
JAAKKO SEIKKULA, EIJA-LIISA RAUTIAINEN JA
JAN-CHRISTER WAHLBECK

Oliko Tolstoi sittenkään väärässä: perheterapian tuloksellisuudesta

Artikkelissa kuvataan perheterapian tuloksellisuutta kuvaavien meta-analyysien keskeiset tulokset, joita täydennetään joillakin yksityiskohtaisemmilla havainnoilla. Perheterapia on ollut tuloksellista sekä psyykkisten sairauksien, parisuhdeongelmien että lasten ja nuorten ongelmien hoidossa. Sitä on sovellettu sekä erityisenä hoitomenetelmänä että integroituna muiden hoitomenetelmien kanssa. Tutkimustulosten käytössä on myös ongelmia. Satunnaistetuissa koeolosuhteissa hyvät tulokset on voitu saavuttaa 80 %:ssa tapauksia, mutta luonnollisissa olosuhteissa tulos on laskenut 50 %:iin. On myös paljon vielä tutkimattomia sovellusalueita. Tulokset tukevat Suomessa sekä nuorisopsykiatrisen että somaattisten sairauksien hoidon ja riskitekijöiden ehkäisyn kehittämistä entistä enemmän perheterapeuttiseen suuntaan.

”Kaikki onnelliset perheet ovat toistensa kaltaisia, mutta jokainen onneton perhe on onneton omalla tavallaan.”
(Leo Tolstoi: Anna Karenina 1877)

”Tolstoy was wrong. Marital happiness comes in many ways and forms, whereas marital distress is linked to a small number of negative patterns ...”
(Halford ym. 2002, 211)

Halford ym. (2002) kuvaavat parisuhteiden rikastuttamisohjelmista tehtyjä tutkimuksia, jotka heidän mukaansa ovat osoittaneet, että avioparien onnellisuus voi toteutua hyvin monenlaisilla tavoilla, kun taas vaikeudet ilmenevät tietyntyypisten negatiivisten kommunikaatiotapojen kautta. Heidän mukaansa tutkimus auttaa perheterapeutteja valitsemaan kuhunkin vuorovaikutusongelmaan oikean terapeutin toimintatavan. Tässä artikkelissa selvitetämme perheterapian tuloksellisuustutkimuksia ja keskeisiä johtopäätöksiä.

Psykoteraapian tuloksellisuuden tutkimus on periaatteessa hyvin yksinkertainen tapahtuma. Ensin päätetään, mitä tutkitaan. Sen jälkeen valitaan, millä menetelmillä tätä kyseistä asiaa tutkitaan. Sitten samalla mittarilla analysoidaan tämä kyseinen ominaisuus ainakin kaksi kertaa: terapian alkaessa ja jossakin vaiheessa terapian loppuessa tai muuten määrättyä aikana, esimerkiksi vuosi terapian aloituksen jälkeen. Jos tutkituilla menetelmillä saadaan ero muuttujien suureissa, on tapahtunut muutos, useimmiten tietysti toivottuun suuntaan. Toinen osa tutkimusta on sitten selvittää, miten tämä ero liittyy toteutettuun terapiaan.

Tämän vuoksi tarvitaan vertailua sellaiseen terapiatilanteeseen, missä ei ole käytetty samaa terapiamenetelmää. Tässä vaiheessa tullaan jo hieman monimutkaisemmalle alueelle. Jos halutaan tutkia, aiheuttiko tämä erityinen psykoterapiamenetelmä havaitun muutoksen, edellytetään, että on olemassa satunnaisesti valittu toinen hoitoryhmä samasta perusjoukosta ja tällä ryhmällä tehdään samat mittaukset. Jos tällä kontrolliryhmällä ei havaita samoja muutoksia kahden mittauksen välillä, todetaan muutoksen johtuneen toteutetusta psykoterapiamenetelmästä. Käytetyn psykoterapiamuodon ”teho” voidaan vielä todeta tietyillä tilastollisilla menetelmillä, joilla todetaan esimerkiksi ”effect size”¹, siis se, kuinka suuri osa havaitusta muutoksesta johtui juuri tästä menetelmästä.

