokseen sitoutuminen	,31*	1.000				
3. Säilyttämistä valmisteleva	,35*		1.000			
4. Säilyttämiseen sitoutuminen.			,30*	1.000		
5. Valmisteleva 0-puhe	,37**		,38**	,42**	1.000	
6. Sitoutuminen 0-puhe			,37**	,52**	,56**	1.000

* p < .05; **p < .01

8.5 Työntekijän käyttäytymisen yhteys asiakkaan päihteiden muutosta koskevaan puheeseen (polut yksi ja kaksi)

MITI -koodausjärjestelmän tuottamien työntekijän motivoivan haastattelun yleisarvioiden (polku kaksi) ja yksittäisten käyttäytymisten arvioiden (polku yksi) yhteydet asiakkaan päihteiden käytön muutosta valmisteleviin lausumiin (syy, halu, tarve ja kyky) ja sitoutumispuheeseen sekä näistä laskettuihin summamuuttujiin esitetään taulukossa 30. Motivoivan haastattelun hengellä oli vahvimmat yhteydet valmistelevan muutospuheen (r = ,49, p < .001) ja muutospuheen summamuuttujan (r = ,41, p = .003) voimakkuuteen. Sen osatekijöistä herättelyn ja autonomian sekä näiden lisäksi keskustelun suuntaamisen voimakkuuksilla oli myös vahvoja korrelaatioita valmistelevien muutoslausumien ja niiden summan sekä kokonaismuutospuheen kanssa. Terapeutin yhteistyö ja empatia sen sijaan eivät korreloineet asiakkaan muutospuheeseen. Vaikka motivoivan haastattelun suhdetekijöillä näytti olevan runsaasti yhteyksiä valmistelevaan muutospuheeseen, ne eivät kuitenkaan korreloineet muutokseen sitoutumiseen, ainakaan näin VKM-ohjelman ensitapaamisissa.

Työntekijän motivoivan haastattelun mukaisista käyttäytymisistä monimuotoiset reflektiot korreloivat vahvimmin asiakkaan muutospuheeseen (polku yksi). Ne korreloivat erittäin merkitsevästi muutoksen syiden (r = ,61, p < .001) sekä valmistelevan muutospuheen (r = ,58, p < .001) ja myös sitoutumisen sisältävään muutospuheen summaan (r = ,53, p < .001). Niiden korrelaatio kykyilmaisujen määrään oli myös merkitsevä (r = ,38, p = .007).

Yksinkertaiset reflektiot, suljetut kysymykset ja motivoivan haastattelun mukaiset lausumat korreloivat merkitsevästi muutoksen syihin ja kokonaismuutospuheeseen. Nämä korrelaatiot näyttävät siten tukevan joitakin ennustettuja motivoivan haastattelun vaikutuksia asiakkaan muutospuheeseen. Suunta voi olla myös vastavuoroinen siten, että asiakkaan halukkuus puhua muutoksesta voi myös vaikuttaa työntekijän motivoivan haastattelun mukaiseen käyttäytymiseen. Lisäksi mikään työntekijän käyttäytymisistä ei korreloinut merkitsevästi asiakkaan sitoutumispuheen kanssa. Myös avoimilla kysymyksillä, tiedonantamisella ja motivoivan haastattelun vastaisella käyttäytymisellä ei ollut merkitseviä korrelaatioita asiakkaiden muutospuheeseen.

MITI-koodauksen lisäksi tutkin manuaalin noudattamisen yhteyttä asiakkaan muutospuheeseen. Sillä oli useita merkitseviä tai melkein merkitseviä korrelaatioita, joista vahvimmat liittyivät muutospuheen määriin: muutoksen halu (r = ,45, p = .001) ja syyt (r = ,40, p= .005), valmisteleva muutospuhe yhteensä (r = ,41, p = .003). Manuaalin noudattaminen ei korreloinut merkitsevästi kyky- ja tarvepuheen mittarin kanssa.

Taulukko 30. *Työntekijän käyttäytymisen merkitsevät yhteydet asiakkaan muutospuheen määrään ja voimakkuuteen (n = 49).*[1]

		Muutospuheen määrä					Muutospuheen voimakkuus				
		Syy	Halu	Kyky	Valm. yht.	Muut. yht.	Syy	Halu	Kyky	Valm. yht.	Muut. yht.
Herättely	r	,31*		,35*	,37**	,38**	,31*	,31*	,37**	,42**	,38**
Autonomia	r	,36*	,35*		,39**	,29*	,42**	,30*	,29*	,45**	,33*
Suuntaaminen	r	,45**	,28*		,42**	,40**	,42**	,31*	,32*	,44**	,37**
MH:n henki	r	,38**	,36*	,37**	,45**	,41**	,38**	,35*	,42**	,49**	,41**
Monimuotoinen reflektio	r	,61**	,31*	,38**	,58**	,53**	,46**		,30*	,44**	,39**
Yksinkertainen reflektio	r	,36*			,38**	,33*					
Suljettu kysymys	r	,46**			,40**	,34*	,38**			,33*	,29*
MH:n mukainen	r	,43**			,40**	,36*	,43**			,40**	,34*
Manuaalin noud.	r	,40**	,45**		,41**	,32*	,31*	,36*		.36*	

[1]Yhteistyöllä, empatialla, avoimilla kysymyksillä, tiedon antamisella, motivoivan haastattelun vastaisella käyttäytymisellä, tarpeella ja sitoutumisella ei merkitseviä yhteyksiä. SyyM= Syy määrä, HaluM= Halun määrä, KykyM = Kyvyn määrä; Valm. yht.= Valmistelupuheen määrä yhteensä; Muut.yht. = Muutospuheen määrä yhteensä; SyyV= Syyn voimakkuus; HaluV= Halun voimakkuus; KykyV= Kyvyn voimakkuus; ValmVyht. =Valmistelupuheen voimakkuus yhteensä; MuuVyht. = Muutospuheen voimakkuus yhteensä; * p< .05; ** p< .10; *** p< .001

Työntekijöiden yleisarvioilla ja käyttäytymisellä oli vähemmän korrelaatioita asiakkaan säilyttämispuheen kuin muutospuheen kanssa (ks. taulukko 31). Polkuun kaksi liittyvä motivoivan haastattelun henki korreloi nyt vain säilyttämispuheen syiden määrään. Sen osatekijöistä herättelyllä ja autonomialla ei ollut lainkaan merkitseviä yhteyksiä asiakkaan säilyttämispuheeseen. Yhteistyön korkein korrelaatio oli päihteiden käytön jatkamishaluun (r = ,45, p = .001). Empatian korrelaatiot olivat lähes samaa tasoa kuin yhteistyön ja on hyvä muistaa, että ne eivät korreloineet muutospuheen kanssa.

Työntekijöiden käyttäytymisestä vahvimmat yhteydet asiakkaan säilyttämispuheeseen olivat monimuotoisilla reflektioilla, jonka korkeimmat korrelaatiot olivat säilyttämispuheen yhteensä (r = ,54, p < .001), syiden (r = ,48, p < .001) ja valmistelevan säilyttämispuheen (r = ,44 p= .002) määriin. Nyt myös yksinkertaisilla reflektioilla oli enemmän korrelaatioita kuin muutospuheen yhteydessä. On huomattavaa, että kun työntekijän toiminnalla ei muutospuheen yhteydessä ollut lainkaan korrelaatioita sitoutumiseen, niin nyt sekä monimuotoiset että yksinkertaiset reflektiot korreloivat vahvasti myös säilyttämiseen sitoutuvien lausumien määriin ja voimakkuuteenkin.

Yleisesti näytti siltä, että mitä enemmän työntekijöiden käyttäytyminen oli motivoivan haastattelun mukaista, sitä heikommin asiakkaat puolustivat status quotaan silloin, kun he tekivät niin. On myös kiinnostavaa, että yhteistyö ja empatia korreloivat säilyttämispuheen ilmaisuihin mutta ei muutospuheeseen. Muu ohjaajan käyttäytyminen korreloi asiakkaan säilyttämispuheeseen selvästi heikommin, sillä tiedonantamisella, avoimilla tai suljetuilla kysymyksillä, motivoivan haastattelun mukaisella tai sen vastaisella käyttäytymisellä ei ollut mainittavia korrelaatioita. Manuaalin noudattaminenkaan ei korreloinut asiakkaan säilyttämispuheen kanssa merkitsevästi.

Taulukko 31. *Työntekijän käyttäytymisen yhteys asiakkaan säilyttämispuheeseen.*[1]

		Säilyttämispuheen määrä					Säilyttämispuheen voimakkuus				
		Syy -	Halu -	Sit. - puhe	Valm. - puhe	Säil.- Yht.	Syy -	Halu-	Sit. -	Valm. -	Säil. -
Yhteistyö	r	,29*	,45**		,33*	,29*		,44**		,28*	,29*
Suuntaaminen	r	,33*					,32*			,34*	,28*
Empatia	r	,33*	,32*		,28*		28*	,31*		,30*	
MI:n henki	r	,31*									
Monimuot. refl.	r	,48**		,40**	,44**	,54**	,39**		,36*	,35*	,40**
Yksinkert. refl.	r			,42**	,28*	,47**			,44**		,36*

[1] Herättelyllä, autonomialla, avoimilla tai suljetuilla kysymyksillä, tiedon antamisella, motivoivan haastattelun mukaisella tai vastaisella käyttäytymisellä, kyvyllä ja tarpeella ei merkitseviä yhteyksiä. Syy -= Säilyttämissyypuheen määrä; Halu -= Säilyttämishalupuheen määrä; Sit. – puhe= Säilyttämiseen sitoutumispuheen määrä; Valm. – puhe = Säilyttämisen valmistelupuheen määrä yhteensä; Säil.- Yht.= Säilyttämispuheen määrä yhteensä; Syy – V Säilyttämissyypuheen voimakkuus; Halu- V= Säilyttämishalupuheen voimakkuus; Sit. – V=

Säilyttämiseen sitoutumispuheen voimakkuus; Valm. – V= Säilyttämisen valmistelupuheen voimakkuus; Säil. – V= Säilyttämispuheen voimakkuus yhteensä; * p< .05; **p< .10; *** p<.001

8.6 Asiakkaan muutosta valmistelevan puheen yhteys muutokseen sitoutumiseen (polku kolme)

Asiakkaan valmistelevan muutospuheen yhteydet muutokseen sitoutumiseen olivat selvästi vahvemmat kuin säilyttämispuheen (taulukko 32). Asiakkaan pystyvyyden tunnetta ilmentävän kykypuheen määrä ja voimakkuus korreloivat voimakkaimmin muutokseen sitoutumisen määriin ja voimakkuuteen. Myös muutoksen halu korreloi muutokseen sitoutumisen kanssa samoin kuin valmisteleva muutospuhe yleensä. Muutoksen syillä ja tarpeella ei sen sijaan ollut merkitseviä yhteyksiä sitoutumispuheeseen.

Taulukko 32. *Asiakkaan muutosta valmistelevan puheen merkitsvät yhteydet muutokseen sitoutumiseen (n= 49).*

Valmisteleva Muutospuhe		Sitoutumisen Määrä	Voimakkuus
Määrä:			
Kyky	r	,55***	,53***
Muutoksen valmistelu yhteensä	r	,32*	,29*
Voimakkuus:			
Halu	r	,29*	,33*
Kyky	r	,59***	,63***
Muutoksen valmistelu yhteensä	r	,34*	,37**

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Valmistelevan säilyttämispuheen yhteydet päihteiden käytön jatkamista koskevaan sitoutumiseen olivat löyhemmät kuin valmistelevalla muutospuheella (taulukko 33). Säilyttämisen valmistelu korreloi siihen sitoutumisen määrään ja etenkin sen voimakkuuteen. Päihteiden käytön jatkamisen syiden ja halun voimakkuudet korreloivat nekin jatkamista koskevan sitoutumisen voimakkuuteen. Sen sijaan päihteiden käytön säilyttämistä valmistelevan puheen osatekijöistä kyvyllä ja tarpeella ei ollut merkitseviä yhteyksiä säilyttämiseen sitoutumiseen.

Taulukko 33. *Asiakkaan päihteiden käytön säilyttämistä valmistelevan puheen merkitsevät yhteydet päihteiden käyttöön sitoutumiseen (n = 49).*

Valmisteleva Säilyttämispuhe		Sitoutumisen Määrä	Voimakkuus
Määrä:			
Syy -	r		,37**
Halu -	r		,31*
Säilyttämisen valmistelu yhteensä	r	,32*	,41**
Voimakkuus:			
Syy –	r		,36*
Halu -	r		,31*
Säilyttämisen valmistelu yhteensä	r	,29*	,43**

*p <.05; ** p < .01; *** p <.001

8.7 Ohjelmassa pysyminen ja keskeyttäminen

VKM-ohjelman jatkaminen loppuun tai sen keskeyttäminen kuvaavat asiakkaiden sitoutumista hoitoon. Kaikki ohjelmaan lupautuneet myös aloittivat sen. Ennen keskustelusarjaa ollut valmisteleva keskustelu toteutui kaikilta muilta paitsi kolmelta asiakkaalta. Kaikki ohjelman aloittaneet 50 asiakasta osallistuivat kumpaankin ensimmäiseen istuntoon, joissa kerättiin tutkimusmateriaalia. Koko keskustelusarjan kävi läpi 41 asiakasta (82 %). Yhdeksästä VKM-ohjelman keskeyttäneestä asiakkaasta useimmat jättivät ohjelman kesken kolmannen keskustelun jälkeen. Asiakkaiden alkutilanteen tekijät (ikä, siviilisääty, asumistapa, lapset, työtilanne, yhdyskuntaseuraamus, ensisijainen päihde) eivät vaikuttaneet VKM-ohjelman keskeyttämiseen merkitsevästi.

Ohjelman loppuun asti jatkaneiden ja sen keskeyttäneiden päihteiden käytöstä seuranneet AUDIT-pisteet, AUDIT-C-pisteet (kolme ensimmäistä AUDIT-kysymystä), juomisen haittapisteet tai SDS-pisteet eivät eronneet merkitsevästi (taulukko 34). Ohjelmaan kokonaan osallistuneilla oli kuitenkin kaikilla mittareilla korkeammat (ns.) arvot kuin ohjelman keskeyttäneillä, joten ainakaan runsas päihteiden käyttö seurauksineen ei vaikuttanut keskeyttämiseen.

Taulukko 34. *VKM–ohjelman loppuun asti jatkaneiden ja sen keskeyttäneiden päihteiden käytön seuraukset alkutilanteessa.*

	Jatkui (n = 41)		Keskeytyi (n = 9)	
	Ka	Kh	Ka	Kh
AUDIT-pisteet	19	8,1	14	10,4
AUDIT-C	7	2,8	6	4,1
Alkoholin haitat	3	2,2	2	1,7
SDS-pisteet	7	3,5	6,6	4,6

Ka= keskiarvo; Kh= keskihajonta

Kun työntekijöiltä kysyttiin heidän käsitystään syistä, jotka johtivat kunkin asiakkaan VKM-ohjelman keskeyttämiseen, selvisi, että kuudella asiakkaalla syyt liittyivät yhdyskuntapalveluun kuten rikkomuksiin sen suorittamisessa, ohjelman suorittamista koskevien suunnitelmien muutoksiin, toiselle paikkakunnalle muuttoon.

Keskeyttämissyiden moninaisuutta kuvaa loppujen kolmen syyt. Yksi asiakas kuoli ennen ohjelman loppumista, toinen lähti pakoilemaan tulevaa ehdotonta vankeustuomiota ja kolmas tuli keskusteluun päihtyneenä.

8.8 Välittömien tulosten tarkastelua

8.8.1 Ohjelmaan osallistuminen ja arviot keskusteluista

VKM-ohjelmaa toteutettiin onnistuneesti, sillä kaikki tutkimukseen suostuneet asiakkaat tulivat kumpaankin ensimmäiseen keskusteluun ja valtaosa jatkoi ohjelman lopettaneeseen viidenteen keskusteluun asti. Asiakkaan alkutilanteen tekijät eivät olleet yhteydessä ohjelman jatkamiseen tai keskeyttämiseen. Koko ohjelman suorittaneilla oli kuitenkin kaikilla päihteiden käytön vakavuutta ilmaisevilla mittareilla hieman korkeammat pisteet kuin sen keskeyttäneillä.

Asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä keskusteluihin ja ohjaajiinsa. Keskustelun arvioiden keskiarvot olivat korkeat eikä arvioissa ollut juurikaan vaihtelua. Työntekijöiden vastaavat arvot olivat asiakkaita matalampia. Asiakkaiden muutosvalmius oli varsin korkea ja kasvoi ensimmäisestä keskustelusta toiseen samoin kuin työntekijän usko asiakkaan myönteiseen jatkoon. Kaikki arviot korreloivat vahvasti, myös asiakkaiden ja työntekijöiden keskenään.

8.8.2 Motivoivan haastattelun noudattamisesta

Keskustelut etenivät rakenteellisesti toivotulla tavalla, sillä työntekijät noudattivat VKM-ohjelman manuaalia varsin kattavasti. Kummassakin keskustelussa käsiteltiin esitetystä sisällöstä vähintään 80 prosenttia. Työntekijöiden motivoivan haastattelun noudattamista arvioivassa MITI-koodauksessa saamien yleisarvioiden keskiarvo oli empatiaa lukuun ottamatta vähintään neljä (1–5). Työntekijät esittivät eniten kysymyksiä ja reflektioita ja motivoivan haastattelun vastaista käyttäytymistä ilmeni erittäin vähän. Erityisen tärkeätä oli, että työntekijät osoittautuivat useimmiten päteviksi monimuotoisten reflektioiden ja motivoivan haastattelun mukaisten ilmausten suhteellisessa osuudessa sekä motivoivan haastattelun hengessä. Alle aloittelijan tason jäätiin reflektioiden suhteessa kysymyksiin ja avointen kysymysten prosenttiosuudessa. Näissä aloittelijan tasolle ylsi vajaa kolmannes ja taitajan tasolle vain noin kymmenesosa työntekijöistä.

MISA–projektin A-klinikka-aineistossa arvioitiin, että noin puolet työntekijöistä noudatti motivoivan haastattelun henkeä, mitä oli hieman heikompi tulos kuin VKM-aineistossa. Motivoivan haastattelun tekniikoista onnistuttiin myös A-klinikoilla parhaiten reflektioissa, mutta istunnoissa oli hieman liikaa motivoivan haastattelun vastaisia ilmaisuja (Rakkolainen, 2012), toisin kuin VKM-aineistossa.

Ruotsissa samaa VKM-ohjelmaa käyttäen tehdyn vankilatutkimuksen työntekijät eivät jatkuvasta työnohjauksesta ja palautteestakaan huolimatta saavuttaneet aloittelijan pätevyyttä motivoivan haastattelun yleisarvioissa tai käyttäytymispisteissä (Forsberg ym., 2010; 2011; Moyers ym., 2007). Suomalaisen VKM-ohjelman työntekijät näyttivät siis sisäistäneen motivoivan haastattelun toimintatavat näitä vertailuohjelmia paremmin.

Yksi tutkimuskysymyksistäni koski manuaalin noudattamista. Lukujen 3 ja 4 tutkimuksissa ei juurikaan arvioitu, kuinka hyvin manuaalia noudatettiin ja sen vaikutuksia hoidon tuloksiin. Joissakin tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että manuaalin liiallinen noudattaminen voi olla haitaksi (Amrhein ym., 2003; Hettema ym., 2005). Koska tämän tutkimukset tulokset olivat ristiriidassa näiden käsitysten kanssa, asiaa on syytä pohtia tarkemmin. Mitä tarkoitetaan ohjekirjan noudattamisella, on jo itsessään hyvä kysymys. Jos ajatuksena on, että terapeutti noudattaa ohjekirjan mukaista toimintajärjestystä ottamatta huomioon asiakasta ja meneillään olevaa vuorovaikutusta, on helppo uskoa, että tästä on haittaa terapiaprosessin etenemiselle. Tästä on luultavasti ollut kyse, kun negatiivisia tuloksia on saatu. Ainakin Amrheinin ja muiden (2003) tutkimuksessa asiakkaan sitoutuminen laski istunnon lopussa, kun terapeutti lähti ajamaan muutossuunnitelman tekoa silloinkin, kun asiakas ei ollut siihen vielä

valmis. Terapeutin tällaista toimintaa voi pitää motivoivan haastattelun ja sen hengen vastaisena (esim. Miller & Rollnick, 2013). Käsillä olevassa tutkimuksessa VKM-ohjelman teemoja ja tehtäviä noudatettiin kuitenkin joustavasti ja asiakasta kuunnellen, mikä selittänee poikkeavan tuloksen. VKM-ohjekirjassahan lisäksi vielä erikseen mainitaan manuaalin liiallisen noudattamisen vaarat ja kehotetaan soveltamaan ohjeita joustavasti (Farbring & Berge, 2012, s. 5 ja s.121).

Motivoivan haastattelun tavoite, että asiakas olisi enemmän äänessä kuin työntekijä, toteutui vähän yli kolmanneksessa VKM-keskusteluista. Asiakkaat puhuivat päihteiden vähentämisestä tai lopettamisesta noin kaksi kertaa useammin kuin sen säilyttämisestä ennallaan. Muutospuheesta oli suurin osa valmistelevaa muutospuhetta sitoutumispuhetta neljännes. Asiakkaiden päihteiden käytön ambivalenssista kertoi, että muutos- ja säilyttämispuhe korreloivat keskenään positiivisesti. Tavoitteena motivoivassa haastattelussa onkin tarkastella asiakkaan ambivalenssia ja auttaa häntä ratkaisemaan sen muutoksen suuntaisesti.

8.8.3 Työntekijän käyttäytymisen yhteydestä asiakkaan päihteiden käytön muutosta koskevaan puheeseen (polut yksi ja kaksi)

Työntekijän käyttäytymisen yhteydet asiakkaan päihteiden käytön muutospuheeseen olivat samankaltaisia sekä ilmausten määrällä että voimakkuudella mitattuna. Huomattavaa oli, että työntekijän suhtautumista kuvaavat globaalit arviot olivat yhteydessä asiakkaan puheeseen voimakkaammin kuin tekniset taidot. Vahvimmat korrelaatiot olivat motivoivan haastattelun hengen ja asiakkaan muutospuheen välillä. Motivoivan haastattelun hengen osatekijöistä muutospuheen herättelyn ja autonomian tukemisen korrelaatiot asiakkaan muutospuheeseen olivat vahvat mutta yllättäen yhteistyöllä ei ollut siihen merkitseviä yhteyksiä. Vastoin odotuksia empatiallakaan ei ollut merkitseviä yhteyksiä muutospuheeseen. Sen sijaan keskustelun suuntaamisen positiivinen korrelaatio oli yhtä vahva kuin motivoivan haastattelun hengellä.

Työntekijän yksittäisistä käyttäytymisistä (polku yksi) asiakkaan puheeseen vahvimmin korreloivat monimuotoiset reflektiot, joilla oli vähintään melkein merkitseviä korrelaatioita kaikkiin muihin muutospuheen luokkiin paitsi tarpeeseen. Myös motivoivan haastattelun mukaisella käyttäytymisellä ja ehkä yllättäen suljetuilla kysymyksillä oli vahvoja yhteyksiä muutospuheeseen. Toinen odotusten vastainen tulos oli se, että avoimet kysymykset eivät liittyneet asiakkaan muutospuheeseen, vaan avointen kysymysten osuuden kasvaessa kaikista kysymyksistä muutospuhe väheni. On myös syytä havaita, että motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen ei lainkaan

korreloinut asiakkaan muutospuheeseen. Liioin millään työntekijän yleisarviolla tai käyttäytymisellä ei ollut merkitseviä yhteyksiä asiakkaan sitoutumispuheen kanssa. Työntekijän manuaalin noudattaminen sen sijaan korreloi merkitsevästi asiakkaan muutospuheeseen. Kaiken kaikkiaan yleisarvioista motivoivan haastattelun henki (herättely ja autonomian tukeminen) ja suuntaaminen yleisarvioista sekä tekemisen tekniikoista monimuotoiset reflektiot ja suljetut kysymykset sekä manuaalin noudattaminen korreloivat eniten asiakkaiden muutospuheen kanssa. Saamiani tuloksia voi ainakin osin selittää Rakkolaisen ja Ehrlingin (2010, 2012) tekemät havainnot, että suomenkielessä sekä reflektioiden että kysymysten koodaaminen voi olla haasteellista, sillä esimerkiksi suljettuihin kysymyksiin vastattiin usein kuin ne olisivat olleet avoimia kysymyksiä.

Työntekijöiden toiminnan yhteydet asiakkaan säilyttämispuheeseen olivat odotetusti vähäisempiä kuin muutospuheeseen. Motivoivan haastattelun henki korreloi vain päihteiden käytön jatkamisen syihin ja sen osatekijöistä yhteistyöllä oli nyt joitakin yhteyksiä säilyttämispuheeseen, kun taas herättelyllä ja autonomialla ei ollut niitä lainkaan. Empatia korreloi päihteiden käytön jatkamisen syihin ja haluihin sekä säilyttämistä valmistelevan puheen kokonaissummiin.

Työntekijän käyttäytymisistä merkitseviä yhteyksiä asiakkaan säilyttämispuheeseen oli vain reflektioilla ja niistä enemmän monimuotoisilla kuin yksinkertaisilla reflektioilla. Motivoivan haastattelun mukaiset tai sen vastaiset käyttäytymiset ja manuaalin noudattaminen eivät korreloineet asiakkaan säilyttämispuheen kanssa.

Näistä korrelaatioista ei kuitenkaan vielä voi päätellä syy-yhteyksiä. Voi siis olla, että työntekijän motivoivan haastattelun taidot lisäsivät asiakkaiden muutospuhetta tai että työntekijöiden oli helpompaa käyttää motivoivaa haastattelua muutokseen valmiiden asiakkaiden kanssa. Syitä voitaisiin selvittää sekventiaalisella käyttäytymisen havainnoinnilla ja analyysilla.

Samoin kuin tässä, MISA-projektin A-klinikkatutkimuksessa motivoivan haastattelun perustaidot ja sen tekniikoista monimuotoisten reflektioiden taitava käyttö korreloivat asiakkaan muutospuheeseen. Omasta tutkimuksestani poiketen myös autonomian tukemisella oli positiivinen korrelaatio asiakkaan sitoutumispuheen keskimääräiseen voimakkuuteen. (Rakkolainen ym., 2015.)

