

MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT TERAPIASUHTEEN KESKEYTTÄMISEEN AVOPÄIHDEHOIDOSSA?

JOHDANTO

Hoidon keskeyttäminen on yksi päihdehuollon suurista pulmista, niin meillä kuin muualla. Se on samalla myös osa päihderiippuvuuden dynamiikkaa, eikä siitä päästäne koskaan täydellisesti eroon. Hoidon jatkuvuuden parantamiseen tähtäävien toimenpiteiden tueksi tarvitaan tietoa keskeyttämiseen vaikuttavista tekijöistä.

Keskeyttämistä koskevaa tutkimusta ei liene tehty Suomessa, joskin eräissä hoitotutkimuksissa aihepiiriä on sivuttu, tosin niissäkin pelkästään laitoshoidon osalta (Holmberg 1995; Keso 1988; Koski-Jännes 1992; Saarnio & al. 1998). Muualla keskeyttämistä on tutkittu enemmän. Siihen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen suureen ryhmään: 1. asiakkaaseen liittyvät tekijät (esim. ikä, sosiaalinen stabiileetti, hoitohistoria ja muutosmotivaatio), 2. hoitoyksikköön ja terapeuttiin liittyvät tekijät (esim. odotusajan pituus, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen, kiireettömyys ja terapeutin suhtautuminen asiakkaaseen) (Stark 1992).

Asiakkaan ikä on todettu oleelliseksi tekijäksi: nuoret henkilöt keskeyttävät useammin kuin vanhemmat henkilöt (Epstein & al. 1994; Kravitz & al. 1999; Mammo & Weinbaum 1993; Wickizer & al. 1994). Sosiaalinen stabiileetti, esimerkiksi parisuhteessa oleminen ja vähäiset kontaktit päihdeiden käyttäjien alakulttuuriin, sen sijaan vähentää keskeyttämistä (Epstein & al. 1994; Mammo & Weinbaum 1993; Rabinowitz & Marjefsky 1998).

Asiakkaaseen liittyviä keskeyttämistekijöitä on tutkittu enemmän kuin hoitoyksikköön ja ennen kaikkea terapeuttiin liittyviä tekijöitä (Stark 1992). Kiinnostus terapeutteja kohtaan on kuitenkin ollut lisääntymässä päihdeongelmien hoitotutkimuksessa. S. Vallen (1981) tutkimus oli ensimmäisiä, jossa osoitettiin terapeutin inter-

persoonallisten ominaisuuksien yhteys asiakkaiden hoidon jälkeisiin retkahduksiin. Sittemmin terapeuttien vaikutus hoidon tuloksellisuuteen ja myös keskeyttämiseen on osoitettu muissakin tutkimuksissa (Najavits & al. 2000; Najavits & Weiss 1994). Tähän asti laajimmassa alkoholiongelmiin hoitotutkimuksessa, Match-projektissa, havaittiin niin ikään terapeuttien välisiä tuloksellisuuseroja (Project ..., 1998). L. Najavitsin, P. Crits-Christophin ja A. Dierbergerin (2000) katsauksen mukaan terapeuttien väliset tehokkuuserot ovat riippumattomia ammatillisesta koulutuksesta.

Psykoterapiatutkimuksessa on havaittu työskentelysuhteen (working alliance) olevan keskeinen välittävä tekijä suhteessa tuloksellisuuteen (Horvath 2000; Martin & al. 2000). Työskentelysuhteen merkitystä on tutkittu myös päihdeongelmien hoidossa, ja tulokset ovat osoittaneet sillä olevan vaikutusta sekä hoidon jatkuvuuteen että tuloksellisuuteen (Connors & al. 1997).

G. Patterson ja M. Forgatch (1985) tutkivat kokeellisesti, millaisia vaikutuksia psykoterapeutin toimintatavalla on asiakkaan yhteistyöhalukkuuteen. Konfrontoiava tyyli (teach and confront) tuotti yhteistyöhaluttomuutta, kun sen sijaan supportatiivinen tyyli (facilitate and support) lisäsi yhteistyöhalukkuutta. Terapeutin empaattinen ja hyväksyvä suhtautuminen asiakkaaseen on osoitettu myös päihdehoidossa yhdeksi onnistuneen työskentelysuhteen ja sitä kautta hoidon jatkuvuuden takeeksi (Nielsen & al. 2000). Jopa terapeutin puheen äänenpainossa ilmenevät seikat ovat osoittautuneet hoidon jatkuvuutta selittäviksi tekijöiksi (Milmoie & al. 1967).

W. Miller, R. Benefield ja J. Tonigan (1993) puolestaan osoittivat kokeellisesti, että terapeutin toimintatapa vaikuttaa myös asiakkaan hoidon jälkeiseen juomiseen. Kahdesta koeryhmästä toisen terapeutit ohjattiin toimimaan konfron-

toivasti (directive-confrontational style) ja toiseen ryhmään kuuluvat terapeutit ohjattiin asiakaskeskeiseen tyyliin (client-centered style). Jälkimmäisen ryhmän terapeutit työskentelivät motivoivan haastattelun periaatteiden mukaisesti (Miller & Rollnick 1991). Konfrontoiva tyyli synnytti paljon enemmän asiakkaan vastustusta kuin asiakaskeskeinen tyyli. Tekijät tiivistivät tulokset seuraavasti: mitä enemmän terapeutti konfrontoi, sitä enemmän asiakas joi vuoden kulluttua hoidon päättymisestä.

