



UNIVERSITY  
OF TAMPERE

This document has been downloaded from  
TamPub – The Institutional Repository of University of Tampere

 *Publisher's version*

The permanent address of the publication is <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201501121017>

Author(s): Lahti, Jari; Rakkolainen, Maria; Koski-Jännes, Anja  
Title: Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa  
Year: 2013  
Journal Title: Duodecim  
Vol and number: 129 : 19  
Pages: 2063-2069  
ISSN: 0012-7183  
Discipline: Neurology and psychiatry; Psychology; Other social sciences  
School /Other Unit: School of Social Sciences and Humanities  
Item Type: Journal Article  
Language: fi  
URN: URN:NBN:fi:uta-201501121017  
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11266.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

# Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa

Motivoiva haastattelu (MH) on keskusteluterapeuttinen tapa kohdata potilas. Sen tavoitteena on lisätä potilaan valmiutta muutokseen saamalla hänet puhumaan muutoksen puolesta. Kaksoisdiagnoosipotilaita koskevat tulokset osoittavat, että MH kohensi sitoutumista hoitoon sekä vähensi päihteidenkäyttöä enemmän kuin muut yhtä lyhyet interventiot. Laajempaan hoitoon integroituna MH paransi hoitovastetta. Lähestymistapa näyttää sopivan erityisen hyvin ristiriitaisille, vastakoisille ja omaa päätösvaltaansa varjeleville potilaille, jotka eivät ole vielä ratkaisseet, mitä tehdä ongelmalleen. Muutos tapahtuu potilaan omaehtoisia muutoshaluja herättelemällä ja muutospuhetta vahvistamalla.

**Ensimmäinen motivoivaa haastattelua** koskeva artikkeli ilmestyi 30 vuotta sitten (Miller ja Rollnick 2013). Yhdysvaltalainen psykologi William Miller esitteli siinä uudenlaista lähestymistapaa päihdeongelmaisten auttamiseksi. Tavoitteena oli saada potilas puhumaan itse muutoksen puolesta sen sijaan, että työntekijä joutuisi vakuuttelemaan hänelle muutoksen välttämättömyyttä. Muutosmotivaatiota tai sen puutetta ei tuolloin nähty potilaan persoonallisuuden piirteenä vaan vaihtelevana mielentilana, johon potilaan ja työntekijän vuorovaikutuksella voitiin olennaisesti vaikuttaa. Potilaan painostaminen herättää hänessä helposti vastustusta. Empaattinen, asianomaista henkilöä kuunteleva ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittava lähestymistapa taas luo luottamusta ja turvallisuuden tunnetta ja tarjoaa potilaalle mahdollisuuden pohtia avoimesti sitä, mitä hän elämältään haluaa (Miller ja Rollnick 1991, 2002, 2013, Koski-Jännes ym. 2008).

## Motivoivan haastattelun perusideat

MH:n keskeinen piirre on sen henki tai vuorovaikutustyyli, joka perustuu yhteistyöhön, potilaan hyväksymiseen ja hänen hyvinvointinsa edistämiseen sekä hänen sisäisen motivaationsa herättelyyn. Muutoksen edellytysten ajatteluun löytyvän ihmisestä itsestään. Työntekijän tehtävänä on tunnistaa nämä muutoksen idut potilaan omia havaintoja, kokemuksia ja arvoja koskevista ilmauksista ja vahvistaa tätä niin kutsuttua muutospuhetta heijastavalla kuuntelulla, avoimilla kysymyksillä, tukea antavilla palautteilla ja yhteenvedoilla. Vastakkainasettelua vältetään, vaikka potilaan arviointiin perustuva rehellinen ja suora palaute nähdäänkin tärkeänä. Samoin vältetään asiantuntijaroolia, koska se helposti vain passivoi potilasta (Miller ja Rollnick 2013).