Suurin osa prosessikatsauksen tutkimustuloksista oli saman suuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa, sillä ne päätyivät oletuksensa mukaisesti siihen, että motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen herättelee asiakkaan muutospuhetta (Apodaca ym., 2014; Apodaca ym., 2016; Borsari, 2015; Gaume ym., 2008b; Gaume ym., 2010; Glynn & Moyers, 2010; Morgenstern ym., 2012; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010). Toisissa tutkimuksissa

motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen tosin oli muutospuheen lisäksi yhteydessä myös säilyttämispuheeseen (Apodaca ym., 2014; Apodaca ym., 2016; Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2008b; Moyers ym., 2009; Vader ym., 2010) ja joissakin säilyttämispuheen vähenemiseen (Moyers ym., 2007; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010). Tuloksissa on siten melkoista vaihtelua.

Toisin kuin tässä tutkimuksessa myös motivoivan haastattelun vastaisen käyttäytymisen havaittiin lisäävän asiakkaan säilyttämispuhetta (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2010; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006). Aiempiin tutkimuksiin sisältyi myös tuloksia terapeutin yksittäisten tekemisten suhteesta asiakkaiden puheeseen. Omien tulosten lailla monimuotoisten reflektioiden havaittiin olevan yhteydessä muutospuheen lisääntymiseen (Apodaca ym., 2016; Brown, 2014; Gaume ym., 2010), mutta myös säilyttämispuheen kasvuun (Apodaca ym. 2016; Gaume ym. 2010). Lisäksi monimuotoiset reflektiot lisäsivät merkitsevästi muutokseen sitoutumista yhdessä tutkimuksessa (Brown, 2014). Prosessitutkimuksissa löytyi terapeutin toiminnan ja asiakkaan puheen välillä enemmän yhteyksiä kuin tässä tutkimuksessa. Terapeutin yksittäisistä käyttäytymisistä korostui vahvistamisen merkitys, kun se asiakkaan muutospuheen kasvattamisen lisäksi myös vähensi säilyttämispuhetta (Apodaca ym., 2016). Avointen kysymysten sekä yksinkertaisten ja monimuotoisten reflektioiden jälkeen esiintyi myös enemmän muutospuhetta (Apodaca ym., 2016; Brown, 2014). Terapeutin yksittäisten käyttäytymisten yhteydet asiakkaan puheeseen olivat myös negatiivisia. Muutospuhe seurasi merkitsevästi epätodennäköisemmin neuvomista ja suljettuja kysymyksiä ja säilyttämispuhe todennäköisemmin avoimia kysymyksiä, yksinkertaisia ja monimuotoisia reflektioita (Apodaca ym., 2016).

Tässä tutkimuksessa VKM-asiakkaille annettiin myös palautetta heidän päihteiden käytöstään. Se on saattanut osaltaan vähentää säilyttämispuheen määrää, kuten kävi Vaderin ja muiden (2010) tutkimuksessa. Gaume ja muut (2008b) puolestaan havaitsivat, että lausumat asiakkaan puheessa jatkuivat yleensä samanlaisina, joten muutospuhetta todennäköisesti seurasi muutospuhe ja säilyttämispuhe jatkui säilyttämispuheena. Oikein annettu palaute saattaa siis itsessään suunnata asiakasta pitäytymään todennäköisemmin muutosta kuin päihteiden käytön jatkamista koskevissa pohdinnoissa.

Joissakin tutkimuksissa pantiin merkille, että myös asiakas vaikuttaa terapeutin toimintaan. Asiakkaan ilmaisema vahva intentio sai terapeutit käyttämään enemmän motivoivan haastattelun vuorovaikutustaitoja (Daeppen ym., 2007). Yhdessä Gaumen ja muiden (2008b) tutkimuksessa terapeutin havaittiin vastaavan sekä asiakkaan

muutos- että säilyttämispuheeseen motivoivan haastattelun mukaisella käyttäytymisellä. Toisessa taas muutospuhetta seurasi motivoivan haastattelun mukainen ja säilyttämispuhetta sen vastainen käyttäytyminen (Gaume ym., 2010). Nämä havainnot haastavat erityiseen varovaisuuteen tilanteissa, joissa asiakas ilmaisee suuntautumistaan päihteiden käytön jatkamiseen, jottei reagoi asiakkaan puheeseen ei-toivotulla tavalla.

8.8.4 Valmistelevan muutospuheen yhteyksistä muutokseen sitoutumiseen (polku kolme)

Tutkimuksessani kaikki valmistelevan puheen osatekijät yhdessä korreloivat sitoutumiseen melkein merkitsevästi. Kaikkein vahvin korrelaatio sitoutumiseen oli asiakkaan kykyä ilmentävän puheen määrällä ja voimakkuudella. Onkin ymmärrettävää, että usko muutoskykyyn helpottaa siihen sitoutumista. Myös yhteenlaskettu säilyttämisen valmistelu korreloi päihteiden käytön jatkamista koskevaan sitoutumiseen ja etenkin sen voimakkuuteen merkitsevästi. Myös päihteiden käytön jatkamisen syyt ja halu olivat yhteydessä sitoutumiseen. Amrheinin ja muiden (2003) löydös, että asiakkaan päihteiden käytön muutokseen suuntautuva halu-, syy-, tarve- ja kykypuhe selittävät merkitsevästi muutokseen sitoutumista sai näin tutkimuksessani tukea.

9 SEURANTAVAIHEEN TULOKSET

VKM-ohjelman jälkeistä päihteiden käyttöä tutkittiin esittämällä osallistujille samat kysymykset päihteiden käytöstä puolta vuotta ja vuotta myöhemmin kuin alkutilanteessa. Ensiksi esittelen seurantoihin vastanneiden määrää ja katoa, sitten päihteiden käytön tuloksia ja lopuksi selvitän tuloksiin yhteydessä olevia tekijöitä.

9.1 Kuuden ja 12 kuukauden seurantoihin osallistuminen ja kato

Seurantoihin osallistuttiin kohtuullisen hyvin, sillä 84 % tutkimushenkilöistä (n = 50) tavoitettiin kuuden kuukauden seurantaan ja vielä vuoden seurantaankin 72 % asiakkaista (vrt. esimerkiksi Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b; seurantaprosentti 51,4 %). Seurantaan osallistumattomien määrä kasvoi kuuden kuukauden kahdeksasta asiakkaasta vuoden seurannassa 14 asiakkaaseen. Tapahtuneen kadon systemaattisuutta tutkittiin kummassakin seurannassa, mutta seurantoihin osallistuneiden taustatekijät (ikä, asumismuoto, siviilisääty, lasten lukumäärä, peruskoulutus, ammattikoulutus, pääasiallinen työtilanne tai yhdyskuntaseuraamus) eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi pois jääneistä.

Myös päihteiden käytöltään, päihdehoidoiltaan ja näistä lasketuissa yhdistelmämuuttujissa (AUDIT-, alkoholin käytön haitat - ja SDS-pisteet) seurantoihin osallistuneet ja näistä poisjääneet olivat alkutilanteessa niin samankaltaisia, että merkitseviä eroja ei ilmennyt (taulukko 35). Samoin alkoholia tai huumeita ensisijaisena päihteenään pitäneiden osallistumisessa seurantoihin ei ollut merkitsevää eroa. Ainoan poikkeuksen teki Audit-kysymyssarjan viides kysymys: kuuden kuukauden seurantaan osallistuneet olivat useammin jättäneet tekemättä jotakin juomisen takia ($p = .013$) kuin seurannasta poisjääneet.

Taulukko 35. *6 kk ja 12 kk seurantaan osallistuneiden ja osallistumattomien Audit-pisteet, alkoholin käytön haitta -pisteet ja SDS-pisteet alkutilanteessa.*

Muuttuja	6 kk:n					12 kk				
	Kyllä		Ei			Kyllä		Ei		
	Ka	n	Ka	n	p	Ka	n	Ka	n	p
Audit-pisteet	18,1	42	17,0	7	.83	18.0	36	17,9	13	.98[1]
Alkoholihaitat	3,0	42	2,3	7	.44	3.0	36	2,5	13	.49[2]
SDS-pisteet	6,1	11	4,7	3	.50	6.1	9	5,2	5	.62[1]

[1] t-testi; [2] Mann-Whitneyn U-testi

VKM-ohjelman kesken jättäneet asiakkaat jäivät myös pois kummastakin seurannasta useammin kuin ohjelman loppuun saakka jatkaneet. Ero oli molemmilla kerroilla tilastollisesti merkitsevä (taulukko 36, liite 11). 6 ja 12 kuukauden seurantoihin osallistuneiden AUDIT-pisteet, alkoholihaitat ja SDS–pisteet olivat alkutilanteessa seurantoihin osallistumattomia korkeammat, vaikkakaan erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Ohjelman kokonaan suorittaneiden ja sen keskeyttäneiden väliset erot viittasivat kuitenkin ohjelmassa jatkaneiden suurempaan päihteiden käyttöön (taulukko 37, liite 11, s. 260).

Tehtyjen vertailujen perusteella voi todeta, että seurantaan osallistuneet ja osallistumattomat asiakkaat eivät alkutilanteessa eronneet taustatekijöiltään tai päihteiden käytöltään toisistaan olennaisesti. Tapahtunut kato ei siten ollut systemaattista. Koska seurantoihin osallistuneiden AUDIT-, alkoholin haitat- ja SDS-pisteet olivat alkutilanteessa suurempia, ei ainakaan voi sanoa, että vaikeammin päihderiippuvaiset olisivat jääneet pois hoidosta ja seurannasta herkemmin. Tilanne oli pikemminkin päinvastainen.

9.2 Osanottajien arviot Viisi keskustelua muutoksesta – ohjelmasta

Suurin osa asiakkaista oli tyytyväisiä VKM-ohjelmaan, sillä kummassakin seurannassa selkeä enemmistö osallistujista kertoi ohjelmasta olleen hyötyä (6 kk: 88 % ja 12 kk: 84 %). Vain muutama asiakas totesi, että hyötyä ei ollut tai se oli jäänyt pieneksi. Asiakkaat kertoivat VKM-ohjelman hyödyiksi 6 kuukaudessa seurannassa

useimmiten sen, että ohjelma sai todella ajattelemaan (39 %). Hieman yli tai alle neljänneksessä vastauksista mainittiin, että tuntui hyvältä puhua ja saada avautua tai että psykologinen muutos, arvojen muutos paransi mielialaa sekä että ohjelma auttoi vähentämään alkoholin ja huumeiden käyttöä. Ohjelma oli joillakin johtanut myös rikosten tekemisen loppumiseen.

Ohjelman hyötyjä kuvattiin näin:

”Oli hyötyä. Mukava jutella ja käydä läpi asioita, elämäntilannetta, mihin voi mennä jos jatkuisi. ”

”Kyllä paljon hyötyä ja apua. Sai jutella, että ei retkahtanut. Hyvät muistot.”

”Antoi pontta siviilin alkuvaiheessa. Huomaa että pudonnut kelkasta laitostaustan kanssa. Oli hyötyä, antoi toivoa ja uskoa. Mielenkiintoista ja kivaa. Mukava haastattelija. ”

”Kyllä oli. Rupesi ajattelemaan asioita eri tavalla. Alkoi suunnittelemaan raittiutta. Hyvä kokemus oli, vei asiaa eteenpäin.”

”Olen oppinut rajoittamaan alkoholinkäyttöä ja päihtyneenä en tee enää rikoksia. Kiitos teille paljon. Tästä oli hyötyä ja olen saanut elämäni oikeaan suuntaan! ”

Niistä kuudesta henkilöstä, jotka puolen vuoden kohdalla ja 8 henkilöstä, jotka vuoden kuluttua vastasivat, että ohjelmasta ei ollut hyötyä, vain parin asiakkaan kokemus oli selkeä:

”Ei ollut hyötyä” tai ”Eipä kyllä ollut.”

”Ei oikeastaan. Jatkuu vielä samanlaisena.”

”Ei mitään hyötyä. Silloin vedin piriä ja olin piripäissäni keskusteluissa.”

Moni jäi silti miettimään myös hyötyjä.

”En tiä onko hyötyä. Silloin kun oli ehkä oli, kun aika kuluu asiat unohtuvat. Ei tunnu että olisi.”

”Ei henkilökohtaisesti. Ongelmat ollut ja mennyt. Motivoiva tekijä yhdyskuntapalvelu tuntien vähentäminen. Ihminen joka on rappiolla ois saanu apua. Oli aikaisemmin tapajuomista, harventunut huomattavasti, kulta pitää jöötä. Pääsi irti paheista, tausta oma halu. Kun piti päättää seurustellako vai juoda => päätin seurustella.”

”Keskusteluna meni, mutta ei silleen hyötyä, mutta sai vähän ajattelemaan.”

9.3 Päihteiden käyttö 6 ja 12 kuukauden seurannoissa

Asiakkaiden juomisesta aiheutuvista riskeistä kertovat AUDIT-pisteet vähenivät merkitsevästi alkutilanteesta kuuden kuukauden (t [41] = 2,49; p = .017) ja vuoden (t [5] = 3,7; p = .001) seurantoihin. AUDIT-pisteet pienenivät vielä jälkimmäisenkin puolen vuoden aikana, mutta ero seurantojen välillä ei enää ollut merkitsevä. (Taulukko 38).

AUDIT-pisteiden kuvaama positiivinen kehitys näkyi myös alkoholiin liittyvien haittojen vähenemisenä. Alkoholihaittojen muutos alkutilanteesta 6 kuukauteen oli tilastollisesti melkein merkitsevää (Z = -2,58; p = .010) ja vuoden seurannassa erittäin merkitsevää (Z = -3,67; p < 0.001). Haittojen väheneminen kuudesta kuukaudesta vuoteen jatkui vielä oireellisesti merkitsevänä (Z = -1,72; p = .085). Lisäksi Alkoholin humalahakuista juomista kuvaavan Audit-testin kolme ensimmäistä kysymystä sisältävän AUDIT-C:n pisteet laskivat alkutilanteesta 6 ja 12 kuukauden seurantoihin oireellisesti.

Huumeriippuvuudesta kertovissa SDS-pisteissä ei alkutilanteen, 6 ja 12 kuukauden seurantojen välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. SDS-pisteet laskivat alkutilanteesta kuuden kuukauden seurantaan, mutta vuoden seurannassa ne olivat jälleen hieman korkeammat seurannassa vielä mukana olevilla. Huumeet tai lääkkeet ensisijaisiksi päihteiksi kertoneiden asiakkaiden määrä oli kuitenkin niin pieni, että testin tulokset ovat lähinnä suuntaa antavia.

Taulukko 38. *Alkutilanteen, 6 kk ja 12 kk seurantojen AUDIT–pisteiden, SDS–pisteiden sekä alkoholin käytön haittapisteiden erot (ka ja kh).*

Muuttuja	Alkutilanne (n=49) Ka (Kh)	6 kk (n=42) Ka (Kh)	12 kk (n=36) Ka (Kh)	p
Audit - pisteet:				
Alkutilanne ja 6 kk (n = 42)	18,1 (7,8)	15,3 (7,7)		.017[1] *
Alkutilanne ja 12 kk (n = 36)	18,0 (6,9)		13,6 (7,5)	.001[1] **
Alkoholin haitat				
Alkutilanne ja 6 kk (n = 42)	2,9 (2,1)	2,1 (2,2)		.010[2] *
Alkutilanne ja 12 kk (n = 36)	3,0 (2,0)		1,5 (2,1)	.001[2] **
SDS-pisteet (n = 10)	6,7 (2,0)	6,1 (5,3)		.61[1]
SDS-pisteet (n = 7)	6,1 (3,3)		6,4 (4,6)	.87[1]

[1] Toistettujen mittausten t-testi; [2] Wilcoxonin testi

Alkoholin käyttöä koskevien kysymysten lähemmässä tarkastelussa ilmeni, että kaikkien AUDIT-testin kysymysten pisteet olivat pienentyneet alkutilanteesta 6 kuukauden seurantaan ja väheneminen on jatkunut vielä alkutilanteesta 12 kuukauden seurantaan (taulukko 39, liite 11, s. 261). Asiakkaat tunsivat kuuden kuukauden seurannassa merkitsevästi harvemmin juomisen jälkeen syyllisyyttä tai katumusta (p = .010). Moni alkoholin riskikäyttöä kuvaava muuttuja pieneni alkutilanteesta vuoden seurantaan tilastollisesti merkitsevästi: juomisen jälkeisen krapularyypyn tarve (p = .035), syyllisyys- tai katumuskokemukset juomisen jälkeen (p = .013), joku on ilmaissut huolensa asianomaisen juomisesta tai ehdottanut juomisen vähentämistä (p = .014), jotakin on jäänyt tekemättä alkoholin takia (p = .001), on satuttanut itsensä tai jonkun muun juomisen takia (p = .011).

AUDIT-kysymysten avulla laskettujen alkoholiannosten keskiarvo kuukaudessa laski vuodessa alle puoleen alkutilanteesta, minkä taustalla oli juomiskertojen harveneminen ja kerta-annosten pieneneminen. Nämä erot olivat oireellisesti merkitseviä.

Asiakkaiden alkoholin käytössä tapahtunut muutos näkyi AUDIT-pisteitäkin selvemmin alkoholin käytöstä aiheutuvien haittojen lievenemisessä. 6 kuukauden seurannassa juomisen kielteiset vaikutukset perhe-elämään ja parisuhteeseen vähenivät merkitsevästi (p = .022). Vuoden seurannassa kaikki alkoholin haitat olivat vähentyneet: ystävyyssuhteet ja sosiaalinen elämä (p = .002), terveys (p = .007) ja mieliala (p = .003) merkitsevästi, työllistymismahdollisuudet (p = .035) merkitsevästi sekä perhe-elämä tai parisuhde, työ, opinnot/taloudellinen tilanne oireellisesti merkitsevästi.

Muista päihteiden käyttöön liittyvistä tekijöistä kysymyksessä, onko asiakas vahingoittanut toista ihmistä ollessaan päihtyneenä, oli paljon puuttuvia tietoja, mutta toi-

sen vahingoittaminen kuitenkin näytti vähenevän alkutilanteesta kumpaankin seuranta-ajankohtaan ja kuuden kuukauden kohdalla se oli merkitsevää (p = .025). Rikosten tekeminen päihtyneenä väheni myös merkitsevästi niin 6 kuukauden (p = .005,) kuin 12 kuukaudenkin (p = .002) kohdalla.

Kun alkoholin käyttöä kuvaavien AUDIT-testin ja alkoholihaittojen arvot viittasivat juomisen vähentymiseen seuranta-aikana, huumeiden ja rauhoittavien lääkkeiden käytössä tilanne oli monimutkaisempi (taulukko 40). Kun tarkasteltiin vain sitä kolmannesta asiakkaista (n = 16), jotka alkutilanteessa ilmoitti käyttäneensä huumeita tai rauhoittavia lääkkeitä, havaittiin, että näiden päihteiden käyttökerrat viimeisen kuukauden aikana vähenivät alkutilanteesta ja 12 kuukauden seurantaan merkitsevästi (p = .033) ja käytettyjen päihteidenkin määrä oireellisesti (p = .084). Päihteiden kokonaiskäytön arviointiin sovellettiin vielä Koski-Jänneksen ja muiden (2003) alkoholin, kannabiksen ja muiden huumeiden sekä rauhoittavien lääkkeiden käytön (0 = ei, 1 = kyllä) pisteytystapaa (taulukko 41, liite 11, s. 262). Päihteiden käytön yhdistelmäpisteet laskivat tällä osa-aineistolla alkutilanteesta 6 kk:n seurantaan ja 12 kk:n seurantaan. Pisteiden väheneminen oli näin pienellä aineistolla huomattavaa ja lähes merkitsevä (p = .058).

Taulukko 40. *Lääkkeiden ja huumeiden käyttö alkutilanteessa, 6 kk:n ja 12 kk:n seurannassa huumeita tai lääkkeitä käyttäneillä.*

Muuttuja	Alkutilanne (n = 16) Ka (Kh)	6 kk (n =13) Ka (Kh)	12 kk (n = 12) Ka (Kh)
Käytettyjä päihteitä. lkm	2,0 (1,2)	1,4 (1,9)	1,2 (,90) [1]
Käyttökertoja/ viimeiset 30 vrk	14,4 (15,9)	9,2 (11,9)	4,8 (6,7)[2]
Päihteiden yhdistelmäpisteet	4,4 (1,7)	3,1 (2,5)	2,8 (1,7)[3]

Wilcoxonin testi: [1]Alkutilanne – S2: Z = -1,73; p =-.84; [2]Alkutilanne – S2: Z = -2,134; p = .033 *; [3] Alkutilanne – S2: ¸Z = -1,90; p =.058.

Myös asiakkaiden ensisijaisissa päihteissä tapahtui suuria muutoksia alkutilanteesta seurantoihin (taulukko 42). Selvemmin muutos näkyy vuoden seurannassa, jossa yleisimmän ensisijaisen päihteen, alkoholin osuus on pudonnut kahdesta kolmanneksesta vajaaseen puoleen, joten sen osuus on pudonnut lähes kolmanneksen (-27 %). Huumeissa tapahtunut vähennys on vielä suurempi (-39 %). Alkoholin ja huumeiden käytön väheneminen näkyy tupakan lisääntymisen ensisijaisena päihteen nelinkertaiseksi.

Taulukko 42. *Ensisijainen päihde alkutilanteessa, 6kk - ja 12 kk seurannassa.*

Päihde	Alkutilanne		6 kk		12 kk		Ero alku/12 kk
	n	%	n	%	n	%	%
Ei ole	0	0	1	2	1	3	
Nikotiini	4	8	10	24	12	33	+ 313
Alkoholi	32	64	22	52	17	47	- 27
Huume/ lääke	14	28	9	21	6	17	- 39
Yhteensä	50	100	42	100	36	100	

Lähes puolet asiakkaista oli ollut VKM-ohjelmaa edeltäneen puolen vuoden aikana avo- tai laitoshoidossa päihteiden takia (taulukko 43). 6 ja 12 kuukauden seurannassa päihdehoitoon osallistuneiden suhteellinen osuus väheni, mutta muutos oli merkitsevä vain 12 kuukauden seurannassa (p = .015). Myös osallistuminen vertaistukeen väheni alkutilanteesta, jolloin noin viidenneksellä oli yhteys johonkin vertaistukiryhmään (yleensä AA). Päihteiden rajoittaminen lääkkeiden avulla väheni VKM-ohjelman alun lähes kolmanneksesta ensin vähän yli 10 prosenttiin, mutta lisääntyi jälleen vajaaseen viidennekseen vuoden seurannassa. Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että osallistuminen VKM–ohjelmaan ei lisännyt, vaan vähensi päihdehoitoja, vaikka ohjelman yhtenä tarkoituksena olikin valmistella asiakkaita osallistumaan pidempiin rikos- ja päihdeohjelmiin (Farbring & Berge, 2012, s. 39). On silti mahdollista, että VKM-ohjelma korvasi päihdehoidon tarvetta, koska päihteiden käyttö väheni ja asiakkaat kokivat saaneensa riittävästi tukea kyseisen vuoden ajalle.

Asiakkaita, joiden asuinkumppanilla olisi ollut päihdeongelma tai runsasta käyttöä, oli alkutilanteessa vain muutamia ja näidenkin määrä väheni seurantavuoden aikana. Samoin muun kuin päihderiippuvuuden osuus säilyi noin kymmenessä prosentissa seurannan ajan.

Taulukko 43. *Asiakkaan päihdehoidot alkutilanteessa, 6 kk - ja 12 kk seurannassa.*

Muuttuja	Alkutilanne (n=49)		6 kk (n=42)		p	12 kk (n=36)		p
	n	%	n	%		n	%	
Ollut hoidossa 6 kk:n vuoden aikana	23	47	16	38	ns.	13	36	.15*
Osallistunut vertaistukiryhmään 3 kk:n aikana	10	20	2	5	ns.	5	14	ns.
Käyttänyt lääkettä päihteiden käyttöön 3 kk:n aikana	14	29	5	12	ns.	7	19	ns.

[1] X^2-testi; * p < .05; ns. ei merkitsevä

9.4 Ohjelmassa pysymisen / keskeyttämisen yhteys seurantatuloksiin

Ohjelman kävi loppuun 82 % asiakasta, joten vain yhdeksän jätti sen kesken. Pysyminen VKM-ohjelmassa loppuun saakka ei ollut yhteydessä päihteiden käytön tuloksiin seurannoissa, sillä se ei korreloinut Audit-, alkoholin haitta – tai päihteiden riippuvuuspisteiden tai niiden muutoksiin missään vaiheessa.

9.5 Asiakkaan tausta- ja alkutilanteen muuttujien yhteys seurantatuloksiin

Asiakkaan päihteiden käytön muutosta kuvaavana muuttujana tarkastellaan jatkossa asiakkaan ensisijaisen päihteen AUDIT/SDS-pisteiden suhteellista vähenemistä (vähenemisprosenttia) alkutilanteesta 6 ja 12 kuukauden seurantaan. Taulukossa 44 on esitetty asiakkaan alkutilannetta kuvaavien muuttujien vähintään oireellisesti merkitsevät ($p < .10$) korrelaatiot ensisijaisen päihdeongelman vähenemiseen 6 ja 12 kuukauden seurannassa. Asiakkaan demografiset taustatekijät (sukupuoli, siviilisääty, lapset ja heidän kanssa asuminen, perus- tai ammattikoulutus ja työtilanne) eivät olleet merkitsevästi yhteydessä AUDIT/SDS–pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen 6 kuukauden seurannassa. Vuoden seurannassa vastaajan kansakoulutasoa korkeampi peruskoulutus oli odotetusti yhteydessä päihteiden käyttöä kuvaavien pisteiden suurempaan vähenemiseen ($r = ,37$; $p = .027$). Asiakkaan ikä taas korreloi negatiivisesti vähenemiseen ($r = -,37$; $p = .029$) eli iäkkäämmillä päihteiden käytön väheneminen oli pienempää kuin nuoremmilla.

Asiakkaan päihteitä koskevista tavoitteista ja muutokseen liittyvistä odotuksista onnistumisvarmuus ensisijaisen päihteen vähentämisessä oli vahvasti yhteydessä suurempaan muutokseen vuoden seurannassa ($r = ,39$; $p = .019$) ja kohtalaiseen puolen vuodenkin seurannassa ($r = ,27$; $p = .084$). Vuoden seurannassa myös ensisijaisen päihteen prosentein ilmaistu vähentämistavoite korreloi tuloksen paranemiseen ($r = ,33$, $p = .050$) ja alkoholi ensisijaisena päihteenä sen heikkenemiseen ($r = -,40$; $p = .017$). Vaikka AUDIT–pisteet ja alkoholihaitat vähenivät koko ryhmän tasolla ensin melkein merkitsevästi ja sitten merkitsevästi (taulukko 25), tässä aineistossa hieman yllättäen alkoholiongelmaisten oli vaikeampaa vähentää kuin niiden, joiden ensisijainen päihde oli huume tai lääke. (taulukko 31.)