Psykoterapiatutkijat ovat osoittaneet asiakkaan ja terapeutin yksimielisyyden terapiasuhteen tärkeistä tapahtumista olevan yhteydessä hyviin hoitotuloksiin (Kivlighan & Arthur 2000). Työskentelysuhteen alkuvaiheen merkityksestä on esitetty erilaisia näkemyksiä (Kokotovic & Tracey 1990). A. Kokotovicin ja T. Traceyn (1990) tutkimuksessa työskentelysuhteen alkuvaiheen ominaisuuksilla ei ollut yhteyttä hoidon jatkuvuuden kanssa.

Terapeutin ja työskentelysuhteen ominaisuuksien vaikutusta päihdeongelmien hoidon keskeyttämiseen tai tuloksellisuuteen ei tiettävästi ole tutkittu Suomessa. P. Saarnio (2000) on tehnyt aihepiiristä katsauksen, ja P. Saarnio ja M. Mäntysaari (painossa) ovat kokeilleet terapeuttien arvioinnissa käytettäviä menetelmiä.

METODI

TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUSHENKILÖT

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa. Aineistoa kerättiin kolmelta alueelta: 1. asiakkaan taustatiedot ja päihteiden käyttöä koskevat tiedot, 2. terapeutin intersoonalliset ominaisuudet, 3. terapiasuhteen vuorovaikutusta koskevat tiedot.

Tutkimushenkilöt (n = 66) olivat erään avopäihdehoitoyksikön uusia asiakkaita. Heitä koskeva aineisto kerättiin vuoden 1999 marraskuun ja vuoden 2000 syyskuun välisenä aikana. Tutkimukseen rekrytoitiin pelkästään uusia asiakkaita sen takia, ettei heillä ollut aikaisempia kokemuksia kyseisestä hoitoyksiköstä ja sen terapeuteista. Terapiasuhteissa ei siten ollut vanhoja painolasteja. Hoitoyksikön tilaston mukaan uusien asiakkaiden osuus vuoden 1999 asiakkaista oli 37 prosenttia.

Asiakkaiden taustatiedot ovat taulukossa 1 ja

Taulukko 1. Asiakkaiden (N = 66) taustatietoja

	m	sd	%
Ikä (v)	42,1	9,9	
Sukupuoli			
mies			56,1
nainen			43,9
Siviilisääty			
naimaton			9,1
avoliitto			15,2
avioliitto			39,4
eronnut			33,3
leski			3,0
Kotona olevien huollettavien lasten lukumäärä			
0			51,5
1			16,7
2			19,7
3			7,6
4			4,5
Koulu- ja opiskeluvuosien yhteispituus	12,6	3,7	
Ammatti			
työntekijä			50,0
alempi toimihenkilö			24,2
ylempi toimihenkilö			14,5
yrittäjä			11,3
Työtilanne			
täysipäivätyö			45,4
osa-aikatyö			7,6
lomautettu			1,5
työtön			28,8
eläkkeellä			9,1
opiskelija			7,6
Asuminen			
oma asunto			41,0
vuokra-asunto			51,5
jonkun muun luona			4,5
asuntola			1,5
asunnoton			1,5
Asunnon ja hoitoyksikön välinen etäisyys (km)	10,2	10,6	

päihteiden käyttöä koskevat tiedot taulukossa 2. Vakituudessa parisuhteessa olevien, säännöllisesti työssä käyvien ja omassa tai vuokra-asunnossa asuvien asiakkaiden osuus oli selvästi suurempi kuin laitostuntoutusasiakkailta (Saarnio & al. 1998). Myös naisten osuus oli suurempi kuin laitostuntoutuksessa. Useimmat asiakkaat olivat käyttäneet pelkästään alkoholia; sekakäyttäjien osuus oli varsin vähäinen. Hoitoa edeltäneet ongelmakäyttökäudet olivat olleet lyhyehköjä, eikä useimmilla asiakkailla ollut ollut yhtä tiheitä kontakteja ongelmakäyttäjiin kuin laitostuntoutusasiakkailta.

Taulukko 2. Asiakkaiden (N = 66) päihteiden käyttöä koskevia tietoja

	m	sd	%
Käytetyt päihteet*			
alkoholi			95,5
lääkkeet			13,6
kannabis			6,1
amfetamiini			4,5
kokaiini			1,5
korvikkeet			1,5
Pääasiallinen päihde*			
alkoholi			95,4
amfetamiini			3,1
lääkkeet			1,5
Sekäkäyttäjien osuus*			16,7
Hoitoa edeltäneen ongelma-			
käyttökauden pituus (vrk)			
1–7			70,7
8–14			13,8
15–21			3,4
22–			12,1
Päihteiden käyttötapa*			
päivittäin			43,1
kausittain			33,8
viikonloppuisin			23,1
Kontaktit päihteiden			
ongelmakäyttäjisiin*	2,7	1,5	
(1 = ei kontakteja,			
5 = päivittäinen kontakti)			
Asiakkaan tavoite			
täysraittius			40,6
hallittu käyttö			59,4

Tähdellä merkityt muuttujat koskevat hoitoa edeltäneen vuoden tilannetta.

