

Pekka Borchers ja Ilpo Kuhlman

Haastaako tutkimusnäyttö vallitsevia käytäntöjä?

Pariterapian vaikuttavuus

Parisuhde liittyy oleellisesti koko perheen hyvinvointiin, mikä tekee pariterapian vaikuttavuudesta tärkeän yhteiskunnallisen kysymyksen. Pariterapiasta voi olla hyötyä parisuhteen vaikeuksien lisäksi useiden psyykkisten ongelmien ja fyysisten sairauksienkin yhteydessä. Parisuhdeongelmien onnistunut hoito vähentää erojen tuomia kustannuksia. Alustavan näytön mukaan pariterapia on kustannusvaikuttava masennuksen hoito- ja kuntoutusmuoto. Useat pariterapiamenetelmät näyttävät olevan yhtä vaikuttavia, ja vaikutus perustunee yleisiin tekijöihin kuten yhteistyösuhteeseen. Pariterapeuttisia interventioita käytetään todennäköisesti liian vähän. Pariterapeuttien tulisi ottaa käyttöönsä terapiaprosessin jatkuvan seurannan menetelmiä pystyäkseen arvioimaan hoitoprosessin etenemistä ja sovittaakseen hoitoa pariskunnan tarpeisiin. Alusta alkaen on syytä keskustella pariterapian fokuksista – onko se parisuhteen ongelmissa vai puolisoitten henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa.

Vaikka avioliittojen määrä on vähentynyt kehittyneissä maissa 1970-luvulta alkaen, vielä vuonna 2003 ihmisistä 85 % avioitui 50 ikävuoteen mennessä lähes kaikissa maissa, uskonnoissa ja kulttuureissa. Länsimaissa suurin osa avioitumattomista elää avioliiton kaltaisissa suhteissa. Molemmipuolinen tyydyttävä parisuhde ennustaa hyvää terveyttä ja hyvinvointia sekä puolisoille että heidän lapsilleen (1).

Avioliiton myönteinen vaikutus eliniän enusteeseen on todettu useissa tutkimuksissa monissa eri maissa yli sadan vuoden ajalta. Avioliitossa olevat pysyvät terveempinä, toipuvat nopeammin ja heidän kuolleisuutensa lääketieteellisiin toimenpiteisiin on vähäisempää. Naimisissa olevat miehet elävät naimattomia pitempään. Avio-ongelmissa on epäsuoria seurauksia terveyden masennuksen ja terveyskäyttäytymisen kautta, mutta myös suoria vaikutuksia fysiologisiin mekanismeihin. Avioliiton myönteinen terveysvaikutus on merkittävämpi miehille kuin naisille. Yhdysvaltalainen väestötutkimus löysi tukea hypoteesille, että miehet perustavat päätöksensä avioitua



Kuva: iStock

osaltaan avioliiton tuomaan terveyshyötyyn (2,3). Pariterapian vaikuttavuus parisuhteen hyvinvointiin on länsimaisille yhteiskunnille tärkeä kysymys, mutta pariterapian hyötyjen mittaaminen on haastavaa. Voidaan oikeutusti kysyä, onko olemassa yhtä hoitomuotoa nimeltä pariterapia. Osa asiantuntijoista erottelee paripsykoterapian pariterapiasta. Tässä katsauksessa käytämme kansainvälisen käytännön mukaan käsitettä pariterapia (couple therapy) tarkoittaen psykoterapeuttista toimintaa, jossa asiakkaina ovat pariskunnat.

Lääketieteellinen malli, jossa perheen yhdelle jäsenelle asetetaan diagnoosi, sopii huonosti pariterapian todellisuuteen, jossa asiakkaina ovat pariskunnat. Usein puoliset toivovat toistensa muuttuvan terapiassa samalla kun heidän omat valmiutensa toivottuun muutokseen ovat erilaiset. Toisaalta jos pariterapiaan hakeudutaan toisen puolison oireiden vuoksi, pitäisikö arvioida potilaan oireita vai parisuhdetyytyvyyttä (4)? Miten arvioidaan tuloksellisuutta tilanteessa, jossa väkivaltaisessa liitossa elänyt vaimo saa rohkeutta erota, minkä myötä miehen vaikeudet ehkä lisääntyvät? Hyvin tärkeä kysymys on, miten pariskunnan lasten tilanne on tutkimuksissa huomioitu.