MH:ta on pyritty jatkuvasti tutkimaan ja saatujen tulosten perusteella kehittämään. Äskettäin ilmestyneen Motivational Interviewing -teoksen täysin uusitussa kolmannessa painoksessa uutta on esimerkiksi neljän eri prosessin erottaminen hoidossa (Miller ja Rollnick 2013). Hoitokontakti käynnistyy yhteistyösuhteen muodostamisella (engaging), jota ilman hoito ei pääse alkua pidemmälle. Olennaista on keskittyä kuuntelemaan potilasta hänelle ominaisen ristiriidan ymmärtämiseksi. Tämän prosessin yhteydessä voidaan myös keskustella potilaan elämäntavoitteista ja arvoista, koska ristiriitaa niiden ja ongelmakäyttäytymisen välillä voidaan käyttää muutoksen motivointiin. Fokusointi (focusing, guiding) on jatkuvampi prosessi, jolla pyritään löytämään työskentelylle suunta tai tarkeisuus esimerkiksi sopimalla työjärjestyksestä. Fokusta voidaan muuttaa potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan, mutta ilman suunnan valintaa keskustelu voi jäädä pyörimään ym-

pyrää etenkin moniongelmaisten potilaiden kanssa. Herättely (evoking) on prosessi, joka käy mahdolliseksi, kun muutoksen suunta on ainakin alustavasti selvinyt. Varsinainen motivoiva haastattelu alkaa oikeastaan vasta, kun tämä muutosmotivaatiota herättelevä keskustelu saadaan käyntiin. Sen ensisijaisena tarkoituksena on auttaa potilasta ratkaisemaan, minkälaisiin tavoitteisiin hän on valmis sitoutumaan. Kun tämä ratkaisu on selvinyt potilaalle, voidaan siirtyä muutoksen suunnitteluun (planning). Tällöin sovitaan jatkotoimenpiteistä ja laaditaan konkreettinen muutossuunnitelma. Nämä neljä prosessia ovat osin peräkkäisiä, mutta niiden välillä voidaan myös sukkuloida, ja joskus jotkin niistä ovat jopa samanaikaisia. Olennaisempaa on se, että kullakin niistä on oma tehtävänsä vuorovaikutuksessa (Miller ja Rollnick 2013).

Motivoivaa haastattelua on sovellettu monenlaisiin ongelmiin ja potilasryhmiin, kuten kaksoisdiagnoosipotilaisiin. Tällöin sitä on usein käytetty yhdessä muiden näyttöön perustuvien hoitomenetelmien kanssa. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa vaikeuksia tuottaa usein se, että potilas lyö laimin lääkkeiden käytön tai hän ei muuten sitoudu hoitoon sekä se, että hän käyttää päihteitä oireidensa itselääkintään. Näihin tilanteisiin MH soveltuu hyvin, koska sen avulla on mahdollista käsitellä rakentavasti potilaan ristiriitaisia tunteita ja ajatuksia, jotka estävät häntä sitoutumasta hoidon onnistumisen kannalta tarpeellisiin muutoksiin (Handmaker ym. 2002).

MH:n käyttöön kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa erikoistunut Kathleen Sciagga esittää, että luottamuksen rakentaminen näiden potilaiden kanssa on erityisen tärkeää. Heijastavassa kuuntelussa tulisi käyttää ennen kaikkea monimuotoisia reflektioita, joilla pyritään tavoittamaan potilaan ehkä harhaisistakin puheista muutoksen suuntainen mieli (ks. Sciaggan videohaastatteluja esim. <https://www.youtube.com/user/expand17>). Tärkeää on myös potilasta tukeva ja voimaannuttava palaute sekä vastakkainasettelun välttäminen. INTERNET-OHEISAINESTON TIETOLAATIKON esimerkki valaisee tapaa, jolla MH:n periaatteita soveltava työntekijä voi luoda yhteistyösuhteen potilaan kanssa.