Tutkimukseen osallistui neljä terapeuttia: kaksi miestä ja kaksi naista. Heidän ikänsä vaihteluväli oli 46–54 vuotta. Lukuun ottamatta yhtä ylemmän korkeakoulututkinnon suorittanutta terapeutit olivat sosiaalihuoltajia. Kolme terapeuttia oli suorittanut erilaisia päihdehoidon menetelmäkursseja. Työkokemuksen pituus päihdetyössä oli 6–19 vuotta.

Terapeuteista käytetään jatkossa seuraavia tunnuksia (sulkeissa asiakasmäärä): A (8), B (19), C (20), D (19). Hoitoyksikön toimintarutiinien vuoksi asiakkaita ei voitu sijoittaa satunnaistetusti eri ryhmiin. Suoritetuissa yksisuuntaisissa testauksissa terapeuttien asiakasryhmien välillä ei ilmennyt taustamuuttujissa tai päihteiden käyttöä koskevissa muuttujissa tilastollisesti merkitseviä eroja lukuun ottamatta asiakkaan lasten lukumäärää ($p = .003$). Tuo johtui siitä, että terapeut-

ti A:n asiakkailla oli enemmän lapsia kuin muiden terapeuttien asiakkailla.

MATERIAALIT JA PROSEDUURI

Tutkimus käynnistettiin terapeuttien interpersoonallisten ominaisuuksien arvioinnilla loka-kuussa 1999. Siinä käytettiin Vallen (1981) kehittämää menetelmää, jonka arviointikategoriat ovat peräisin R. Carkhuffilta ja B. Berensonilta (1977). Saarnio ja Mäntysaari (painossa) tekivät ennen käsillä olevan tutkimuksen käynnistämistä pilottitutkimuksen kokeilemalla Vallen (1981) arviointimenetelmää täläisissä olosuhteissa.

Arviointimenettelyn lähtökohtana oli viisi päihdehoidon asiakkaan tai hänen omaisensa kertomusta, vinjettiä, joiden pohjalta terapeutit kirjoittivat siitä, miten he olisivat toimineet kyseisissä tilanteissa. Vastausaikaa ei rajattu. Vinjetit olivat suoria käännöksiä Vallen (1981) käyttämistä kertomuksista, ja ne on esitetty Saarnion ja Mäntysaaren (painossa) artikkelissa.

Arvioitsijat olivat sosiaalityöntekijöitä ($n = 10$) ja sosiaalityön opiskelijoita ($n = 10$). Sosiaalityöntekijät olivat täydennyskoulutuksessa Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksessa. Heidän ikänsä keskiarvo oli 45 vuotta (minimi = 32, maksimi = 54). Kaikki olivat naisia. Sosiaalityön työkokemuksen pituuden keskiarvo oli 17 vuotta (minimi = 8, maksimi = 28). Opiskelijat osallistuivat sosiaalityön taitojen kursseille Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksessa. Heidän ikänsä keskiarvo oli 29 vuotta (minimi = 21, maksimi = 43). Opiskelijat olivat yhtä lukuun ottamatta naisia.

Kahden eritasoisen sosiaalityön taitajaryhmän käyttöön päädyttiin sen takia, että Saarnion ja Mäntysaaren (painossa) pilottitutkimus, jossa käytettiin arvioitsijoina pelkästään opiskelijoita, herätti kysymyksen arvioitsijoiden sosiaalityön taitotason merkityksestä. On tosin korostettava, että arviointi ei kohdistu ammatilliseen osaamiseen vaan interpersoonallisiin ominaisuuksiin, ja siksi sosiaalityön taitotasolla ei liene siinä kovin suurta merkitystä.

Arvioitsijoita pyydettiin ensiksi lukemaan huolellisesti terapeuttien kirjalliset tuotokset. Sen jälkeen heidän tuli tutustua Carkhuffin ja Berensonin (1977) kirjan otteeseen, jossa esitellään neljä arvioulottuvuutta, joita myös Valle (1981) käytti tutkimuksessaan: empatia, aitous, asiak-

kaan kunnioittaminen ja konkreettisuus. Koska terapeutteja oli neljä ja vinjettejä viisi, kirjallisia tuotoksia oli yhteensä kaksikymmentä, joita kukin arvioitiin näissä neljässä eri suhteessa. Kunkin arvioitsijan piti siis tehdä yhteensä kahdeksankymmentä eri arviota. Arvioinnissa käytettiin 9-portaista numeroasteikkoa. Vastausaikaa ei rajattu.

Tämän jälkeen käynnistettiin asiakasaineiston kerääminen. Asiakkaat täyttivät ensimmäisen terapiakäynnin jälkeen omilla oloissaan kyselylomakkeen, joka sisälsi taustatietoja ja päihteiden käyttöä koskevia kysymyksiä. Lisäksi lomakkeen lopussa pyydettiin arvioimaan juuri päättyneen tapaamisen vuorovaikutusta M. Ojasen (1994) kehittämällä asteikolla, joka vaihtelee välillä 0 (erittäin huono keskinäinen yhteys) ja 100 (erittäin hyvä keskinäinen yhteys). Tämän jälkeen asiakas sulki lomakkeen tutkijalle toimitettavaan kirjekuoreen. Terapeutti arvioi omalla tahollaan vuorovaikutusta samaa asteikkoa käyttäen.