PERHETERAPIAN TULOKSIA

Näiden ennakkoehtojen puitteissa voimme lähteä tutkimaan perheterapian tutkimusten antamaa tietoa sen tuloksellisuudesta. Yleinen osviitta voisi olla se, että tutkimuksien tulokset ovat yleistettävissä niiden tutkimusten puitteissa, mutta niitä ei voi sellaisenaan siirtää toiseen kontekstiin. Jokaisen hoitomenetelmän käyttö edellyttää aina paikallista sovellustyötä sekä terapeutin että työskentelyolosuhteiden osalta.

Seuraavassa kuvaamme ns. meta-analyysien tuloksia. Meta-analyysit ovat eri tuloksellisuustutkimuksia yhdistäviä analyyssejä. Ne yhdistävät aina useampien tutkimusten antamia tuloksia. Meta-analyysissa verrataan useimmiten vain satunnaistettuja koe-asetelmatutkimuksia, joten ne kertovat vain osasta tutkimuksia, ei kaikista. Mutta ne antavat kuitenkin viitteitä siitä, mitä on tutkittu ja minkälaisin tuloksin. On syytä huomata, että seuraavassa esitettävät tutkimukset eivät kerro kattavasti perheterapian tuloksellisuudesta, koska niissä on mukana vain sellaiset tulokset, jotka ovat toistuneet vähintään kahdessa riippumattomassa tutkimuksessa. Siis sellaiset perheterapian sovellusalueet, joista on vain yksi tutkimus tai joita ei ole vielä lainkaan tutkittu, eivät tule seuraavassa arvioinnissa esille.

Tämä artikkeli perustuu ensisijaisesti kahteen American Association for Family Therapyn julkaisemaan kokoomateokseen (Pinsolf & Wynne 1995, Sprenkle 2002). Näissä raporteissa esitettyjä tuloksia on täydennetty kirjallisuudesta.

¹ Hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa on käytetty useita eri menetelmiä. Useimmiten käytetty effect size ("vasteen koko") kuvaa jatkuvien muuttujien eroja. Vaikuttavuutta voidaan myös kuvata muilla suureilla, kuten "relative risk", (RR) i. vaarasuhde, "Odds Ratio" (OR) i. ristitulosuhde tai Power i. selityksen vahvuus kaksijakoisissa muuttujissa. Vaikka näihin suureisiin luotetaan enemmän kuin perinteisiin p-arvoihin, on niidenkin erottelevuuden todettu olevan hyvin pulmallista erityisesti luonnollisissa olosuhteissa toteutetuissa tutkimuksissa.

lisuushaulla PsycINFO-tietokannassa teemalla ”Effectiveness research in family therapy”. Taavoitteena oli löytää erityisesti vuoden 2002 jälkeen julkaistuja tutkimuksia. Tämä raportti ei ole Evidence Based Medicinen periaatteiden mukaisesti koottu systemaattinen katsaus, jossa kaikki kunkin teeman meta-analyysit on huomioitu. Tällainen systemaattinen raportti koko perheterapian kentästä olisikin mahdollista kirjoittaa artikkelin muotoon, koska perheterapian sovellusten kenttä on niin laaja, että se vaatisi uuden kirjan toimittamista. Esimerkiksi edellä mainituissa kirjoissa yksi luku kuvaa yhden perheterapian sovellusalueen tuloksellisuutta.

Pinsolf ja Wynne (1995) esittivät yhteenvedon perhe- ja pariterapioiden tuloksellisuudesta kontrolloitujen vertailututkimusten meta-analyysien mukaan. Eniten on tutkittu perheterapian vaikutusta psyykkisiin oireisiin. Seuraavassa esitämme ensin yhteenvedona ne ongelmat, joihin perheterapia on vaikuttanut positiivisesti, ja kuvaamme sen jälkeen tarkemmin joitakin erityisiä teemoja. Perheterapiaa tarkastellaan tässä kokonaisuutena erittelemättä tarkemmin, mitä erityistä perheterapian lähestymistapaa on käytetty. Mukaan on otettu perheterapian laaja kirjo behavioraalista perheterapioista narratiivisiin ja dialogisiin työmuotoihin. Useimmat tutkimukset koskevat behavioraalisia perheterapian muotoja, mutta viime aikoina yhä enemmän myös muita perheterapian työtapoja. Mukaan ei ole otettu sellaisia psykoedukaatiomuotoja, joissa perhe osallistuu vain lääkärin antamaan informaatioon kyseisestä sairaudesta.

