

## MIKÄ TEPSII PSYKOTERAPIASSA?

Hans J. Eysenckin artikkeli *The effects of psychotherapy* (*Journal of Consulting Psychology* 5/1952) käynnisti sitkeän kiistan siitä, onko psykoterapia tehokkaampaa kuin niin sanottu spontaani toipuminen. Eysenck oli sillä kannalla, että terapian tulokset ovat parhaimmillaan vain samaa tasoa kuin spontaanin toipumisen tulokset. Kiista tuotti vuosikymmenten mittaan suunnattoman määrän julkaisuja, puolesta ja vastaan. Kunnes meta-analyysit 1970-luvun lopulta lähtien panivat väittelylle pisteen: psykoterapia on selvästi tehokkaampaa kuin spontaani toipuminen.

Yksi kiista ratkaistiin, mutta toiset jäivät elämään. Niistä keskeisin lienee vanha kysymys siitä, mihin psykoterapian tehokkuus perustuu. Rintamalinjan yhdellä puolella ovat ne, joiden mukaan terapian spesifiset sisällöt ovat oleellisia. Toisella puolella ovat yleisten tekijöiden kannattajat. Bruce E. Wampoldin kirja *The great psychotherapy debate* on kunnianhimoinen yritys ratkaista tämä kiista. Meta-analyysillä on kirjassa keskeinen rooli.

Wampold tiivistää mittavan lähdeaineiston perusteella terapiatutkimuksen kahteen yleiseen malliin, jotka ovat samalla kirjan tärkeimmät peruskäsitteet: medikaalinen malli ja kontekstuaalinen malli. Medikaalisen mallin peruslähdekohtana on analogia biolääketieteeseen: on kehitettävä spesifisiä terapiasisältöjä, joiden tehokkuus todennetaan sattunnaistetuilla kliinisillä tutkimuksilla. Terapeutin tehtäväksi jää anostella tehokkaaksi havaittu hoito asiakkaalle. Tärkeänä tavoitteena pidetään myös terapiamuotojen standardisointia, jossa hoitomanuaalien

käyttö on keskeisellä sijalla. Terapiamuotojen käyttöönotto ratkaistaan näyttöön perustuvalla arvioinnilla.

Kontekstuaalisessa mallissa puolestaan korostetaan yleisten tekijöiden merkitystä. Asiakkaan ja terapeutin välinen työskentelysuhde (*working alliance*) lienee niistä tunteuina. Terapeutin ominaisuudet ja toimintatapa liittyvät kiinteästi työskentelysuhteeseen. Osapuolten sitoutuneisuus käytettyyn terapiamuotoon kuuluu niin ikään yleisten tekijöiden ryhmään. Tämän mallin mukaan spesifisillä sisällöillä on vain marginaalista merkitystä, ne enintään tuovat työskentelyyn johdonmukaisuutta.

Sitten muutama sana meta-analyysistä. Wampold on ottanut huomioon sen, että meta-analyttiset menetelmät eivät ole yleisesti tunnettuja: kirjan alkuosassa on selkeä johdatus aihepiiriin. Sen ymmärtäminen ei tuottane vaikeuksia tilastotieteen perusteet hallitsevalle lukijalle. Meta-analyysi ponnistaa tilastotieteen peruskysymyksestä eli siitä, miten laajan aineiston moninaisuus tiivistetään tulkittavaan muotoon. Tässä tapauksessa aineisto koostuu useista samaa aihetta käsittelevistä empiirisistä tutkimuksista, ja tavoitteena on selvittää, missä määrin niiden tulokset käyvät yksiin. Meta-analyysin yleistyttyä on jopa tehty meta-meta-analyysyjä.

Wampoldin kirja on esitystavaltaan selkeä: kutakin hypoteesia, joiden avulla testataan edellä mainittujen mallien pätevyyttä, vastaa oma lukunsa. Tämä helpottaa kirjan esittelyä. Valitettavasti lyhyt kirja-arvostelu ei tee oikeutta Wampoldin kirjoitustyylin analyttiselle johdonmukaisuudelle ja sujuvuudelle.