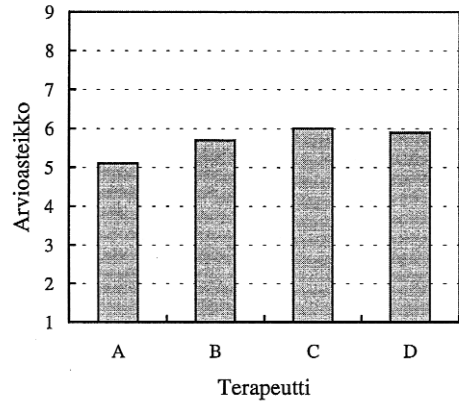
Aineiston keräämisen päätyttyä kunkin asiakkaan osalta selvitettiin osallistuminen viiteen ensimmäiseen terapiakäyntiin. Sen pohjalta muodostettiin viisi eri kategorialla: 1. asiakas keskeytti heti ensimmäisen käynnin jälkeen, 2. keskeytti myöhemmin, 3. poissaoloja mutta hoito jatkui, 4. hoito jatkui säännöllisesti, 5. terapiasuhte päätettiin sovitusti. Asiakasaineiston pienen koon takia kategoriat 1–2 sekä 3–5 yhdistettiin, jolloin tutkimukselle saatiin kaksiluokkainen, hoidon jatkuvuutta kuvaava selitettävä muuttuja.

TULOKSET

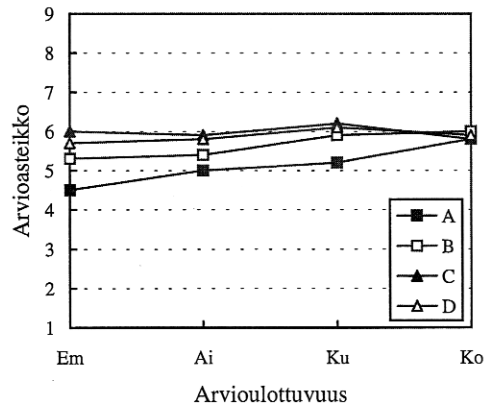
TERAPEUTTIEN ARVIOINTI

Ensimmäinen tehtävä oli tarkistaa, oliko sosiaalityöntekijöiden ja opiskelijoiden tekemien arvioiden välillä eroja. Toistetut varianssianalyysit osoittivat, ettei arvioitsijaryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja yhdenkään arviointitulottuvuuden suhteen. Ryhmien tulokset yhdistettiin, ja arviointitulottuvuuskohtaisista pistemääristä muodostettiin summamuuttujat, jotka ilmaisevat terapeuttien interpersoonallisen taidokkuuden: mitä korkeampi pistemäärä, sitä paremmaksi arvioitu taidokkuus (kuvio 1). Toistetun varianssianalyysin mukaan terapeuttien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p = .04$). Kontrastien analyysi osoitti terapeutti A:n summapistemää-

Kuvio 1. Terapeuttien saamista arviopistemääristä muodostettujen summamuuttujien keskiarvot



Kuvio 2. Terapeuttien saamista arviopistemääristä muodostettujen arviolottuvuuskohtaisien summamuuttujien keskiarvot

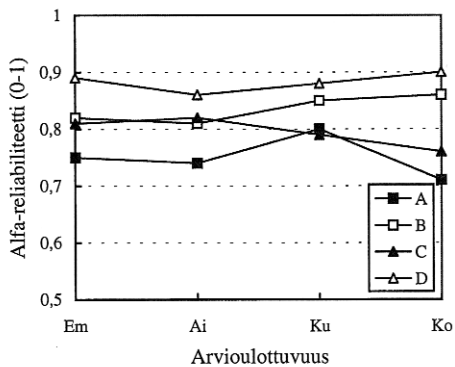


Em = empaattisuus, Ai = aitous, Ku = asiakkaan kunnioittaminen, Ko = konkreettisuus

rän poikenneen merkitsevästi ($p = .007$) kaikkien terapeuttien summapistemäärien keskiarvosta.

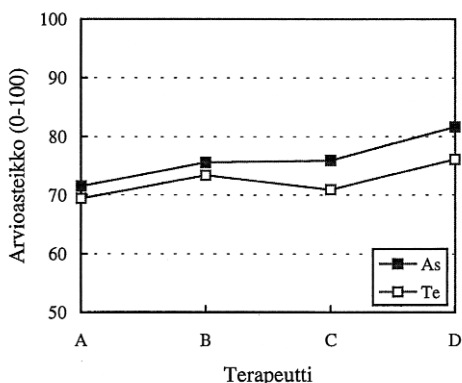
Terapeuttien arviointitulottuvuuskohtaiset tulokset ovat kuviossa 2. Toistettujen varianssianalyysien mukaan terapeuttien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero empaattisuudessa ($p = .000$), aitoudessa ($p = .03$) ja asiakkaan kunnioittamisessa ($p = .03$). Konkreettisuuden osalta arviointitulokset olivat miltei identtiset. Kontrastien analyysit osoittivat terapeutti A:n summapistemäärien poikenneen merkitsevästi empaattisuuden ($p = .000$), aitouden ($p = .009$) ja asiakkaan kunnioittamisen ($p = .005$) osalta kaikkien terapeut-

Kuvio 3. Terapeuttien eri vinjeiteillä saamien arviolottuvuuspistemäärien väliset alfa-reliabiliteettikertoimet



Em = empatia, Ai = aitous, Ku = asiakkaan kunnioittaminen, Ko = konkreettisuus

Kuvio 4. Asiakkaiden (As) ja terapeuttien (Te) tekemien vuorovaikutusarvioiden terapeuttikohtaiset keskiarvot



ten keskiarvosta. Lisäksi terapeutti C:n empaattisuuspistemäärä poikkesi merkitsevästi kaikkien terapeuttien empaattisuuspistemäärien keskiarvosta ($p = .03$).