PERHETERAPIA SUHTEESSA EI-HOITOOIN

Aikuisten kohdalla perheterapia tuottaa parempia tuloksia kuin ilman hoitoa jääminen seuraavissa ongelmissa:

- huumeriippuvuuden hoito
- dementia kuntoutus
- sydän- ja verisuonitautien (cardiovaskulaar) riskitekijöiden ehkäisy.

Näiden lisäksi osana kokonaisuhoitoyhdistelmää:

- skitsofrenia
- alkoholismi.

Erityisen laajasti on tutkittu skitsofrenian perhehoitomalleja. Suurin osa toteuttaa psykoedukatiivista hoitoajatusta, jossa skitsofrenia nähdään aivoperäisenä sairautena ja perhe kutsutaan hoitoon sekä sairauden hallinnan lisäämiseksi että potilaaseen kohdistuvan stressin vähentämiseksi ja psykoosin uusiutumisen ehkäisemiseksi. Perhekeskeinen hoito on erittäin tehokas verrattuna tavanomaiseen hoitoon tai lääkehoitoon pelkästään. Edellytyksenä hyvälle tulokselle on erilaisten hoitomenetelmien integrointi ja hoidon jatkuminen vähintään yli puolen vuoden ajan, sisältäen vähintään 10 perheistuntoa ja potilaan sosiaalisen verkoston aktivoimisen mukaan hoitoprosessiin. Coping-taitojen kehittyminen näyttää olevan paras ennustetta parantava tekijä (McFarlane ym. 2002). Sillä on seuraavia vaikutuksia:

- psykoosin ja muiden oireiden uusiutuminen vähenee
- perheenjäsenten hyvinvointi kasvaa
- potilaan aktiivinen osallistuminen työ kuntoutukseen lisääntyy
- työllisyysaste kohoaa
- psykiatriset oireet vähenevät
- perheen sairastaminen vähenee
- hoidon kustannukset alenevat.

Pohjoismaissa ja Suomessa on kehitetty erityistä tarpeenmukaisen hoidon ajatusta (Alanen 1997), jota toteutetaan julkisessa terveydenhuollossa. Skitsofreniaa ja psykoosia ei tarkastella erityisenä sairautena, ja perhe osallistuu kaikissa tapauksissa aktiivisena osapuolena yhteiseen prosessiin, jossa hoitosuunnitelmat muotoutuvat. Eriytyinen paino on erilaisten psykoterapia- ja muiden hoitomenetelmien integroinnilla. Sen tuloksellisuudesta on useita kvasikokeellisia tutkimuksia (Cullberg ym. 2001, Lehtinen ym. 2000, Seikkula ym. 2003). Näiden hoitojen tulokset ovat samankaltaisia kuin edellä mainitut. Niiden lisäksi on todettu, että hoitamaton psykoottinen jakso ennen hoidon alkua lyhenee (Seikkula ym. 2001) ja neuroleptilääkityksen tarvetta voidaan vähentää olennaisesti, samoin sairaalahoidon tarvetta voidaan vähentää entisestään sekä parantaa potilaiden työkykyisyyden palautumista. Jopa 80% potilaista voi palata täyspäiväiseen työhön tai opintoihinsa (Seikkula ym. 2003). Perhekeskei-

sen hoidon on myös todettu vähentävän hoidon kokonaiskustannuksia (Saari 2002).

Lasten ja nuorten kohdalla on perheterapialla todennettu seuraavat vaikutusalueet:

- liikalihavuuden hoito
- nuorten anoreksian hoito, jos anoreksia ei ole jatkunut yli kolmea kuukautta
- aggression ja tottelemattomuuden hoito ADHD-ongelmissa
- kroonisten fyysisten sairauksien kuntoutus, erityisesti astma, reuma ja diabetes (Pinsof & Wynne 1995).