Myös asiakkaan ja ohjaajan VKM-keskusteluista tekemillä arvioilla oli joitakin merkitseviä tai oireellisesti merkitseviä ($p < .10$) yhteyksiä tulokseen. Asiakkaan kokema keskustelun helppous ($r = ,42$; $p = .035$) ja valmius muutokseen ($r = ,33$; $p = .055$) paransivat tulosta kuuden kuukauden seurannassa, kun taas vuoden seurannassa ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisun voimakkuudesta korreloi tuloksen heikkenemiseen ($r = -,38$; $p = .024$).

Taulukko 44. *Asiakkaan taustamuuttujien merkitsevät ja oireellisesti merkitsevät korrelaatiot Audit/SDS-pisteiden vähenemiseen (%) 6 kk:n ja 12 kuukauden seurannoissa.*

Muuttuja		6 kk (n=42)	12 kk (n=35)
Ikä	r		-,37*
Peruskoulutus	r		,37*
Ensisijainen päihde alkoholi	r		-,40*
Ensisijaisen päihteen vähentämistavoite (%)	r		,33*
Ensisijaisen päihteen vähentämisen onnistumisvarmuus (%)	r	,27°	,39*
Asiakkaan arvio: keskustelun helppous	r	,42*	
Asiakkaan valmius muutokseen	r	,33°	
Ohjaaja: asiakkaan tunneilmaisun voimakkuus	r		-, 38*

*p < .05; °p < .010

9.6 Asiakkaan muutospuheen yhteys seurantatuloksiin (polut neljä ja viisi)

Asiakkaan muutosta koskevalla puheella oli niin vähän yhteyksiä asiakkaan AUDIT/SDS-pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen alkutilanteesta seurantoihin (S1 ja S2), että myös taulukossa 45 esitetään oireellisestikin merkitsevät korrelaatiot. Huomioitavia yhteyksiä tulokseen oli vain muutoskyvyllä ja sitoutumisella muutokseen. Vahvin korrelaatio Audit/SDS -pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen oli sitoutumisen voimakkuudella 12 kk:n seurannassa ($r = ,42$, $p = .012$). Kun alkutilanteen AUDIT/SDS-pisteet vakioitiin, AUDIT/SDS-pisteiden väheneminen korreloi 12 kk:n seurannassa merkitsevästi muutoskyvyn määrään ($r = ,38$; $p = .027$), voimakkuuteen ($r = ,37$; $p = .032$) sekä sitoutumisen voimakkuuteen ($r = ,37$; $p = .032$).

Myös kuuden kuukauden korrelaatio vahvistui merkitseväksi (r = ,35; p = .023) samoin kuin kokonaismuutospuhe oireellisesti merkitseväksi vuoden seurannassa kaikilla mittaustavoilla. Muutoksen syillä, halulla tai tarpeella ei ollut merkitseviä yhteyksiä AUDIT/SDS–pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen. Liioin asiakkaan säilyttämistä valmistelevalla tai siihen sitoutumisella ei ollut mainittavia korrelaatiota AUDIT/SDS–pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen.

Taulukko 45. *Asiakkaan muutosta valmistelevan – ja sitoutumispuheen yhteys Audit/SDS –pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen 6 kk:n ja 12 kuukauden seurannoissa.*

Muuttuja		6 kk (n=42)	12 kk (n=35)	6 kk[1] (n=39)	12 kk[1] (n=32)
Muutoskyvyn määrä	r	,31°	,30*	,35*	,38*
Muutokseen sitoutumisen määrä	r		,30*		
Kokonaismuutospuheen määrä yht.	r				,30*
Muutokseen sitoutumisen voimakkuus	r	,29*	,42*		,37*

[1] AUDIT/SDS–pisteet alkutilanteessa vakioituna; *p <.05; ** p < .01; ° p < .10

9.7 Työntekijän motivoivan haastattelun taitojen yhteys asiakkaan seurantatuloksiin (polut kuusi ja seitsemän)

Työntekijän käyttäytymisellä oli niukasti korrelaatioita AUDIT/SDS-pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen alkutilanteesta seurantoihin (taulukko 46). Yleisarvioista suuntaaminen korreloi AUDIT/SDS-pisteiden suhteelliseen vähenemiseen negatiivisesti (r = -,28; p = .035). Motivoivan hengen osa-alueista ainoastaan herättely korreloi oireellisen negatiivisesti tulokseen kuuden kuukauden seurannassa (r = -,21; p = .091). Motivoivan haastattelun muilla osatekijöillä, autonomialla ja yhteistyöllä, eikä yleisarvioista empatiallakaan ollut merkitseviä korrelaatioita. Ohjaajan yksittäisistä käyttäytymisistä vain tiedon antaminen korreloi prosentuaaliseen muutokseen merkitsevästi (r = ,29; p = .031) puolen vuoden seurannassa, mutta ei enää vuoden seurannassa.

Taulukko 46. *Työntekijän käyttäytymisen yhteys AUDIT/SDS-pisteiden prosentuaaliseen vähenemiseen 6 kk:n ja 12 kk:n seurannoissa (%, p < 0.10).*

Muuttuja		6 kk (n=42)	12 kk (n=36)
Herättely	r	-.21*	
Suuntaaminen	r	-.28*	
Tiedon antaminen	r	.29*	

* p< .05; **p< .01; *** p < .001; ° p < .10

9.8 Ensisijaisen päihteen vähentämisprosentin ennustaminen 6 ja 12 kuukauden seurannoissa

Luvussa viisi esitettyihin tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi tutkittiin vielä hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin avulla, mitkä tekijät ennustivat VKM-ohjelman tuloksellisuutta 6 ja 12 kuukauden seurannoissa (taulukot 47 ja 48). Tulosmuuttujana toimi ensisijaisen päihteen mukaisen AUDIT- tai SDS-pisteiden vähenemisprosentti seurannoissa. Analyysin edustavuuden ja voiman parantamiseksi tulosmuuttujan puuttuvat tiedot seurannoissa korvattiin edellisten mittauskertojen arvolla, siis alkutilanteen tai kuuden kuukauden AUDIT- tai SDS-pisteillä. Selittäviksi muuttujiksi valittiin ensivaiheessa muuttujia, joilla oli aiemmissa korrelaatioanalyyseissä ilmennyt merkitseviä yhteyksiä tulokseen. Muuttujat syötettiin malliin hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin periaatteen mukaisesti askelittain ryppäinä kullekin muuttujatasolle, joita olivat ensiksi tausta ja alkutilanteen tekijät, sitten ohjaajan käyttäytyminen, kolmantena asiakkaan päihteiden käytön muutosta koskeva puhe istunnoissa ja lopuksi asiakkaan sekä työntekijän arviot istunnoista. Malliin sijoitettiin kullekin askeleelle aiemmissa tutkimuksissa tärkeiksi havaittuja tekijöitä (Petrocelli, 2003). Kokonaismallin selitysvoimaa parannettiin vielä poistamalla muuttujia, joiden beta-kerroin oli varsin pieni tai muuttujan tilastollinen merkitsevyys jäi olemattomaksi. Samat vaiheet toistettiin sekä puolen vuoden että vuoden seurannoissa.

Asiakkaan sosiaaliseen taustaan ja päihteiden käyttöön alkutilanteessa liittyvät muuttujat selittivät puolen vuoden seurannassa päihteiden käytön vähenemisestä noin kuudesosan. Melkein merkitsevään malliin jäivät tässä vaiheessa ensimmäisellä askeleella selittäviksi tekijöiksi alkoholi ensisijaisena päihteenä ja asiakkaan pystyvyyden tunnetta kuvaava usko päihteiden käytön vähentämisen onnistumiseen, jotka

vaikuttivat päinvastaisilla tavoilla päihteiden käytön vähentämisen prosenttiin oireellisen merkitsevästi. Usko vähentämisen onnistumiseen paransi tulosta, jota alkoholi ensisijaisena päihteenä taas heikensi. Alkutavoitteissa alkoholia ensisijaisena päihteenä pitäneet tavoittelivat muita useammin käytön vähentämistä ja uskoivat onnistumiseensa vähemmän.

Toisella askeleella lisätyistä MITI:n mukaisista työntekijän yleis- ja käyttäytymisarvioista malliin mukaan tullut tiedon antaminen paransi tulosta oireellisesti, kun keskustelun suuntaaminen heikensi sitä hieman. Samalla alkoholi ensisijaisen päihteenä ja usko vähentämisen onnistumiseen vahvistuivat melkein merkitseviksi. Kokonaisuudessaan tämä askel selitti neljänneksen ($p < .01$) tapahtuneesta muutoksesta.

Asiakkaan puheen lisääminen nosti mallin selitysosuutta oireellisesti lähes kolmannekseen päihteiden vähentämisen prosentista. Asiakkaan kykypuhe paransi vähentämisprosenttia hiukan (oireellisesti), mutta nosti mallin selitysosuuden merkitseväksi.

Viimeisellä, neljännellä askeleella lisätyt asiakkaan ja ohjaajan istuntojen arvioinnit nostivat kuuden kuukauden lopullisen mallin selitysasteen tilastollisesti erittäin merkitseväksi 44 prosenttiin. Aineiston koolla ja muuttujien määrällä korjattu selitysosuus oli hieman yli kolmanneksen. Malliin tulleista uusista muuttujista asiakkaan kokemus keskustelun sujuvuudesta näytti parantavan tulosta melkein merkitsevästi ja se, että työntekijä piti asiakkaan tunneilmaisua voimakkaana, saman suuruisesti heikensi tulosta. Aiemmista tekijöistä alkoholi ensisijaisena päihteenä, keskustelun suuntaus ja tiedon antaminen vahvistuivat tilastollisesti melkein merkitseviksi.

Taulukko 47. *Ensisijaisen päihteen vähentämisprosenttia 6 kk:n seurannassa ennustava hierarkkinen regressioanalyysi[1].*

Askel ja ennustava muuttuja	R^2	ΔR^2	β	AdR^2
Askel 1: alkutilanne	,13*	,13*		,09
Ensisijainen päihde alkoholi			-,27°	
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,24°	
Askel 2: lisätty ohjaajan käyttäytyminen	,25**	,12*		,18
Ensisijainen päihde alkoholi			-,32*	
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,28*	
Ohjaajan keskustelun suuntaus			-,19	
Ohjaajan tiedon antaminen			,24°	
Askel 3: lisätty asiakkaan puhe	,31**	,06°		,23
Ensisijainen päihde alkoholi			-,23	
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,24°	
Ohjaajan keskustelun suuntaus			-,27°	
Ohjaajan tiedon antaminen			,19	
Asiakkaan muutoskykypuheen määrä			,28°	
Askel 4: lisätty keskustelun arviot	,44***	,13*		,34
Ensisijainen päihde alkoholi			-,26*	
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,21°	
Ohjaajan keskustelun suuntaus			-,29*	
Ohjaajan tiedon antaminen			,28*	
Asiakkaan muutoskykypuheen määrä			,17	
Asiakkaan arvio keskustelun sujuvuudesta			,26*	
Ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisusta			-,30*	

[1] Puuttuvat tiedot korvattu edellisellä arvolla; R^2= mallin selitysosuus, ΔR^2= selitysosuuden muutos askeleella; β = standardoitu β-kerroin; AdR^2= korjattu selitysosuus; ° $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Vuoden seurannassa hierarkkinen lineaarinen regressiomallin tilastollinen merkitsevyys vahvistui ollen jo kolmella ensimmäisellä askeleella merkitsevä ja viimeisellä erittäin merkitsevä (taulukko 48). Asiakkaiden ensisijaisen päihdeongelman muutosta selittävän lopullisen mallin selitysosuus nousi nyt 64 prosenttiin, joten vain kolmannes päihteiden käytön muutoksista jäi selittymättä näillä muuttujilla. Mallin korjattu selitysosuuskin nousi lähes 60 prosenttiin.

Suurin ero puolen vuoden malliin oli, että alkoholi ensisijaisen päihteenä ei tullut enää malliin ollenkaan ja että nyt usko ensisijaisen päihteen käytön vähentämistavoit-

teen onnistumiseen oli merkitsevä ensimmäiset kolme askelta ja lopussa erittäin merkitsevä. Usko ensisijaisen päihteen vähentämiseen selitti jo ensimmäisellä askeleella yksinään tuloksesta lähes viidenneksen. Muuten kuuden kuukauden seurannan malliin jääneet muuttujat ennustivat vuoden kohdalla tulosta samansuuntaisesti, mutta nyt aiempaa voimakkaammin ja tilastolliselta merkitykseltään vahvemmin. Lopullisessa mallissa päihdeongelman vähenemistä edisti merkitsevästi, että asiakkaan arvioi keskustelun sujuvaksi ja melkein merkitsevästi asiakkaan muutokseen pystyvyyttä ilmentävän puheen määrä sekä ohjaajan tiedon antaminen. Asiakkaan kykypuheen vaikutus oli samaa luokkaa myös sen voimakkuudella ja määrän ja voimakkuuden tulolla mitattuna. Myönteistä muutosta päihdeongelmassa heikensivät merkitsevästi ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisusta ja melkein merkitsevästi keskustelun suuntaaminen sekä tässä mallissa ohjaajan usko hoidon jatkumiseen merkitsevästi.

Taulukko 48. *Ensisijaisen päihteen vähentämisprosenttia 12 kk:n seurannassa ennustava hierarkkinen regressioanalyysi[1].*

Askel ja ennustava muuttuja	R^2	ΔR^2	β	AdR^2
Askel 1: alkutilanne	,19**	,19**		,17
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,43**	
Askel 2: lisätty ohjaajan käyttäytyminen	,26**	,07		,21
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,46**	
Ohjaajan keskustelun suuntaus			-,15	
Askel 3: lisätty asiakkaan puhe	,36**	,10*		,30
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,42**	
Ohjaajan keskustelun suuntaus			-,25°	
Ohjaajan tiedon antaminen			,15	
Asiakkaan muutoskykypuheen määrä			,33*	
Askel 4: lisätty keskustelun arviot	,64***	,28***		,58
Usko 1. päihteen vähentämiseen (%)			,39***	
Ohjaajan keskustelun suuntaus			-,26*	
Ohjaajan tiedon antaminen			,27*	
Asiakkaan muutoskykypuheen määrä			,23*	
Asiakkaan arvio keskustelun sujuvuudesta			,33**	
Ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisusta			-,31**	
Ohjaajan usko hoidon jatkumiseen			-,30**	

[1] Puuttuvat tiedot korvattu edellisellä arvolla; R^2= mallin selitysosuus; ΔR^2= selitysosuuden muutos askeleella; β = standardoitu β-kerroin.; AdR^2= korjattu selitysosuus; ° p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Todettakoon vielä, että kummankin hierarkkisen regressioanalyysin kelpoisuusehdot täyttyivät riittävästi: selitettävät muuttujat jakautuivat normaalisti, selittävät muuttujat eivät korreloineet keskenään liikaa ja analyysien jäännöstermit jakautuivat normaalisti.

9.9 Seurantavaiheen tulosten tarkastelua

Asiakkaiden saaminen mukaan seurantoihin onnistui hyvin, sillä kuuden kuukauden seurantapuheluihin vastasi 84 % ohjelman aloittaneista ja vuoden seurantaankin osallistui vielä kolme neljäsosaa asiakkaista. MISA-projektin A-klinikkatutkimuksessa puolen vuoden seurantaan osallistui 70 % asiakkaista ja toisessa kotimaisessa avohoidon tutkimuksessa hiukan yli puolet (Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b). Asiakkaiden tyytyväisyys VKM-ohjelmaan säilyi koko seuranta-ajan. Suurin osa osallistujista kertoi hyötyneensä ohjelmasta puolen vuoden jälkeen ja vielä vuoden päästäkin tyytyväisyys oli lähes yhtä suurta. Asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon kertonee VKM-ohjelman onnistumisesta ja siitä, että heidän siihen kohdistuneet toiveensa ovat toteutuneet.

9.9.1 Päihteiden käyttö seurannoissa

Osallistujien päihteiden käyttö väheni alkutilanteesta seurantoihin. AUDIT-pisteet laskivat alkutilanteesta lähes kuudesosan puoleen vuoteen ja vuoden kohdalla vähennys kasvoi merkitsevästi neljännekseen. Juomisesta aiheutuneet haitat vähenivät erittäin merkitsevästi lähes puolella vuoden seurantaan mennessä. Huumeiden ja rauhoittavien lääkkeiden riippuvuutta mitanneet SDS-pisteet laskivat ensin puolen vuoden seurannassa. Huumeita tai lääkkeitä ensisijaisena pitäneillä ($n = 16$), päihteiden kokonaiskäytön yhdistelmäpisteet laskivat vuoden seurannassa yli kolmanneksella alkutilanteesta oireellisen merkitsevästi ($p = 0.58$) näinkin pienellä aineistolla. Myös alkoholin ja huumeiden/lääkkeen osuudet ensisijaisina päihteinä putosivat selvästi. Entä merkitsikö ensisijaisen päihdeongelman lieveneminen sitä, että osanottajat alkoivat käyttää jotakin toista päihdettä enemmän? Tämä ei näytä esitettyjen tulosten valossa todennäköiseltä, koska vähenemistä ja siirtymistä vähemmän ongelmallisiin päihteisiin tapahtui koko aineistossa. Varsinaisen päihdeongelman lievenemiseen

viittaa myös se, että vuoden seurantaan osallistuneiden joukossa tupakkaa ensisijaisena päihteenään pitävien osuus oli kasvanut reilusti ja alkoholin sekä huumeiden osuus oli laskenut selvästi (taulukko 43, s. 162).

Tuloksemme olivat saman suuntaisia kuin projektimme A-klinikkahaarassa, mutta siinä Audit-pisteiden ja alkoholihaittojen väheneminen oli tapahtunut nopeammin ollen jo kuuden kuukauden kohdalla suurempaa kuin meillä koko vuonna (Rakkolainen ym., 2015).

VKM-ohjelman jatkaminen loppuun saakka ei ollut tutkimuksessamme yhteydessä päihteiden käytön tuloksiin seurannoissa. Tässä tutkimuksessa havaittu päihteiden käytön väheneminen on linjassa muiden rikosseuraamuskontekstissa tehtyjen tutkimusten kanssa (Brown ym., 2010; Brown ym., 2012; Carroll ym., 2006; Chanut ym., 2007; Clair ym., 2012; Forsberg ym., 2011; Lincourt ym., 2002; Miles ym., 2007; Nirenberg ym., 2013; Sinha ym., 2003; Stein ym., 2010; Stein ym., 2011a; Stein ym. 2011b; Woodall ym., 2007).

Asiakkaan taustan ja alkutilanteen yhteys seurantatuloksiin

Tutkimuksessamme asiakkaan demografiset taustamuuttujat eivät korreloineet prosentuaaliseen päihteiden vähenemiseen vielä kuuden kuukauden seurannassa, mutta vuoden jälkeen korkeamman peruskoulutuksen saaneet ja nuoremmat osanottajat olivat vähentäneet muita enemmän ($p < .05$), kun ensisijainen päihde oli alkoholi. Ensisijaisen päihteen suhteellinen vähentämistavoite ja onnistumisvarmuus liittyivät ensisijaisen päihteen vähentämiseen vuoden jälkeen myös melkein merkitsevästi. Kuuden kuukauden seurannassa myös asiakkaan kokema keskustelun helppous ja muutosvalmius korreloivat tulokseen positiivisesti, mutta ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisun voimakkuudesta korreloi tulokseen negatiivisesti. MISA:n A-klinikkatutkimuksessa päihteiden käytön vähentämiseen korreloivat parempi koulutus, työpaikka, päihdehoitoon osallistuminen ja päihdeongelman vaikeus. Päihteiden käyttöä rajoittavan lääkkeen käyttö ennen hoitoa korreloi puolestaan negatiivisesti hoitotulokseen. Lisäksi asiakkaiden onnistumisvarmuus hoidon alussa näytti vaikuttaneen siihen, kuinka paljon asiakas puhui muutoksesta ja missä määrin työntekijä noudatti motivoivan haastattelun perustaitoja. (Rakkolainen ym., 2015.) Asiakkaan hoidon alussa ilmaisemien pystyvyysodotusten on havaittu ennakoivan sekä hoidon jatkumista että parempia tuloksia, kun taas raittius tai kohtuukäyttö hoidon tavoitteena eivät ennustaneet näitä (Kuusisto ja Saarnio, 2012).

9.9.2 Motivoivan haastattelun taitojen yhteys seurantatuloksiin

Motivoivan haastattelun taidoilla oli tutkimuksessamme vähän suoria yhteyksiä asiakkaiden seurantatuloksiin, sillä 6 kuukauden seurannassa asiakkaan tulokseen korreloivat vain tiedon antaminen positiivisesti ja muutospuheen herättely sekä keskustelun suuntaaminen siihen negatiivisesti. Vuoden jälkeen mikään yleisarvioista tai käyttäytymisen arvioista ei enää korreloinut päihdeongelman suhteelliseen vähenemiseen. Vaikka motivoiva haastattelu näytti tuottavan muutospuhetta, yhteydet tuloksiin jäivät vielä epäselviksi. A-klinikka-tutkimuksessa terapeutin yleisarvioista empatia ja yhteistyö korreloivat positiivisesti asiakkaan hoidossa pysymiseen, mutta eivät päihteiden käytön vähenemiseen, kun taas motivoivan haastattelun perustaidot eivät korreloineet kumpaankaan. (Rakkolainen ym., 2015.)

Luvussa neljä, monissa tämän tutkimuksen kanssa saman tyyppisiä koodausmenetelmiä käyttäneissä tutkimuksissa, esitettiin paljon tuloksia motivoivan haastattelun suhdetekijöiden tai terapeutin käyttäytymisen yhteydestä asiakkaan päihteiden käyttöön (Apodaca ym., 2014; Bertholet ym., 2014; Borsari ym., 2015; Feldstein & Forcehimes, 2007; Gaume ym., 2008; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014; Moyers ym. 2009).

Motivoivan haastattelun suhdetekijöitä kuvaavien yleisarvioiden todettiin liittyvän asiakkaan positiivisiin tuloksiin (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014) mutta samoin kuin omassa tutkimuksessamme tätä merkitsevää positiivista yhteyttä ei aina havaittu (Feldstein & Forcehimes, 2007; Gaume ym., 2008) tai tulokset olivat ristiriitaisia (Bertholet ym., 2014). Toisin kuin tässä aineistossa empatian taso, hyväksyminen ja motivoivan haastattelun henki ennustivat päihteiden käytön vähentämistä paremmin kuin terapeutin tekniset taidot (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2008; Gaume ym.,2009; Gaume ym., 2014).

Monissa tutkimuksissa yhteydet terapeutin teknisten taitojen ja asiakkaan päihteiden käytön välillä näyttäytyivät odotettua heikompina. Terapeutin motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen johti selkeästi myönteisiin tuloksiin vain yhdessä tutkimuksessa (Moyers ym., 2009). Kahdessa muussa sillä tai motivoivan haastattelun vastaisella käyttäytymisellä ei ollut yhteyttä asiakkaan tulokseen (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015). Joissakin tutkimuksissa terapeutin motivoivan haastattelun vastaisen puheen välttämisen havaittiin olevan tärkeätä hyvien tulosten saavuttamisessa (Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014), mutta toisissa sillä ei ollut juurikaan yhteyttä juomistuloksiin (Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2008). Omassa tut-

kimuksessani motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen ennakoi huonoa tulosta, mutta sen osuus ei ollut niin suuri, että se olisi ollut mukana hierarkkisen regressioanalyysin lopullisessa mallissa.

Joissakin tutkimuksissa jo yksittäiset motivoivan haastattelun mukaiset käyttäytymiset liittyivät asiakkaan muutokseen. Gaume ja muut (2008a) totesivat asiakkaan käyttäytymisen vahvistamisen ja luvalla tapahtuva neuvomisen sekä empatian korreloivan merkitsevästi rankkojen juomisjaksojen vähenemiseen, mutta lisäanalyyseissä vain asiakkaan pystyvyyden tunteen voimakkuus ennusti alkoholin kulutuksen vähenemistä. Neuvojen antamisen lisäksi (Bertholet ym., 2014) myös riittävän suuri monimuotoisten reflektioiden osuus voi johtaa hyviin tuloksiin (Gaume ym., 2014).

Empatian taso, hyväksyminen ja motivoivan hengen toteuttaminen todettiin tärkeämmiksi ja päihteiden käyttöä paremmin ennustaviksi kuin terapeutin tekniset taidot (Gaume ym., 2008; Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014, Borsari ym., 2015). Toisaalta empatialla, motivoivan haastattelun hengellä ja työskentelyallianssilla ei aina ollut yhteyttä juomistuloksiin (Bertholet ym., 2014; Feldstein & Forcehimes, 2007) kuten ei omassa tutkimuksessanikaan.

9.9.3 Muutospuheen yhteys seurantatuloksiin

Vastoin oletuksiani ensimmäisessä tai toisessa istunnossa asiakkaan muutosta koskevasta puheesta vain muutoskyvyllä ja muutokseen sitoutumispuheella oli merkitseviä yhteyksiä päihdeongelman suhteelliseen vähenemiseen kuuden kuukauden ja vuoden seurannoissa. Vahvimmillaan nämä korrelaatiot olivat vuoden seurannassa. Muut muutospuheen osatekijät tai säilyttämispuhe eivät korreloineet seurannan tuloksiin. MISA-projektin A-klinikkatutkimuksessa asiakkaat puhuivat enemmän muutoksesta kuin päihteiden käytön säilyttämisestä ennallaan. Vaikka heidän muutoshalunsa, tarpeensa ja syynsä olivat voimakkuudeltaan positiivisia, he kokivat muutoskykynsä heikoksi. Asiakkaan muutospuhe ei kuitenkaan ennustanut hoidossa pysymistä tai päihteiden käytön vähentämistä puolen vuoden seurannassa (Rakkolainen ym., 2015.) toisin kuin omassa tutkimuksessani.

Asiakkaan puheen yhteyttä päihteiden käyttöön selvitettiin 4. luvun katsauksessa eniten (Aharonovich ym., 2014; Amrhein ym., 2003; Apodaca ym.,2014; Bertholet ym., 2010; Borsari ym., 2015; Campbell ym., 2010; Daeppen ym., 2007; Gaume ym., 2008; Gaume ym., 2013; Gaume ym., 2016; Martin ym., 2011; Morgenstern ym., 2012; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006; Vader ym.,2010; Walker ym., 2011). Monet tutkimukset tukivat muutospuheen merkitystä päihteiden

käytön vähenemisessä. Havaittu vaikutus liittyi muutospuheen määrään (Gaume ym., 2008; Martin ym.,2011; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2009; Moyers & Martin, 2006; Vader ym., 2010), voimakkuuteen (Aharonovich ym., 2014; Amrhein ym., 2003; Daeppen ym.,2007; Walker ym., 2011) tai määrään sekä voimakkuuteen (Bertholet ym., 2010; Campbell ym., 2010; Gaume ym., 2013; Gaume ym., 2016; Morgenstern ym., 2012). Omassa tutkimuksessani asiakkaan puheesta koodattujen ilmaisujen määrä, voimakkuus ja määrän ja voimakkuuden tulo antoivat varsin samansuuntaisia tuloksia, mutta Gaume ja muut (2016) havaitsivat, että jo yksikin riittävän voimakas muutospuheen (CT+3) lausuma voi yksinään ennustaa merkitsevästi juomisen vähenemistä.