## Motivoivan haastattelun vaikutuksia välittävät tekijät päihdetyössä

MH on useiden katsausten ja meta-analyyysien mukaan tuloksellinen menetelmä päihdeongelmien hoidossa (Hetteima ym. 2005, Lahti 2008, Lundahl ym. 2010). Sen ei niinkään ole osoitettu olevan muita käytettyjä menetelmiä parempi, mutta sillä on saavutettu lyhyemmässä ajassa yhtä hyviä tuloksia kuin esimerkiksi kognitiivisen terapian tai kahdentoista askeleen hoidon kaltaisilla pitkäkestoisemmilla menetelmillä. MH:n käyttö ennen muiden hoitojen alkua parantaa potilaiden aktiivisuutta ja hoidossa pysymistä, ja johtaa siten pysyvämpiin hoitotuloksiin kuin MH:n käyttö yksinään (Hetteima ym. 2005). Lähestymistapa sopii erityisen hyvin ristiriitaisille, vastahakoisille ja omaa päätösvaltaansa varjeleville potilaille, jotka eivät ole vielä ratkaisseet, mitä tehdä ongelmalleen (Miller ja Rollnick 2002, Rakkolainen 2012). Sen sijaan henkilöt, jotka ovat päätöksensä tehneet ja odottavat vain neuvoja muutoksen toteuttamistavoista, eivät välttämättä hyödy MH:sta.

Koska MH:n oppiminen on käytännössä osoittautunut oletettua vaikeammaksi (Miller ym. 2004, Rakkolainen 2012) ja hoitotulokset ovat vaihdelleet, on viimeisten 10 vuoden aikana pyritty erityisesti selvittämään, mihin menetelmän vaikutus varsinaisesti perustuu. Tätä kysymystä on selvitetty tutkimuksissa, joissa arvioidaan menetelmän keskeisiä aktiivisia osia ja vuorovaikutusprosesseja sekä tutkimuksissa, joissa seurataan miten MH:ta opitaan. Ensimmäiset merkittävät yhteydet työntekijän vuorovaikutustyyliin ja päihdehoidon tulosten välillä löydettiin 1980-luvulla. Huomattiin, että empaattisuus työntekijän yksittäisenä ominaisuutena vähensi potilaan vastustusta työntekijää kohtaan ja vaikutti pitkään positiivisesti hoitotuloksiin (Miller ja Rollnick 1991). MH:n hengen mukainen empaattinen ja yhteistyöhön pohjautuva vuorovaikutustyyli näyttää yleensä parantavan potilaan aktiivisuutta hoitaa itseään ja hoitoon sitoutumista, mutta tulokset ovat olleet myös osin ristiriitaisia. Tämä johtunee siitä, että MH:n henkeä



on arvioitu suhteellisen karkealla yleisvaikutelmalla, jonka perusteissa on ollut ongelmia (Apodaca ja Longabaugh 2009).

Potilaan motivaation virittämiseen vaikuttaa MH:n tyylin lisäksi myös se, miten suoraan viivaisesti työntekijä keskustelussa toimii sekä miten hän tuo esille omaa ammatillista osaamistaan. MH:n vastaisten vuorovaikutustekniikoiden käyttö ja potilaan autonomian ohittava toimintatapa ovat johdonmukaisesti olleet yhteydessä potilaan suurempaan reaktiivisuuteen, työntekijän ja muutoksen vastustamiseen sekä siitä seuraavaan huonompaan hoitotulokseen. Tasavertaisessa yhteistyössä toimiminen suoran ohjaamisen ja opettamisen sijaan johtaa potilaan parempaan hoitoon sitoutumiseen sekä parempiin hoitotuloksiin (Apodaca ja Longabaugh 2009).

Hyvän yhteistyösuhteen luominen ja vuorovaikutuksessa esiintyvien ongelmien korjaaminen on elinehto sitä seuraavalle potilaan motivaation herättelylle ja MH:n toteutumiselle. Työntekijän ja potilaan keskustellessa tavoitteena olevasta muutoksesta työntekijä kuuntelee tarkkaavaisesti potilaan muutosmotivaatiota, valmistelemaa ja aktivoivaa muutospuhetta (Miller ja Rollnick 2013). Muutospuhetta on kaikki se potilaan puhe, joka koskee syitä, halua, kykyä ja tarvetta muutokseen. Se valmistelea ja ennakoi sitoutumispuhetta eli muutokseen aktivoitumista. Sitoutumispuheen voimistuminen taas ennakoi tulevaa käyttäytymisen muutosta, kuten päihteiden käytön lopettamista (Amrhein ym. 2003). Muutospuheesta työntekijä voi tunnistaa, onko potilas ristiriitainen muutosta kohtaan ja siten valmisteleavassa vaiheessa (”haluaisin vähentää juomista, mutta se auttaa minua nukahtamaan”) vai onko hän ratkaissut sisäisen ristiriitansa ja siten aktivoitunut muutoksen toteuttamiseen (”voisin olla tänään juomatta ja kokeilla sen sijaan liikuntaa rentoutuakseni”) (Miller ja Rollnick 2013). TIETOLAATIKON esimerkki osoittaa, kuinka potilaan ollessa valmisteleavassa vaiheessa työntekijän taitava huomion suuntaaminen muutosta puoltaviin ilmaisiin voi kallistaa vaa’an muutoksen puolelle, mikä heijastuu myös potilaan lähitulevaisuuden suunnitteluun uudella tavalla.