Pariterapian yleinen vaikuttavuus ja indikaatiot

Kahdenkymmenen meta-analyysin perusteella pariterapia auttaa kolmea neljästä parisuhdeongelmista kärsivästä pariskunnasta. Tämä tarkoittaa, että pariterapian vaikuttavuus on suunnilleen samansuuruinen kuin ohitusleikkauksen (5,6). Vaikuttavuus pysyy seurannassa merkittävänä, mutta vähenee ajan myötä (7).

TAULUKOSSA 1 esitetään oireyhtymiä ja ongelmia, joihin pariterapiasta voi alustavan tutkimusnäytön mukaan olla hyötyä oireiden vähenemisen tai parisuhteessa ja perheessä tapahtuvan hyvinvoinnin lisääntymisen myötä (1,8–16). Päähdeongelmien yhteydessä pariterapia voi olla hyödyllisempää kuin yksilöhoidot niin päihteiden käytön, parisuhdetyytyvyyden kuin lasten hyvinvoinnin kannalta (8,9). Alustavan näytön mukaan pariterapia auttaa masennusoireisiin yhtä hyvin kuin yksilötera-

piat mutta on merkittävästi tehokkaampaa parisuhdevaikeuksien hoidossa (10). Samanlaista tutkimusviitettä on saatu myös osassa paniikkihäiriöidenkin hoidosta (17). Masennuspotilaiden puolisoista noin 40 % oireilee vähintään lievästi. Masennuksen pariterapeuttisessa hoidossa puoliset saavat apua itselleen ja voivat olla apuna masentuneelle kumppanilleen (18,19).

Lähisuhdeväkivallan yhteydessä näkemykset pariterapiasta ovat vaihdelleet historian saatossa. Kun pariterapian itsensä on pelätty lisäävän miesten väkivaltaa puolisoitaan kohtaan, parisuhteeseen keskittyvä pariterapia on katsottu vasta-aiheiseksi lähisuhdeväkivallassa. Sen sijaan on korostettu väkivaltaan keskittyviä interventioita, joihin liittyvät puolisoitten erilliset tapaamiset, myös uhrien rohkaisu eroon. Nykytutkimuksen mukaan tämä johtaa usein hoidon keskeytyksiin (11,12).

Pareille, joiden välillä on elämäntilanteisiin liittyvää usein molemminpuolista lieväksi tai keskivaikeaksi arvioitua lähisuhdeväkivaltaa ja jotka haluavat pysyä yhdessä ja lopettaa väkivallan, pariterapiasta näyttää olevan enemmän hyötyä kuin standardihoidosta. Fyysisen ja psyykkisen väkivallan on havaittu vähenevän ja yksilöllisen sekä parisuhteeseen liittyvän hyvinvoinnin lisääntyvän. Kun väkivallan tekijän luonteenpiirteisiin liittyvää puolison alistamista ja pahoinpitelyä voidaan toisaalta pitää pariterapian vasta-aiheena, kuuluu valtaosa terapiaan hakeutuvista asiakkaista toisaalta edellä kuvattuun ryhmään, jossa pariterapiasta voi olla hyötyä. Tämä dilemma ammattilaisten on tärkeä tiedostaa (11,12).

Pariterapeuttiset interventiot voivat olla yksilöllistä psykoterapeuttista tukea tai tavanomaista hoitoa tehokkaampia esimerkiksi joihinkin somaattisiin pitkäaikaissairauksiin liittyvien masennusoireiden, parisuhteen toiminnan ja kivun hoidossa. Erityisen kiinnostava somaattisen lääketieteen näkökulmasta on tutkimus, jonka mukaan systeemiset interventiot kuten pariterapia johtivat muun muassa sydän- ja verisuonitauti- ja syöpäpotilaiden sekä heidän perheenjäsentensä parempaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (1,13,14).

Yhdysvaltalaisen tutkimusryhmien mukaan pariterapia on masennuksen hoitokeinona

TAULUKKO 1. Oireyhtymiä ja ongelmia, joiden yhteydessä pariterapia voi lisätä asiakkaiden yleistä hyvinvointia.

Tytytmättömyys parisuhteeseen (1,15)
Seksuaaliset ongelmat kuten aktiivisuuden väheneminen, orgasmiongelmat, yhdyntäkivut, emätinkouristus, erektio-ongelmat ja enneaikainen siemensyöksy (14)
Masennus ja muut mielialaoireyhtymät (1,10)
Ahdistus, avoimen paikan kammo, paniikkioireet (1,14,15)
Pakko-oireet (14)
Traumaperäinen stressireaktio (14)
Jotkin persoonallisuushäiriöt (1)
Alkoholi- ja muut päihdeoireyhtymät (8,14)
Lähisuhdeväkivalta, ainakin lievä ja keskivaikava (11,12)
Päihdeongelmaisten puolisoisten lasten kaltoinkohtelu (9)
Lasten kasvatukseen liittyvät konfliktit, lasten sopeutuminen (16)
Pienten lasten uni-, syömis- ja kiintymyssuhdeongelmat (16)
Lasten käytösongelmat (16)
Fyysiset sairaudet, kuten syöpä, artriitti, sydän- ja verisuonitaudit, aivohalvaus, krooninen kipu, HIV-tartunta, tyyppin 2 diabetes (1,13,14)
Painonhallinta (1,13)