Kuinka johdonmukaisia terapeuttien saamat arviot sitten olivat? Sen selvittämiseksi laskettiin kunkin arviointilottuvuuden terapeuttikohtaiset alfa-reliabiliteettikertoimet (kuvio 3). Terapeutti D sai johdonmukaisimmat ja terapeutti A epäjohdonmukaisimmat arviot. Terapeuttien B ja C osalta reliabiliteettikertoimet olivat samaa tasoa empaattisuudessa ja aitoudessa, mutta muissa ulottuvuuksissa terapeutti B:n saamien arvioiden reliabiliteetit olivat korkeampia kuin terapeutti C:llä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että arviointituloksilla ei ollut yhteyttä arvioitsijoiden sosiaaliryö taitotason kanssa. Arviointi tuotti Saarnion ja Mäntysaaren (painossa) tutkimuksen tapaan selkeästi terapeutteja erottelevat tulokset. Arviolottuvuuskohtaiset reliabiliteettikertoimet olivat yhteydessä arvioinnin kokonaispistemäärän kanssa: mitä korkeampi reliabiliteettitaso, sitä korkeampi kokonaispistemäärä.

VUOROVAIKUTUSARVIOT

Asiakkaiden ja terapeuttien vuorovaikutusarvioiden terapeuttikohtaiset keskiarvot ovat kuviossa 4. Asiakkaiden keskiarvokäyrä kulkee johdonmukaisesti terapeuttien käyrää korkeammalla, ja toistettu varianssianalyysi osoittikin niiden välillä olevan merkitsevän eron ($p = .02$). Asiakkailta on havaittu olevan yleinen tendenssi arvioida erilaisia hoitoon liittyviä ilmiöitä positiivisemmin kuin terapeutit (Saarnio 1995; Saarnio & al. 1998).

Kuviossa 4 olevien käyrien välinen etäisyys näyttää olevan terapeuttikohtaisesti erisuuruinen, mutta kyseessä ei kuitenkaan ollut toistetun varianssianalyysin mukaan merkitsevä ero. Terapeuttien välillä ei myöskään ollut merkitseviä eroja testattaessa yksisuuntaisella varianssianalyysillä erikseen asiakkaiden ja terapeuttien arvioita. Tosin asiakkaiden ja terapeuttien arvioiden summuuttujalla testaten terapeuttien välinen ero oli lähellä merkitsevyyttä ($p = .07$).

Asiakkaiden ja terapeuttien vuorovaikutusarvioiden välinen korrelaatio oli $.36$ ($p = .003$), mikä todistaa vuorovaikutuksen vastaavuudesta. Tämä tulee esille myös taulukossa 3, jossa on asiakkaiden ja terapeuttien vuorovaikutusarviojakaumien ala- ja yläpuoliskojen perusteella muodostettu nelikenttä. Niillä asiakkailla, joilla oli molemminpuolisesti samantasoinen vuorovaikutusarvio, yhteenlaskettu prosentuaalinen osuus oli noin 60. Nelikentän sisältämät erot olivat X^2 -testin mukaan lähellä merkitsevyyttä ($p = .08$). Mainittava seikka on myös terapeutin vuorovaikutusarvion ja asiakkaan koulutuksen pituuden välinen positiivinen korrelaatio $.27$ ($p = .03$). Terapeutit siis kokivat vuorovaikutuksen sitä myönteisemmäksi, mitä pidempi koulutus asiakkaalla oli.

On houkuttelevaa verrata terapeuttien interpersonallisten ominaisuuksien arvioinnissa saatuja tuloksia asiakkaiden vuorovaikutusarvioiden

tasoon. Terapeutti A sai kummassakin arvioinnissa selvästi alhaisimmat pistemäärät, kun sen sijaan terapeutti D sai molemmissa korkeat pistemäärät.

KESKEYTTÄMISEEN VAIKUTTANEET TEKIJÄT

Keskeyttäneiden osuus oli 33,3 prosenttia (22/66). Heistä hieman alle puolet (10/22) keskeytti heti ensimmäisen terapiakäynnin jälkeen. Keskeyttämiseen vaikuttaneiden tekijöiden etsiminen aloitettiin yksisuuntaisilla nominaalisilla regressioanalyysillä. Niissä kokeiltiin kaikkia käytettävissä olleita muuttujia. Tulokset osoittivat seuraavien muuttujien pääefektien olleen tilastollisesti merkitseviä: asiakkaan ikä ($p = .009$), kontaktit päihteiden ongelmakäyttäjiiin ($p = .009$), asiakkaan vuorovaikutusarvio ($p = .06$), terapeutin vuorovaikutusarvio ($p = .05$) ja terapeutti ($p = .04$).