## YDINASIAIAT

- ▶ Motivoiva haastattelu auttaa potilaita muutosta koskevien ristiriitojen ratkaisemisessa ja parantaa siten heidän toimintakykyään ja hoitoyhteistyöhön sitoutumistaan.
- ▶ Ohjaamista tai johdattelua tulee välttää erityisesti vihaisia ja vastahakoisia potilaita hoidettaessa.
- ▶ Motivoivan haastattelun vaikuttavuus perustuu potilaan huolien kuuntelemiseen ja muutospuheen esiin kutsumiseen empaattisella ja potilaan itsemääräämisoikeutta tukevalla tavalla.

MH:n vaikutusmekanismeja arvioineen katsauksen mukaan muutospuhe on potilaan hoidon aikaisesta käyttäytymisestä lupaavin MH:n vaikuttavuutta välittävä tekijä (Apodaca ja Longabaugh 2009). Katsauksen jälkeen ilmestyneet vuorovaikutustutkimukset ovat niin ikään vahvistaneet MH:n teoreettisia oletuksia ja osoittaneet, että työntekijän välttäessä MH:n vastaista vuorovaikutusta ja käyttäessä MH:n mukaista tyyliä ja tekniikoita potilaan muutospuhe lisääntyy (Moyers ym. 2009). Tämä puolestaan korreloi myöhempään päihteiden käytön vähenemiseen niin viiden viikon kuin vuodenkin seurannassa (Moyers ym. 2009, Daepfen ym. 2010). Muutospuheen tunnistaminen, herättely ja vahvistaminen edellyttävät kuitenkin MH:n riittävää ja taidokasta hallintaa. Erityisesti taitava potilaan mielentilan ja puheen merkitysten tavoittaminen ja sanoiksi pukeminen eli monimuotoisten reflektioiden käyttö vaikuttaa potilaan muutospuheeseen (Daepfen ym. 2010). MH:n vaikuttavuus näyttää pohjautuvan ennen kaikkea toimivaan hoitosuhteeseen, jossa potilaan ongelman vakavuus ei nouse vuorovaikutuksen esteeksi vaan muutos tapahtuu potilaan omaehtoista ja luontaista käyttäytymisen muutosta herättelemällä ja muutospuhetta vahvistamalla (Imel ym. 2011, Miller ja Rollnick 2013).

## TIETOLAATIKKO.

Esimerkki yhteistyössä käydystä lääkityksen hyöty- ja haittakeskustelusta ja muutospuheen herättelystä potilaan tavoitteeseen nähden (McCracken ja Corrigan 2008, vapaa käännös). Potilaan muutospuhe on havainnollistettu kursivoineilla.

**TYÖNTEKIJÄ (T):** Janne, sanoit harkitsevasi lääkityksen lopettamista. Kerro siitä vähän.

**JANNE (J):** No, aiemmin kun oli paljon ulkotoydessä, väsymys ei niin haitannut, koska olin enemmän liikkeessä ja pysyin hereillä.

**T:** ...ja nyt kun istut enemmän paikallasi, sinulla on enemmän ongelmia väsymyksen ja nukahtelun kanssa.

**J:** Niin, viime viikolla pomo näki kun nuokuin työpöydän ääressä. Se varmaan luuli, että olin kamoissa tai jotain. Mua hävetti ihan hirveästi. Mulla on mennyt nyt jo pari kuukautta ihan hyvin. Mun mielestä nyt on aika lopettaa tämän lääkkeen käyttö. Unohdin viime viikolla parina päivänä ottaa lääkkeen ja voin ihan hyvin.