Katsauksessa saatiin muutospuheen osatekijöistä eniten positiivisia tuloksia sitoutumisesta (Aharonovich ym., 2014; Campbell ym., 2010; Daeppen ym., 2007) ja kykypuheesta (Gaume ym., 2008; Campbell ym., 2010), kuten omassa tutkimuksessani. Lisäksi todettiin asiakkaan muutospuheen luokkien erilaisten yhdistelmien vaikuttavan tuloksiin (Gaume ym., 2013; Martin ym., 2011; Walker ym., 2011). Kaiken kaikkiaan valtaosassa tutkimuksia esitettiin myönteisiä tuloksia asiakkaan puheen ja päihdetuloksien yhteydestä. Vain kahdessa tutkimuksessa niitä ei löytynyt (Apodaca ym., 2014, Borsari ym., 2015). Säilyttämispuheen määrä ennusti usein huonoja tuloksia (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015; Campbell ym., 2010; Gaume ym., 2016; Moyers ym., 2007; Moyers & Martin 2006; Vader ym., 2010) ja myös sen voimakkuus oli yhteydessä juomisen lisääntymiseen (Gaume ym., 2013).

9.9.4 Ensisijaisen päihteen vähentämisprosentin ennustaminen 6 ja 12 kuukauden seurannoissa

Asiakkaiden ensisijaisen päihteen vähentämisprosenttia seurannassa ennustavan hierarkkisen regressionanalyysin vuoden hoitotuloksia selittävään lopulliseen malliin sisältyi vain tulosta merkitsevästi selittäviä tekijöitä. Parhaiten muutoksen onnistumista ennusti asiakkaan usko ensisijaisen päihteen vähentämisen onnistumiseen. Asiakkaan arvio keskustelun sujuvuudesta, ohjaajan tiedon antaminen ja asiakkaan kykypuheen määrä selittivät myös merkitsevästi onnistumista. Asiakkaiden tyytyväisyys keskusteluihin ja heidän pystyvyysuskomuksensa ovat aiemminkin osoittautuneet tärkeiksi hoitotuloksia selittäviksi tekijöiksi. Motivoivasta haastattelusta on todettu olevan hyötyä erityisesti sellaisille asiakkaille, joiden luottamus omiin kykyihin on korkea jo alkutilanteessa. (Kadden & Litt, 2011; Project MATCH Group,1997; Witkiewitz, van der Maas, Hufford & Marlatt, 2007).

Tiedonantamisella voi myös rikosseuraamusasiakkailla olla tavallista suurempi merkitys. Sen sijaan se, että arviot asiakkaan tunneilmaisusta ja hoidon jatkumisesta sekä keskustelun suuntaaminen ennustivat hoitotulosta negatiivisesti, saattaa viitata yhteisymmärryksen puutteisiin vuorovaikutuksessa. Puolen vuoden kohdalla tulokset olivat enimmäkseen samansuuntaisia, mutta niiden ennustearvo oli heikompi.

Vaikka mallien selitysasteet, etenkin vuoden seurannassa, olivat näin monimutkaiselle ilmiölle korkeat, kannattaa tuloksiin suhtautua varoen ja tehdä niistä maltillisia tulkintoja. Ensinnäkin, ensisijaisen päihdeongelman vähenemistä mitattiin tässä tutkimuksessa eri mittareilla alkoholia ja huumeita ensisijaisena päihteenään pitävillä, vaikka muutosta arviointiinkin molemmissa prosentuaalisesti. Tulos olisi voinut jossain määrin muuttua, jos käytettävissä olisi ollut yhtenäinen molempiin sopiva mittari.

Toiseksi, ohjaajan luottamusta asiakkaan hoidon jatkumiseen kuvaava muuttuja vaikuttaa moniselitteiseltä. Sen negatiinen yhteys hoitotulokseen voi johtua siitä, että työntekijä arvioi realistisesti asiakkaan tarvitsevan enemmän hoitoa tai siihen, että työntekijä suhtautuu ylioptimistisesti asiakkaan hoidon jatkumiseen. Asiakkailla, joiden ennuste oli heikompi, saattoi olla puheessaan myös selkeitä viitteitä hoidon jatkumisesta.

Oletukseni, että työntekijöiden motivoivan hengen ja sen periaatteiden noudattaminen istunnoissa johtaisi asiakkaiden hoitoon kiinnittymiseen, muutokseen sitoutumiseen ja parempiin hoitotuloksiin, ei saanut suoranaista tukea. Aiemmin kuitenkin osoitin, että kyseiset toimintamallit korreloivat positiivisesti etenkin asiakkaan muutosta valmistelevaan puheeseen. Ne saattoivat myös vaikuttaa VKM-ohjelmassa pysymiseen ja seurantoihin osallistumiseen, vaikka ohjelman tulokseen asti vaikutukset eivät yltäneet. Kuten oletettua (Horvath & Symonds, 1991) asiakkaan myönteinen arvio istunnosta ennusti päihdeongelman vähenemistä. Sen sijaan motivoivan haastattelun henki tai empatia eivät selittäneet tulosta, vaikka asiakkaan myönteinen arvio istunnosta saattoi perustua pääasiassa juuri niille. Lähes loppuun asti analyysissa oli mukana työntekijän motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen tuloksen heikentäjänä, mutta se jäi lopullisesta mallista pois liian heikkona ennustajana. Samoin kävi myös manuaalin noudattamiselle, jonka yhteys tulokseen oli myönteinen, toisin kuin joissakin aiemmissa tutkimuksissa (Amrhein ym., 2003, Hettema ym., 2005). Näyttää siis siltä, että ohjaajat ovat noudattaneet näiden tutkimusten ja VKM-ohjelman manuaalin varoituksia liian jäykästä ohjeiden noudattamisesta ja soveltaneet manuaalia riittävän joustavasti.

Tämän tutkimuksen katsausten tarkastelun kohteena olleissa artikkeleissa ei yleensä arvioitu, kuinka hyvin manuaalia noudatettiin. Poikkeuksen tekevät Moyersin

ym. Project MATCH:in aineistolle perustuvat tutkimukset, jossa pyrittiin varsin tiukasti eri hoitotapojen puhtaaseen toteuttamiseen manuaalia noudattamalla (Miller ym., 1992; Project MATCH Research Group, 1997b). Koska oman tutkimukseni tulokset olivat ristiriidassa näiden artikkelien kanssa, joissa manuaalin noudattamisen mainittiin voivan olla haitaksi, asiaa olisi hyvä tutkia tarkemmin (esim. Hettema ym., 2005). Jo se, mitä tarkoitetaan ohjekirjan noudattamisella, on avattava kysymys. Jos ajatuksena on, että terapeutti noudattaa ohjekirjan mukaista toimintajärjestystä ottamatta huomioon asiakasta ja meneillään olevaa vuorovaikutusta, on helppo uskoa, että tästä on haittaa terapiaprosessin etenemiselle. Uskon, että juuri näin on voinut tapahtua, kun negatiivisia tuloksia on tullut. Ainakin Amrheinin ja muiden (2003) tutkimuksessa asiakkaan sitoutuminen laski istunnon lopussa, kun terapeutti lähti ajamaan muutossuunnitelman tekoa silloinkin, kun asiakas ei siihen ollut vielä valmis. Terapeutin tällaista toimintaa voi pitää motivoivan haastattelun ja sen hengen vastaisena (esim. Miller & Rollnick, 2013).

Asiakkaan puheesta oletin, että muutospuheen muodoista etenkin sitoutumispuhe ennustaa päihdeongelmien vähenemistä seurantavuoden aikana (Amrhein ym., 2003), mutta asiakkaan puheesta vain muutospystyvyyttä ilmaiseva kykypuhe jäi lopulliseen malliin mukaan. Aiemmissa malleissa, joissa mukaan otettiin joitakin teoreettisesti kiinnostavia mutta tilastollisesti vähemmän merkitseviä muuttujia, sitoutumisella sekä halu- ja syypuheella oli pieni vaikutus selitysosuuteen. Lopullisessa mallissa, johon sisältyivät vain tulosta ekonomisimmin selittävät tekijät liioin valmisteleva muutospuhe ja kokonaismuutospuhe tai vastaavat säilyttämispuheen muuttujat eivät ennustaneet hoitotulosta odotetulla tavalla. Vaikuttaa siis siltä, että asiakkaiden alkuperäiset pystyvyysodotukset ja positiivinen kokemus vuorovaikutuksesta sekä sessiossa annetut tiedot ohittivat tärkeydessä spesifiempien vuorovaikutusmuuttujien panoksen myönteiseen tulokseen. Pystyvyyden tunteen merkitystä muutokselle korostaa se, että se tuli esille päihteiden käytön vähenemisprosenttia ennustavassa mallissa kahdella tavalla: jo ensimmäisellä askeleella se ilmeni asiakkaan uskossa vähentämisen onnistumiseen ja lopulta myös asiakkaan kykypuheessa.

Monissa meta-analyyseissa on saatu näyttöä, että ihmisen luottamus omiin kykyihinsä parantaa merkitsevästi motivaation ja toiminnan tasoa. Nämä uskomukset eivät ainoastaan ennusta eri luottamuksen tasoilla olevien henkilöiden käyttäytymisen toimivuutta vaan myös muuttavat yksilöiden toimintaa eri tehokkuuden tasoilla eri aikoina ja jopa vaihtelua saman yksilön eri toiminnoissa. (Bandura & Locke, 2003.)

Aiemmin mainitussa Kuusiston ja Saarnion (2012) A-klinikkatutkimuksessa havaittiin samoin kuin omassa tutkimuksessani, että asiakkaan suuri luottamus omiin

kykyihinsä vähentää juomista ja odotukset hoidon tuloksellisuudesta olivat merkityksellisiä hoidon jatkumiselle ja raittiiden päivien määrälle seurannassa. Samassa tutkimusprojektissa todettiin myös asiakkaan muutosvalmiuden ja sen, kuinka terapeutti vastaa siihen, olevan tärkeitä tuloksellisuustekijöitä (Knuuttila ym., 2011).

MISA-projektin A-klinikkahaarassa puolen vuoden seurannan positiivisia tuloksia selittivät asiakkaan taustatekijöistä työssäolo ja monimuotoisten reflektioiden prosenttiosuus. Työntekijän käyttäytymisestä tulosta heikensi odotusten vastaisesti muutospuheen herättely, joka tapahtui ehkä ennen asiakkaan omien tavoitteiden kunnollista selventämistä. (Rakkolainen ym., 2015.) Samansuuntainen tendenssi ilmeni myös omassa tutkimuksessani, mutta se ei vaikuttanut merkitsevästi tulokseen. Tuloseroa A-klinikka-aineiston ja oman aineistoni välillä saattaa selittää hoidon strukturoimaton ja strukturoitu muoto, työntekijöiden hieman erilainen koulutus, erot asiakasaineistossa ja joiltakin osin erilaiset selittävät muuttujat.

Kaiken kaikkiaan on hyvä muistaa, että terapeuttien toiminnan ja asiakkaan muutospuheen välillä oli kuitenkin paljon merkitseviä korrelaatioita (taulukko 30), jotka eivät kuitenkaan realisoituneet hoidon 6 ja 12 kuukauden tuloksiksi. Asiakkaan puheen merkitsevien yhteyksien puuttuminen hoidon tuloksista tutkimuksessani voi myös johtua siitä, että mahdolliset yhteydet peittyivät muiden tässä mitattujen muuttujien vaikutuksiin.

Lopuksi kannattaa ehkä todeta, että asiakkaat joka tapauksessa näyttivät hyötyvän VKM–ohjelmasta ja pitivät siitä. Tulokset myös paranivat puolen vuoden seurannasta vuoden seurantaan, mikä myös osaltaan puhuu ohjelman puolesta. Tuoreitten tutkimustulosten pohjalta tehdyissä motivoivan haastattelun uusissa kehitelmissä (Miller & Rollnick, 2013) on elementtejä, jotka kannattaisi jatkossa ottaa huomioon myös rikosseuraamusasiakkaiden hoidossa.

10 TUTKIMUKSEN TARKASTELUA

10.1 Yhteenvetoa tuloksista

Alkutilanteen tulokset

Tutkimukseen osallistui 25 yhdyskuntaseuraamustyöntekijää ja 50 asiakasta, joiden keski-ikä oli 34 vuotta. Kun lähes kaikki asiakkaat olivat miehiä, suurin osa ohjaajista oli naisia. Osallistujien alkutilanteen data ei eronnut olennaisesti yhdyskuntaseuraamuspopulaatiosta Suomessa, vaikka heidän sosiaalinen taustansa oli jonkin verran heikompi kuin muilla yhdyskuntaseuraamusasiakkailla, MISA-projektin a-klinikka-aineistossa (Rakkolainen ym., 2015) tai avohoidon päihdeasiakkailla Suomessa (Esim. Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011).

Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat käyttäneet alkoholia, joka oli alkutilanteessa lähes kahdella kolmasosalla ensisijainen päihde. Muita ensisijaisia päihteitä olivat useimmin amfetamiini, buprenorfiini, rauhoittavat lääkkeet ja kannabis. Kolmannes asiakkaista oli sekakäyttäjiä. Enemmistö myös tupakoi. Suuri osa asiakkaista oli tehnyt rikoksia alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena. Enemmistö oli tuomittu yhdyskuntapalveluun, hieman pienempi osa asiakkaista oli ehdonalaisessa.

Alkutilanteessa yli 40 prosentilla asiakkaista oli mahdollinen alkoholiriippuvuus. Yli neljännekselle juominen oli tuottanut haittaa monella elämänalueella. Valtakunnallisesti yhdyskuntaseuraamusasiakkailla syntyi eniten ongelmia alkoholista, kun huumeiden ja lääkkeiden käyttö oli selvästi vähäisempää kuin tässä aineistossa.

Päihteiden käyttö oli monella tavoin erilaista A-klinikka-aineistossa, jossa alkoholi oli useammin ensisijainen päihde, buprenorfiini yleisin huume sekä AUDIT – ja SDS –pisteet keskimäärin tätä aineistoa korkeammat (Rakkolainen ym., 2015). Samoihin aikoihin tutkittujen avohoidon asiakkaiden päihteiden käyttö taas oli samansuuntaista kuin meillä (Esim. joku näistä Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011)

VKM –ohjelmaan osallistuneet olivat yleisesti yrittäneet muuttaa päihteiden käyttöään jo aiemmin. Tavoitteet ja usko niiden toteutumiseen erosivat ensisijaisen päihteen mukaan. Jos alkoholi oli ensisijainen päihde, tavoite oli yleisimmin käytön vähentäminen, kun taas huumeita ensisijaisena pitäneet yrittivät useimmiten lopettaa käytön kokonaan. Jälkimmäiset myös luottivat enemmän tavoitteensa toteutumiseen.

Välittömät tulokset VKM-ohjelmasta

Ohjelmassa pysyminen ja keskeyttäminen

VKM-ohjelmaa toteutettiin onnistuneesti, sillä kaikki tutkimukseen suostuneet osallistuivat kumpaankin ensimmäiseen istuntoon ja liki viisi kuudesosaa asiakkaista kävi läpi koko keskustelusarjan. Asiakkaiden alkutilanteen tekijät eivät olleet yhteydessä ohjelman keskeyttämiseen. Asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä keskusteluihin ja ohjaajiinsa, sillä keskustelujen arvioiden keskiarvo oli yli neljän ja noin 60 % asiakkaista arvio ohjaajasta oli täydet 5 (asteikolla 1-5). Työntekijöiden arvio keskustelujen laadusta oli hiukan matalampi. Asiakkaiden muutosvalmius oli korkea, samoin kuin ohjaajan usko asiakkaan myönteiseen jatkoon. Asiakkaiden ja työntekijöiden keskustelun arvioilla oli runsaasti vastavuoroisia yhteyksiä. Asiakkaan itsensä arvioima muutosvalmius korreloi merkitsevästi ohjaajan arvioon asiakkaasta ja hänen uskoonsa asiakkaan muutoksesta. Asiakkaan myönteinen käsitys ensimmäisestä keskustelusta korreloi hänen muutosvalmiuteensa sekä arvioon ohjaajasta.

Ohjaajan keskustelun arviot korreloivat vahvasti myönteiseen arvioon asiakkaasta, joka vastaavasti korreloi vahvasti hänen uskoonsa asiakkaan muutokseen, jolla taas oli myös merkitsevä yhteys asiakkaan muutosvalmiuteen.

Motivoivan haastattelun toteuttaminen

Työntekijät noudattivat VKM –ohjelman manuaalia varsin kattavasti, sillä esitetystä sisällöstä käsiteltiin kummassakin keskustelussa vähintään 80 %. Yleisarviot työntekijöiden motivoivan haastattelun toteuttamisesta painottuivat asteikkojen positiiviseen päähän. Vain autonomian ja empatian keskiarvot olivat hiukan matalammat. Ohjaajien yleisimpiä käyttäytymiskoodeja olivat kysymykset ja reflektiot. Kaikkein vähiten oli motivoivan haastattelun vastaisia ilmaisuja.

Työntekijät olivat sisäistäneet hyvin motivoivan haastattelun hengen osana VKM-ohjelmaa. Myös motivoivan haastattelun mukaisten ilmaisujen ja monimuotoisten reflektioiden osuuksissa ohjaajat olivat taitajan tasoa, mutta reflektoivassa kuuntelussa ja avoimissa kysymyksissä olisi kaivattu lisää harjoitusta. VKM-ohjelman tarkka noudattaminen on voinut vaikuttaa siihen, että autonomian ja empatian ilmaisut, avoimet kysymykset ja reflektoiva kuuntelu vähäisemmiksi kuin oli toivottavaa, mikä on voinut heijastua myös siihen, ettei työntekijän toiminnan ja tulosten välillä näkynyt paljon yhteyksiä. Nämä elementit ovat kuitenkin motivoivan haastattelun ydin taitoja ja voisivat herätellä pyrkimistä muutokseen ja sitoutumista siihen, joka jäi tällä

kertaa turhan niukaksi. Toisaalta avoimien kysymysten ja monimuotoisten reflektioiden taitava käyttö sekä asiakkaan todellisen autonomian hyväksyminen on havaittu vaikeiksi omaksua. (Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel & Daeppen (2010); Glynn & Moyers 2010; Miller & Rollnick 2002, 2013.)

MISA–projektin A-klinikka-aineiston arvioissa työntekijät noudattivat motivoivan haastattelun henkeä hieman heikommin kuin tässä aineistossa. Motivoivan haastattelun tekniikoista onnistuttiin myös parhaiten reflektioissa, mutta istunnoissa oli hieman liikaa motivoivan haastattelun vastaisia ilmaisuja (Rakkolainen, 2012). Ruotsissa VKM-ohjelmaa käyttäneet vankilatutkimuksen työntekijät eivät saavuttaneet millään motivoivan haastattelun kynnysarvolla aloittelijan pätevyyttä (Forsberg ym., 2010; 2011).

Asiakkaan muutos- ja säilyttämispuheen koodaustulokset Amrheinin koodausjärjestelmällä

Motivoivan haastattelun tavoite, että asiakas puhuu keskusteluissa enemmän kuin työntekijä, toteutui hieman yli kolmanneksessa keskusteluista. Asiakkaiden päihteiden käyttöön liittyvä puhe vaihteli noin 50 ilmaisusta viisin - kertaiseen määrään. Muutospuheesta, jota oli noin kaksi kertaa enemmän kuin säilyttämispuhetta, oli muutosta valmistelevaa puhetta (syy, halu, tarve ja kyky) kolme neljännestä ja sitoutumispuhetta loput neljännes. Säilyttämispuheessa päihteiden käytön jatkamiseen sitoutumisen osuus oli lähes kaksi kertaa suurempi. Muutospuhe ilmensi eniten syitä muutokselle, sitoutumista siihen ja kykyä muutokseen, kun säilyttämispuhe koski useimmin sitoutumista päihteisiin ja syitä päihteiden käytön jatkamiseen. Asiakkaiden päihteiden käyttöön liittyvästä ambivalenssista kertoi, että muutos- ja säilyttämispuhe korreloivat keskenään positiivisesti. Motivoivan haastattelun tavoite onkin auttaa asiakasta ratkaisemaan ambivalenssinsa muutoksen suuntaan.

Työntekijän käyttäytymisen yhteys asiakkaan päihteiden käyttöä koskevaan puheeseen

Työntekijän yleisarvioilla ja käyttäytymiskoodeilla oli paljon merkitseviä korrelaatioita asiakkaan ilmaisujen kanssa. Motivoivan haastattelun henki korreloi vahvimmin asiakkaan valmistelevaan muutospuheeseen ja muutospuheen summaan. Yleisarvioista herättely, autonomia ja keskustelun suuntaaminen korreloivat voimakkaasti muutospuheen kanssa, mutta yhteistyöllä ja empatialla ei ollut merkitseviä korrelaatioita muutospuheeseen. Tässä aineistossa motivoivan haastattelun yleisarviot olivat vahvemmin yhteydessä asiakkaan puheeseen kuin tekniset taidot.

Ohjaajan käyttäytymisestä asiakkaan muutospuheeseen korreloivat vahvimmin monimuotoiset reflektiot. Yksinkertaisilla reflektioilla, suljetuilla kysymyksillä ja motivoivan haastattelun mukaisilla lausumilla oli merkitseviä korrelaatioita muutoksen syihin ja kokonaismuutospuheen ilmaisuihin. Nämä yhteydet näyttävät tukevan joitakin motivoivan haastattelun oletettuja vaikutuksia asiakkaan muutospuheeseen. Vastoin odotuksia avoimet kysymykset eivät korreloineet asiakkaan muutospuheeseen. Motivoivan haastattelun vastaisella käyttäytymiselläkään ei ollut tähän korrelaatioita. Manuaalin noudattaminen sen sijaan korreloi muutospuheen kanssa merkitsevästi. Näissä ensimmäisissä keskusteluissa mitkään työntekijän suhdetekijät tai tekniikat eivät korreloineet merkitsevästi asiakkaan muutokseen sitoutumisen ilmaisuihin.

Työntekijöiden yleisarvioilla ja käyttäytymisellä oli muutospuhetta vähemmän korrelaatioita asiakkaan säilyttämispuheeseen. Nyt sekä yhteistyö että empatia korreloivat säilyttämispuheen kanssa. Työntekijöiden käyttäytymisen vahvimmat yhteydet säilyttämispuheeseen olivat jälleen monimuotoisilla reflektioilla, jotka tällä kertaa korreloivat yhdessä yksinkertaisten reflektioiden kanssa vahvasti myös säilyttämiseen sitoutuviin lausumiin. Työntekijät näyttivät siis, toisin kuin oli tarkoitus, herättelevän reflektioillaan asiakkaissa myös päihteiden käytön jatkamiseen sitoutuvaa puhetta.

Työntekijöiden motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen sai kuitenkin pääsääntöisesti asiakkaan status quon säilyttämisen heikkenemään. Muu ohjaajan käyttäytyminen korreloi asiakkaan säilyttämispuheeseen selvästi vähemmän. Manuaalin noudattaminenkaan ei korreloinut asiakkaan säilyttämispuheen kanssa merkitsevästi.

Löydetyistä korrelaatioista ei kuitenkaan voi päätellä syy-yhteyksiä. Työntekijän motivoivan haastattelun taidot saattoivat lisätä asiakkaiden muutospuhetta tai työntekijöiden oli ehkä helpompaa käyttää motivoivaa haastattelua muutokseen valmiiden asiakkaiden kanssa, mihin saisi lisävalaistusta sekventiaalisella puheen analyysilla.

Tämän tutkimuksen tavoin MISA-projektin A-klinikkatutkimuksessa motivoivan haastattelun perustaidot ja niistä monimuotoisten reflektioiden taitava käyttö korreloivat asiakkaan muutospuheeseen, mutta toisin kuin tässä tutkimuksessa A-klinikkaaineistossa autonomian tukeminen korreloi asiakkaan sitoutumispuheeseen. (Rakkolainen ym., 2015.)

Suurin osa muista prosessitutkimuksista päätyi oman tutkimukseni lailla toteamaan, että motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen herättelee asiakkaan muutospuhetta (Esim. Apodaca ym., 2016; Borsari, 2015; Gaume ym., 2010). Tuloksissa oli kuitenkin paljon vaihtelua ja ristiriitaisuuttakin, sillä monissa tutkimuksissa se lisäsi muutospuheen ohella myös säilyttämispuhetta ja joissakin taas vähensi sitä.

Tästä tutkimuksesta eroten motivoivan haastattelun vastaisen käyttäytymisen havaittiin usein lisäävän asiakkaan säilyttämispuhetta (Esim. Borsari ym., 2015; Gaume ym., 2010; Moyers ym., 2009). Yhtenevästi omien havaintojen kanssa monimuotoiset reflektiot liittyivät muutospuheen kasvun lisäksi säilyttämispuheeseen (Apodaca ym., 2016; Gaume ym., 2010), mutta esimerkiksi Brownin (2014) tutkimuksessa ne myös kasvattivat muutokseen sitoutumista toisin kuin tässä tutkimuksessa.

Käytännön vuorovaikutustilanteiden kannalta mielenkiintoinen oli myös havainto, että asiakkaan lausumat jatkuivat usein samanlaisina niin, että muutospuhe jatkui todennäköisesti muutospuheena ja säilyttämispuhetta seurasi säilyttämispuhe (Gaume ym., 2008b). Tämä osoittaa, että muutosten tuottaminen suuntaan tai toiseen ei ole ihan yksinkertaista.

Jotkut tutkimukset vahvistivat myös, että asiakas vaikuttaa terapeutin toimintaan. Asiakkaan vahva intentio esimerkiksi sai terapeutit käyttämään enemmän motivoivan haastattelun vuorovaikutustaitoja (Daeppen ym., 2007). Terapeutin havaittiin vastaavan sekä asiakkaan muutos- että säilyttämispuheeseen motivoivan haastattelun mukaisella käyttäytymisellä (Gaume ym., 2008b) tai sitten eriytyneemmin niin, että muutospuhetta seurasi motivoivan haastattelun mukainen ja säilyttämispuhetta sen vastainen käyttäytyminen (Gaume ym., 2010). On mahdollista, että näin tapahtui myös tässä tutkimuksessa, mutta asian varmistaminen olisi vaatinut sekventiaalista analyysimenetelmää, mikä ei tässä tutkimuksessa ollut mahdollista. Nämä havainnot tekevät vuorovaikutuksesta joka tapauksessa erityisen haasteellisen työntekijöille, jotteivat he vastauksellaan asiakkaan puheeseen tulisi vahvistaneeksi asiakkaan ambivalenssin ei-toivottua puolta.