Tämän jälkeen tehtiin keskeyttäneiden ja hoidon sovitusti päättäneiden tai hoitoa jatkaneiden asiakkaiden ryhmävertailu edellä mainituilla muuttujilla (taulukko 4). Keskeyttäneet olivat merkitsevästi muita asiakkaita nuorempia, ja heillä oli ollut enemmän kontakteja päihteiden ongelmakäyttäjiiin. Asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutusarvioissa erot olivat myös merkitsevät. Varsinaisena yllätyksenä voidaan pitää terapeuttien välisiä suuria keskeyttämiseroja, jotka lisäksi olivat kongruenssissa terapeuttien interpersoonallisista ominaisuuksista saatujen arviointitulosten kanssa.

Aineiston pienen koon takia useampien kuin kaksisuuntaisten analyysien tekeminen ei olisi ollut mielekästä. Terapeuttien sisällyttäminen edes kaksisuuntaisiin analyysihin ei olisi ollut perusteltua, sillä terapeuttikohdattaiset asiakasryhmät olivat melko pieniä. Yksisuuntaisissa analyyseissa esille tulleissa selitysvomaisissa muuttujissa oli kaksi paria, joissa ilmeni merkitsevä korrelaatio: ikä ja kontaktit ($r = -.32$, $p = .009$) sekä asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutusarviot ($r = .36$, $p = .003$). Näiden muuttujaparien osalta tehtiin kaksisuuntaiset nominaaliset regressioanalyysit, selittävänä muuttujana keskeyttäminen.

Ensimmäisessä analyysissä sekä ikä ($p = .04$) että kontaktit päihteiden ongelmakäyttäjiiin ($p = .04$) pysyivät merkitsevinä. Niiden välinen interaktio ei ollut merkitsevä ($p = .18$). Kummallakin muuttujalla oli siis omaa selitysvomaa.

Taulukko 3. Asiakkaiden ($N = 66$) prosentuaaliset osuudet asiakkaiden ja terapeuttien vuorovaikutusarviojakaumien ala- ja yläpuoliskoista muodostetussa nelikentässä. Asiakkailla 1 = 44–75 ja 2 = 76–100 arviopistettä sekä terapeuteilla 1 = 50–73 ja 2 = 74–90 arviopistettä

		Terapeutti	
		1	2
Asiakas	1	30,3	19,7
	2	19,7	30,3

Toisessa analyysissä kumpikaan vuorovaikutusmuuttuja ei pysynyt merkitsevä: asiakas ($p = .23$) ja terapeutti ($p = .14$). Interaktiotermin sijaan oli merkitsevä ($p = .02$). Interaktion lähde paljastui taulukoinnin avulla seuraavaksi: jos sekä asiakkaan että terapeutin vuorovaikutusarviot olivat alhaisia, keskeyttämisen prosentti oli varsin korkea; jos molemmat arviot sen sijaan olivat korkeita, keskeyttämisen prosentti jäi melko alhaiseksi (taulukko 5).

Kruskall-Wallisin yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan nelikentän ryhmien kesken ei ollut merkitsevää keskeyttämiseroa ($p = .24$), mutta Mann-Whitneyn testin mukaan niiden kahden ryhmän, joissa asiakkaiden ja terapeuttien arviot olivat jakauman samassa puoliskossa, välillä oli merkitsevä ero ($p = .05$). Puolella (5/10) niistä asiakkaista, jotka keskeyttivät heti ensimmäisen terapiakäynnin jälkeen, molemmat vuorovaikutusarviot olivat jakaumien alemmassa puoliskossa. Suurimmalla osalla (8/10) heti alussa keskeyttäneistä asiakkaista oma vuorovaikutusarvio oli jakauman alemmassa puoliskossa.

Lopuksi tarkastettiin vielä nominaalisella regressioanalyysillä asiakkaan ja terapeutin sukupuolen välinen interaktio suhteessa keskeyttämiseen. Se ei osoittautunut merkitseväksi ($p = .14$).

Keskeyttämiseen vaikuttaneet tekijät tulivat yllättävän selkeästi esille. Nuoremmilla asiakkailla oli suurempi keskeyttämisen riski kuin vanhemmillä asiakkailla. Myös taajat kontaktit päihteiden ongelmakäyttäjiiin – siis sidonnaisuus päihteiden käyttäjien alakulttuuriin – lisäsivät keskeyttämistä. Ensimmäisen terapiakäynnin vuorovaikutuksella oli kiistatta vaikutusta hoidon kulkuun: hoidon jatkuminen oli yhteisymmärryksen tulos; keskeyttäminen sen sijaan oli seuraus yhteisym-

Taulukko 4. Keskeyttäneiden (N = 22) ja hoidon sovitusti päättäneiden tai hoitoa jatkaneiden (N = 44) asiakkaiden vertailu erottelukykyisillä muuttujilla. T-testi (a) ja Mann-Whitneyn testi (b)

	Keskeyttäneet	Muut asiakkaat	p
Asiakkaan ikä (m, sd)	37,6 (8,5)	44,4 (9,8)	.007 ^a
Kontaktit päihteiden ongelmakäyttäjiin (1 = ei kontakteja, 5 = päivittäinen kontakti) (m, sd)	3,3 (1,5)	2,3 (1,4)	.009 ^a
Asiakkaan vuorovaikutusarvio (m, sd)	73,4 (9,8)	78,6 (11,5)	.07 ^a
Terapeutin vuorovaikutusarvio (m, sd)	69,7 (9,1)	74,6 (9,2)	.05 ^a
Terapeutti (%)			.006 ^b
A	62,5	37,5	
B	42,1	57,9	
C	35,0	65,0	
D	10,5	89,5	