**T:** Voitaisiinko jutella tästä vielä vähän? [luvan kysyminen]

**J:** *Kyllä kai* (halu +), mutta en silti aio muuttaa mieltäni.

**T:** Se on ihan sinusta kiinni [vastustuksen kiertäminen autonomiaa tukemalla]. Tässä on tehty hommia jo niin kauan yhdessä, että tiedät varmaan, etten yritä saada sinua tekemään asioita, joita et halua (hymyillen). Eikä se edes toimisi, sinä vaan lähtisit tuosta ovesta, etkä enää palaisi.

**J:** Niinpä.

**T:** Kerroit, että lääke aiheuttaa sinulle väsymystä töissä. Ymmärrän, että työpaikan säilyttäminen on sinulle tärkeää. Onko lääkityksessä muita sinua töissä haittaavia tekijöitä?

**J:** No, tajuton väsymys on isoin asia, mutta mua on huolestuttanut myös se, että olen kuullut tämän lääkkeen lisäävän diabeteksen riskiä. Aluksi siitä tuli myös kova päänsärky, *mutta se meni ohi* (syy +).

Niin, ja paino nousi, *mutta ei hirveästi. Eikä se muuten vaikuta mun työntekoon* (syy +).

**T:** Eli suurin ongelma on väsymys työaikana, jonka lisäksi olet vähän huolissasi mahdollisesta diabeteksestä, vaikka et ole juurikaan lihonut lääkityksen aikana.

**J:** Joo, varsinkin lounaan jälkeen oon tosi väsynyt. Nyt varmaan haluat kuulla lääkityksen hyödyistä. *No, ajattelu selkiytyi, kun aloitin sen käytön* (syy +). *En olisi voinut keskittyä kirjoihin, kun pääni oli silloin niin sekaisin* (syy +), *enkä olisi voinut tehdä ollenkaan töitä, kun koin, että muut vahtii mua* (syy +). Mutta en tiedä, mitä hyötyä lääkkeistä nyt enää on.

**T:** Okei. Eli toisaalta väsymys vaikeuttaa työntekoa erityisesti lounaan jälkeen. Toisaalta lääke on auttanut selvittämään päätäsi [ristiriidan selventäminen]. Keskittyminen on helpompaa, eikä sinusta tunnu siltä, että ihmiset vahtisivat sinua. Tämä kaikki on sinulle tärkeää nyt, kun teet enemmän ajattelua vaativaa työtä [yhteenveto muutospuheesta]. Oletko kokenut lääkityksestä muita haittoja tai hyötyjä?

**J:** Ei, siinä kaikki.

**T:** Jos sinä, lääkärisi ja minä keksisimme ratkaisun uneliaisuuteesi, haluaisitko kokeilla lääkkeen käyttöä vielä vähän aikaa?

**J:** *Ehkä* (sitoutuminen +). *En tosiaan halua menettää tätä työpaikkaa. Se on paras paikka, mikä mulla on ikinä ollut* (syy +). *Mietin myös, että jatkaisin opintojani ja saisin tutkintoni valmiiksi* (syy +).

**T:** No, koetetaan sitten yhdessä ratkaista tämä sinun ongelmasi ja katsotaan mitä vaihtoehtoja on olemassa. Sopiiko se sinulle?

**J:** *No joo, sopii.* (sitoutuminen +)

## MH:n tehokkuus kaksoisdiagnoosi-potilaiden hoidossa

Kaksoisdiagnoosipotilailla on muita suurempi alttius jäädä tulematta heille tarjottuun hoitoon tai pudota ennen aikaisesti pois hoidosta. Käyttämällä potilaan hoitoa kohtaan tunteiden ristiriitojen käsittelyyn MH:n tyyliä ja vuorovaikutustekniikoita on kuitenkin onnistuttu lisäämään näiden potilaiden hoitoon sitoutumista. Esimerkiksi kahden kerran MH lisäsi todennäköisyyttä osallistua avohoitoon laitoshoidon jälkeen (Swanson ym. 1999).

**2066** Tehostamalla potilaiden hoidossa pysymistä

heidän mahdollisuutensa hoidon läpivientiin ja positiivisiin hoitotuloksiin paranevat.