Asiakkaan muutosta valmistelevan puheen yhteys muutokseen sitoutumiseen

Asiakkaan muutosta valmistelevan puheen osatekijöillä oli runsaasti korrelaatioita muutokseen sitoutumiseen, johon vahvimmin korreloi asiakkaan muutoskykyä ilmentävä puhe. Myös päihteiden käytön jatkamisen syyt ja halu olivat yhteydessä siihen sitoutumiseen. Tutkimukseni tuki siten käsitystä, että asiakkaan päihteiden käytön muutokseen suuntautuva halu-, syy-, tarve- ja kykypuhe selittävät merkitsevästi muutokseen sitoutumista (Amrhein ym. 2003). Vastaavasti säilyttämisen valmistelupuheen summa korreloi päihteiden käytön jatkamista koskevaan sitoutumiseen.

Seurantavaiheen tulokset

Asiakkaiden saaminen mukaan seurantoihin onnistui vaikeuksista huolimatta hyvin, sillä kuuden kuukauden seurantapuheluihin vastasi 84 % ohjelman aloittaneista, mikä oli enemmän kuin vertailukohteina olleissa tutkimuksissa (Rakkolainen ym. 2015; Kuusisto, Knuuttila & Saarnio, 2011b). Vuoden seurantaankin osallistui vielä kolme neljäsosaa asiakkaista. Asiakkaiden tyytyväisyys VKM-ohjelmaan säilyi koko seuranta-ajan, sillä suurin osa osallistujista kertoi hyötyneensä ohjelmasta puolen vuoden jälkeen eikä tyytyväisyys ollut vähentynyt vielä vuodenkaan päästä, mikä kertonee VKM-ohjelman onnistumisesta ja siihen kohdistuneiden toiveiden toteutumisesta.

Päihteiden käyttö 6 ja 12 kuukauden seurannoissa

Juomisen riskeistä kertovat AUDIT-pisteet vähenivät alkutilanteen 18,1 pisteestä puolen vuoden 15,3 pisteeseen ($p= .017$) ja lopulta vuoden 13,6 pisteeseen ($p= .001$), jolloin pisteiden vähennys oli lähes neljänneksen. Huumeriippuvuudesta kertovat SDS-pisteet laskivat ensin alkutilanteesta (6,7) 6 kuukauden seurantaan (6,1), mutta oli taas hieman korkeammat vuoden seurannassa (6,4).

Myös ensisijaisissa päihteissä tapahtui vuoden seurantoihin mennessä suuria muutoksia, joista selvin oli alkoholin osuuden putoaminen ensisijaisena päihteenä kahdesta kolmanneksesta lähes kolmanneksella vajaaseen puoleen. Huumeissa tapahtunut suhteellinen vähennys oli vieläkin suurempi. Varsinaisen päihdeongelman lieveneminen näkyi siinä, että neljä kertaa useampi ilmoitti vuoden kohdalla ensisijaiseksi päihteekseen enää tupakan kuin tutkimuksen alussa.

Tuloksemme olivat saman suuntaisia kuin projektimme A-klinikkahaarassa, mutta siinä AUDIT-pisteiden ja alkoholihaittojen väheneminen oli jo kuuden kuukauden kohdalla suurempaa kuin meillä koko vuonna (Rakkolainen ym., 2015). Tutkimuksessani havaittu päihteiden käytön väheneminen sai vahvistusta muilta rikosseuraamuskontekstissa tehdyiltä tutkimuksilta (Esim. Brown ym., 2012; Forsberg ym., 2011; Nirenberg ym., 2013).

Asiakkaan tausta- ja alkutilanteen muuttujien yhteys seurantatuloksiin

Asiakkaan taustatekijät olivat merkitsevästi yhteydessä ensisijaisen päihteen AUDIT/SDS–pisteiden suhteelliseen vähenemiseen vasta vuoden seurannassa, jolloin peruskoulutuksen lisääntyminen liittyi päihteiden käytön suurempaan vähenemiseen. Asiakkaan ikä korreloi vähenemiseen negatiivisesti, joten vanhemmilla päihteiden

käyttö laski vähemmän kuin nuoremmilla. Yhdyskuntaseuraamuksista ehdonalaiseen vapautuminen korreloi päihteiden käytön vähenemiseen.

Asiakkaan onnistumisvarmuus ensisijaisen päihteen vähentämisessä oli yhteydessä suurempaan muutokseen vuoden seurannassa, jolloin myös ensisijaisen päihteen vähentämistavoite korreloi merkitsevästi tuloksen paranemiseen ja alkoholi ensisijaisena päihteenä sen heikkenemiseen. Istunnon arvioista asiakkaan kokema keskustelun helppous ja valmius muutokseen paransivat tulosta kuuden kuukauden seurannassa, mutta ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisun voimakkuudesta korreloi sen heikkenemiseen vuoden seurannassa.

Projektimme A-klinikkatutkimuksessa päihteiden käytön vähentämiseen korreloivat parempi koulutus, työpaikka, päihdehoitoon osallistuminen ja päihdeongelman vaikeus. Onnistumisvarmuus hoidon alussa liittyi siihen, kuinka paljon asiakas puhui muutoksesta ja miten työntekijä noudatti motivoivan haastattelun perustaitoja. (Rakkolainen ym., 2015.) Asiakkaan hoidon alussa ilmaisemien pystyvyysodotusten on havaittu olevan yhteydessä hoidon jatkumiseen ja parempiin tuloksiin (Kuusisto ja Saarnio, 2012).

Asiakkaiden muutospuheen yhteys seurantatuloksiin

Odotuksieni vastaisesti muutospuheella oli vähän merkitseviä yhteyksiä päihdeongelman lievenemiseen, sillä vain muutoskyky ja muutokseen sitoutuminen korreloivat siihen kuuden kuukauden ja vuoden seurannoissa.

Muutospuheen tärkeys päihteiden käytön vähenemisessä sai paljon tukea prosessikatsauksen tutkimuksissa eri tavoin mitattuna (Esim. Aharonovich ym., 2014; Amrhein ym., 2003; Moyers ym., 2009; Bertholet ym., 2010; Gaume ym., 2016).

Oman tutkimukseni tavoin katsauksessa saatiin muutospuheen osatekijöistä eniten positiivisia tuloksia sitoutumisesta (Aharonovich ym., 2014; Campbell ym., 2010; Daeppen ym., 2007) ja kykypuheesta (Gaume ym., 2008; Campbell ym., 2010). Joskus jo yksikin tarpeeksi voimakas muutospuheen (CT+3) lausuma näytti riittävän ennustamaan merkitsevästi juomisen vähenemistä (Gaume ym., 2016). Vain kahdessa tutkimuksessa yhteyksiä muutospuheen ja päihdetulosten välillä ei löytynyt (Apodaca ym., 2014, Borsari ym., 2015). Säilyttämispuhe ennusti usein huonoja tuloksia (Esim. Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015; Campbell ym., 2010; Gaume ym., 2013; 2016).

Työntekijän motivoivan haastattelun taitojen yhteys asiakkaan seurantatuloksiin

Vaikka työntekijän toiminnalla oli paljon korrelaatioita asiakkaan muutospuheeseen, sillä oli vain vähän yhteyksiä seurantatuloksiin. Kuuden kuukauden seurannassa asiakkaan päihdeongelman vähenemiseen korreloi vain tiedon antaminen. Muutospuheen herättely sekä keskustelun suuntaaminen liittyivät taas sen kasvamiseen, mutta vuoden seurannassa ei näitäkään korrelaatioita enää ollut. Työntekijän toiminnan ja tuloksien väliset korrelaatiot jäivät tulematta esille projektimme A-klinikkahaarassakin (Rakkolainen ym., 2015).

Luvun neljä tutkimuksissa esitettiin terapeutin toiminnan suhteesta asiakkaan päihteiden käyttöön runsaasti ristiriitaisia tuloksia. Motivoivan haastattelun suhdetekijöitä kuvaavat yleisarviot liittyivät myönteisiin tuloksiin, mutta aina ei tätä yhteyttä havaittu. Empatian taso, hyväksyminen ja motivoivan haastattelun henki ennustivat päihteiden käytön vähentämistä paremmin kuin terapeutin tekniset taidot (Bertholet ym., 2014; Borsari ym., 2015; Feldstein & Forcehimes, 2007; Gaume ym., 2008; Gaume ym.,2009; Gaume ym., 2014).

Terapeutin motivoivan haastattelun mukainen käyttäytyminen johti selkeästi myönteisiin tuloksiin vain yhdessä tutkimuksessa (Moyers ym., 2009), joissakin sillä tai motivoivan haastattelun vastaisella käyttäytymisellä ei ollut yhteyttä tulokseen (Apodaca ym., 2014; Borsari ym., 2015), mutta joskus motivoivan haastattelun vastaisen puheen välttäminen johti hyviin tuloksiin (Gaume ym., 2009; Gaume ym., 2014).

Jo yksittäiset motivoivan haastattelun mukaiset käyttäytymiset kuten neuvojen antaminen tai riittävän suuri monimuotoisten reflektioiden osuus saattoivat liittyä hyviin tuloksiin (Bertholet ym., 2014; Gaume ym., 2014).

Ensisijaisen päihteen vähentämisprosentin ennustaminen 6 ja 12 kuukauden seurannoissa

Halusimme vielä selvittää, mitä tekijät voisivat ennustaa osallistujien tulosta vuoteen asti. Hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysiin viimeisellä askeleella lisätyt asiakkaan ja ohjaajan istuntojen arvioinnit nostivat mallin selitysasteen puolen vuoden kohdalla erittäin merkitseväksi 44 prosenttiin. Asiakkaan arvio keskustelun hyvästä sujumisesta, asiakkaan kykypuhe ja hänen uskonsa päihteen käytön vähentämisen onnistumiseen sekä ohjaajan tiedon antaminen paransivat mallin tulosta, mutta ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisun voimakkuudesta, keskustelun suuntaus sekä alkoholi ensisijaisena päihteenä heikensivät sitä.

Vuoden seurannassa asiakkaiden ensisijaisen päihdeongelman muutosta koskevan korjatunkin mallin selitysosuus nousi jo lähes 60 prosenttiin. Päihdeongelman vähenemistä edisti vahvimmin asiakkaan usko päihteen käytön vähenemiseen, asiakkaan arvioi keskustelun sujuvuudesta asiakkaan muutokseen pystyvyyttä ilmentävän puheen määrä sekä ohjaajan tiedon antaminen. Myönteistä muutosta sen sijaan heikensivät ohjaajan arvio asiakkaan tunneilmaisusta ja keskustelun suuntaaminen sekä tässä mallissa myös ohjaajan usko hoidon jatkumiseen. Alkoholi ensisijaisen päihteenä jäi pois tästä mallissa.

Tulosta voi osin selittää, että motivoivan haastattelun on todettu hyödyttävän erityisesti sellaisia asiakkaita, jotka jo alkutilanteessa luottavat omiin kykyihinsä (Esim. Kadden & Litt, 2011; Project MATCH Group, 1997). Asiakkaan tunneilmaisun ja hoidon jatkumisen arviot sekä keskustelun suuntaaminen negatiivisen hoitotuloksen ennustajana saattavat viitata kitkaan keskustelujen vuorovaikutuksessa.

Vaikka mallien selitysasteet olivat näin monimutkaiselle ilmiölle korkeat, tuloksiin on hyvä suhtautua varoen ja tehdä niistä maltillisia tulkintoja. Tulokset olisivat voineet muuttua, jos alkoholin ja huumeiden käyttöön olisi ollut molempiin sopiva yhtenäinen mittari. Lisäksi ohjaajan luottamusta asiakkaan hoidon jatkumiseen kuvaava muuttuja vaikuttaa moniselitteiseltä.

Työntekijöiden motivoivan hengen ja sen periaatteiden noudattaminen ei johtanut muutokseen sitoutumiseen ja parempiin hoitotuloksiin, mutta ne korreloivat positiivisesti etenkin asiakkaan muutosta valmistelevaan puheeseen, joten ne saattoivat myös vaikuttaa VKM-ohjelmassa pysymiseen ja seurantoihin osallistumiseen.

Asiakkaan myönteinen arvio istunnosta ennusti odotetusti päihdeongelman vähenemistä, mitä eivät tehneet motivoivan haastattelun henki tai empatia, vaikka juuri ne saattoivat olla asiakkaan myönteisen istunnon arvion taustalla. Lopullisesta mallista jäivät pois liian heikkoina ennustajina vähentämistä pienentänyt motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen ja manuaalin noudattaminen, jonka yhteys tulokseen oli myönteinen. Ohjaajat näyttävät ottaneen siten huomioon VKM-manuaalin ja aiempien tutkimusten varoitukset liian jäykästä ohjeiden noudattamisesta ja toimineet riittävän joustavasti (Amrhein ym., 2003; Hettema ym., 2005).

Pystyvyyden tunteen merkitystä muutokselle korosti, että se tuli esille jo hierarkkisen regressionanalyysin ensimmäisellä askeleella asiakkaan uskossa ensisijaisen päihteen vähentämiseen onnistumiseen ja lopullisessa mallissa asiakkaan kykypuheessa. Ihmisen luottamuksen omiin kykyihinsä onkin todettu parantavan merkitsevästi motivaation ja toiminnan tasoa (Bandura & Locke, 2003).

Myös jo esillä olleessa Saarnion tutkimusryhmän A-klinikkatutkimuksessa havaittiin, että asiakkaan suuri luottamus omiin kykyihinsä vähentää juomista ja odotukset

hoidon onnistumisesta olivat merkityksellisiä hoidon tuloksille. Samassa tutkimusprojektissa todettiin myös asiakkaan muutosvalmiuden ja sen, miten terapeutti vastaa siihen, olevan tärkeitä tuloksellisuustekijöitä (Knuuttila ym., 2011; Kuusisto & Saarnio, 2012).

Vaikka terapeuttien toiminta ja asiakkaan muutospuhe eivät ennustaneet päihteiden käytön vähenemistä odotuksieni mukaisesti, on hyvä muistaa, että näiden välillä oli kuitenkin paljon merkitseviä korrelaatioita. Voi olla, että tässä tutkimuksessa mahdolliset yhteydet peittyivät muiden muuttujien vaikutuksiin. Asiakkaat joka tapauksessa kokivat hyötyvänsä VKM–ohjelmasta ja tulokset myös paranivat vielä puolen vuoden seurannasta vuoden seurantaan. Motivoivaan haastatteluun on lisäksi tehty parannuksia, joita kannattaisi ottaa mukaan yhdyskuntaseuraamusasiakkaidenkin kanssa tehtävään työhön. Käytännön työtä selkeyttänee motivoivan haastattelun etenemisen jakaminen nyt neljään prosessiin: yhteistyösuhteen luomiseen, tavoitteen tarkentamiseen/ fokusoimiseen, muutospuheen herättelyyn ja muutossuunnitelman tekemiseen. Myötätunnon lisääminen motivoivaan henkeen korostaa asiakkaan hyväksymistä ja autonomiaa, valinnan vapautta entisestään (Miller & Rollnick, 2013).

10.2 Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksellani on monia ansioita. Ensinnäkin se on ensimmäinen systemaattinen motivoivasta haastattelusta rikosseuraamuskontekstissa toteutettu prosessitutkimus Suomessa. Työni ansioihin kuluu myös sen menetelmällinen monipuolisuus. Vuorovaikutuksen analyysin ohella se tarjoaa mahdollisuuden verrata, miten VKM-ohjelmaan osallistuneiden asiakkaiden alkutilanteen tiedot ja istuntojen arvioinnit ennustavat hoitotulosta. Näin se antaa monipuolisemman kuvan hoidon tuloksiin vaikuttavista tekijöistä kuin maassamme viime vuosina paljon ehdyt laadulliset hoitovuorovaikutusta koskevat tutkimukset.

Tuloksista käy ilmi, että rikosseuraamusasiakkaille suunnattu VKM-ohjelma koettiin hyödylliseksi ja se auttoi asiakkaita vähentämään alkoholin ja huumeiden käyttöään. Päätelmä on kuitenkin alustava, koska tutkimus ei ollut satunnaistettu kontrolloitu koe, jossa olisi voitu käyttää vertailuryhmää. Satunnaistetun tutkimusasetelman avulla olisi saanut paremman kuvan siitä, mitkä havainnot liittyivät nimenomaan VKM-ohjelmaan ja motivoivaan haastatteluun ja mitkä eivät. Tässä vaiheessa oli kuitenkin tärkeintä pilotoida menetelmiä, joita ei ole aiemmin tutkittu Suomessa ja selvittää, mitä yhteyksiä niillä näytti olevan osanottajien käyttäytymiseen.

Tulosten arvioinnissa ei päästy suoraan kiinni eri päihteiden käytön määrällisiin muutoksiin, vaan jouduttiin nojaamaan asiakkaiden itsensä antamiin tietoihin. Lisäongelmia tuotti se, että alkoholi- ja huumeongelmien mittaamiseen käytettiin eri instrumentteja, koska tutkimuksen alkaessa tiedossamme ei ollut esimerkiksi WHO:n ASSIST - alkoholin, tupakan ja huumeiden käytön seulontatestin kaltaista mittaria, jonka avulla voi testata eri päihteisiin liittyviä ongelmia samalla instrumentilla (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST; WHO Assist working group, 2002). Eri mittarien vertailukelpoisuutta pyrittiin kuitenkin lisäämään pitämällä ongelmien prosentuaalista vähenemistä esisijaisen päihteen käytössä tapahtuneen muutoksen indikaattorina. Yleisesti, ensisijaisen päihteen vähentäminen ei näyttänyt johtavan toisten päihteiden väärin käytön kasvuun, koska kaikkien päihteiden paitsi tupakan käytössä oli merkitsevää vähenemistä seurantavuoden aikana. Osallistujien tupakointi sinänsä ei lisääntynyt seuranta-aikana, mutta ensisijaisen päihteen käytön väheneminen johti siihen, että se ei enää tuntunut ongelmalliselta ja moni asiakas kertoikin tupakan muuttuneen ensisijaiseksi päihteeksi.

Tutkimuksessani on myös muita ongelmia, jotka liittyvät siihen, että ennen tutkimusta ei määritelty tarvittavaa otoskokoa riittävän tilastollisen voiman saavuttamiseksi (Kraemer & Thiemann, 1992; VanVoorhis & Morgan, 2007). Tilanne ei kuitenkaan ole outo kliinisissä päihde- ja hoitotutkimuksessa, joissa tutkimusasetelmat ovat usein monimuotoisia ja aineiston kerääminen haasteellista, sillä tutkimukseni tuloksellisuus- ja prosessitutkimuksia koskevien katsausten 50 tutkimuksessa vain kolmanneksessa edes mainittiin tilastollisen voiman analyysi. Ennen tutkimusta riittävä otoskoko oli laskettu tulostutkimuksista yhdelle yhdyskuntaseuraamustutkimukselle (Brown ym., 2010) ja kahdelle laitostutkimukselle (Stein ym., 2011b; Vanderburg, 2002) sekä yhdelle prosessitutkimukselle (Glynn & Moyers, 2010). Joissakin tutkimuksissa tilastollista voimaa oli yritetty nostaa analyyseissä muuttujia yhdistelemällä (Borsari ym. 2015; Brown 2014; Moyers ym. 2009) ja kerran tarvittava otoskoko tilastollisen voiman nostamiseksi oli laskettu jälkikäteen (Ginsburg, 2000). Muuten tilastollinen voima oli mainittu vain tutkimuksen rajoituksissa (Daeppen ym., 2007; Davis ym., 2003; Feldstein & Forcehimes, 2007; Martin ym., 2011; Woodall ym., 2007), tulevia tutkimuksia ajatellen (Stein ym., 2006) tai joskus sekä tutkimuksen rajoituksissa ja jatkotutkimusideoissa (Gaume ym., 2008a; Stein ym., 2011a; Walters ym., 2010).

Aineiston keruu osoittautui ennakoitua vaikeammaksi ja niin hitaaksi – kuten usein kliinisissä tutkimuksissa - että aineisto jäi sen moninaisuuden ja analyysimenetelmien vaatimuksia pienemmäksi. Tämä vaikuttaa muun muassa siihen, millaisiin tuloksiin yleensä on mahdollisuuksia ja kuinka vakaita saadut tulokset ovat. Siitä, että

tutkimus oli satunnaistetun kontrolloidun kokeen sijaan luonnollinen koe, jossa VKM-keskustelujen normaalia käytäntöä pyrittiin häiritsemään mahdollisimman vähän, oli monia seurauksia. Työntekijät lähtivät mukaan tutkimukseen oman kiinnostuksensa pohjalta, joten emme tiedä, kuinka edustava otos suomalaisista VKM-työntekijöistä osallistui tutkimukseen. Emme liioin tiedä riittävästi siitä, miten tutkimukseen suostuneet asiakkaat valikoituivat. Osanottajien taustatietojen vertailu muihin yhdyskuntaseuraamusasiakkaisiin ei kuitenkaan viitannut tavallisesta poikkeavaan valikoitumiseen. Osalla työntekijöitä oli paljon enemmän asiakkaita kuin toisilla. Lisäksi saattoi havaita, että mukana olleille VKM-kouluttajille näytti ohjautuneen päihdeongelmiltaan vaikeampia asiakkaita, joilla oli esimerkiksi vakavia huumeongelmia. Se, että asiakkaat eivät ohjautuneet satunnaisesti työntekijöille, rajoittaa myös aineiston jatkoanalyysia. Sen pohjalta ei voida esimerkiksi tutkia ns. terapeuttivaikutusta eli miten terapeuttien toiminnan erot olisivat olleet yhteydessä tuloksiin (esim. Gaume ym., 2014; Kuusisto & Saarnio, 2012; Miller ym., 1993; Miller ym., 2004; Miller & Rollnick 2014; Moyers & Miller, 2013).

Myös työntekijöiden ja asiakkaiden puheen koodaukset ovat voineet vinouttaa tuloksia suuntaan tai toiseen. Työntekijöiden MITI-koodaukseen valittiin ohjeiden mukaisesti vain 20 minuutin satunnainen otos istunnosta. Koodatun jakson sisältö on voinut vaikuttaa MITI-koodauksen tuloksiin. On myös havaittu, että monenlaisia aineksia sisältävän istunnon etenemisessä ilmenevät vaihtelut edellyttäisivät koko istunnon koodausta oikean kuvan saamiseksi istunnosta (Moyers, Houck, Glynn, Hallgren & Manuel, 2017). MITI-koodauksen reliabiliteettia arvioitiin tässä myös ehdotettua pienemmällä määrällä rinnakkaiskoodauksia. Toisaalta harjoittelin koodausta yhdessä vastaavaa a-klinikka-aineistoa tutkivan Maria Rakkolaisen kanssa koodaustemme yhtenäistämiseksi. Hänen aineistossaan (Rakkolainen, 2012) rinnakkaiskoodauksia oli riittävästi ja sen tulokset olivat samansuuntaisia kuin tässä tutkimuksessa.

Asiakkaan muutos- ja sitoutumispuheen koodauksessa käytetty Paul Amrheinin asiakkaan sitoutumispuheen koodausjärjestelmä on tarkoitettu luonnollisen puheen suhteellisen nopeaan arviointiin (Amrhein, 2007). Tutkimuksen tuloksiin on voinut vaikuttaa se, että koodausta tehtiin tässä koulutuksellisista ja kielellisistä syistä perusteellisemmin käymällä aineistoa läpi useamman kerran, mikä on voinut johtaa asiakkaan lausumien ylikoodaukseen. Asiakkaan puheen koodaukselle ei tehty reliabiliteetin testausta, mutta Paul Amrhein vieraili Suomessa opettamassa meille metodiaan sekä tarkisti taitomme asiakkaan puheen koodauksessa.

10.3 Päätelmät tulosten sovellettavuudesta käytäntöön

Koska tutkimus on ensimmäinen rikosseuraamusasiakkaiden motivoivan haastattelun ja sitä soveltavan VKM-ohjelman systemaattinen tulos- ja prosessitutkimus, sen tuloksilla lienee paljon käytännön hyötyä. Jo se, että VKM-ohjelmaan osallistuneiden päihdeongelmat vähenivät, osanottajat olivat tyytyväisiä ja harva jätti sen kesken, antaa tukea ohjelman toteuttamiselle. VKM-ohjaajat näyttävät ottaneen huomioon katsauksissa esille tulleet ja ohjelman käsikirjassakin olleet varoitukset ohjelman manuaalin liian yksioikoisesta noudattamisesta, sillä manuaalin noudattaminen tässä tutkimuksessa näytti johtavan suurempiin päihdeongelman vähentämisprosentteihin seurannoissa toisin kuin muutamissa aiemmissa tutkimuksissa (Hettema ym., 2005; Lundahl ym., 2010).

Tutkimus toi esille myös joitakin mietittäviä kysymyksiä ohjelman noudattamiseen. Toisessa istunnossa pohdittaessa muutoksen etuja ja haittoja kannattanee kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan muutoksen vaiheeseen. Silloin kun päihteisiin liittyvä ambivalenssi on vielä voimakasta, voi muutoksen tuomien haittojen ja päihteiden käytön jatkamisen etujen liiallinen esiin houkutteleminen johtaakin konfliktin ratkeamiseen status quon säilyttämisen suuntaisesti. Tässä tutkimuksessakin havaittiin nimittäin reflektoimisen liittyvän muutospuheen lisäksi myös säilyttämispuheen lisääntymiseen. Siksi terapeutin kannattanee reflektoida enemmän muutospuhetta ja vähemmän säilyttämispuhetta, koska säilyttämispuheen reflektoiminen saattaa vahvistaa sitä. Jälkimmäisen kohdalla parasta olisi asiakkaan näkökulmaa muuttava reflektointi, jolla osoitetaan asiakkaan säilyttämispuheen huomaaminen, mutta samalla käännetään puhetta kohti muutosta asiakkaan tilanteen ja arvojen mukaisesti.

Vaikka asiakkaan muutospuhe ei päihdeongelman vähenemistä koskevassa kokonaismallissa ennustanut vahvasti tuloksia, työntekijän toiminnan ja asiakkaan puheen korkeat korrelaatiot kertovat siitä, että VKM-ohjelma saavutti tavoitteensa eli tuotti muutosta koskevaa pohdintaa rikosseuraamusasiakkaissa. Muutoksen onnistumiseen näyttivät viime kädessä vaikuttavan silti myös monet muutkin tekijät kuten esimerkiksi asiakkaan jo hoidon alussa kokema pystyvyyden tunne ja positiivinen kokemus ensimmäisistä istunnoista.