Taulukko 5. Asiakkaiden (N = 66) keskeyttämisprosentit asiakkaiden ja terapeuttien vuorovaikutusarviojakaumien ala- ja yläpuoliskoista muodostetussa nelikentässä. Asiakkailta 1 = 44–75 ja 2 = 76–100 arviopistettä sekä terapeuteilla 1 = 50–73 ja 2 = 74–90 arviopistettä

		Terapeutti	
		1	2
Asiakas	1	50,0	30,8
	2	30,8	20,0

määräyksen puutteesta. Asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutusarvioiden keskinäisyyden vaikutus näkyi siis selvästi. Esimerkiksi terapeutilla A, jolla oli runsaasti keskeyttäneitä asiakkaita, molemmat arviot olivat alhaisia; terapeutilla D, jolla oli vähän keskeyttäneitä asiakkaita, kummankin arvion taso oli korkeampi. Terapeuttien interpersoonallisilla ominaisuuksilla oli merkitystä, keskeyttäneiden asiakkaiden terapeutikohtaiset osuudet olivat hämmästyttävän suorassa yhteydessä niihin.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Neljäkymmentä ikävuotta pidetään yleisesti rajapyykkinä, jonka jälkeen ongelmallisen alkoholin käytön sosiaaliset ja terveydelliset haittavaikutuk-

set alkavat kasautua (Goldman 1983). Tämän seurauksena henkilölle saattaa syntyä entistä vahvempi muutosmotivaatio alkoholio Ongelmasta selviytymiseksi. Käsillä olevan tutkimuksen tulokset tukevat tätä johtopäätöstä: keskeyttäminen väheni iän karttuessa.

Sidonnaisuus päihteiden käyttäjien alakulttuuriin, toisin sanoen asiakkaan taajat kontaktit päihteiden ongelmakäyttäjiin, oli toinen relevantti hoidon keskeyttämiseen vaikuttava tekijä. B. Saunders ja S. Allsop (1991) ovat esittäneet tähän liittyen mielenkiintoisen kysymyksen: ”Voiko hoitoyksikkö pärjätä yhteisölle?”. Tämän tutkimuksen perusteella vastaus on lähempänä kielteistä kuin myönteistä. S. Toiviainen (1997) päätyi juoppokulttuuria monipuolisesti valottavassa tutkimuksessaan samaan johtopäätökseen.

Terapeutin interpersoonalliset ominaisuudet ja terapiasuhteen vuorovaikutuksen laatu olivat myös oleellisia hoidon jatkuvuuden kannalta. Terapeuttien interpersoonallisia ominaisuuksia koskevan arvioinnin tulokset olivat yhteydessä asiakkaiden vuorovaikutusarvioiden ja keskeyttämisen kanssa: mitä paremmiksi terapeutin interpersoonalliset ominaisuudet arvioitiin, sitä korkeampi oli asiakkaan vuorovaikutusarvio ja sitä vähemmän keskeyttämisä. Jos sekä asiakas että terapeutti arvioivat terapiasuhteen vuorovaikutuksen onnistuneeksi, keskeyttäminen oli harvinaista. Ja päinvastoin: mikäli kumpikin arvioi vuorovaikutussuhteen vähemmän onnistuneeksi, keskeyttäminen oli yleistä.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on muistetta-

va, että mukana olleiden asiakkaiden ja terapeuttien lukumäärä oli pieni. Tilastollisten menetelmien toimivuuden kannalta kyseessä oli havaintominimi. Asiakkaita ei myöskään voitu ohjata satunnaistetusti eri terapeuteille, ja lisäksi terapeutitkohtaisten asiakasryhmien kesken oli kokoeroja. Ryhmät eivät tosin poikenneet toisistaan keskeyttämiseen vaikuttaneiden muuttujien osalta. Tuloksia arvioitaessa on myös pidettävä mielessä, että kyseessä olivat pelkästään avohoidon uudet asiakkaat. Heitä koskevia tutkimustuloksia ei voida suoraan yleistää muita avohoitoasiakkaita tai laitostuntoutuksen asiakkaita koskeviksi.

Mitä sitten pitäisi tehdä keskeyttämisen vähentämiseksi? Ensinnäkin päihdeterapeuttien olisi kiinnitettävä enemmän huomiota nuorehkoihin asiakkaisiin ja sidonnaisuuteen päihteiden käyttäjien alakulttuuriin, sillä ne ovat merkittäviä

keskeyttämistä lisääviä tekijöitä. Keskeyttämisen vähentämisyrittämisen tueksi ei ole esittänyt kotimaista menetelmäkirjallisuutta, mutta aihepiiriä koskeva ulkomainen materiaali lienee pääosin käyttökelpoista myös meillä (Carroll 1997; Craig 1985).

Toiseksi terapeuttien kannattaisi katsoa peiliin. Keskeyttämisen jälkeen usein kuultu kommentti, että ”asiakkaalla ei ollut tarpeeksi motivaatiota”, on tarpeetonta selittelyä, sillä muutosmotivaatio luodaan ennen kaikkea terapisuhteessa, siis asiakkaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa. R. Craigin (1985) johtopäätös, että ”tehokas hoito voi käynnistyä vasta sitten, kun hoitoyksikön henkilökunta tiedostaa, että keskeyttäminen on ennemminkin heidän kuin asiakkaiden pulma”, voi kuulostaa liioittelulta, mutta se on silti hyvä pitää mielessä.