kustannusvaikuttavaa ja parisuhdeongelmien hoidon on todettu pienentävän avioeroihin liittyviä kuluja. Kuuden vuoden seuranta-aikana tyypillinen pariterapiakäyntien määrä oli alle kuusi ja uutta hoitoa tarvitsi vain 8 % tutkimukseen osallistuneista (20–22). Vakavaa lähisuhdeväkivaltaa lukuun ottamatta tutkimuksista ei löydy mainintoja pariterapian vasta-aiheista (11,12).

Pariterapiamenetelmät ja yleiset tekijät

TAULUKOSSA 2 on lueteltu pariterapiamenetelmiä, joiden tuloksellisuudessa ei useiden tutkimusyhteenvetojen mukaan ole eroja (1,5–8,10,14,15,17,19,23,24).

Toisaalta pari- ja perheterapiat on jaettu tutkimusnäytön perusteella myös viiteen eri vaikuttavuuden kategoriaan (25). Tässä näyttöhierarkiassa parhaan tutkimusnäytön kategoriaan yltää behavioraalinen pariterapia päihdeongelmien hoidossa ja toiseksi parhaaseen kategoriaan behavioraalinen pariterapia masennuksen hoidossa. Myös tunnekeskeisen pariterapian

TAULUKKO 2. Pariterapiamenetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä.

Behavioraalinen pariterapia (8,14)
Kognitiivis-behavioraalinen pariterapia (14,17)
Integroiva behavioraalinen pariterapia (23)
Tunnekeskeinen pariterapia (1,10,14)
Interpersonaalinen pariterapia (10)
Systeeminen pariterapia (10,17)
Integroiva systeeminen pariterapia (10)
Eklektinen suuntaus, jossa yhdistetty ratkaisukeskeistä, narratiivista, kognitiivis-behavioraalista, humanistista ja systeemistä pariterapiaa (15)
Dialogis-narratiivinen pariterapia (19,24)

muuta menetelmiä paremmasta tehokkuudesta on näyttöä (23).

Niin pariterapian kuin yksilöterapiankin osalta tutkimusnäyttö viittaa enemmän kaikille terapiamuodoille yhteisten yleisten tekijöiden (common factors) kuin eri terapiamenetelmien tai -indikaatioiden merkitykseen (5,26). Sen perusteella ei voida tehdä vahvoja päätelmiä eri terapiamenetelmien hyödyistä eri tilanteissa tai oireyhtymissä. Systeemiset interventiot, myös pariterapia, keskittyvät suhteisiin eivätkä diagnooseihin perustuviin indikaatioihin ja ovat usein yksi osa hoitokokonaisuutta (14,25). Edelleen tutkimustiedon puuttumisesta huolimatta oletamme esimerkiksi psykodynaamisen pariterapian olevan suunnilleen yhtä vaikuttavaa kuin muutkin pariterapiat, jos terapioiden vaikuttavat yhteiset tekijät ovat kohdallaan. **TAULUKOSSA 3** kuvataan joidenkin pariterapioiden teoreettista ymmärrystä hoidon kohteesta (4).

Terapioiden yleiset vaikuttavat tekijät ja kautuvat asiakkaaseen liittyviin, terapian ulkopuolisiin tekijöihin ja terapian vaikutukseen, joka sisältää terapeuttiin, terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen, terapiamuotoon ja tekniikkaan ja niiden käyttöön asiakassuhteessa liittyviä tekijöitä. Terapeuttinen yhteistyösuhte on pariterapiassakin nykykäsityksen valossa vaikuttavista tekijöistä merkityksellisin. Kun samassa terapeuttisessa keskustelussa on kaksi keskenään parisuhteessa elävää asiakasta, se vaikuttaa terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen (5,26). Pariterapia suo terapeutille mahdollisuuden arvioida yhteistyösuhdetta moniulotteisesti, mikä