Vaikka VKM-ohjelmaa toteutettiin asiakasryhmässä, jossa muutoksen tekeminen on tavallista vaikeampaa ja haasteellisempaa, on toivottavaa, että tutkimuksen ja katsausten tulokset otetaan huomioon kehitettäessä motivoivan haastattelun käytäntöjä Suomessa muissakin asiakasryhmissä.

10.4 Jatkotutkimusideoita

Tämän aineiston analysoimisen jatkaminen

Tähän tutkimukseen kerätty aineisto on niin laaja ja rikas, että sen potentiaalista on nyt onnistuttu louhimaan vain pieni osa. Aineisto antaisi mahdollisuuden monenlaisiin jatkotutkimuksiin. Ensi vaiheessa voisi tarttua niihin asioihin, jotka nyt jouduttiin jättämään kesken tai liian pienelle huomiolle. Kultakin asiakkaalta analysoitiin satunnaisesti valittu ensimmäinen tai toinen istunto. Koodaamalla puuttuvat istunnot voisi tarkistaa, onko ensimmäisen tai toisen istunnon muutospuheella eroa ja mahdollisesti erilainen yhteys tulokseen. Analyysia voisi jatkaa myös Amrheinin koodausjärjestelmään liittyvän istuntojen desiilijaottelun pohjalta tutkien sitoutumispuheen (myös kokonaismuutospuheen) kehittymistä ja sen yhteyttä ohjelman tuloksiin. Samaa Amrheinin koodausjärjestelmää soveltaneessa klassisessa prosessitutkimuksessa löydettiin muutoksen suhteen neljä asiakasryhmää (Amrhein ym., 2003). Muutoksen kannalta erilaisten ryhmien etsiminen voisi olla mielekästä myös tässä VKM–aineistossa. Lisäksi jatkoanalyyseissä voisi katsoa tarkemmin esimerkiksi manuaalin noudattamista, kuinka paljon syntyi muutospuhetta, kun manuaalista poikettiin suhteessa siihen, kun sitä noudatettiin.

Motivoivaa haastattelua on kehitetty uusien tutkimustulosten mukaan (Miller & Rollnick, 2013). Työntekijöiden puheen koodauksessa voisi ottaa huomioon, että myös MITI:ä on vastaavasti päivitetty, minkä tuloksena on aiempia versiota reliaabelimpia ja validimpia indikaattoreita. MITI 4:ään on lisätty esimerkiksi autonomian korostamisen, yhteistyön ja vahvistamisen käyttäytymisarviot sekä erityisesti rangaistuksellisiin konteksteihin sopiva autonomiaa ja yhteistyötä loukkaamaton taitava muutospuheen herättely (Clark, Walters, Gingerich & Meltzer, 2006; Moyers ym., 2014; Moyers, Rowell, Manuel, Ernst & Houck, 2016)

Asiakkaan kummankin istunnon koodaamisen voisi toteuttaa uudelleen myös MISC 2.5:llä, joka tehdään koko istunnosta. Siihen on muiden uudistusten lisäksi yhdistetty mahdollisuus tehdä myös sekventiaalista analyysia asiakkaan ja terapeutin puheen etenemisestä ja seuraussuhteista ja esimerkiksi reflektioiden valenssin suhteesta niiden kohteena oleviin muutos- tai säilyttämispuheen ilmaisuihin (Barnett ym., 2014; Gaume ym., 2016; Houck ym., 2013). Analyyseissä voisi tarkistaa sopiiko tähän aineistoon löydös, että yksikin riittävän voimakas muutospuheen lausuma voi olla yhteydessä päihteiden käytön tulokseen. Sekventiaalisella analyysilla voisi tutkia tarkemmin myös erilaisia reflektioita seuraavaa asiakkaan puhetta: jatkuuko muutos-

puheen reflektointi asiakkaan muutospuheena ja säilyttämispuheen säilyttämispuheena sekä miten VKM-ohjaajat onnistuvat kääntämään asiakkaan säilyttämispuheen muutospuheeksi näkökulmaa vaihtavalla reflektiolla (Barnett ym., 2014; Gaume ym., 2016; Miller & Rose, 2013).

Uudelleen koodauksessa voisi ottaa huomioon VKM-ohjelmaan sisältyvien harjoitusten vaikutukset asiakkaan muutospuheeseen. Tässä yhteydessä voisi myös tarkistaa, kuinka paljon muutospuheesta on asiakkaan spontaania ja työntekijän tai harjoituksen herättelemää muutospuhetta (Resnicow, Gobat & Naar, 2015). Toisaalta muutospuheen on huomattu olevan asiakkaan pyrkimystä miellyttää terapeuttia, minkä taitava terapeutti huomaa, mutta osaa kaivaa ”aitoa puhetta” syvemmältä (Gaume ym., 2014). Samalla voisi tutkia tarkemmin työntekijöiden manuaalin noudattamista, liittyykö tähän terapeutin kokemus ja taitavuus ja selittyykö näin osaltaan manuaalin noudattamisesta nyt saatu myönteinen tulos, joka poikkeaa aiemmista kielteisistä tuloksista (Apodaca ym., 2016; Miller & Moyers, 2014; Miller & Rollnick, 2013). Jatkotutkimuksissa voisi analyysissa hyödyntää muunkinlaisia lähestymistapoja kuin nyt käytettyjä koodausjärjestelmiä kuten motivoivan haastattelun yksittäisten elementtien ja tekniikoiden merkityksiä (ks. esim. Hardcastle, Fortier, Blake & Hagger, 2016)

Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus

Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen tekeminen tarjoaisi mahdollisuuden tarkistaa ja syventää tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia. Se edellyttäisi riittävän suuren aineiston hankkimista ja sellaisen tulosmuuttujan käyttämistä, joka olisi yhteismitallinen alkoholin, huumeiden tai sekakäyttäjien muutoksen mittaamisessa. Vertailuryhminä tällaisessa tutkimuksessa voisi olla joko vaille hoitoa jäävä ryhmä ja/tai jokin toinen näyttöön perustuva päihdehoito. Riittävän suuri aineisto antaisi edellytykset monipuolisten laadullisten ja kehittyneiden tilastollisten analyysien tekemiseen. Vertailuasetelmassa voisi muodostaa hypoteeseja siitä, miten ja miksi eri interventiot onnistuvat. Motivoivan haastattelun noudattamista ja prosesseja sekä toisaalta ns. yleisiä tekijöitä voisi arvioida kussakin vertailuryhmässä, jolloin saataisiin selvemmin näkyviin, mikä on terapiamuodoille yhteistä ja motivoivalle haastattelulle erityistä (Miller & Rollnick, 2013; Miller & Rollnick, 2014; Moyers ym., 2007; Moyers ym., 2016; Wampold & Imel, 2015).

Vaikka motivoivaan haastattelua koskevat tulokset ovatkin olleet osin ristiriitaisia, tämä menetelmä on osoittanut käyttökelpoiseksi myös kriminaalihuollossa. Voi olla, että tutkimuksissa on tavoiteltu turhan kattavia tai yksinkertaisia teorioita motivoivan

haastattelun kausaalimekanismeista. Pyrittäessä kaiken kattavaan malliin todella monimutkaista ja –tahoista ilmiötä on sovitettu ehkä liian ahtaaseen muottiin unohtaen, että samat asiat eivät toimi eri ihmisille samoin kaikkina aikoina. Sen lisäksi, että erilaisten ihmisten muutosprosessit ovat erilaisia, on myös todennäköistä, että samojenkin ihmisten muutokset tapahtuvat eri ajankohtina erilaisten kausaaliprosessien kautta. Tuloksia yleistävien metodien sijaan voisi yrittää kehittää malleja, jotka kuvaisivat, mitkä tekijät edistävät muutoksen tapahtumista ottaen huomioon sen, että ne vaihtelevat erilaisilla ihmisillä ja että samatkin ihmiset muuttuvat eri tavoin erilaisissa elämänvaiheissa ja tilanteissa. Kerääntynyttä tietoa voisi yrittää yhdistää ja soveltaa näitä malleja erilaisiin osajoukkoihin.

Käytännön työn kannalta olisi tärkeätä saada kokonaiskuvaa siitä, miten motivoivan haastattelun suhdetekijät ja tekniset taidot kytkeytyvät toisiinsa ja siitä, miten terapeutin taitavuutta kehittyy eri olosuhteissa.

11 LIITTEET

Liite 1. Asiakkaan tutkimussuostumus

Tampereen yliopisto

VKM-ohjelma kriminaalihuoltolaitoksen päihdetyössä – prosessi ja tuloksellisuustutkimus

Tampereen yliopisto
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos
33014 Tampereen yliopisto
Projektin johtaja professori Anja Koski-Jännes

ASIAKKAAN TUTKIMUSSUOSTUMUS

VKM (viisi keskustelua muutoksesta)-ohjelmaa ollaan maassamme ottamassa laajamittaisesti käyttöön Kriminaalihuoltolaitoksen päihdetyössä. Ohjelman käyttöönoton ja kehittämisen tueksi tarvitaan tutkimustietoa VKM-päihdekeskustelujen kulusta ja niiden tuloksellisuudesta.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, joka auttaa kehittämään Kriminaalihuollossa tehtävää päihdetyötä. Tutkimuksessa tarkastellaan ohjaajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta VKM-istuntojen aikana ja selvitetään näiden istuntojen yhteyttä hoitotuloksiin.

Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopistossa vuosina 2007–2010 ja sitä rahoittaa Suomen Akatemia sekä Rikosseuraamusvirasto.

Tutkimusaineiston keruu tapahtuu pääosin VKM-ohjelman puitteissa hyödyntäen siinä tuotettua materiaalia. Tutkimukseen osallistuminen edellyttää:

- esitietolomakkeen täyttämistä

- suostumusta siihen, että ohjaaja antaa VKM-ohjelman aikana tuotettua materiaalia tutkijoiden käyttöön
- kahden ensimmäisen keskustelun arvioimista lyhyesti istuntojen lopuksi
- päihdehoitotilannetta ja päihteidenkäyttöä selvittävään kyselyyn vastaamista 6 ja 12 kuukautta ensimmäisen tapaamisen jälkeen (joko puhelimitse, sähköpostitse tai postitse)

Koska pääosin aineisto kerätään muutoinkin VKM-istuntojen yhteydessä tuotettavasta materiaalista, tutkimukseen osallistuminen ei vaadi juurikaan ylimääräistä työtä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta voi jättäytyä pois ilman, että se millään tavoin vaikuttaa yhteistyöhön ohjaajanne tai Kriminaalihuoltolaitoksen 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.

Tällä lomakkeella sitoudun osallistumaan edellä kuvattuun tutkimukseen.

Paikka ja aika:
_____

_____ _____
Osanottajan (asiakkaan) allekirjoitus Ohjaajan allekirjoitus

_____ _____
Nimen selvennys (tekstaamalla) Nimen selvennys (tekstaamalla)

Osanottajan yhteystiedot

Osoite:_____
Puhelinnumero:_____
Sähköposti:_____

Yhteyshenkilö, jolta tutkija voi tarvittaessa kysyä osanottajan yhteystietoja

Nimi:_____

Osoite:_____

Puhelinnumero:_____
S-posti:_____

Lisätietoja tutkimuksesta antavat tutkija Harri Sarpavaara puh. 03 3551 6569, harri.sarpavaara@uta.fi; tutkija Kari Tolonen puh. 03 3551 4254, kari.juhani.tolonen@uta.fi ja professori Anja Koski-Jännes puh. 03 3551 6587, anja.koski-jannes@uta.fi

Liite 2. MISA - esitietolomake

22.11.2007

TAMPEREEN YLIOPISTO

MISA - ESITIETOLOMAKE
Nro:_____

Sukunimi:_____**Etunimi**:_____

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
2. Vanhempien luona
3. Ystävien luona
4. Solu/alivuokralainen
5. Tukiasunnossa
6. Asunnoton
7. Laitoksessa
8. Asuntolassa
9. Ei tietoa

4. Siviilisääty:
1. Naimaton
2. Avo- / avioliitossa tai rekisteröidyssä suhteessa
3. Asumusero/muuten erillään
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
2. Peruskoulu tai keskikoulu
3. Ylioppilastutkinto

8. Mikä on ammattikoulutuksesi?
1. Ei ammatillista koulutusta
2. Ammattikurssi, muu lyhyt ammattikoulutus
3. Ammattikoulu, kouluasteen ammatillinen tutkinto
4. Opistotasoinen ammattikoulutus
5. Ammattikorkeakoulututkinto
6. Yliopisto- tai korkeakoulututkinto

9. Pääasiallinen työtilanteesi viimeisen 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?_____
_____

10. Mikä on ammattisi?
_____

ELÄMÄNTILANNE JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

11. Kuinka usein juot alkoholijuomia?

1. En koskaan
2. Kerran kuukaudessa tai harvemmin
3. 2 - 4 kertaa kuukaudessa
4. 2 - 3 kertaa viikossa
5. 4 tai useampia kertoja viikossa

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 En juo ollenkaan
1. 1 - 2
2. 3 – 4
3. 5 - 6
4. 7 - 9
5. 10 tai enemmän, kuinka paljon tavallisesti?_____ annosta

v

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)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Ei
2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
3. Kyllä - viimeksi kuluneen vuoden aikana

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

1. Ei
2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
3. 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. Valitse ruutu ja kirjoita siihen määrää ilmaiseva luku. Merkitse juotujen alkoholijuomien annosmäärät.

Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su

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 ystävyyssuhteisiisi tai sosiaaliseen elämääsi?

1. Ei
2. Kyllä

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

1. Ei
2. Kyllä

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

1. Ei
2. Kyllä

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

1. Ei
2. Kyllä

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

1. Ei
2. Kyllä

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

1. Ei
2. 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 käyttötapojasi?

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

33. Päihteiden käyttö

	Oletko koskaan käyttänyt? En	kyllä	Ikä aloittaessa	Ongelmakäytön kesto vuosina	Monenako päivänä käytit viimeksi kuluneen kk:n aikana
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 päihteeesi?_____

Vastaa seuraaviin kysymyksiin <u>ensisijaisen päihteesi</u> 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 käyttämääsi 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 päihteiden vaikutuksen alainen?

1. Ei 2. Kyllä

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

1. Ei 2. 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 hoitojaksoa 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
1. Kyllä, antabusta
2. Kyllä, naltrexonia
3. Kyllä, buprenorfiinia (Temgesic, Subutex)
4. Kyllä, jotain muuta?_____

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

Liite 3. Asiakkaan keskustelun arviointi

Keskustelun arviointi/ asiakas

Paikka_____Päiväys_____

Ohjaaja _____

Asiakas _____

Ympyröi jokaisesta kohdasta vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten

käsityksiäsi ja tunteitasi <u>tästä keskustelusta</u>.

Keskustelu oli:

Huono	1	2	3	4	5	Hyvä
Vaikea	1	2	3	4	5	Helppo
Hyödyllinen	1	2	3	4	5	Hyödytön
Pinnallinen	1	2	3	4	5	Syvällinen
Rento	1	2	3	4	5	Jännittynyt
Tärkeä	1	2	3	4	5	Merkityksetön
Raskassoutuinen	1	2	3	4	5	Sujuva
Mukava	1	2	3	4	5	Hankala

Yleisarvio <u>ohjaajan</u> suhtautumisesta:

Tuomitseva	1	2	3	4	5	Hyväksyvä
Eriarvoinen	1	2	3	4	5	Tasa-arvoinen
Ymmärtämätön	1	2	3	4	5	Ymmärtävä
Epäaito	1	2	3	4	5	Aito
Epäystävällinen	1	2	3	4	5	Ystävällinen
Poissaoleva	1	2	3	4	5	Läsnäoleva

Kirjoita tähän ensisijainen päihteesi:_____

Arvioi kuinka valmis olet nyt vähentämään tämän päihteen käyttöä tai lopettamaan sen käytön. Ellet ole lainkaan valmis muutokseen, rengasta numero 1. Jos olet jo kovasti yrittänyt muutosta, rengasta numero 10. Jos olet epävarma haluatko muutosta, rengasta numero 3, 4 tai 5.

En ole valmis muutokseen			En ole varma haluanko muutosta				Olen valmis mutokseen		Yritän muutosta
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Liite 4. Työntekijän keskustelun arviointi

Keskustelun arviointi/ ohjaaja

Paikka_____Päiväys_____

Ohjaaja_____

Asiakas_____

on a) vankilasta valvontaan vapautunut, b) ehdollisesti rangaistu valvontaan määrätty, c) yhdyskuntapalveluasiakas. ***Ympyröi jokaisesta kohdasta vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten käsityksiäsi ja tunteitasi <u>tästä keskustelusta</u>.***

Keskustelu oli:

Huono	1	2	3	4	5	Hyvä
Vaikea	1	2	3	4	5	Helppo
Hyödyllinen	1	2	3	4	5	Hyödytön
Pinnallinen	1	2	3	4	5	Syvällinen
Rento	1	2	3	4	5	Jännittynyt
Tärkeä	1	2	3	4	5	Merkityksetön
Raskassoutuinen	1	2	3	4	5	Sujuva
Mukava	1	2	3	4	5	Hankala

Yleisarvio <u>asiakkaasta</u>:

Tunneilmaisu	Vähän	1	2	3	4	5	Paljon
Yhteistyökyky	Vastustava	1	2	3	4	5	Yhteistyökykyinen
Avoimuus	Sulkeutunut	1	2	3	4	5	Avoin
Sitoutuneisuus muutokseen	Heikko	1	2	3	4	5	Voimakas

Uskon että asiakas:

ei jatka hoitoa	1	2	3	4	5	jatkaa hoitoa
ei vähennä päihteiden käyttöä	1	2	3	4	5	vähentää käyttöä
ei lopeta päihteiden käyttöä	1	2	3	4	5	lopettaa käytön
halu muutokseen heikko	1	2	3	4	5	halu muutokseen vahva

Liite 5. MISA -seurantalomake

15.05.2008

MISA - SEURANTALOMAKE

Nro:_____

Sukunimi:_____**Etunimi:**_____

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?

1. Ei 2. Kyllä

Millaisia?

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

b) Onko siviilisäädyssäsi tapahtunut muutoksia viimeisen puolen vuoden sisällä?

1. Ei 2. Kyllä

Millaisia?

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

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

1. Ei 2. 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?

1. En koskaan (=> siirry kysymykseen 22)
2. Kerran kuukaudessa tai harvemmin
3. 2 - 4 kertaa kuukaudessa
4. 2 - 3 kertaa viikossa
5. 4 tai useampia kertoja viikossa

4. Kuinka monta <u>annosta</u> alkoholia juot tyypillisenä alkoholin käyttöpäivänä?
(<u>Yksi annos</u> *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 En juo ollenkaan

1. 1 – 2
2. 3 - 4
3. 5 - 6
4. 7 - 9
5. 10 tai enemmän , Kuinka paljon tavallisesti?_____ annosta

5. Kuinka usein juot <u>enemmän kuin kuusi annosta</u> alkoholia yhdellä kertaa?
(<u>Kuusi annosta</u> *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)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Ei
2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana
3. Kyllä - viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana

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

1. Ei
2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana
3. Kyllä - viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana

13. Montako annosta joit viimeisimmällä juomakerrallasi? _____ annosta (katso kysymys 4)

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

1. Ei 2. Kyllä

15. Entä terveyteesi?

1. Ei 2. Kyllä

16. Entä mielialaasi?

1. Ei 2. Kyllä

17. Entä perhe-elämääsi tai parisuhteeseesi?

1. Ei 2. Kyllä

18. Entä työhösi, opintoihisi tai työllistymismahdollisuuksiisi?

1. Ei 2. Kyllä

19. Entä taloudelliseen tilanteesi?

1. Ei 2. Kyllä

20. Onko painosi muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana?

1. Ei 2. Kyllä

Kuinka paljon painat nyt? _____ kg

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

1. Juon suhteellisen tasaisesti
2. Juon kausittain, juomisjaksot 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 <u>ensisijaisen päihteesi</u> mukaan.
Vain jos lääkkeet/ huumeet ensisijainen päihde (<u>Ei kysytä, jos alkoholi ensisijainen päihde</u>)

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 käyttämääsi 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 päihteiden vaikutuksen alainen? (Ei kysytä, jos alkoholi ensisijainen päihde)

1. Ei 2. Kyllä

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

1. Ei 2. 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 VKM –ohjelmasta tai a-klinikan päihdehoidosta sinulle hyötyä tavoitteittesi kannalta? Jos oli niin mitä?

_____

_____

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

Liite 6. Täydennystä asiakastietoihin 1

Täydennystä asiakastietoihin

Työntekijä:
_____
Asiakas: _____

Valmistelevan keskustelun ajankohta:
_____

1. Millainen rikostyyppi oli syynä siihen, että asiakasta pyydettiin VKM -ohjelmaan (esim. rattijuopumus tai huumerikos)?

_____

2. Kuinka monelta asiakkaalta kysyit suostumusta ennen tätä asiakasta? _____

3. Kuinka mones VKM -ohjelmasi tämän oli? _____

4. Valitse oikea vaihtoehto (ja täytä sopiva kohta) kuvaamaan keskustelujen etenemistä:

1 = Kaikki viisi VKM- keskustelua käytiin läpi sovitusti

2 = Asiakas keskeytti _____ kerran jälkeen

3 = Keskustelut käytiin loppuun, mutta välistä jäi pois
_____ keskustelu (monesko?)

5. Mitä syitä keskustelujen keskeyttämiselle tai poikkeuksille arvioit olleen:
_____
_____

6. Muita tietoja asiakkaasta ja hänen tilanteestaan seurantavuoden aikana_____
_____

7. Olet lähettänyt lomakkeet ne ja ne. Jos täytitte lomakkeet ne ja ne, olisiko mahdollista saada niistä vielä kopio.

Kiitoksia paljon!

Liite 7. Täydennystä asiakastietoihin 2

MISA –lomakkeisiin täydennystä

Paikka_____Päiväys _____

Ohjaaja_____

Asiakas_____

Kun VKM- keskustelut asiakkaan kanssa ovat ohi, valitse oikea vaihtoehto kuvaamaan keskustelujen etenemistä:

1 = VKM- keskustelut käytiin läpi sovitusti, keskusteluja oli yhteensä _____ kertaa

2 = Asiakas keskeytti _____ (monennenko) käynnin jälkeen

3 = Tapaamisia piti siirtää, mutta kaikki sovitut keskustelut toteutuivat

4 = Poissaoloja, mutta keskustelut käytiin loppuun _____ (kuinka mones) keskustelu jäi pois

Mitä syitä keskustelujen keskeyttämiselle tai poikkeuksille arvioit olleen:

_____

_____

_____

Viimeisessä keskustelussa ei täytetty Socrates/Urica –lomaketta_____ (rasti, jos näin on)

Kiitoksia paljon!

Liite 8. Ohjaajan taustatiedot -lomake

Ohjaajan taustatietoja

Nimi_____Pvm _____

Seuraavassa on esitetty joitakin kysymyksiä, joihin toivomme sinun vielä vastaavan. Mikäli siinä on epäselvyyksiä, voit kysyä neuvoa projektin tutkijalta. Rengasta kussakin kysymyksessä vain **yksi vastausvaihtoehto**.

1. Minkä ikäinen olit VKM -keskustelujen alkaessa? _____ -vuotias

2. Mikä on siviilisäätysi?

1 = naimaton
2 = avoliitossa
3 = naimisissa
4 = eronnut tai asumuserossa
5 = leski

3. Mikä on peruskoulutuksesi?

1 = osa kansa- tai peruskoulua
2 = kansakoulu tai kansalaiskoulu
3 = peruskoulu tai keskikoulu
4 = ylioppilastukinto

4. Mikä on ammattikoulutuksesi?

1 = ei ammatillista koulutusta
2 = lyhyt ammatillinen koulutus, ammattikurssi tai vastaava
3 = koulutasoinen ammattikoulutus
4 = opisto- tai ammattikorkeakoulu
5 = yliopistotasoinen ammatillinen koulutus

5. Kuinka kauan olet kaiken kaikkiaan toiminut rikosseuraamusalalla

1 = alle 5 vuotta
2 = 5-15 vuotta
3 = yli 15 vuotta

6. Onko sinulla erillistä päihdetyökokemusta?

1 = kyllä, mitä _____vuotta

2= ei

7. Mitä seuraavista päihdehoidon menetelmällisistä suuntauksista katsot **eniten** edustavasi?

1 = kognitiiviset terapiat
2 = motivoiva haastattelu
3 = ratkaisukeskeisyys
4 = systeemiteoreettisuus
5 = psykodynaamisuus
6 = 12 askeleen ohjelma
7 = yhteisöhoidot
8 = eri suuntausten yhdistelmä
9 = ei mikään näistä

8. Oletko saanut erikseen koulutusta motivoivassa haastattelussa?

1 = kyllä
2 = ei

9. Oletko toiminut myös VKM –ohjelmakouluttajana?

1 = kyllä
2 = ei

10. Oliko päihdeongelmilla näkyvä rooli lapsuuden perheessä tai muussa lähipiirissäsi?

1 = kyllä
2 = ei

11. Onko sinulla omakohtaista kokemusta päihdeongelmista toipumisesta?

1 = kyllä
2 = ei

12. Kuinka innostunut olet työskentelystä kriminaalihuollossa?

Erittäin vähän 1 2 3 4 5 Erittäin paljon

13. Kuinka tyytyväinen olet VKM –ohjelmaan?

Erittäin vähän 1 2 3 4 5 Erittäin paljon

Liite 9. 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 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, epäjohdonmukaisuuksia 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 MITIiin, 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 monimutkaisemmilla 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 reliaabelia 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 tietystä ulottuvuudesta. Keskustelusta arvioidaan viittä eri ulottuvuutta: Evokaatiota, Yhteistyötä, Autonomian tukemista, Suuntaamista ja Empatiaa. Tämä tarkoittaa, että jokaiseen MITI kuuntelukertaan sisältyy viisi kokonaisarviointia. Käyttäytymisarviot edellyttävät, että koodaaja kirjaa haastattelijan kunkin käyttäytymistavan 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 edesauttaa 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 määritelty tavoitekäyttäytyminen 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.

KOKONAISARVIOT

"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.

Evokaatio eli muutospuheen herättely				
Matala			**Korkea**	
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 eritystä 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 ristiriitaa 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, evokaatiossa korkealla olevat työntekijät eivät nojaudu 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 syitä muuttua tai valistaa muutoksen eduista tutustumatta lainkaan asiakkaan ajatuksiin, pyrkimyksiin tai motivaatioon.