Tarkastelen seuraavaksi hypotee-

seja siinä järjestyksessä, kuin ne kirjassa on esitetty. Sivuutan ensimmäisen, psykoterapian absoluuttista tehokkuutta koskevan hypoteesin, jossa on kyse tämän esseen alussa käsitellystä terapian yleisestä tehokkuudesta. Tulos on jo ennalta selvä, sillä kummatkin mallit olettavat psykoterapian olevan tehokkaampaa kuin spontaani toipuminen.

Toinen hypoteesi koskee psykoterapian suhteellista tehokkuutta, siis sitä, onko eri terapiamuotojen välillä tuloksellisuuseroja. Tämä on ensimmäinen kriittinen koe mallien kesken. Useat meta-analyysit osoittivat terapiamuotojen välisten tuloksellisuuserojen olevan miltei olemattomia ( $d = 0.00-0.20$ ). Tähän läheisesti liittyvä kolmas hypoteesi, joka koskee spesifisten sisältöjen vaikutusta, ei sekään saanut tukea ( $d = 0.00$ ). Kumpikin tulos tukee medikaalisen mallin sijasta kontekstuaalista mallia.

Neljäs hypoteesi koskee työskentelysuhteen vaikutusta, joka osoitautui melko suureksi ( $d = 0.45$ ). Sama pätee viidennen, terapeutin sitoutuneisuutta koskevan hypoteesin suhteen ( $d = 0.65$ ). Wampold selvitti tässä yhteydessä myös hoitomanuaalien vaikutusta. Tutkimustulokset olivat erisuuntaisia: joissakin tutkimuksissa manuaalit olivat heikentäneet taitavimpien terapeuttien tuloksellisuutta, joissakin manuaaleilla taas oli yleinen tuloksellisuutta kohentava vaikutus. Jälkimmäisessä tapauksessa vaikutus on saattanut syntyä toiminnan johdonmukaistumisesta.

Viimeinen eli terapeuttivaikutusta koskeva hypoteesi sai niin ikään tukea ( $d = 0.50-0.60$ ). Wampold ei lähde pohtimaan terapeuttien välisen tuloksellisuuserojen syitä, vaan

tyytyy viittaamaan terapeuttien persoonallisiin ominaisuuksiin, joita itse asiassa on tutkittu varsin niukasti. Suosittelee aihepiiristä kiinnostuneille Steven Ackermanin ja Mark Hilsenrothin tuoretta katsausartikkelia *A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance* (Psychotherapy 2/2001). Terapeuttien väliset tuloksellisuuserot saattavat ensi alkuun tuntua yllättäviltä, mutta tarkemmin ajateltuna kyseessä on sängen luonnollinen ilmiö, joka esiintyy kaikilla osaamisen alueilla.

Kolmen viimeisen hypoteesin osalta saadut tulokset tukevat nekin medikaalisen mallin sijasta kontekstuaalista mallia. Näin siitäkkin huolimatta, että ylivoimaisesti suurin osa terapiatutkimuksista on tehty medikaalisen mallin pohjalta. Uusi analysointi sai tulokset tavallaan kääntymään tekijöitään vastaan. Wampold tiivistää kolmella tekijällä terapian tuloksellisuuden varianssilähteet: spesifiset vaikutukset 8 %, yleiset vaikutukset 70 % ja selittämätön osuus 22 %. Selittämätön osuus selittyyneen pitkälti asiakkaiden välisistä eroista.

Kirjan johtopäätökset ovat jaettavissa kahteen ryhmään, tutkimusta ja käytäntöä koskeviin. Wampoldin viesti tutkijoille on selkeä: kliinisten hoitoverailujen dominoiva asema tulee kyseenalaistaa, sillä niiden avulla ei kyetä tuottamaan uutta tietoa. Myös terapiamuotojen standardisointia ja hoitomanuaalien käyttöä tulisi hillitä.

Kliinisten hoitotutkimusten tulokset ovat vaikeasti siirrettävissä arkiseen terapiatoimintaan. Tämän vuoksi olisi tutkittava terapian toimivuutta myös arkisissa tilanteissa, jotka poikkeavat melkoisesti kliinisten hoitotutkimusten vakioiduista järjestelyistä. Pitää siis tutkia terapian eikä tutkimuksen vaikutuksia. Näyttöön perustuva arviointi voidaan niin ikään kyseenalaistaa, sillä

psykoterapeuttisten hoitomuotojen kesken ei ole oleellisia tuloksellisuuseroja eikä liioin näyttöä spesifisten sisältöjen vaikutuksesta.