Ydinasiat

- ▶ Pariterapiasta vaikuttaa olevan hyötyä parisuhteen vaikeuksissa sekä useiden psykiatristen oireyhtymien ja fyysisten sairauksien yhteydessä.
- ▶ Valtaosassa eri pariterapiamenetelmien tutkimuksista ei ole todettu eroa vaikutavuudessa.
- ▶ Vaikutus perustunee kaikille terapioille yhteisiin tekijöihin, joista terapeutin yhteistyösuhde on tärkein.
- ▶ Pariterapiassa on syytä keskustella asiakkaiden kanssa hoitoprosessin etenemisen ja yhteistyösuhteen lisäksi myös hoidon fokuksista.
- ▶ Pariterapeuttiset interventiot näyttävät olevan kustannustehokkaita, ja niitä käytetään todennäköisesti liian vähän.

on etu verrattuna yksilöhoitoihin. Se, miten asiakkailla tärkeät ihmiset näkevät terapian, näyttää olevan kaikissa terapioissa vaikuttavuuden kannalta merkittävää (27). **TAULUKKO 4** pariterapian yleisistä vaikuttavista tekijöistä pohjaa asiiantuntijaraadin Delphi-menetelmällä laatimaan luetteloon (5).

Pariterapeuttinen konteksti on sinänsä muutos asiakkaiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Usein asiakkaat kertovat keskustelevalsa rakentavammin, kun terapeutti ulkopuolisena on läsnä. Terapeutin keskustellessa vuorollaan kummankin puolison kanssa syntyy kolmioasetelmia, joissa puoliset ovat vuorollaan sisä- ja ulkopuolella. Tämä avaa puolisoille tilaisuuden keskittyä kuuntelemaan toisiaan ja puheidensa herättämiä vasteita. Jos terapeutti kohtaa puoliset tasapuolisen empaattisesti ja ottaa kummankin näkökulman vakavasti, asiakkaat saavat uudenlaisen kokemuksen, jossa kumpikaan ei tule vähätellyksi, tuomituksi tai loukatuksi.

Pariterapiassa fokus siirtyy yksilöistä ja heidän puutteistaan vuorovaikutukseen, johon molemmilla on vaikutusvaltaa. Usein asiakkaat kertovat oppineensa pariterapiassa puhumaan

ristiriidoistaan ja sanoittamaan itsessään heräviä hankalia tunteita ja kriittisiä ajatuksia rakentavammin. Pariterapiassa asiakkaiden yhteinen prosessi, jossa keskiössä ovat vuorovaikutusilmiöille annettavat merkitykset, jatkuu terapiaistuntojen välillä.

Pariterapiatutkimuksen haasteet ja kliininen käytäntö

Luotettavin tapa arvioida yksittäistä terapia-prosessia on laadullinen tutkimus. Se tuo näkyviin vuorovaikutuksen muutoksia ja muutostarpeita, joihin terapeutitkaan eivät ole keskittyneet (4). Vaikuttavuudesta voidaan kuitenkin puhua vain ryhmätasolla.

Pariterapiatutkimuksissa vaikuttavuutta on arvioitu asiakaskyselyiden mittareilla, joista vain noin neljännes keskittyy parisuhteeseen (28). Parisuhdemittareista ei vallitse yksimielisyyttä. DAS (Dyadic Adjustment Scales) on yksi vanhimmista ja käytetyimmistä parisuhteen tilaa arvioivista asteikoista. Siinä asiakkaita pyydetään arvioimaan suhdettaan monista näkökulmista, joita ovat esimerkiksi talous, lasten kasvatus, seksi, elämänfilosofia ja suhde taustaperheisiin. Näiden kovin erilaisten asioiden yhdistämistä yhdeksi numeraaliseksi arvoksi on kritisoitu, kun kaksi eri pariskuntaa voi olla täysin eri perustein tyytyväisiä suhteeseensa (29,30). Tutkimustulokseen vaikuttaa, käytetäänkö arvioissa puolisoitten keskiarvoa, kummankin näkemystä vai toisen näkemystä parisuhteen muutoksesta. Tiukimman kriteerin perusteella (kumpikin koki hyötyä) vain 37 % hyötyi terapiasta, mutta jos vaikuttavuuden kriteeriksi riitti jommankumman kokema hyöty, 72 % hoidoista oli tuloksellisia (31).

Tutkimus on keskittynyt Yhdysvaltoihin, missä valtaosa englanniksi julkaistuista pariterapiatutkimuksista on tehty. Euroopassa eniten tutkimuksia on tehty Isossa-Britanniassa (32). Perhe on kulttuurinen ilmiö, mikä tulee huomioida tehtyjen tutkimustulosten soveltamisessa Suomeen. Pohjoismaista väriä pariterapiatutkimukseen tuo Norjassa tehty tutkimus, jossa on käytetty PCOMS-mittareita (Partners for Change Outcome Management System) (15,33). Tutkimusryhmässä puolisoitten ko-

TAULUKKO 3. Joidenkin pariterapioiden teoreettinen hoidon kohde.