Cottlerin ja Bostonin (2002) mukaan edellä mainituilla alueilla näyttö perheterapian tuloksellisuudesta on vahva. Näiden lisäksi alustavaa näyttöä on saatu myös perheterapian tehokkuudesta nuorten ja lasten masennuksen ja itsensä vahingoittamisen hoidossa. Suurin osa tutkimuksista koskee strukturaalis-strategisia perheterapioita.

Osana kokonaishoidon yhdistelmää perheterapia parantaa seuraavissa ongelmissa:

- käyttäytymishäiriöt
- huumeriippuvuuden hoito
- autismi (Pinsof & Wynne 1995).

PERHETERAPIA SUHTEESSA TAVANOMAISEEN HOITON TAI YKSILÖHOITOMUOTOIHIN

Aikuisten kohdalla perheterapia tuottaa parempia tuloksia seuraavissa ongelmissa:

- huumeriippuvuuden hoito
- dementiakuntoutus
- sydän- ja verisuonitautien (cardiovaskular) riskitekijöiden ehkäisy.

Näiden lisäksi osana kokonaishoitoyhdistelmää:

- skitsofrenia
- alkoholismi.

Lasten ja nuorten kohdalla on todennettu seuraavat vaikutusalueet:

– aggression ja tottelemattomuuden hoito ADHD-ongelmissa

Osana kokonaishoidon yhdistelmää seuraavissa ongelmissa:

- käyttäytymishäiriöt
- huumeriippuvuuden hoito
- autismi (Pinsof & Wynne 1995).

Perheterapialla ei alun perin todettu olevan vaikutusta nuorisorikollisuuden hoidossa tai ehkäisyssä, mutta Henggeler ja Sheidow (2002) totesivat, että erityisesti MST:n (Multi Systemic Family Therapies) kaltaisten kokonaishoitomuotojen kehittäminen on auttanut kehittämään nuorisorikollisuuteen ja käyttäytymishäiriöihin liittyvien riskitekijöiden hallintaa. Nämä hoidot fokusoivat asiakkaiden sosiaalisen verkoston yhteistyön kehittämiseen. Päihde- ja huumausaineriippuvuuden hoidossa perheinterventioiden on taas todettu vaikuttavan erityisesti moniongelmatilanteisiin ja vähentävän nuoren aggressiivisuutta ja nuorisorikollista käyttäytymistä (Rowe & Liddle 2002).

PARITERAPIA SUHTEESSA EI-HOITON

Pariterapian on todettu vaikuttavan seuraaviin ongelmiin:

- masentuneet naispotilaat, jotka elävät vaikeassa perhetilanteessa
- aviolliset ristiriidat
- liikalihavuuden hoito
- kohonneen verenpaineen hoito (hypertension) (Pinsof & Wynne 1995).

Masennuksen pariterapiahoitoa on kehitetty laajasti ja sen tuloksellisuudesta on paljon näyttöä (Kung 2000). Tuloksellisuuden mittarina käytetään useimmiten sekä oireiden vähentämistä että avioparin vuorovaikutuksen tai suhdetyytyväisyyden paranemista. Aviopariterapian on todettu vähentävän masennusoireita samassa määrin kuin yksilöpsykoterapian, mutta toisaalta parantavan parisuhteen laatua merkittävästi enemmän (Beach 2002). Yhdessä tutkimuksessa todettiin systeemisen pariterapian

vähentävän masennusta merkitsevästi paremmin kuin masennuslääkityksen (Leff ym. 2000). Pariterapian arvioidaan vaikuttavan masennukseen sitä kautta, että se parantaa parisuhteen laatua ja suhdetyytyväisyyttä. Kognitiiviset yksilöpsykoterapiat vaikuttavat suoraan oireiden merkitykseen, ja tulokset masennuksesta toipumisessa ovat olleet samankaltaisia kuin aviopariterapiassa. Joissakin tutkimuksissa on todettu kognitiivisen psykoterapian lieventävän masentuneen naispuolison oireita, mutta samalla lisäävään parisuhdetytymättömyyttä (Beach 2002). Kung (2000) totesi kognitiivisen pariterapian vaikuttavan positiivisesti erityisesti avioparin keskinäisiin rooliodotuksiin ja vuorovaikeusdynamiiikkaan. Terapiassa pyritään liittämään potilaan masennusoireet parisuhteen tekijöihin. Yleisesti hoidon tulos alkaa ilmetä jo 4–6 viikon hoidon jälkeen. Jos silloin ei paranemista oireissa tai suhdetyytyväisyydessä ilmene, kannattaisi harkita toisia hoitomenetelmiä.