Esimerkkejä:
• Sivuuttaa 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 eritystä kiinnostusta tai tiedosta asiakkaan omia syitä 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 muutossyyt sellaisenaan, muttei herättele tai käsittele niitä tarkemmin
• Vastaa johdonmukaisesti muutospuheeseen sen ilmetessä reflektioilla, tarkentavilla kysymyksillä tai kiinnostuksella

5. Työntekijä ennakoi mahdollisuuksia herättää asiakkaan omia syitä 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 syitä 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 asiantuntijarooli hallitsee vuorovaikutusta. Yhteistyö puuttuu	Työntekijä vastaa yhteistyö mahdollisuuksiin pintapuolisesti	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 myöntyväisiä, 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

Työtekijät, 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
• Kieltää 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 panokse

Autonomian tukeminen				
Matala			**Korkea**	
1	2	3	4	5
Työntekijä kieltää aktiivisesti asiakkaan valinnan-vapauden ja kontrollin.	Työntekijä pyrkii rajoittamaan asiakkaan käsitystä valinnan-vapaudesta tai vastaa siihen pintapuolisesti.	Työntekijä suhtautuu neutraalisti asiakkaan autonomiaan ja valinnan-vapauteen.	Työntekijä hyväksyy ja tukee asiakkaan autonomiaa.	Työntekijä vahvistaa merkittävästi asiakkaan autonomia-ilmausten tunnetta ja merkitystä tavoilla, jotka selvästi laajentavat asiakkaan oman kontrollin ja valinnan-vapauden 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 työtekijät 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

Työtekijät, 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 ilmaistessa, 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.

Suuntaaminen				
Matala			**Korkea**	
1	2	3	4	5
Työntekijä ei vaikuta keskustelunaiheisiin tai istunnon suuntaan, ja keskustelu tavoite-käyttäytymisestä 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 tavoite-käyttäytymiseen 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 työtekijät 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 ongelmia tuottavaan 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 työtekijät 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 tyly 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 tavoitekäyttäytymiseen

5. Työntekijä vaikuttaa istunnon etenemiseen eikä yleensä jätä käyttämättä tilaisuuksia ohjata asiakasta tavoitekäyttäytymiseen 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

Empatia				
Matala			**Korkea**	
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 ilmaistua 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. Empatiaa ei pitäisi sekoittaa lämpöön, hyväk-

syntään, 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 ilmaistua 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

Ilmaisulla tarkoitetaan kokonaista ajatusta. Ilmaisu loppuu kun yksi ajatus on esitetty. Uusi ajatus aloittaa aina uuden ilmaisun. Ilmaisu 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 koodeista. 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 katerogiaa (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: yksinkertain 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 haluasi 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 huumetesti 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 haluasi 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 huumetesti varoituskello? ”

Asiakkaan ilmaisut, 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 syövissä 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 jatkoerotteluja.

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 kohtuujuomisen 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 pettää 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 heroiinia 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 heroiinia?
Kuinka monta hedelmää tai vihannesta söit päivittäin tällä viikolla?
Kuka on Yhdysvaltojen presidentti?

Lisäys suomenkieliseen 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?" (Avoin kysymys)
"Voisitko selittää tarkemmin, mitä tarkoitat?" (Avoin kysymys)

”Haluaisitko kertoa minulle siitä enemmän?” (Avoin kysymys)

2b. Avoin 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. Avoin 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 heroiininhimosi 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. Päättelysäännön 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 kategorialla 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 taivaisiin. 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 yli-jakaminen 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 heroiinia. 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 haastattelija 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 reflektiokoodeja 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 yhteen vetävät 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 työnohjauksessa 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 koodaaman 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:

<u>4a. Luvan kysyminen ennen neuvomista tai tiedon antamista</u> 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 asiakkaillani 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.

<u>4b. Asiakkaan vahvistaminen</u> 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 tavoitekäyttäytymisen 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, päätösvallan 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)
Riippuu 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 vaihtoehtoisen 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 vahvista, 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 vahvista asiakasta jollakin tavalla, näitä EI pitäisi koodata MH:n mukaiseksi. Usein tämänkaltainen ilmaisu alkaa esim. "Ok, hyvä, no… eikä vahvista 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.”
Struktuurilausumat:	” 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 kehittelyssä käytettiin 20 minuutin jaksoja haastattelunauhoilta. MITIä voi ehkä käyttää myös pidempiin jaksoihin (esim. koko istunnon pituisiin). Varoitamme vain siitä, että yritykseemme lisätä koodattavan jakson pituutta liittyi 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 määrillä, 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 tulosmittareina 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 reliaabeleita 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 yh-

dellä 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 pätevyydet: ilmausten erottaminen, tiedon antaminen ja avoimet/suljetut kysymykset
Tason II pätevyydet: lisäksi reflektiot, MH:n mukaiset ja MH:n vastaiset ilmaisut
Tason III pätevyydet: 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.

Käyttäytymislaskelmat tai yhteenvetokoodien kynnysarvot (Clinician proficiency and competency thresholds)	**Harjoittelijan taitotaso** (Beginning proficiency)	**Osaajan taitotaso** (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
Yhteis- työsuhde		1 2 3 4 5 Heikko Vahva
Autonomian tukeminen		1 2 3 4 5 Heikko Vahva

MH:n hengen kokonaisarvio:_____

Käyttäytymiskoodit

Tiedon antami-nen			
MH:n mukai-nen	Luvan kysyminen, vahvistaminen, hallin-nan korostaminen, tukeminen		
MH:n vastai-nen	Neuvominen, konfrontointi, ohjaaminen		
Kysymys (alakoodit)	Suljettu kysymys		
	Avoin kysymys		
Reflektio (alakoodit)	Yksinkertainen		
	Monimuotoinen		

	REFLEKTIOIDEN 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	Avoin 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 10. 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.

<u>Ensimmäinen askel: Nauhoitusten esikäsittely ennen koodausta</u>

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). Tässä tapauksessa, ennen koodausta istunnon ajallinen kesto täytyy varmistaa desiili -kohtien määrittelemiseksi. Kasettinauhan 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 puhetavan 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.

<u>Toinen askel: Lausumien kategoriset ja numeeriset koodit</u>

Kategorioihin koodaaminen

Koodaaja aloittaa nauhoituksen (tai litteraation) alusta ja etenee lausuma lausumalta (tai rivi riviltä) merkiten lausumia, jotka edustavat kutakin kategoriaa. Lausumat nimetään kirjaimin: ”Sit”, 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 ääninauhalta, kirjaa voimakkuuden arvot (ks. numeerinen voimakkuuden arviointi) kunkin kategorian kohdalle taulukkoon (katso taulukko 4.) Kategorioihin jakaminen on ainutkertaista, jokainen mahdollinen lausuma sijoitetaan vain yhteen luokkaan. Yleisesti ottaen koodaajan tulee luottaa omaan ymmärrykseensä kielen arkisista käyttötavoista. Välillä kielioppi voi olla huonoa, joten turvautuminen ilmaisun merkitykseen ja tarkoitukseen on pa-

ras 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 (heroiinin)" (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. Ilmaisu 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 käyttöään, 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 sillon tällön 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 käyttää 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 heroiiniin." (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)

Ilmaisun 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 ilmaisun 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 ilmaisun 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 ilmauksia, 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 reliabiliteettista käsitellään myöhemmin.

Koodataanko kaikki asiakkaan ilmaisut?
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 päihteen 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), myöntyväisiltä 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 desiilleihin (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 tyhjistä soluista lasketaan frekvenssi, kesiarvo 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 käyttöään 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 kappaa) 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 määrityksessä. 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 käyttöönsä.

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 selvyyttä 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 puhekategorioita:

> ”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 desiilitauon 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.

Liite 11. Liitetaulukot

Taulukko 3. *VKM –ohjelma; keskustelut, tavoitteet, muutospuhe ja apuvälineet.*

Keskustelu	Tarkoitus/tavoite	Muutospuhe	Apuvälineet
Valmisteleva tapaaminen	- keskustelusarjan valmistelu - kiinnostuksen herättäminen muutokseen		SOCRATES 8A/8D URICA Muutoksen kehä
1. Keskustelu	- käyntiin pääseminen, yhteyksien havaitseminen - kiinnostuksen herättäminen muutokseen	-kognitiivisella tasolla: ongelman tunnistaminen ja tiedostaminen -pystyvyyden tunteen voimistaminen	Muutoksen vaihemalli SOCRATES ja/tai URICA Ihmekysymys
2. Keskustelu	- nykyisen käyttäytymisen ja muutoksen haitat ja hyvät puolet - halu, kyky ja valmius muutokseen -sisäinen ja ulkoinen motivaatio	- ongelman tunnistaminen ja tiedostaminen myös tunnetasolla - muutospuheen ja tulevaisuuteen suuntautuvat lausumat - pystyvyyden tunteen voimistaminen	Voimakenttä Asteikot Vaakakuppi
3. Keskustelu	- tunteet ja arvot - nykyhetki vs. elämän päämäärät => ristiriidan voimistaminen nykytilanteen ja asiakkaan toivoman tilanteen välillä	- muutostahdon voimistaminen tutkimalla tunneperäisiä vastakohtia ja elämänarvoja -muutospuheen herättely tunne- ja tahtotasolla (tarveulottuvuus) - pystyvyyden tunteen voimistaminen	Muutosmoottori Arvokortit
4. Keskustelu	- Verkostokartta: vahvistavat ja ei vahvistavat sosiaaliset verkostot	- voimistaa ongelmien tunnistamista ja asiakkaan tarvetta ja kykyä muuttua - suuntautuminen tekemispuheeseen - pystyvyyden tunteen voimistaminen	(Arvokortit) Yhteenveto: tähän asti olen päässyt Verkostokartta Muiden huolenpito minusta
5. Keskustelu	- luottamus ja toiveikkuus – näköala tulevaisuuteen - lisätä luottamusta siihen, asiakas pystyy toteuttamaan muutoksen - toimintasuunnitelma, jos asiakas on valmis	- pystyvyyden tunteen voimistaminen - tekemisen puheen lisääminen toimintasuunnitelma, hypoteettinen suunnitelma tai tulevaisuuden näköalojen pohdiskelu	Vaakunakilpi Yhteenveto Toimintasuunnitelma Näköala tulevaisuuteen SOCRATES ja/tai URICA ja muutoksen kehä

Taulukko 7. *MITI – koodaukseen valikoituneet keskustelujen kohdat.*

	1.istunto		2. istunto		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Alku	6	27	4	15	10	20
Keskikohta	8	36	8	30	16	33
Loppu	8	36	15	56	23	47
Yhteensä	22	100	27	100	49	100

Taulukko 10. *Vuoden 2010 yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden 2010 ja VKM -asiakkaiden taustatekijät (%).*

	YHT	VKM
Keski-ikä	34	34
Ikä luokiteltuna		
15-24	31	20
25-34	28	42
35-44	19	18
45-	22	20
Sukupuoli		
Mies	90	94
Nainen	10	6
Asuminen		
Oma tai vuokra-asunto	91	76
Asunnoton, asuntola, jne.	8	25
Peruskoulutus		
Kansa-/kansalaiskoulu	0	13
Perus/keskikoulu	59	83
Keskiaste/yo	35	4
Ei tietoa	6	0
Työtilanne		
Työtön	53	69
Töissä	25	12
Muu tilanne	21	18

Taulukko 11. *Päihteiden käytön historia.*

	Käyttänyt n	Käyttänyt %	Aloitusikä, Ka	n	Ongelma-vuosia, Ka	n
Alkoholi	49	100	15	47	7	41
Kannabis	34	69	17	33	5	21
Rauhoittavat	33	67	18	30	4	20
Amfetamiini	29	59	19	28	7	21
Hallusinogeenit	21	43	21	20	1	15
Buprenorfiini	21	43	21	20	2	17
Heroiini	14	29	19	3	5	7
Kokaiini	14	29	22	12	2	9
Impattavat liuotti-met	11	22	14	10	1	8
Muu	9	18	25	7	0	5
Nikotiini	44	90	14	40	16	35

Taulukko 15. *Alkoholin käytön seuraukset ja haitat.*

Juomisesta seurannut:	n	%	Ka	Kh
Juo enemmän kuin kuusi annosta			2,06	1,03
Ei kertaakaan	4	8		
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	10	20		
Kerran kuukaudessa	16	33		
Kerran viikossa	17	35		
Päivittäin tai lähes päivittäin	2	4		
Ei ole saanut lopetettu juomista			1,02	1,15
Ei kertaakaan	21	43		
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	14	29		
Kerran kuukaudessa	8	16		
Kerran viikossa	4	8		
Päivittäin tai lähes päivittäin	2	4		
Jäänyt tekemättä jotakin juomisen takia			1,12	1,05
Ei kertaakaan	17	35		
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	15	31		
Kerran kuukaudessa	12	24		
Kerran viikossa	4	8		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1	2		
Tarvinnut krapularyypyn			1,04	1,29
Ei kertaakaan	26	53		
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	6	12		
Kerran kuukaudessa	8	16		
Kerran viikossa	7	14		
Päivittäin tai lähes päivittäin	2	4		
Tuntenut syyllisyyttä juomisesta			1,43	1,15
Ei kertaakaan	14	29		
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	11	22		
Kerran kuukaudessa	14	29		
Kerran viikossa	9	18		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1	2		
Ei muistanut tapahtumia			1,14	1,21
Ei kertaakaan	20	41		
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	11	22		
Kerran kuukaudessa	12	24		
Kerran viikossa	3	6		
Päivittäin tai lähes päivittäin	3	6		
Itse tai joku muu satuttanut			2,61	1,59
Ei	10	20		
Kyllä - mutta ei viime vuoden aikana	14	29		
Kyllä – kuluneen vuoden aikana	25	51		
Joku huolestunut/ehdottanut vähentämään			2,69	1,76
Ei	13	27		
Kyllä - mutta ei viime vuoden aikana	6	12		
Kyllä - kuluneen vuoden aikana	30	61		
Alkoholin käyttö vaikuttanut kielteisesti				
Ystäviin/ sos.elämään	25	51	0,51	0,51
Terveyteen	24	49	0,49	0,51
Mielialaan	29	59	0,59	0,50
Perheeseen tai parisuhteeseen	21	43	0,43	0,50

Työhön tai opintoihin	15	31	0,31	0,47
Talouteen	27	55	0,55	0,50

Taulukko 16. *Ensisijaisen päihteen kohdalla tuntunut.*

	Ei koskaan		Joskus		Usein		Aina/ lähes aina	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ei pysty hallitsemaan käyttöä	2	24	18	37	10	20	9	18
Seuraavan annoksen puuttuminen ahdistanut	9	39	17	35	7	14	6	12
Huolestunut käytöstä	9	18	14	29	14	29	12	24
Toivonut voivansa lopettaa	4	8	14	29	16	33	15	31
	Ei vaikeaa				Melko vaikeaa		Hyvin vaikeaa	
Tuntunut vaikealta lopettaa tai olla käyttämättä	10	20			25	51	14	29

Taulukko 27. *Työntekijän ja asiakkaan puheenvuorot ja koodaukset.*

	Ka	Kh	Min	Max
Istunnon pituus minuuteissa	56	8,1	35	76
Asiakkaan koodaukset	258	87	86	443
Työntekijän koodaukset	290	98,7	78	554
Yhteensä	548	168,2	164	854
Asiakkaan sanat kaikki	3732	1817,5	489	10351
Työntekijän sanat kaikki	4306	1032,4	2008	6742
Kaikki sanat yhteensä	8038	1792,9	3875	12359
Asiakkaan %-osuus	45	13,9	13	84
Työntekijän %-osuus	55	13,9	16	87
Erotus	-10	27,8	-75	68

Taulukko 28. *Asiakkaiden päihteiden käyttöä koskevan muutos-, ylläpito ja nollapuheen määrät.*

	Ka	Kh	Min	Maks	Vaihteluväli
Kohdepuhe yhteensä	132	49,5	47	266	219
Muutospuhe yhteensä (S+, H+, T+, K+, Sit+)	72	32,1	21	161	140
Säilyttämispuhe (S-+H-+T-+K-+Sit-)	31	17,5	4	82	78
Syy yhteensä (+,-,0)	54	26,3	8	113	105
Halu yhteensä(+,-,0)	12	9,2	0	42	42
Tarve yhteensä (+,-,0)	2	2,0	0	8	8
Kyky yhteensä(+,-,0)	25	14,1	5	72	67
Sitoutuminen yhteensä(+,-,0)	38	16,1	7	81	74
Muutosta valmisteleva puhe yhteensä (S+H+T+K)	53	27,44	9	134	125
Syy +	30	16,60	3	64	61
Halu +	8	6,58	0	30	30
Tarve +	1	1,84	0	8	8
Kyky +	13	9,40	1	43	42
Sitoutuminen +	18	10,20	3	45	42
Säilyttämistä valmisteleva puhe yhteensä(S-+H-+T-+K-)	19	11,21	1	60	59
Syy -	11	7,41	1	33	32
Halu -	1	1,59	0	6	6
Tarve -	0,2	0,66	0	3	3
Kyky -	6	4,95	0	24	24
Sitoutuminen -	13	10,44	0	56	56
0-puhe yhteensä	29	16,59	7	92	85
Valmisteleva 0-puhe	22	13,67	6	74	68
Sitoutumis 0-puhe	6	4,46	1	18	17

Taulukko 36. *VKM – ohjelman jatkuminen ja osallistuminen 6 kk:n ja 12 kk:n seurantoihin.*

VKM-ohjelma	6 kk seuranta[1]						12 kk seuranta[2]					
	Jatkoi loppuun		Ei jatkanut		Yhteensä		Jatkoi loppuun		Ei jatkanut		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Osallistui seurantaan	37	90	5	56	42	84	32	78	4	44	36	72
Ei osallistunut	4	10	4	44	9	16	9	22	5	56	14	28
	41	100	9	100	50	100	41	100	9	100	50	100

[1]VKM-ohjelman jatkuminen – 6 kk:n seuranta: X^2 (1) = 6.61; p = 0.10; [2]VKM-ohjelman jatkuminen – 12 kk:n seuranta: X^2(1)=

Taulukko 37. *VKM- ohjelman loppuun asti jatkaneiden ja ohjelman keskeyttäneiden päihteiden käyttöä kuvaavat pisteet alkutilanteessa.*

Muuttuja	Jatkui loppuun (n=41)		Keskeytyi (n=9)		p[1]
	Ka	(Kh)	Ka	(Kh)	
AUDIT-pisteet	18,8	(8,1)	13,6	(10,4)	ns.
AUDIT-C	7,2	(2,8)	5,6	(4,1)	ns.
Alkoholin haitat,	3,1	(2,2)	1,9	(1,7)	ns.
SDS -pisteet	6,9	(3,4)	6,6	(4,6)	ns.

[1] Mann-Whitneyn testi

Taulukko 39. *Yksittäiset muuttujat, joissa todettiin vähintään oireellisesti (p<.10) merkittäviä muutoksia alkutilanteesta 6kk ja/tai 12 kk seurantoihin.*

Muuttuja	Alkutilanne (n=49) Ka (Kh)	6 kk (n=42) Ka (Kh)	Alkutil. – 6 kk, p-arvo	12 kk (n=36) Ka (Kh)	Alkutil. – 12 kk, p-arvo	6 kk-12 kk, p-arvo
Juomisen useus	5,7 (6,5)	4,0 (4,2)	.071[1]			
Tyypillinen annosmäärä	12,2 (9,2)			9,5 (6,5)	.093[1]	
Alkoholiannoksia/kk	80,3 (127,4)	47,9 (58,8)		37,9 (52,7)	.063[1]	
Juomisen takia:						
jäänyt tekemättä jtkn	1,1 (1,1)			0,61 (0,9)	.001[1]**	
tarv. krapularyypyn	1,0 (1,3)			0,60 (0,9)	.035[1]*	
tuntenut syyllisyyttä	1,4 (1,2)	1,1 (1,0)	.010[1]*	1,0 (1,0)	.013[1]*	
itse tai joku satuttanut	2,6 (1,6)			1,6 (1,6)	.011[1]*	
joku huolestunut	2,7 (1,8)			2,0 (1,7)	.014[1]*	
Alkoholin käyttö vaikuttanut kielteisesti:						
ystäviin/ sos.elämään	,51 (,51)	,38 (,49)	.065[2]	,22 (,42)	.002[2]**	
terveyteen	,49 (,51)			,17 (,38)	.007[2]**	
mielialaan	,59 (,50)			,31 (,47)	.003**	
perhe tai parisuhde	,43 (,50)	,26 (,45)	.022[2]*	,28 (,45)	.092[2]	
työhön tai opintoihin	,31 (,47)			,14 (,35)	.035[2]	
talouteen	,55 (,50)			,39 (,49)	.092[2]	
Päihtyneenä:		(n= 19)		(n=14)		
vahingoittanut toista	,31 (,47)	,05 (,23)	.025[2]*			
		(n= 41)		(n=35)		
syyllistynyt rikokseen	,57 (,50)	,32 (,47)	.005[2]**	,26 (,44)	.092[2]**	

[1] Toistettujen mittausten t-testi, [2]McNemarin testi, *= p< .05, **= p< .01

Taulukko 41. *Päihteiden kokonaiskäytön yhdistelmäpisteet, summamuuttuja.*

Alkoholi:	0 = ei käyttöä 1 = miehet 1-99 ja naiset 1-69 annosta/kk (vähäinen käyttö) 2 = miehet 100-199 ja naiset 70-139 annosta/kk (lisääntynyt käyttö) 3 = miehet 200-400 ja naiset 140-280 annosta/kk (runsas käyttö) 4 = miehet yli 400 ja naiset yli 280 annosta/kk (erittäin runsas käyttö)
Huumeet:	0 = ei käyttöä 1 = kannabista 1-4 pv/kk ja/tai muuta huumetta 1 pv/kk (vähäinen käyttö) 2 = kannabista 5-10 pv/kk ja/tai muuta huumetta 2-4 pv/kk (lisääntynyt käyttö) 3 = kannabista 11-20 pv/kk ja/tai muuta huumetta 5-8 pv/kk (runsas käyttö) 4 = kannabista yli 20 pv/kk ja/tai muuta huumetta yli 8 pv/kk (erittäin runsas käyttö)
Rauhoittavat	aineet (diapam mg muunnettuna) 0= ei käyttöä 1 = 1- 1200 mg/kk (lääkärin ohjeiden mukainen käyttö) 2 = 1201-2400 mg/kk (lääkärin ohjeet ylittävä käyttö) 3 = yli 2400 mg/kk (runsas liikakäyttö)

12 LÄHTEET

Aharonovich, E., Stohl, M., Ellis, J., Amrhein, P. & Hasin, D. (2014). Commitment strength, alcohol dependence and Health Call participation: Effects on drinking reduction in HIV patients. *Drug and Alcohol Dependence, 135,* 112-118. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.015.

Alho, H. (2013) Lääkehoidon rooli alkoholiongelmien hoidossa. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040 (s. 131-135). Helsinki: Oy H. Lundbeck Ab.

Amrhein, P. (2002) *A training manual for coding client commitment language*, Julkaisematon käsikirjoitus. Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions, University of New Mexico at Albuquerque.

Amrhein, P. (2004). How does motivational interviewing work? What client talk reveals. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18,* 1-14.

Amrhein, P. (2007) *A training manual for coding client commitment language.* Julkaisematon koodauskäsikirja. Suomentanut Maria Rakkolainen.

Amrhein, P., Miller, W. R., Yahne, C. E., 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., Borsari, B., Jackson, K., M., Magill, M., Longabaugh, R., Mastroleo, N. R. & Barnett, N. P. (2014) Sustain talk predicts poorer outcomes among mandated college student drinkers receiving a brief motivational intervention. *Psychology of Addictive Behavior, 28*(3),631-638. http://dx.doi.org/10.1037/a0037296

Apodaca, T., Jackson, K., 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,* 60-65. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.001

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 15.3.2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Baird, J., Nirenberg, T., Longabaugh, R. & Mello, M. J. (2013) The effect of group adapted motivational interviewing on traffic convictions and driving behaviors of court-adjudicated youth. *Traffic Injury Prevention, 14*(6), 572-577. Haettu 22.8.2014. DOI: 10.1080/15389588.2012.734666

Bandura, A. & Locke, E. A. (2003) negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology, 88 (1),* 87-99. DOI: 10.1037/0021-9010.88.1.87

Barnett, E. , Spruijt-Metz, D., Moyers, T. B., Smith, C., Rohrbach, L. A., Sun, P. & Sussman, S. (2014) Bidirectional relationships between client and counselor speech: the importance of reframing. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(4), *1212-1219*. DOI: 10.1037/a0036227

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. & McCovern, J. (2001) Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1706 -1713.

Belenko, S. (2006) Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime Delinquency, 52*(1), 94-113.

Belenko, S. & Peugh, J. (1998) Fighting crime by treating substance abuse. *Issues in Science and Technology, 15*(1), 53-60.

Bem, D. J. (1967) Self-perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenoma. *Psychological Review, 74*(3), 183-200.

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,* 2106-2112. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03081.x

Bertholet, N., Palfai, T., Gaume, J., Daeppen, J.B. & Saitz, R. (2014) Do brief alcohol motivational interventions work like we think they do? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 38*(3), 853-859. DOI: 10.1111/acer.12274

Bohm, M. J., Babor, T. F. & Kranzler, H. R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol, 56,*423-432.

Borsari, B., Apodaca, T. R., Jackson, K. M., Mastroleo, N. R., Magill, M., Barnett, N .P. & Carey, K. B. (2015) In-processes of brief motivational interventions in two trials with mandated college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1)*,* 56-67. http://dx.doi.org/10.1037/a0037635

Brown, M. (2014) *Clinician-client interactions in MET: The effect of clinicians' utterances on client commitment talk*. Doctor of Clinical Psychology. The University of Leeds, School of Medicine. Leeds: Academic Unit of Psychiatry and Behavioural Sciences.

Brown, T. G., Dongier, M., Ouimet, M. C., Tremblay, J., Chanut, F., Legault, L. & Ng Ying Kin, N. M. K. (2010) Brief motivational interviewing for DWI recidivists who abuse alcohol and are not participating in DWI intervention: a randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(2), 292-301.

Brown, T. G., Dongier, M., Ouimet, M. C., Tremblay, J., Chanut, F., Legault, L. & Ng Ying Kin, N. M. K. (2012) The role of demographic characteristics and readiness to change in 12-month outcome from two distinct brief interventions for impaired drivers. *Journal of Substance Treatment, 42,* 383-391.