Psykodynaaminen pariterapia	Puolisoiden sisäisten maailmojen ja niiden keskinäisen riippuvuuden käsittely
Kognitiivis-behavioraaliset pariterapiat	Puolisoiden keskinäisen vuorovaikutuksen puutteiden helpottaminen
Systeemiset pariterapiat	Huonosti toimivien vuorovaikutusmallien käsittely
Tunnekeskeiset pariterapiat	Pyrkimys auttaa asiakkaita tutkimaan ja hallitsemaan paremmin tunnekokemuksiaan kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta
Sosiaaliseen konstruktionismiin perustuvat pariterapiat (esim. narratiivinen terapia)	Asiakkaiden uuden ja aiempaa paremman toimijaposition löytäminen itseän, toisiin ja ongelmiin, mikä edellyttää kykyä itsereflektioon

TAULUKKO 4. Pariterapian yleiset vaikuttavat tekijät.

1. Ongelmien kuvaaminen suhteisiin liittyvillä käsitteillä	2. Häiriintyneiden suhdemallien "katkaiseminen"	3. Hoitosysteemin laajentaminen	4. Terapeuttisen yhteistyösuhteen laajentaminen
Kummankin puolison rohkaiseminen ottamaan omaa vastuuta vuorovaikutuksen kehässä Puolisoiden auttaminen "metaposition", josta he voivat katsella itseään ulkopuolelta ja sen myötä kokea itsensä ja toisensa uudella tavalla	Puolisot lopettavat toistensa kontrolloimisen Puolisot oppivat hedelmällisen tavan kommunikoida ratkaisemattomista ongelmista sen sijaan, että yrittävät päästä niistä eroon (huomatessaan sen olevan mahdotonta tai löytäessään edestään taas uuden ratkaisutavan ongelman) Kyky kuulla puolison näkökulma ilman, että alkaa puolustella itseään tai syyttää toista Prosessin hidastaminen	Terapeutti oppii tietämään enemmän asiakkaan systeemistä Laajempi, vakaampi ja empaattisempi "tarkkaileva ego": lisääntyvä yhteinen ymmärrys tilanteesta Isojen läpimurtojen suurempi vaikutus niiden tapahtuessa keskeisten henkilöiden ollessa läsnä Totuudenmukaisempi ymmärrys ongelmia ylläpitävästä vuorovaikutussysteemistä	Asiakkaan tai asiakkaiden sosiaalisen verkoston huomioiminen vahvistaa yhteistyösuhdetta ja lisää yhteistyömahdollisuuksia Tasapuolinen allianssi kummankin puolison kanssa

kemaa stressin muutosta seurattiin jokaisessa pariterapiaistunnossa luonnollisissa hoito-olosuhteissa. Verrattuna tavalliseen hoitoon hoitopalautteen ryhmässä pariskuntien kliinisesti merkittävä muutos oli nelinkertainen. Tulokset säilyivät kuuden kuukauden seurannassa.

Runsaan laadullisen pariterapiatutkimuksen ohella Jyväskylän yliopistossa on toteutettu masennuksen pariterapeuttisen hoidon tutkimushanke Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) (4,19,24,34). Naturalistisen tutkimushankkeen potilaat satunnaistettiin pariterapeuttisen ja tavanomaisen hoidon ryhmiin. Pariterapeuttisessa ryhmässä terapiakäyntejä oli merkittävästi vähemmän, mistä huolimatta hoidon tulokset masennuksen, terveydentilan ja alkoholin käytön osalta olivat puolen vuoden seurannasta alkaen koko kahden vuoden seurannan loppuun saakka merkittävästi paremmat kuin vertailu-

ryhmässä (24). Pariskunnat pitivät puolison osallistumista masentuneen potilaan hoitoon hyödyllisenä. Osalle oli tärkeää, ettei puhuttu pariterapiasta vaan puolison tapaamisesta, vaikka terapeutit määrittelivät tekevänsä dialogis-narratiivista pariterapiaa (34). Jokaisella istunnolla tehty arviointi PCOMS-mittarilla ennusti hoidon tulosta ja auttoi terapeutteja soveltamaan hoitoa potilaan ja puolison tarpeita vastaaviksi (19).