Entä missä määrin MH vaikuttaa suoraan kaksoisdiagnoosipotilaiden päihteidenkäyttöön ja muihin oireisiin? **INTERNET-OHEISAINESTON TAULUKOISSA 1 ja 2** esitellään alkuperäistutkimuksia, joissa MH:n tehoa tutkittiin satunnaistetulla ja kontrolloidulla asetelmalla (RCT) ja joissa osallistujilla oli huomattavan alkoholin- tai huumeidenkäytön ohella diagnosoitu psykoottistasoinen häiriö tai vakava masennustila. Vuosien 2000 ja 2013 välillä julkaistuissa 13 alkuperäistutkimuksessa motivoivaa haastattelua tutkimushoitona

saaneita osanottajia oli 768 (vähimmillään 13 ja enimmillään 164 tutkimusta kohden). MH:ta toteutettiin niissä hyvinkin vaihtelevan laajuksena alkaen yhdestä tapaamisesta ja jatkuen kymmenien käyntien terapiajaksoon, jossa MH integroitui laajempaan hoitokokonaisuuteen.

Lähes kaikissa näistä tutkimuksista todettiin MH:n vähentävän oireita merkitsevästi. Melko keveätkin MH-interventiot näyttävät siis vähentävän kaksoisdiagnoosipotilaiden päihteidenkäyttöä ja muuta psykiatrista oireilua. Mutta onko MH muita hoitokäytäntöjä tehokkaampaa näiden potilaiden hoidossa ja kohentaako se tavanomaisen hoidon vastetta sellaisenaan vai yhdistettynä muuhun hoitoon?

### Onko MH sellaisenaan tehokkaampi kuin muut kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidot?

Viidessä tutkimuksessa yhden tai muutaman tapaamisen ”motivoivaa haastattelua sellaisenaan” verrataan erilaisiin vastaavan laajuisiin interventioihin kaksoisdiagnoosipotilailla (INTERNETOHEISAINESTON TAULUKKO 1). Kaikissa niissä MH:lla osoitetaan olevan ainakin jonkinlaista positiivista vaikutusta. Kahdessa tutkimuksessa yksi MH-käynti vähensi päihteidenkäyttöä 3–6 kuukauden seurannassa itsehoitovihkoa enemmän, vaikka pidemmässä seurannassa teho hiipuikin (Baker ym. 2002, Hulse ja Tait 2002). MH-ryhmässä todettiin myös parempi hoitovaste tavanomaisiin hoitokäynteihin verrattuna (Martino ym. 2000). Samoin kolmen MH-käynnin hoitajakso todettiin tehokkaammaksi kuin vastaava määrä opastavia tapaamisia, kun seurattiin raittiina pysyneiden määrää kuuden kuukauden ajan (Graeber ym. 2003). Samansuuntainen ero havaittiin myös alkoholinkäyttöpäivien määrässä, vaikkei alkoholin kokonaiskulutuksen muutoksessa eroja löydettykään. Eroa päihteiden käytössä tai hoitoon sitoutumisessa ei sen sijaan löytynyt, kun kahta MH-käyntiä verrattiin vastaavaan määrään psykiatrista haastatteluja (Martino ym. 2006). Aineiston lisäanalyysi osoitti MH:n vähentäneen ensisijaisen

päihteen käyttöä kokaiinin käyttäjillä, kun taas psykiatrinen haastattelu vähensi ensisijaisen päihteen käyttöä kannabiksen käyttäjillä. Vastaavia tuloksia saadaan muunlaisissakin vertailuasetelmissa: MH:n tulokset näkyvät osalla tehokkuusmittareista mutteivät kaikilla, ja aktiivisen hoitajakson aikana saavutetut vertailuryhmää paremmat tulokset ovat tyypillisesti nähtävissä 3–6 kuukauden kuluttua, mutta harvoin enää vuoden seurannassa.