Campbell, S. D., Adamson, S. J., Carter, J. D. (2010) Client language during motivational therapy and alcohol use outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38,* 399-415. doi:10.1017/S1352465810000263

Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T., M., Sinha, R., Ford, Haley, L., Vitolo, S. A., Doebrick, C. A. & Rounsaville, B.J. (2006) The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 74,* 955-966.

Chanut, F., Dongier, M., Legault, L., Tremblay, J., Nadeau, L., Ouimet, M. C. & Brown, T. G. (2007) Étude pilote de l'entretien motivationnel chez des personnes condamnées pour conduit avec facultés affaiblies. *Drogues, Santé et Société, 6*(2), 83-115.

Clair, M., Stein, L .A. R., Soenksen, S., Martin, R. A., Lebeau, R. & Golembeske, C. (2013) Ethnicity as a moderator of motivational interviewing for incarcerated adolescents after release. *Journal of Substance Abuse Treatment.* In press. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.05.006. Haettu 31.7.2013

Clark, M. D., Walters, S., Gingerich, R. & Meltzer, M. (2006) Importance, confidence and readiness to change. motivational interviewing for probation and parole. perspectives. *Journal of the American Probation & Parole Association, 30*(3), 37-45.

Crits-Cristoph, P., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., McClure, B., Kulaga, A. & Rotrosen, J. (2011) Program, counselor, and patient variability in the alliance: A multilevel study of the alliance in relation to substance use outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment 40 (4), 405–413. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.01.003

Cunningham, J. A. & Breslina, F. C. (2004) Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors, 29*(1)*,* 221-223.

Daeppen J.B., Gaume J., Bady P., Yersin B., Calmes J. M., Givel J. C. & Gmel, G. (2007) Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction 102,* 1224–33.

Daeppen J.B., Bertholet N., Gaume J., Fortini C., Faouzi M., Gmel, G. (2011) Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 113,* 69–75.

Daeppen, J.B., Bertholet, N., Gmel, G. & Gaume, J. (2007) Communication during brief intervention, intention to change and outcome. *Substance Abuse, 28*(3)*,* 43-51. DOI: 10.1300/J465v28n03_05

Dahl, H., M. (2008) *Drug Abuse and Change Readiness in Prisoners: Effect of Motivational Interviewing as Measured by SOCRATES*. Masteroppgave I psykologi. Institutt for psykologi. Universitetet i Tromsø.

Davis, T., M., Baer, J. S., Saxon, A. J. & Kivlahan, D. R. (2003) Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 69,* 197-203.

Dunn, C., Darnell, D., Atkins, D. C., Hallgren, K. A., Imel, Z. E., Bumgradner, 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. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.008

Easton, C. Swan, S. & Sinha, R. (2000) Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 1-5.

Farbring, C. Å . (2003). *Beteende, samtal, förändring. Fem semistrukturerade motiverande samtal.* Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.

Farbring, C.Å. & Berge, P. (2006) *BSF. Beteende – Samtal– Förändring. Fem semistrukturerade motiverande samtal.* Programmanual. Version för kriminalvården. Beställningsnummer vid Kriminalvården HK: 4751, 2006

Farbring, C. Å. & Berge, P. (2012) *Viisi keskustelua muutoksesta.* Ohjelmakäsikirja. Rikosseuraamuslaitoksen käsikirja 2/2012. Suomentaneet Carl-Erik Skarp ja Tuomas Juntunen, muokanneet ja täydentäneet Henrik Linderborg, Tiina Vogt-Airaksinen ja Taina Lumme. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos. Ruotsinkielinen alkuperäisteos 2006.

Farbring, C. Å. & Johnson, W. R. (2008) Motivational interviewing in the correctional system. an attempt to implement motivational interviewing in criminal justice. Teoksessa H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (toim.) *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (s. 304-323). New York: The Guillford Press.

Feldstein, S. W., Forcehimes, A. A. (2007) Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33,* 737-746. DOI: 10.1080/00952990701522690

Festinger, L. (1957). A Theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press.

Field, C. & Caetano, R. (2010) The Role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(2), 262-271.

Forsberg, L., Berman, A. H., Källmen, H., Hermansson, U. & Helgason, A. R. (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cognitive Behaviour Therapy, 37*(3), 183–191. DOI: 10.1080/16506070802091171

Forsberg, L., Ernst, D., Sundqvist, K. & Farbring, C.Å. (2011) Motivational interviewing delivered by existing prison staff: a randomized controlled study of effectiveness on substance use after release. *Substance Use & Misuse, 46,* 1477-1485.

Forsberg, L., Ernst, D. & Farbring, C.Å. (2011). Learning motivational interviewing in a real-life setting: A randomized controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour & Mental Health, 21*(3), 177–188.

Forsberg, L., Forsberg, L., 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 13.5.2011. http://www.substanceabusepolicy.com/content/5/1/8.

Gaume, J., Bertholet N. & Daeppen J.B. (2017) Readiness to change predicts drinking: findings from 12-month follow-up of alcohol use disorder outpatients. Alcohol and alcoholism 52(1), 65-71. http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agw047

Gaume, J., Magill, M., Longabaugh, R., Bertholet, N., Gmel, G. & Daeppen, J.B. (2014) Influence of counselor characteristics and behaviors on the efficacy of a brief motivational intervention for heavy drinking in young men – randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 38*(7), 2138-2147. DOI: 10.1111/acer.12469

Gaume, J., Magill, M., Mastroleo, N. R., Longabaugh, R., Bertholet, N., Gmel, G. & Daeppen, J.B. (2016) Change talk during brief motivational intervention with young adult males: strength matters. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Accepted Manuscript January 2016 . doi: 10.1016/j.jsat.2016.01.005

Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G. & Daeppen, J.B. (2010) Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment 39*, 272–281

Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G. & Daeppen, J.B. (2013) Does change talk during brief motivational interventions with young men predict change in alcohol use? *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*, 177-185. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.04.005

Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J.B. (2008b). Brief alcohol interventions: Do counselors' and patients' communication characteristics predict change*? Alcohol and Alcoholism, 43,* 62−69. doi:10.1093/alcalc/agm141

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daeppen, J.B. (2008a) Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: a sequential analysis of speech. *Addiction, 103*, 1793–1800. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02337.x

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daeppen, J.B. (2009) Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*, 151–159.

Gaume J, Gmel G, Faouzi M, Bertholet N, Daeppen JB (2011) Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial. *Alcohol Clinical & Experimental Research, 35*:1822–1830.

Ginsburg, J.I. (2000) *Using motivational interviewing to enhance treatment readiness in offenders with symptoms of alcohol dependence.* A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research I partial fulfillment of the requirements for degree of Doctor of Philosophy. Carleton University, Ottawa.

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*, 65–70.

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*, 607–614. Haettu 19.4.2011.

Gossop, M., Best, D., Marsden, J. & Strang J. (1997) Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction, 92*(3), 353-354. Haettu 28.3.2017.

Hallgren, K. A. (2012) computing inter-rater reliability for observational data: an overview and tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 8*(1),23-24.

Hakkarainen, P. & Metso L. (2007). Huumekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumekyselyn tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka: 72*(5), 541–561.

Hardcastle, S.J., Fortier, M., Blake, N. & Hagger, M.S. (2016) Identifying content-based and relational techniques to change behaviour in motivational interviewing. Health Psychology Review, 11(1), 1-16. DOI: 10.1080/17437199.2016.1190659.

Harper, R. & Hardy, S. (2000) An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work, 30*, 393-400.

Hautaniemi O. (2010) *Motivoivan haastattelun toteutuminen kriminaalihuollon keskusteluissa.* Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologian Pro gradu –tutkielma.

Heikkilä, T. (2001) *Tilastollinen tutkimus.* Helsinki: Edita.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111.

Honka, O., Kaijalainen, M. & Karakorpi R. (2004) *Päihdetilinpäätös 1999-2003 ja suuntaviivat.* Rikosseuraamusviraston monisteita 10/2004. Helsinki: Rikosseuraamusvirasto.

Horvath, A. O. (2001) The Alliance. *Psychotherapy, 38*(4), 365-372.

Horvath, A. O. & Symonds D. B. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.

Horvath, A. O., Del Re, A.C., Flûckiger, C. & Symonds, D. (2011) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. DOI: 10.1037/a0022186

Houck, J. M. & Moyers, T. B. (2015) Within-session communication patterns predict alcohol treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 157*, 205-209. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.025

Houck, J. M., Moyers, T. B., Miller, W. R., Glynn, L. H. & Hallgren, K. A. (2013) *Motivational Interviewing Skill Code (MISC) 2.5.* Painamaton julkaisu. Haettu 26.6.2015.

Huumeongelmaisen käypä hoito (2018). Duodecim. Haettu 21.5.2018 osoitteesta http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50041.

Jelsma, J. G.M., Mertens, V.C., Forsberg, L., & Forsberg, L. (2015) How to measure motivational interviewing fidelity in randomized controlled trials: practical recommendations. *Contemporary Clinical Trials 43,* 93-99. http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2015.05.001

Jokivuori, P. & Hietala, R. (2007) Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY.

Joukamaa, M. & työryhmä (2010) *Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve.* Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos.

Kadden, R. M. & Litt, M. D. (2011) The Role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors, 36*, 1120-1126. doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.032

Karlsson T. & Österberg E. (2010). Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Esa Österberg (toim.) *Suomi juo.* Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-1008 (s. 13-26). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Kinlock, T., W., Sear, E., A., O'Grady, K., E., Callaman, J., M. & Brown, B., S. (2009) Treatment retention and changes in motivation among drug court probationers. *Journal of Offender Rehabilitation, 48,* 1-18.

Knuuttila, V., Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2011) Client characteristics and therapist style: A combined analysis of impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 28*(4), 321–338.

Koski-Jännes, A. (1992) *Alcohol addiction and self-regulation. a controlled trial of a relapse prevention program for finnish inpatient alcoholics.* Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies Volume 41.

Koski-Jännes, A., Pienimäki, A. & Valtari, M. (2003) *Yhteisvoimin muutokseen?* Tutkimus laitoshoidon jälkeisen sosiaalisen tuen lisäämisestä päihdeongelmaisilla. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Koski-Jännes, A. (2008a) Johdanto. Teoksessa Anja Koski-Jännes, Liisa Riittinen, Pekka Saarnio (toim.) *Kohti muutosta.* Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin (s. 7-15). Helsinki: Tammi.

Koski-Jännes, Anja (2008b) Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Anja Koski-Jännes, Liisa Riittinen, Pekka Saarnio (toim.) *Kohti muutosta.* Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin (s. 41-64). Helsinki: Tammi.

Koski-Jännes, A. (2013) Päihdetyön psykososiaaliset hoitomenetelmät. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040 (s. 125-130). Helsinki: Oy H. Lundbeck Ab.

Kraemer Helena Chmura & Thiemann Sue (1992) *How many subjects.* Statistical Power Analysis in Research. Newbury Park: Sage Publications.

Kuusisto, K., Knuuttila, V. & Saarnio, P. (2011a) Pre-treatment expectations in clients: Impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 257–271.

Kuusisto, K., Knuuttila, V. & Saarnio, P. (2011b) 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*(33), 290-301.

Kääriäinen, J., Lehti, M., Danielsson, P. & Aaltonen, M. (2017) Pahoinpitely- ja ryöstörikokset. Teoksessa *Rikollisuus tilanne 2016*. Rikollisuuskehitys tilastojen ja tutkimusten valossa (s. 49-80). Katsauksia 22/2017. Helsingin yliopisto, Helsinki: Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti.

Lasser, K., Murillo, J., Lisboa, S., Casimir, A. N., Valley-Shah, L., Emmons, K., Fletcher, R. & Ayanian, J. (2011) Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low-income patients: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 171*(10)*,* 906-912.

Lavikkala, R. (2012) Yhdyskuntaseuraamus asiakkaiden tausta ja päihteiden käyttö vuonna 2010. Rikosseuraamuslaitoksen tilastotietoja. Tiedostot saatu sähköpostiliitteinä 4.5.2012.

Lehti, M., Suonpää, K. & Kivivuori, J. (2017) Henkirikokset. Teoksessa *Rikollisuus tilanne 2016*. Rikollisuuskehitys tilastojen ja tutkimusten valossa (s. 13-47. Katsauksia 22/2017. Helsingin yliopisto. Helsinki: Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti.

Lincourt, P., Kuettel T., J. & Bombardier, C., H. (2002) Motivational interviewing in a group setting with mandated clients. a pilot study. *Addictive Behaviors, 27*, 381-391.

Lundahl, B., W., Kunz, C., Brownell, C. Tollefson, D. & Burke, B., L. (2010) Meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*(2)*,* 137-160

Malmivaara, A. (2002) Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim, 118*, 877-879.

Mann, R. E., Ginsburg, J. I.D. & Weekes, J. R. (2002) Motivational interviewing with offenders. Teoksessa Mary McMurran (toim.) *Motivating offenders to change*. A guide to enhancing engagement in therapy (s. 87-102. Chichester: John Wiley.

Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. & 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), 439-445. DOI: 10.1037/a0023129

Martin, T., Moyers, T., B., Houck, J., Christopher, P., J. & Miller, W., R. (2005) *Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (MI-SCOPE) Coder's Manual.* University of New Mexico. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA). Julkaisematon käsikirjoitus. Haettu osoitteesta (http://casaa.unm.edu/download/scope.pdf).

McMurran, M. (2002) Motivation to change: selection criterion or treatment need. Teoksessa Mary McMurran (toim.) *Motivating offenders to change.* A Guide to Enhancing Engagement in Therapy (s. 3-14). Chichester: John Wiley.

McMurran, M. (toim.) 2002 *Motivating offenders to change.* A guide to enhancing engagement in therapy. Chichester: John Wiley.

McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: a systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*(1), 83–100.

Mendel, E. & Hipkins, J. (2002) Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: a pilot study. *British Journal of Learning Disabilities, 30*, 153-158.

Metsämuuronen, J. (2005) Näyttöön perustuva päätöksenteko ja systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Psykologia, 40*(5-6)*,* 578-581.

Metsämuuronen, J. (2005) *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.* Helsinki: International Methelp.

Miles, H., Dutheil, L., Welsby, I. & Haider, D. (2007) "Just say no" - a preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18*(2), 141-159.

Miller, W. R. (1978) Behavioral treatment of problem drinkers: a comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(1)*,* 74-86.

Miller, W. R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy 11*, 147-172.

Miller, W R. (1997) *Motivational Interviewing Skill Code (MISC).* Coder's Manual. Painamaton julkaisu.

Miller, W. R. (1999) *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

Miller, W.R. 2008 Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Anja Koski-Jännes, Liisa Riittinen, Pekka Saarnio (toim.) *Kohti muutosta.* Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin (s. 16-40). Helsinki: Tammi.

Miller, W. R. & Baca, L. M. (1983) Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy, 14*(3), 441-448.

Miller, W. R., Benefield, G. R. & Tonigan S. J. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 455-361.

Miller, W. R. & Mount, K. A. (2001) A Small study of training in motivational Interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 457-471.

Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2014) The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction, 110*(3), 401-413. DOI: 10.1111/add.12693

Miller, W. R., Moyers, T. B., Ernst, D. & Amrhein, P. (2008) *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version 2.1.* The University of New Mexico. Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions. Painamaton julkaisu. Haettu 28.2.2008. (http://casaa.unm.edu/download/misc2.pdf)

Miller, W. R., Moyers, T. B., Manuel, J.K., Christopher, P. J. & Amrhein, P. (2006) *Revision for client language coding: NNISC 2.1.* Client Language Assessment in Motivational Interviewing (CLAMI) Segment. Painamaton julkaisu. Haettu 21.1.2008.

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 edition.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(2), 129–140.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013) *Motivational interviewing*: Helping People Change. Third edition. New York, London: Guilford Press

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2014) The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: Impact of treatment fidelity. *Contemporary Clinical Trials, 37*, 234-241. http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2014.01.005

Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009) Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist, 64*(6), 527-537. DOI: 10.1037/a0016830

Miller, W. R., Taylor, C. A. & West J. C. (1980) Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*(5), 590-601.

Miller, W. R, Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez J. & Pirritano, M. (2004) A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 1050-1062.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C., Rychtarik, R. G. (1992) *motivational enhancement therapy manual.* a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series 2. NIH Publication No. 94-3723. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. motivationalinterviewing.org. Internet-sivusto osoitteessa www.motivationalinterviewing.org. Haettu 8.5.2008 ja 17.2.2017.

Morgenstern, J., Kuerbis, A., Amrhein, P., 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), 859-869. DOI: 10.1037/a0029674

Moyers, T. B. (2004) History and Happenstance: How motivational interviewing got its start. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 18*(4), 291-298.

Moyers, T. B. (2014) The relationship in motivational interviewing. *Psychotherapy, 51*(3), 358-363. http://dx.doi.org/10.1037/a0036910.

Moyers, T. B., Houck, J. M., Glynn, L. H., Hallgren , K. A. & Manuel, J. K. (2017) A Randomized controlled trial to influence client language in substance use disorder treatment. *Drug and Alcohol Dependence 172*(1), 43-50. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.036

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M.L. & Miller, W. R. (2005) Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, 19-26. doi:10.1016/j.jsat.2004.11.001

Moyers, T. B. & Martin T. (2006) Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 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 and Experimental Research, 31*(S3), 40-47. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00492.x

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W. R., & Ernst, D. (2007). *Revised global scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0 (MITI 3.0*). Painamaton julkaisu. Haettu 1.4.2010 osoitteesta http://casaa.unm.edu/download/miti3.pdf.

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. DOI: 10.1037/a0017189

Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K. & Miller, W.R. (2009) *Uudistetut kokonaisarvioinnit: Motivoivan haastattelun noudattaminen 3.1 (MITI 3.1)* University of New Mexico,Center on Alcoholism Substance Abuse and Addictions, CASAA. (Suom. Maria Rakkolainen, Kari Tolonen ja Anja Koski-Jännes). (Julkaisematon).

Moyers T. B., Martin T., Manuel J., Miller, W. R. & 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 25.2.2010 osoitteesta http://casaa.unm.edu/download/MITI3.1.pdf.

Moyers, T. B. & Miller, W. R. (2013) Is low therapist empathy toxic. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(3), 878-884. DOI: 10.1037/a0030274

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 session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 590-598. DOI: 10.1037/0022-006X.73.4.590

Moyers, T. B., Rowell, L. N., Manuel, J. K., Ernst, D. & Houck, J. M. (2016) The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI4): Rationale, Preliminary, Reliability and Validity. *Journal of Substance Abuse Treatment 65*, 36-42. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.001

Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi J. (1996) Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim, 112*, 1999-2006.

Najavits, L. M. & Weiss R. D. (1994) Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction, 89*, 679-688.

Nirenberg, T., Baird, J., Longabaugh, R. & Mello, M. J. (2013) Motivational counseling reduces future police charges in court referred youth. *Accident Analysis and Prevention, 53*, 89-99.

Nummenmaa, L. (2009) *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät.* Helsinki: Tammi.

Petrocelli, J.V. (2003). Hierarchical multiple regression in counseling research: common problems and possible remedies. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*, 9–22.

Pienimäki, A. (2001) *Päihteiden ongelmakäytön hoito vuonna 2001: Opas hoitopaikoista ja niissä käytetyistä menetelmistä.* Helsinki : Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskus Oppaita/Stakes:45.

Prochaska, J. & DI Clemente, C. (1982) transtheoretical therapy: toward a more interactive model of change. *psychotherapy: theory, research and practice, 19*(3), 276-288.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Teoksessa W. R. Miller & N. Heather (Toim.), *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum.

Project MATCH Research Group (1997) Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction, 92*(12), 1671-1698.

Project MATCH Research Group (1997b) matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcoholism, 58*(1), 7–29.

Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 22*, 1300-1311.

Päihdelinkki.fi – Kattava verkkosivusto päihteistä ja riippuvuuksista. Haettu 15.5.2018 osoitteesta https://www.paihdelinkki.fi/.

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

Rakkolainen, M. (2017) *Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen.* Acta Universitatis Tamperensis 2301. Tampere: Tampere University Press. Akateeminen väitöskirja. Pysyvä osoite: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0504-8

Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2010). Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä. Teoksessa: Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti 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., Tolonen, K., Tuomisto, Martti T. (2015) Päihdeasiakkaan alkuhaastattelun yhteydet hoidon tuloksiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 52*, 102-117.

Rehm, J., Frick U. & Bondy S. (1999) A reliability and validity analysis of an alcohol-related harm scale for surveys. *Journal of Studies on Alcohol, 60*:202–208.

Reijonen, M. (2004) *Polkujen rakentamista pääteiden välille.* Kriminaalihuollon päihdetyön kehittämishankkeen arviointitutkimus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 3/2004. Rikosseuraamusvirasto: Helsinki.

Resnicow, K., Gobat, N. & Naar, S. (2015) Intensifying and igniting change talk in motivational interviewing: A Theoretical and practical framework. *The European Health Psychologist, 17*(3), 102-110.

Rikosseuraamusvirasto (2007) *Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2006*. Helsinki: Rikosseuraamusvirasto.

Rogers, C. (1959) A Theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-.centered framework. Teoksessa S. Koch (toim.) *Psychology: A study of a science. study 1, volume 3: formulations of the person and the social contexts (s. 184-256).* New York: McGraw-Hill.

Rollnick, S., Heather, N. & Bell, A. (1992) Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health, 1*(1), 25-37.

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995) What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325-334.

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.

Saarnio, P., Tolonen, M. Heikkilä, K. Kangassalo, S. Mäkeläinen, M.-L. Niitty-Uotila, P. & Virtanen, K. (1998) Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 35*(4), 207-219.

Saarnio, P. (2001) Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka, 66*(3)*,* 224-232.

Saarnio, P. & Knuuttila, V. (2008) Readiness to change profiles in two different groups of alcohol/other drug abusers in the United States and Finland. *Alcoholism Treatment Quarterly, 26*(3), 333-346. Doi: 10.1080/07347320802072099

Saitz, R., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Horton, N. J., Freedner, N., Dukes, K., Kraemer, K. L., Roberts M. S., Guerriero, R.T. Samet J. H. (2007) Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine, 146*, 167–176.

Sarpavaara, H. (2010) Metafora muutoksen välineenä ja ennustajana kriminaalihuollon motivoivissa päihdekeskusteluissa. *Yhteiskuntapolitiikka, 75*(3), 252-264.

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. http://dx.doi.org/10.1080/14780887.2011.586256

Secord, P. F. & Backman, C. W. (1964) *Social psychology*. New York: McGraw-Hill.

Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L & Carroll, K. M. (2003) Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: a pilot trial. *The American Journal on Addiction, 12*, 314-323.

Slavet, J. D., Stein, L. A.R., Klein, J. L., Colby, S. M., Barnett, N. P. & Monti, P. M. (2005) Piloting the family check-up with incarcerated adolescents and their parents. *Psychological Services, 2*(2), 123-132.

Stein, M. D., Caviness, C. M., Anderson, B. J., Hebert, M. & Clarke, J. G. (2010) A brief alcohol intervention for hazardously drinking incarcerated women. *Addiction, 105*, 466-475.

Stein, L. A. R., Clair, M., Lebeau, R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Golembeske, C. & Monti, P. M. (2011b) Motivational interviewing to reduce substance-related consequences: effects for incarcerated adolescents with depressed mood. *Drug and Alcohol Dependence, 118*, 475-478.

Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Monti, P. M., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R. & Miranda, R. (2006) enhancing substance abuse treatment engagement in incarcerated adolescents. *Psychological Services, 3*(1), 25-34.

Stein, L. A. R., Lebeau, R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Golembeske, C. & Monti, P. M. (2011a) Motivational interviewing for incarcerated adolescents: effects of depressive symptoms on reducing alcohol and marijuana use after release. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*, 497-506.

Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1994) Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using session evaluation questionnaire and the session impacts scale. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 175-185.

Stiles, W. B. (2002) *Session evaluation questionnaire: structure and use*. Handout. Haettu 29.3.2017 osoitteesta http://www.users.miamioh.edu/stileswb/session_evaluation_questionnaire.htm

Strong, D. R., Caviness, C., Anderson, B., Brown, R., A. & Stein, M. (2010) Assessing the severity of hazardous drinking and related consequences among incarcerated women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39*(5), 907-914.

Suomen Akatemia (2008) Päihteet ja addiktio. Suomen Akatemian tutkimusohjelma. http://www.aka.fi/fi/tiedepoliittinen-toiminta/akatemiaohjelmat/paattyneet-tutkimusohjelmat/uusi-sivu142/. Haettu 29.9.2017

Tammi, T., Aalto, M. & Koski–Jännes, A. (toim.) (2009) *Irti päihdeongelmista*. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Helsinki: Edita.

Töttö, P. (2012) *Paljonko on paljon?* Luvuilla argumentoinnista empiirisessä tutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.

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.

Vanderburg, S. A. (2002) *Motivational interviewing as a precursor to a substance abuse program for offenders.* Department of psychology. A thesis submitted to The Faculty of Graduate Studies and Research in partial fulfillment of the requirements for degree of Doctorate of Philosophy. Carleton University, Ottawa.

Viera, A. J. & Garrett, J. M. (2005) Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Family Medicine, 37*(5), 360-363.

Viets, V. L., Walker, D. D. & Miller, W. R. (2002) What is motivation to change? A scientific analysis. Teoksessa *Motivating offenders to change.* A guide to enhancing engagement in therapy (15-30). Chichester: John Wiley.

Walker, D., Stephens, R., Rowland J. & Roffman, R. (2011) The influence of client behavior during motivational interviewing on marijuana treatment outcome. *Addictive Behaviors, 36*, 669-673. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.009

Walters, S. T., Vader, A. M., Nguyen, N., Harris, T. R. & Eells, J. (2010) Motivational interviewing as a supervision strategy in probation: a randomized effectiveness trial. *Journal of Offender Rehabilitation, 49,* 309-323. DOI: 10.1037/a0014472

Wampold, B. E., Budge, S. L., Laska, K. M., Del Re, A.C., Baardseth, T. P., Flûckiger, C. Minami, T., Kivlighan II, M. D. & Gunn, W. (2011) Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparisons *Clinical Psychology Review, 31*, 1304-1312.

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015) *The Great psychotherapy debate.* The evidence for what makes psychotherapy work. Second Edition. New York: Routledge.

VanVoorhis, C. R. W. & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 3,* 43-50.

WHO ASSIST Working Group (2002) The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction, 97 (9)*, 1183-1194. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

Witkiewitz, K., van der Maas, H. L.J., Hufford, M. R. & Marlatt, G. A. (2007) Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: reexamining the Project MATCH Data "another way". *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 378-394. DOI: 10.1037/0021-843X.116.2.378

Woodall, W. G., Delaney, H. D., Kunitz, S. J., Westerberg, V. S. & Zhao, H. (2007) A Randomized trial of a DWI intervention program for first offenders: intervention outcomes and interactions with antisocial personality disorder among a primarily american-indian sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(6), 974-987.