Pariterapian rutiinikäytäntöjen teho on puolet satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten meta-analyysien vaikuttavuudesta. Kuilua saattavat selittää monet seikat, kuten poisjätetty- ja mukaanottokriteerien erot – esimerkiksi avopareja ei kokeellisissa tutkimuksissa ole. Toisaalta kokeellisissa tutkimusasetelmissa voidaan aliarvioida, kuinka hyvin samat hoidot voisivat joustavasti käytettyinä auttaa. Tulosten eroa voidaan kuroa umpeen ottamalla rutiini-

TAULUKKO 5. Psykiatristen avohoitokäyntien ja Kelan kuntoutuspsykoterapian jakautumista.

Vuosi	Mielenterveytyön käynnit, perusterveydenhuolto		Avohoitokäynnit, psykiatrian erikoisalat		Yhteensä		Kelan kuntoutuspsykoterapia, aikuiset			
	Yksilöterapia	Perheterapia	Yksilöterapia	Perheterapia	Yksilöterapia	Perheterapia	Yksilöterapia		Pari- ja perheterapia	
							Saajat	Maksetut etuudet (€)	Saajat	Maksetut etuudet (€)
2011	629838	0	871031	5787	1500869	5787				
2012	548959	2	1178992	825	1727951	8827				
2013	707827	1646	1312076	62019	2019903	63665				
2014	780997	4524	1442694	78445	2150521	82969				
2015	815139	10502	1253350	75937	2068489	86439				
2016							21379	38096804	332	80515

terapiaan joitakin tutkimusten yleisiä käytäntöjä, esimerkiksi yksilöiden ja parisuhteen standardisoituja arviointivälineitä kuten oiremittareita (7). Terapiamuutoksen ja yhteistyösuhteen jatkuvalla istuntokohtaisella seurannalla voidaan vähentää epäonnistumisia ja parantaa terapian tuloksellisuutta (7,15,19,26,31,35).

Kirjoittajilla on kokemusta PCOMS-mittareista, jotka yksinkertaisina ja nopeina sopivat kliiniseen arkitodellisuuteen. PCOMS-mittareilla asiakkaat arvioivat istunnon alussa terapiamuutosta ja lopussa terapiaistuntoa neljällä asteikolla, joista laskettuja pistesummia voidaan verrata edellisten istuntojen arviointeihin. Istuntokohtainen seuranta kertoo, miten esimerkiksi masennuksen tai parisuhdeongelman hoito etenee kyseisellä menetelmällä tietyn pariskunnan osalta (15,19,33).

PCOMS-mittarit ovat saatavilla suomenkielisinä yksittäiselle käyttäjälle ilmaiseksi ja yhteisöille lisenssimaksua vastaan osoitteista www.scottdmiller.com ja www.heartandsoulofchange.com. Psykoterapiaprosessien jatkuvaa seurantaan tarvitaan, koska inhimilliset muutosprosessit ovat luonteeltaan epälineaarisia ja monimutkaisia eivätkä pysy paikallaan (36). Pariterapiaprosessin istuntokohtaisella seurannalla voidaan ennustaa noin neljän ensimmäisen istunnon aikana terapian huono tulos ja ehkäistä riskipariskuntien hoidon keskeytyksiä (7,15,35). Varsinkin alussa pariterapiassa on erityisen tärkeää huomioida hoidon tavoite, joka voi liit-

tyä elämäntilannestressiin, puolisoiden psyykkiseen oireiluun tai parisuhteen kysymyksiin (19). Osa asiakkaista tarvitsee ensin apua pyrkimyksessään selventää haluaan jatkaa yhdessä vai erota, ja eropäätöksenkin tekeminen voi olla hyvä terapian tulos (7).

Lopuksi

Kaikkia vuorovaikutussysteemiin keskittyviä pari- ja perheterapeuttisia (marital and family therapy, MFT) interventioita on monissa tutkimuskatsauksissa käsitelty yhdessä (5,6,14). Parisuhde, vanhemmuus ja muut perheeseen vaikuttavat suhteet ja ilmiöt ovat vastavuoroisia, minkä esimerkiksi edellä kuvattu DAS-mittari saamastaan kritiikistä huolimatta tavoittaa (29). Asiakkaiden tarpeet saattavat edellyttää parisuhdeongelmissa lasten tai appivanhempien tapaamista tai lasten ongelmissa vanhempien parisuhteeseen keskittyvää terapiaa. Terapiaprosessissa myös mahdollisuus yksilötapaamisiin on tärkeä. Ainakaan pari- ja perheterapian kategorinen erotteleminen toisistaan ei nähdäksemme edistä asiakkaiden etua. Jos yritetään yhdistää kaikkea käytettävissä olevaa tutkimustietoa sekä kliinistä kokemusta, joustavia käytäntöjä näyttäisi olevan tärkeää helpottaa hallinnollis-taloudellisilla päätöksillä (5,26).