PARITERAPIA SUHTEESSA TAVANOMAISEEN TAI YKSILÖHOITOMUOTOIHIN

- avohoidossa olevat masentuneet naispotilaat vaikeissa perheolosuhteissa
- aviolliset ristiriidat (Pinsolf & Wynne 1995).

Pariterapian tuloksellisuudesta on saatu tarkempaa näyttöä. Johnson (2002) totesi, että aikaisemmin pari- ja perheterapian vaikuttavien tekijöiden analyysi on perustunut paljolti yksilöpsykoterapian analyysitavan siirtämiseen sellaisenaan pariterapian kuvaukseen. Tarkemmissa analyyseissa on todettu empiirisesti todennettujen pariterapioiden tuottavan 70–73 %:n paranemisen, mikä on 90 % korkeampi kuin kontrolliryhmissä. Tämä on myös merkittävästi kohonnut aiemmista behavioraalisista hoitomuodoista, joissa paranemisprosentti oli 35. Näissä tutkimuksissa on todettu avioerojen vähenevän olennaisesti. Suhteiden jatkuvuuden ennustetta parantavat sekä aviomiehen sietokyky vaimon negatiivisille kommenteilte (Johnson 2002) että vaimon usko siihen, että mies edelleenkin välittää hänestä (Halford ym. 2002).

Perheväkivallan hoidossa pariterapia yhdistettynä väkivallan tekijöiden ryhmä- tai yk-

silöhoitoihin on tuottanut ristiriitaisia tuloksia. Hoidoissa, joissa väkivallantekijä sitoutuu hoito-ohjelmaan ja suorittaa sen loppuun ja jossa hoitoon yhdistetyt pariterapiaistunnot toteutuvat suunnitellulla tavalla, ovat tulokset olleet hyviä. Noin puolet edistyy merkitsevästi, mutta yleensä vain kolmasosa suorittaa hoito-ohjelman loppuun saakka (Smith ym. 2003). Erityisenä tekijänä on todettu, että 10–15 % hoitoihin osallistuneista naisista (väkivallan uhri) ilmoittaa hoidon pahentaneen tilannetta.

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Pari- ja perheterapian tuloksellisuudesta yleensä voi tehdä joitakin johtopäätöksiä. Näiden tulosten kattavuuteen kannattaa suhtautua varovaisesti, sillä yleensä meta-analyysit valikoivat tietyt tutkimukset. Voi olla, että huonoista hoitotuloksista ei yleensä kukaan raportoida niin paljon kuin onnistuneista tuloksista. Niinpä hyviä tuloksia kuvaavat raportit saattavat olla yliedustettuina. Nämä johtopäätökset perustuvat siis esitettyihin raportteihin. Shadish ja Baldwin (2002) suorittivat meta-analyysien meta-analyysin, jossa he totesivat, että pari- ja perheterapia on osoittautunut tulokselliseksi hoitomuodoksi verrattuna hoitoa saamattomiin kontrolliryhmiin. Kontrolloiduissa tutkimuksissa yli 80 % saa suotuisan tuloksen, ja luonnollisissa hoitotilanteissa hoidon on todettu tuottavan toivotun tuloksen n. 50 %:ssa tapauksia. Yleensä pariterapia tuottaa parempia tuloksia kuin perheterapia, mikä viitanee siihen, että perheterapia kohdistuu yleensä vaikeampiin ja laaja-alaisempiin ongelmiin.