### Edistääkö MH hoitovastetta osana laajempaa hoitoa?

Motivoivaa haastattelua on tutkittu myös osana laajempaa hoitoa. Tällöin asetelma oli satunnaistettu ja muun hoidon yhteydessä toteutettua MH:ta verrattiin useisiin erilaisiin seurantahoitoihin (INTERNETOHEISAINESTON TAULUKKO 2). Esimerkiksi kun MH yhdistettiin kuuden kuukauden hoitajakson ajan selviytymiskeinojen harjoitteluun sekä virtsakokeisiin kaksi kertaa viikossa tapahtuvien ryhmätapaamisten yhteydessä, oli muun muassa sitoutuminen terapiaryhmään parempaa. Puhtaita huumeeseulontatestien tuloksia saatiin enemmän kuin vastaavan laajuisessa tukea antavassa ryhmäterapiassa, vaikka eroa itse raportoiduissa huumeidenkäyttöpäivissä tai ongelmallisessa huumeidenkäytössä ei löydettykään (Bellack ym. 2006). Myös tietokoneistettu tai terapeutin toteuttama kognitiivisen käyttäytymisterapian ja MH:n jakso vähensi vielä vuoden seurannassa muun muassa kannabiksen ja muiden haitallisten päihteiden käyttöä enemmän kuin vertailuryhmässä toteutettu yhden käynnin lyhythoito (Kay-Lambkin ym. 2009). Toisaalta on myös osoitettu, että noin viikon kestävä päivittäinen MH yhdessä selviytymiskeinoja korostavan terapian kanssa voi puolen vuoden seurannassa vähentää päihteidenkäyttöä tavanomaista hoitoa enemmän, vaikka vaikutukset eivät enää näkyneetkään vuoden seurannassa (Kavanagh ym. 2004). Myös tavanomaisen hoidon lisänä toteutettu MH vähensi puolen vuoden hoitajakson aikana kannabiksenkäyttöä voimakkaammin kuin pelkkä tavanomainen hoito, mutta vaikutus ei näkynyt enää vuoden seurannassa (Bonsack ym. 2011). 2067



Kohentaako motivoiva haastattelu yhdessä kognitiivisen terapian kanssa tavanomaisen hoidon vastetta? Muusta kuin mielialaan liittyvästä psykoottisesta häiriöstä ja päihteiden väärinkäytöstä tai päihderiippuvuudesta kärsivät potilaat hyötyivät, kun tavanomaiseen hoitoon liitettiin perheinterventio sekä 29 hoitokäyntiä, joissa yhdistettiin MH:ta ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa (Barrowclough ym. 2001). Relapsit ja negatiiviset psykoosioireet vähenivät hoitoryhmässä, ja vuoden seurantajakson aikana yleinen toimintakyky koheni tavanomaisessa hoidossa olevien ryhmään verrattuna. Merkille pantavaa on sekin, että kymmenen vuotta myöhemmin tekemässä laajhkoissa tutkimuksessa löydettiin hyvin vastaavassa potilasryhmässä vähemmän eroja hoito- ja tutkimusryhmien välillä (Barrowclough ym. 2010). Tutkijat arvelevatkin hoitojärjestelmän kehittyneen kymmenen vuoden aikana paremmin kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeet huomioivaan suuntaan. Toinen mahdollisuus on se, että ensimmäisessä tutkimuksessa toteutettu hieman intensiivisempi hoito tai hoidossa käytetty perheinterventio saattoivat olla olennaisia hoitovaikutusta kohentavia tekijöitä. Samankaltaisissa tutkimuksissa on kuitenkin myös havaittu, ettei päihteidenkäyttö vähentynyt tutkimusintervention seurauksena, vaikka tutkimusryhmäläisten yleinen toimintakyky tai elämänlaatu kohentuikin tavanomaista hoitoa enemmän (Baker ym. 2006, Madigan ym. 2013).

**JARI LAHTI, dosentti, Akatemian tutkijatohtori**  
Käyttäytymistieteiden laitos  
Helsingin yliopisto

**MARIA RAKKOLAINEN, YTM, väitöstutkija**  
**ANJA KOSKI-JÄNNES, VTT, emeritaprofessori**  
Yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Tampereen yliopisto

### SIDONNAISUUDET

**Jari Lahti:** Ei sidonnaisuuksia

**Maria Rakkolainen:** Ei sidonnaisuuksia

**Anja Koski-Jännes:** Luentopalkkio (Eli Lilly, Filha Oy, Lääkäriliitto),  
lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannusosakeyhtiö Tammi)