Wampoldin mukaan terapia-menettelmistä ei kuitenkaan pidä luopua. Niillä on vastakin tärkeä sijansa, ennen kaikkea terapeuttisen vuorovaikutuksen johdonmukaisuuden takaajina. Terapeuttien pitäisi olla eklektisiä eli hallita useita menetelmiä. Tämä ei tarkoita sitä, että mikä tahansa menetelmä olisi käypä. Menetelmien teoreettiseen koherenssiin on kiinnitettävä huomiota, sillä jotkut niistä saattavat olla täyttä humpuukia, jopa haitallisia.

Tutkimuksen fokus olisi siirrettävä yleisiin tekijöihin, esimerkiksi terapeuttin toimintaan ja työskentelysuhteeseen. Koulutuksen tärkeimmäksi tavoitteeksi pitäisi asettaa terapeuttisten perustaitojen omaksuminen. Asiakkaalla puolestaan tulisi olla mahdollisuus valita terapeutti ja terapiamuoto oman arvomaailmansa ja uskomustensa mukaisesti. Jos terapiaprosessi ei yrityksistä huolimatta etene, asiakkaan on parempi vaihtaa terapeuttia kuin terapiamuotoa.

Kirjassa esitetty kritiikki osuu suoraan myös päihdehoitotutkimukseen. Ensimmäiseksi mieleeni tuli Project Match ja sen surkea kohtalo. Projektissa oli mukana kaikkiaan 1 726 alkoholi-ongelmaista tutkimushenkilöä, jotka sijoitettiin satunnaistetusti johonkin kolmesta hoitomuodosta: 12 askeleen ohjelma, kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu. Niiden tuloksellisuudessa ei ilmennyt oleellisia eroja. Matsuusta eli asiakkaiden ominaisuuksien ja hoitomuotojen yhteensovittamista koskevat hypoteesit eivät nekään – pieniä poikkeuksia lukuun ottamatta – saaneet tukea. Oli siis jokseenkin se ja sama, millä menetelmällä asiakkaat tulivat hoidetuksi. Terapeuttivaikutus sen sijaan osoittautui mer-

kitseväksi, mikä oli seurausta muuttaman terapeuttin poikkeuksellisen huonoista hoitotuloksista.

Viime vuonna ilmestyi SBU:n kaksinitäinen megaraportti päihde-ongelmien hoitoa koskevasta tutkimuksesta (*Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*). Kuinka valtava määrä maailmassa onkaan tehty satunnaistettuja kliinisiä tutkimuksia päihde-ongelmien psykososiaalisesta hoidosta. Ja kuinka vähän niistä onkaan jäänyt pitäviä tuloksia käteen.

Wampold ei liene kotimaassaan suosittu mies, varmasti vähiten terapeuttipiireissä. Tämä on luettavissa Kathleen Chwaliszin kommenttipuheenvuorosta (*A common factors revolution: Let's not "cut off our discipline's nose to spite its face"*) Wampoldin äskettäiseen artikkeliin (*Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy*) (Journal of Counseling Psychology 3/2001). Chwaliszin tekstistä huokuu hämmästyys, jopa loukkaantuminen. Hän ei niinkään kyseenalaista analyysin pätevyyttä, vaan tulilinjalle joutuvat artikkelissa esitetyt käytännön johtopäätökset. Ne ovat kerrassaan mahdottomia, amerikkalaisen yhteiskunnan ekonomiset, institutionaaliset ja professionaaliset voimat eivät voi taipua niihin. Kuinkahan meillä Suomessa?

PEKKA SAARNIO

BRUCE E. WAMPOLD  
THE GREAT PSYCHOTHERAPY  
DEBATE  
MODELS, METHODS AND  
FINDINGS  
MAHWAH, NEW JERSEY:  
LAWRENCE ERLBAUM, 2001  
263 s.