Eri perheterapian muotojen välillä on havaittu vain vähän tuloksellisuuseroja. Erityisesti vielä 1990-luvulla havaitut behavioraalisten ja kognitiivisten terapiamuotojen paremmat tulokset eivät enää näytä pätevän tarkempien analyysimenetelmien kehittyessä. Itse asiassa pari- ja perheterapioiden effect size -luvut ovat .65 luokkaa, kun aviosuhteen rikastuttamishojelmissa effect size -luku on keskimäärin .48. Skitsofrenian perheterapioissa on verrattu hoidon pituutta ja todettu lyhyitä interventioita korostavien hoitojen tuottavan huonompia tuloksia. Toisaalla on todettu ryhmämuotoisten perhehoitojen saavan parempia tuloksia kuin yhteen perheeseen kohdistuvien hoitojen. Yk-

Tutkimukset kertovat perheterapian olevan varsin tehokas hoitomuoto nuorten ongelmissa sekä yksin toteutettuna että muihin hoitoihin integroituna.

silö- ja perheterapioiden tehokkuuden välillä ei ole todettu systemaattista eroa. Perheterapioiden erityinen etu näyttää olevan siinä, että hoito keskeytyy selvästi harvemmin (Shadish & Baldwin 2002).

Addison ym. (2002) suorittivat valikoidun meta-analyysin kvasikokeellisista tutkimuksista. Kvasikokeelliset tutkimukset on suoritettu luonnollisissa hoitotilanteissa, ja niissä potilaita ei ole satunnaisesti arvottu hoito- ja kontrolliryhmään, vaan vertailuryhmänä voi toimia esimerkiksi toisen hoitopaikan vastaava potilasryhmä. Tulokset olivat hyvin samankaltaisia kokeellisiin tutkimuksiin verrattuna. Näissä tutkimuksissa 83 % vastaajista on ilmaissut tyytyväisyytensä hoidon tulokseen ja 13 % tyytymättömyytensä. Onnistuneeseen tulokseen on eniten vaikuttanut ensinnäkin se, että perheterapia tuki tunteiden ilmaisua siten, että ne hyväksyttiin ja niiden kontrollointi lisääntyi. Toiseksi perheterapia auttoi ulkoistamaan tarkastelun kohteeksi vaikeita vuorovaikutustilanteita. Kolmanneksi siinä toteutui selkeä prosessi ja struktuuri. Negatiivinen palaute annettiin terapialle, joka oli liian yksinkertaistava ja jolla ei ollut selkeää tavoitetta.

Tässä artikkelissa esitetyistä tuloksista voi tehdä myös mielenkiintoisia johtopäätöksiä suomalaisen terveydenhuollon kehittämiseksi. Ainakin kaksi uutta kehittämisaluetta nousee selvästi esille. Tutkimukset kertovat perheterapian olevan varsin tehokas hoitomuoto nuorten ongelmissa sekä yksin toteutettuna että muihin hoitoihin integroituna. Ne antavat tukea nuorisopsykiatrisen hoidon kehittämiseksi perhekeskeiseen suuntaan. Myös monet positiiviset tulokset somaattisten sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa sekä sairauden riskitekijöiden ehkäisyssä antavat tukea perheterapian kehittämiseksi somaattisten sairauksien hoidon yhteydessä.

TUTKIMUSNÄYTÖN YLEISTÄMISEN ONGELMIA

Tuloksellisuustutkimusten pohjalta tehdyt hoitosuosituksukset ovat pulmallisia, koska tulosten yleistämisessä kohdataan useita eri ongelmia,

jotka rajoittavat perheterapian, psykoterapian ja yleensäkin psykologisten hoitomenetelmien tutkimustulosten yleistämistä. Seuraavassa joi-takin tutkimustilanteen ongelmia:

– Perheterapian menetelmät ovat lähes kaikki sekä terapeuttien ja perheen että perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen perustuvia. Vuorovaikutus on aina vastavuoroista, missä toisen osapuolen käytös vaikuttaa toisen osapuolen käytökseen. Niinpä perheterapiatilannetta kuvaavien mittarien löytäminen on hyvin haastavaa. Behavioraalisisissa malleissa se saattaa olla helpompaa, koska terapiassa tavoitellaan yhden tekijän, esimerkiksi jonkin erityisen kommunikaatiotaidon paranemista. Tähän voidaan löytää asteikko, jolla muutosta mitataan. Samalla tavalla, jos mitataan perheterapian vaikutusta psykoottisten oireiden määrään tai psykoottisten oireiden uusiutumisen tiheyteen, on mitareita suhteellisen helppo kontrolloida. Muis-sa tapauksissa monivaikutteista terapiatilannetta kuvaavien mittarien löytyminen on ongelmallisempaa. Mittareita voi tietysti löytää, mutta ne edellyttävät usein hoitomallin valitsemista mit-tareiden mukaan. Tavoitteena pitäisi tietysti olla se, että mittarit voisivat kehittyä sellaisiksi, että niillä voidaan kuvata kaikkia psykoterapiatilanteita niiden perusluonteen mukaisesti.