Useiden RCT-tutkimusten perusteella lyhytkin MH-jakso sellaisenaan näyttäisi ainakin lyhyen seuranta-ajan kuluessa vähentävän kaksoisdiagnoosipotilaiden päihteidenkäyttöä voimakkaammin kuin itsehoitovihkonen, tavanomainen hoitotapaaminen tai pelkkä opastava tapaaminen. Lisäksi on näyttöä siitä, että tässä potilasryhmässä ja laajempaan hoitoon yhdistettynä MH kohentaa tavanomaisen hoidon vastetta sekä vähentää tehokkaammin päihteidenkäyttöä tai lieventää muita psykiatrisia oireita. Kuitenkin useissa näistä tutkimuksista tulokset havaitaan vain osalla tehokkuusmittareista, ja ne ovat tyypillisesti havaittavissa 3–6 kuukauden seurannassa mutta harvoin enää vuoden jälkeen.

### Lopuksi

Motivoivan haastattelun voima ei ehkä kuitenkaan piile sille ominaisissa taidoissa ja niiden tuloksellisuudessa sellaisenaan vaan sille ominaisessa tavassa suhtautua asiakkaaseen, joka näyttää avaavan monia muita hoitomalleja paremmin tilaa potilaan sisäisen ristiriidan käsittelylle, hänen huoltensa ja toiveidensa kuulemiselle sekä niiden huomioimiselle hoidossa. Hyvän hoitosuhteen muodostuminen taas tarjoaa lääkärille mahdollisuuden toimia tarvittaessa ohjaavasti sekä hyödyntää muitakin toimiviksi todettuja menetelmiä onnistuneen hoitotuloksen takaamiseksi. ■

## KIRJALLISUUTTA

- Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:862–78.
- Apodaca TR, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction* 2009;104:705–15.
- Baker A, Bucci S, Lewin TJ, ym. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:439–48.
- Baker A, Lewin T, Reichler H, ym. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002;97:1329–37.
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, ym. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1706–13.
- Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, ym. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c6325.
- Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:426–32.
- Bonsack C, Gibellini Manetti S, Favrod J, ym. Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2011;80:287–97.
- Daeppen JB, Bertholet N, Gaume J. What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:612–6.
- Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J* 2003;39:189–202.
- Handmaker N, Packard M, Conforti K. Motivational interviewing in the treatment of dual disorders. Kirjassa: Miller WR ja Rollnick S, toim. *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York: Guilford Press 2002, s. 362–76.
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91–111.
- Hulse GK, Tait RJ. Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug Alcohol Rev* 2002;21:105–12.
- Imel ZE, Baer JS, Martino S, Ball SA, Carroll KM. Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug Alcohol Depend* 2011;115:229–36.
- Kavanagh DJ, Young R, White A, ym. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:151–5.
- Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Carr VJ. Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction* 2009;104:378–88.
- Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P, toim. Kohti muutosta. *Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi 2008.
- Lahti J. Motivoiva haastattelu päihdehoidossa tutkimusten valossa. Kirjassa: Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P, toim. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi 2008, s. 82–106.
- Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 2010;20:1050–62.
- Madigan K, Brennan D, Lawlor E, ym. A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophr Res* 2013;143:138–42.
- Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* 2006;101:1479–92.
- Martino S, Carroll KM, O'Malley SS, Rounsaville BJ. Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addict* 2000;9:88–91.
- McCracken SG, Corrigan PW. Motivational interviewing for medication adherence in individuals with schizophrenia. Kirjassa: Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S, toim. *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press 2008, s. 259–68.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press 1991.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press 2002.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Helping people change*. New York: Guilford Press 2013.
- Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:1050–62.
- Moyers TB, Martin T, Houck JM, Christopher PJ, Tonigan JS. From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:1113–24.
- Rakkolainen M. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa. *Psykologia* 2012;47:4–19.
- Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:630–5.

## Summary

### Motivating interview and its effectiveness in the treatment of dual diagnosis patients

Motivating interview is a talking therapeutic way to meet with the patient. The aim is to increase the patient's readiness for change by making her/him talk in favor of the change. In dual diagnosis patients, motivating interview has been found to improve commitment to treatment and to decrease drug abuse more than other equally brief interventions at least over a follow-up period of 3 to 6 months. When integrated with a more extensive therapy, motivating interview improved the treatment response to conventional therapy. The approach seems to be especially suitable for incoherent and reluctant patients