TAULUKOSSA 5 THL:n (THL:n hoitoilmoitusjärjestelmä) ja Kelan (Kelan tilastotietokanta, Kelasto, raportti WIT191A: Kuntoutuksen

terapioiden saajat ja kustannukset) tilastoista näkyy – huolimatta perhekäyntien lisääntymisestä psykiatrian avohoidossa – psykiatrisen ja psykoterapeuttisen käytäntömme vahva painottuminen yksilökeskeisyyteen. Vaikka muutkin tahot tarjoavat pariterapiaa, käsityksemme on, että edellä kuvattua pariterapiaan liittyvää tutkimusnäyttöä ei ole otettu riittävän hyvin huomioon maamme terveystalouden organisoinnissa, resursoinnissa eikä koulutuksessa.

Tutkimusnäyttöä erilaisten pariterapeuttisten interventtioiden vaikuttavuudesta ja taloudellisesta kannattavuudesta useiden merkittävien terveysongelmien yhteydessä voidaan pitää alustavana. Niitä tulisi kuitenkin tarjota asiakkaille muiden hoitomenetelmien joukossa, kun hoitosuunnitelmasta neuvotellaan. Pariterapeuttisten hoitojen on todettu Yhdysvalloissa muun muassa vähentävän terveystalouden käyttöä (21). Nykyisen tutkimusnäytön mukaan pariterapiaa tulisi harkita osana psykoterapeuttista hoitoa ja kuntoutusta masennuksessa ja mahdollisesti paniikkihäiriöissä, joihin liittyy parisuhdeongelmia. Hyvä lähtökohta voisi olla,

että parisuhteessa elävien masennuspotilaiden puolisoiden tilanne arvioitaisiin aina. Erään näyttöhierarkian mukaan vahvin vaikuttavuusnäyttö on saatu behavioraalista pariterapiasta päihdeongelmien yhteydessä (25).

Nykyisen tutkimusnäytön mukaan pariterapeuttien tulisi viitekehuksestään riippumatta ottaa rutiinikäyttöön jokin jatkuvan palautteen työkalu, jolla seurataan asiakkaiden hyvinvoinnin kehitystä ja terapeuttista yhteistyösuhdetta. Tämä käytäntö auttaa terapeuttia neuvottelemaan asiakkaiden hoitotavoitteista koko prosessin aikana. Terapeutin on tärkeää tiedostaa, pyrkivätkö asiakkaat terveys- tai parisuhdeongelman hoitamiseen vai toivovatko he pariterapian auttavan heitä päättämään erosta tai yhdessä jatkamisesta ja sitoutumisesta.

Haastaako tutkimusnäyttö siis vallitsevia käytäntöjä? Kysymykseen vastaamiseksi tarvitaan lisää pariterapian vaikuttavuustutkimusta. Oma arviomme on, että painopisteen olisi hyvä olla luonnollisissa hoito-olosuhteissa tehtävässä tutkimuksessa, jonka tiedot ovat sovellettavissa suomalaisen pariterapian kliiniseen arkeen. ■

PEKKA BORCHERS, psykiatrian erikoislääkäri, FT, psykoterapeutti (VET, perheterapia)
Yksityinen ammatinharjoittaja

ILPO KUHLMAN, vastaava psykologi, PsT, psykoterapeutti (VET, perheterapia)
Kuopion kaupunki, aikuisten mielenterveyspalvelut,
Kuopion psykiatrian keskus

SIDONNAISUUDET

Pekka Borchers: Luento-/asiiantuntijapalkkio (Vuorovaikutusprosessien tutkimuskeskus Oy, Dialogic Oy, Jyväskylän yliopisto)

Ilpo Kuhlman: Luento-/asiiantuntijapalkkio (Primtask Oy, Jyväskylän yliopisto)

SUMMARY

Effectiveness of couples therapy – is research evidence challenging the standard practice?

Intimate relationships influence the well-being of families. According to preliminary research, couple therapy can be helpful in relational, physical and psychiatric issues such as depression, and it decreases expenses caused by divorces. Different methods of couple therapy seem equally effective. Their impact is probably based on common factors, such as alliance. It is likely that couple therapy is underutilized. To evaluate the progress and adapt the treatment to clients' needs, therapists should introduce methods for routine outcome monitoring. From the beginning, it should be discussed whether the focus is on the well-being of the relationship, or on individuals.