– Tutkimusasetelmat vaikuttavat ratkaisevasti sekä tutkimuksen alkuehtoihin, käytettyihin hoitomenetelmiin, analyysimenetelmiin, tuloksiin että tulosten tulkintaan. Ratkaiseva ero tulee siitä, toteutetaanko erityinen koasetelma laboratoriomaisissa olosuhteissa vai toteutetaanko perheterapia luonnollisissa terapiaolosuhteissa. Laboratoriokokeissa saadaan paremmin kontrolloidut olosuhteet ja täsmällisempiä havaintoja ja korkeampia effect size -lukuja, mutta niiden siirtäminen käytännön kliinisiin olosuhteisiin on hankalaa. Luonnollisissa olosuhteissa, ns. kvasikokeellisissa tai naturalistisissa tutkimuksissa ("real life"), saadaan tietoa siitä, miten perheterapia toimii käytännössä. Siis omalla laillaan tämä tieto on luotettavampaa käytännön sovel-luksen kannalta, mutta se ei saa yhtä hyviä effect size -arvoja sen vuoksi, että muuttujat eivät ole yhtä lailla kontrolloitavissa.

– Vertailuasetelmassa korostetaan satunnaisesti kulluun kontrolliryhmien merkitystä. Siis sitä, että yhdessä perusjoukossa (esim. yksi kaupunki) arvotaan johonkin hoitopisteeseen hoitoon tulleista arvalla ne, jotka saavat uutta tutkittavaa perheterapiaa toisten saadessa tavanomaista hoitoa tai jotain muuta terapiaa. Toinen, vähemmän arvostettu mahdollisuus on käyttää vertailuryhmää toisesta perusjoukosta, esimerkiksi toisesta kaupungista, jossa potilaat saavat toisenlaista hoitoa. Satunnaistaminen rajaa sitä, minkälaisia perheterapioita voidaan tutkia. Vain sellaiset terapiat, joita tietyt terapeutit soveltavat yksittäisenä terapiamenetelmänä, voidaan satunnaistaa siten, että kontrolliryhmä saa varmasti muuta hoitoa kuin tämän. Tällöin esimerkiksi jonkin psykiatrisen yksikön koko toiminnassa soveltamaa perheterapiaa ei voida satunnaistaa, koska kaikki alueen potilaat ovat kosketuksissa tähän tutkittavaan hoitoon. Tapahtuu ns. kontaminaatiota. Toinen ongelma tulee väestöpohjasta. Esimerkiksi pienemmillä alueilla psykoottisia ongelmia tulee niin vähän, että tarvitaan monta vuotta, jotta saataisiin riittävästi potilaita sekä tutkimus- että vertailuryhmään. Se on epärealistista. Keskeinen kysymys on se, halutaanko selittää muutoksen aiheuttaja vai halutaanko ennemminkin kuvaavaa tietoa tämän terapiamuodon toimivuudesta näiden potilaiden kanssa. Ensimmäisessä tapauksessa satunnaistaminen on ennakkoehto, jälkimmäisessä taas monikeskusvertailutkin antavat olennaisen vertailupohjan.

– Tilastolliset menetelmät vaikuttavat ratkaisevasti siihen, mitä voidaan tutkia ja mitä johtopäätöksiä tehdään. Tulosten tilastollinen vertailu tehdään aina ryhmävertailuina, jolloin ryhmää kuvaavat suureet määrittävät tulokset. Jos jonkin muuttujan keskiarvo eroaa tutkimusryhmässä vertailuryhmän tuloksesta, voidaanko silloin tehdä johtopäätökset myös yksittäisiin potilaisiin? Tavallisissa hoitosuosituksissa toimitaan näin, vaikka näin ei voi tehdä. Keskiarvon ero ei itse asiassa kerro yhtään mitään yksittäisen potilaan tai perheen sijoittumisesta tällä asteikolla. Niinpä jossakin tutkimuksessa 70 % tapauksista voi sijoittua samaan vaihteluväliin niin tutkimuskuin vertailuryhmässäkin, vaikka näiden ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero.