KIRJALLISUUS

Carkhuff, R. & Berenson, B.: *Beyond counseling and therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1977

Carroll, K. (ed.): *Improving compliance with alcoholism treatment*. Project Match Monograph Series Vol. 6. Rockville, Maryland: NIAAA, 1997

Connors, G. & Carroll, K. & DiClemente, C. & Longabaugh, R. & Donovan, D.: The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (1997), 588–598

Craig, R.: Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2 (1985), 209–219

Epstein, E. & McCrady, B. & Miller, K. & Steinberg, M.: Attrition from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse* 6 (1994), 249–265

Goldman, M.: Cognitive impairment in chronic alcoholics: Some cause for optimism. *American Psychologist* 38 (1983), 1045–1054

Holmberg, N.: Identifikationsprocesser och behandling av alkoholproblem. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia 1/1995. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1995

Horvath, A.: The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology* 56 (2000), 163–173

Keso, L.: Inpatient treatment of employed alcoholics. A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Helsinki: Helsinki University Central Hospital, 1988

Kivlighan, D. & Arthur, E.: Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology* 47 (2000), 79–84

Kokotovic, A. & Tracey, T.: Working alliance in the

early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology* 37 (1990), 16–21

Koski-Jännes, A.: Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1992

Kravitz, H. & Fawcett, J. & McGuire, M. & Kravitz, G. & Whitney, M.: Treatment attrition among alcohol-dependent men: Is it related to novelty seeking personality traits? *Journal of Clinical Psychopharmacology* 19 (1999), 51–56

Mammo, A. & Weinbaum, D.: Some factors that influence dropping out from outpatient alcoholism treatment facilities. *Journal of Studies on Alcohol* 54 (1993), 92–101

Martin, D. & Garske, J. & Davis, M.: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000), 438–450

Miller, W. & Benefield, R. & Tonigan, J.: Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993), 455–461

Miller, W. & Rollnick, S.: *Motivational interviewing*. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991

Milmoe, S. & Rosenthal, R. & Blane, H. & Chafetz, M.: The doctor's voice: Postdictor of successful referral of alcoholic patients. *Journal of Abnormal Psychology* 72 (1967), 78–84

Najavits, L. & Crits-Christoph, P. & Dierberger, A.: Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse* 35 (2000), 2161–2190

Najavits, L. & Weiss, R.: Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction* 89 (1994), 679–688

Nielsen, B. & Sogaard Nielsen, A. & Wraae, O.: Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188 (2000), 101–107

Ojanen, M.: Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Liikuntatieteellisen seuran moniste nro 19. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura, 1994

Patterson, G. & Forgatch, M.: Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53 (1985), 846–851

Project Match Research Group: Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research* 8 (1998), 455–474

Rabinowitz, J. & Marjefsky, S.: Predictors of being expelled from and dropping out of alcohol treatment. *Psychiatric Services* 49 (1998), 187–189

Saarnio, P.: Alkoholistien kognitiivisten toimintojen ja hoitomenestyksen välisestä yhteydestä. *Psykologia* 30 (1995), 111–116

Saarnio, P.: Does it matter who treats you? *European Journal of Social Work* 3 (2000), 261–268

Saarnio, P. & Mäntysaari, M.: Rating therapists who treat substance abusers. *International Social Work*. In press

Saarnio, P. & Tolonen, M. & Heikkilä, K. & Kangassalo, S. & Mäkeläinen, M.-L. & Niitty-Uotila, P. & Vilenius, L. & Virtanen, K.: Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 35 (1998), 207–219

Saunders, B. & Allsop, S.: Alcohol problems and relapse: Can the clinic combat the community? *Journal of Community and Applied Social Psychology* 1 (1991), 213–221

Stark, M.: Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review* 12 (1992), 93–116

Toiviainen, S.: Kantapöydän imu. *Juoppokulttuuri valintana ja pakkona*. Helsinki: Tammi, 1997

Valle, S.: Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 42 (1981), 783–790

Wickizer, T. & Maynard, C. & Atherly, A. & Frederick, M. & Koepsell, T. & Krupski, A. & Stark, K.: Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. *American Journal of Public Health* 84 (1994), 215–221.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Saarnio: Factors contributing to the breakdown of therapy in outpatient care for substance abusers (Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa?)

The purpose of this study was to identify factors that contribute to the breakdown of therapeutic relationships in outpatient care for substance abusers. Data were collected on three aspects: 1) client's background data and information on substance use, 2) the therapist's interpersonal skills, 3) data on interaction in the therapeutic relationship. The subjects (N = 66) were new clients of an outpatient clinic. Four therapists were involved. The explanatory variables were the client's age and contacts with problem users. Dropout

decreased with higher age and increased with a greater number of contacts. The therapist's interpersonal skills and the quality of the interaction in the therapeutic relationship were also relevant to the continuity of treatment. The results of the evaluation concerning the therapists' interpersonal skills were associated with clients' assessments of interaction and dropping out: the better the assessments of the therapist's skills, the higher the client's assessment of interaction and the lower the dropout rate. If both the client and therapist thought they had good interaction, it was very rare for the relationship to break down. And vice versa: If both parties felt they did not have very good interaction, it was common for the relationship to break down.

KEY WORDS:

Outpatient care, substance abusers, therapy, dropouts, interaction, interpersonal skills, Finland