KIRJALLISUUTTA

1. Halford WK, Snyder DK. Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behav Ther* 2012;43:1–12.
2. Lillard LA, Panis CWA. Marital status and mortality: the role of health. *Demography* 1996;33:313–27.
3. Kiecolt-Glazer JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. *Psychol Bull* 2001;127:472–503.
4. Wahlström J. Constructing the moral order of a relationship in couples therapy. Kirjassa: Borcsa M, Rober P, toim. Research perspectives in couple therapy – discursive qualitative methods. Cham: Springer 2016, s. 149–65.
5. Sprenkle DH, Davis SD, Lebow JL. Common factors in couple and family therapy: the overlooked foundation for effective practice. New York: Guilford 2009.
6. Shadish WR, Baldwin CA. Meta-analysis of MFT Interventions. *J Marital Fam Ther* 2003;29:547–70.
7. Halford WK, Pepping CA, Petch J. The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *J Marital Fam Ther* 2016;42:32–44.
8. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PMG. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:952–62.
9. Kelley ML, Bravo AJ, Braitman AI, ym. Behavioral couples treatment for substance use disorder: secondary effects on the reduction of risk for child abuse. *J Subst Abuse Treat* 2016;62:10–9.
10. Barbato A, D'Avanzo B. Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a meta-analysis. *Psychiatr Q* 2008;79:121–32.
11. Karakurt G, Whiting K, van Esch C, ym. Couples therapy for intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *J Marital Fam Ther* 2016;42:567–83.
12. Simpson LE, Atkins DC, Gattis KS, ym. Low-level relationship aggression and couple therapy outcomes. *J Fam Psychol* 2008;22:102–11.
13. Martire LM, Schulz R, Helgeson VS, ym. Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Ann Behav Med* 2010;40:325–42.
14. Carr A. The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *J Fam Ther* 2014;36:158–94.
15. Anker MG, Duncan BL, Sparks JA. Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:693–704.
16. Gattis KS, Simpson LE, Christensen A. What about the kids? parenting and child adjustment in the context of couple therapy. *J Fam Psychol* 2008;22:833–42.
17. Byrne M, Carr A, Clarke M. The efficacy of couples based interventions for panic disorder with agoraphobia. *J Fam Ther* 2004;26:105–25.
18. Coyne JC, Kessler RC, Tal M, ym. Living with a depressed person. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:347–52.
19. Kuhlman I. Accountability in couple therapy for depression: a mixed methods study in a naturalistic setting in Finland. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto 2013.
20. Caldwell BE, Woolley SR, Caldwell CJ. Preliminary estimates of cost-effectiveness for marital therapy. *J Marital Fam Ther* 2007;33:392–405.
21. Crane RD, Christenson JD, Dobbs SM, ym. Costs of treating depression with individual versus family therapy. *J Marital Fam Ther* 2013;39:457–69.
22. Moore AM, Crane RD. Relational diagnosis and psychotherapy treatment cost effectiveness. *Contemp Fam Ther* 2014;36:281–99.
23. Snyder DK, Castellani AM, Whisman, MA. Current status and future directions in couple therapy. *Annu Rev Psychol* 2006;57:317–44.
24. Seikkula J, Aaltonen J, Kalla O, ym. Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: a 2-year randomized trial. *J Fam Ther* 2012;35:281–302.
25. Sexton T, Gordon KC, Gurman A, ym. Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Fam Process* 2011;50:377–92.
26. Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate – the evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge 2015.
27. Pincus WM, Zinbarg R, Knobloch-Fedders LM. Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Fam Process* 2008;47:281–301
28. Sanderson J, Kosuric I, Garcia M, ym. The measurement of outcome variables in couple and family therapy research. *Am J Fam Ther* 2009;37:239–57.
29. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 1976;38:15–28.
30. Norton, R. Measuring marital quality: a critical look at the dependent variable. *J Marriage Fam* 1983;45:141–51
31. Halford WK, Hayes S, Christensen A, ym. Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behav Ther* 2012;43:49–60.
32. Stratton P, Silver E, Nascimto N, ym. Couple and family therapy outcome research in the previous decade: what does the evidence tell us? *Contemp Fam Ther* 2015;37:1–12.
33. Miller SD, Duncan BL, Sorrell R, ym. The partners for change outcome management system. *J Clin Psychol* 2005;61:199–208.
34. Rautiainen EL. Co-construction and collaboration in couple therapy for depression. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto 2010.
35. Pepping CA, Halford WK, Doss BD. Can we predict failure in couple therapy early enough to enhance outcome? *Behav Res Ther* 2015;65:60–6.
36. Schiepek G, Strunk G. The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series – a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biol Cybern* 2010;102:197–207.