Halfordin ym. (2002) mukaan onnettomat

perhetilanteet näyttävät siis toistavan samanlaisia vuorovaikutustapoja. Näin käy ryhmävertailuissa, joissa perheiden vuorovaikutustavat kategorisoidaan erilaisiksi vertailukelpoisiksi ryhmiksi. Mutta kunkin yksittäisen perheen toimintatavoista ne eivät taida loppujen lopuksi kertoa paljoakaan. Ei sen kummemmin perheen vuorovaikutustyylistä kuin siitäkään, mikä perheterapeuttinen menetelmä kussakin tilanteessa toimii parhaiten. Tässä artikkelissa kuvatut tutkimustulokset antavat yleisen, ryhmäkohtaisen raamin perheterapian vaikutuksen arvioimiseksi. Mutta viime kädessä kukin hoitoprosessi jättää aina terapeuttien valittavaksi sen, mikä toimintatapa kussakin ainutkertaisessa tilanteessa on paras mahdollinen. On siis aina löydettävä se, millä tavalla kukin perhe on onneton ja miten siihen terapiassa vastataan. Tolstoi ei ehkä sittenkään ollut väärässä.

Lähteet

Addison, S., Sandberg, J., Corby, J., Robila, M., Platt, J. (2002). Alternative methodologies in research literature review: Links between clinical work and MFT effectiveness. *The American Journal of Family Therapy* 30, 339–371.

Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and Need-Adapted-Treatment*. London: Karnac Books.

Beach, S. (2002). Affective disorders. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 289–309.

Chamberlain, P., Rosicky, J. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. In W. Pinsof & L. Wynne (eds.) *Family therapy effectiveness: Current research and theory*. American Association for Marriage and Family Therapy, 441–460.

Cottrell, D., Boston P. (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43(5): 573–586.

- Cullberg, J., Thoren, G., Åbb, S., Mesterton, A., Svedberg, B.** (2000). Integrating intensive psychosocial and low dose neuroleptic treatment: A three-year follow-up. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, F. Margison (eds.) *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*, 200–209. London: Gaskell Press.
- Halford, W.K., Markman, H., Stanley, S., Kline, G.** (2002). Relationship enhancement. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 191–222.
- Henggeler, S., Sheidow, A.** (2002). Conduct disorders and delinquency. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 27–51.
- Johnson, S.** (2002). Marital problems. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 163–190.
- Kung, W.** (2000). The Intertwined Relationship between Depression and Marital Therapy conducive to effective treatment Outcome. *Journal of Marital and Family Therapy* 26(1): 51–63.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Esan, A. et al.** (2000). The London Depression Intervention trial. *British Journal of Psychiatry* 177, 95–100.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., Syvälahti, E.** (2000). Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry* 15, 312–320.
- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A.** (2002). Severe mental illness. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 255–288.
- O'Farrell, T., Fals-Stewart, W.** (2002). Alcohol abuse. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 123–161.
- Pinsof, W., Wynne, L.** (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy* 26, 1–8.
- Rowe, C., Liddle, H.** (2002). Substance abuse. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 53–89.
- Saari, M.** (2002). Psychosis team in treatment of severe mental disorders in Kainuu in 1992–1996. *Acta Universitatis Ouluensis D* 665. Oulu: Medica.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J.** (2001). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology* 14, 267–284.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V.** (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services* 5(3): 163–182.
- Shadish, W., Ragsdale, K., Glaser, R., Montgomery, L.** (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. In W. Pinsof & L. Wynne (eds.) *Family therapy effectiveness: Current research and theory*. American Association for Marriage and Family Therapy, 345–360.
- Shadish, W., Baldwin, S.** (2002). Meta-analysis of MFT interventions. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 339–370.
- Sprenkle, D.** (ed.) (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Sprenkle, D.** (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy* 29, 85–96.
- Stith, S., Rosen, K., McCollum, E.** (2002). Domestic violence. In D. Sprenkle (ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy, 223–254.