

**DEPRESSION HOITO PARITERAPIALLA MOLEMPIEN VS.
TOISEN PUOLISON OLLESSA MASENTUNUT**

Kaisa Perko
Pro gradu –tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Psykologian laitos
Maaliskuu 2009

DEPRESSION HOITO PARITERAPIALLA MOLEMPIEN VS. TOISEN PUOLISON OLLESSA MASENTUNUT

Tekijä: Kaisa Perko
Ohjaaja: Jaakko Seikkula
Psykologian pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Maaliskuu 2009
28 sivua ja 2 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää, onko puolison masentuneisuudella yhteyttä masennuspotilaan hoitotulokseen pariterapiassa. Hoitotulosta tarkasteltiin sekä masennuksen että parisuhdetyytyväisyyden kannalta. Toisena tavoitteena oli kartoittaa masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhdetta potilailla ja puolisoilla sekä heidän välillään. Kyseessä on seurantatutkimus, jossa käytettiin alkumittauksen ja vuoden seurannan tietoja. Tutkimusaineisto koostuu DINADEP (Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa) -hankkeen tutkimusryhmään satunnaistetuista pariskunnista (n=36, 14 nais- ja 22 miespotilasta). Tutkimus on toteutettu naturalistisessa asetelmassa osana tavanomaista psykiatrista hoitokäytäntöä. Potilaiden ja puolisoitten masennusoireita mitattiin Beck Depression Inventory (BDI) -kyselyllä ja parisuhdetyytyväisyyttä Dyadic Adjustment Scale (DAS) -kyselyllä.

Depression hoidosta pariterapialla on aiempia tutkimuksia ja jonkin verran on myös tutkittu depressiopotilaan puolison kuormittuneisuutta. Kahden masentuneen henkilön pareista ei tiettävästi ole aiempaa tutkimusta eikä myöskään puolison masentuneisuuden merkityksestä pariterapian tuloksellisuudelle. Tutkimuksen päätulos on, että puolison masentuneisuus on yhteydessä potilaan masennuksen hoitotulokseen vuoden seurannassa sekä masennuksen että parisuhdetyytyväisyyden osalta. Potilaat, joiden puoliso oli myös masentunut tutkimuksen alkutilanteessa, olivat seurantamittauksessa tilastollisesti merkitsevästi masentuneempia kuin sellaiset potilaat, joiden puoliso ei ollut masentunut. Potilailla, joiden puoliso oli masentunut, parisuhdetyytyväisyys kasvoi seuranta-aikana tilastollisesti merkitsevästi vähemmän kuin potilailla, joiden puoliso ei ollut masentunut. Naispuolisot olivat tutkimuksen alkutilanteessa tilastollisesti merkitsevästi masentuneempia kuin miespuolisot.

Masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhde vastasi aiempien tutkimusten tuloksia vain vuoden seurannan osalta: yhteys oli vuoden seurannassa negatiivinen ja potilailla tilastollisesti merkitsevä. Samoin potilaan masennuksen aste oli tilastollisesti merkitsevässä, negatiivisessa yhteydessä puolison parisuhdetyytyväisyyteen. Masentuneilla puolisoilla näin ei kuitenkaan ollut. Tutkimus antaa vahvoja viitteitä siitä, että masentuneet puoliset eivät parantuneet vuoden aikana yhtä hyvin kuin masentuneet potilaat. Masentuneet puoliset myös jättivät vastaamatta vuoden seurantaan useammin kuin ei-masentuneet puoliset. Tutkimus tuo esiin parisuhteen molempien osapuolten masennuksen huomioimisen ja hoidon merkityksen sekä potilaan että puolison toipumisen kannalta.

Asiasanat: masennus, pariterapia, parisuhde, psykiatrinen hoito

Sisällys

1. Johdanto	1
1.1. Tutkimusongelmat	10
2. Tutkimuksen toteuttaminen	10
2.1. Tutkittavat.....	11
2.2. Menetelmät ja muuttujat.....	12
2.3. Aineiston analysointi	13
3. Tulokset.....	14
4. Pohdinta	21
5. Lähteet.....	25
Liite	29

1. Johdanto

Tutkimuksen päätarkoituksena on tutkia ja vertailla depression hoitoa pariterapialla vain potilaan ja sekä potilaan että puolison ollessa masentuneita. Johdannossa käsitellään ensin masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhdetta yleisellä tasolla, sitten sukupuolen merkitystä tässä problematiikassa, sen jälkeen masennuspotilaan puolison asemaa ja johdannon lopuksi tutkimuksia pariterapian tuloksellisuudesta masennuksen hoidossa.

Masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden yhteisvaihtelusta on vahvaa näyttöä (esim. yhteenveto Beach, Fincham, & Katz, 1998; Weissman, 1987; meta-analyysi Whisman, 2001a). Whismanin (2001a) oiretasosta depressiota koskevassa laajassa meta-analyysissä, joka pohjasi 26 tutkimukseen, masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden välinen korrelaatio oli naisilla $-.42$ ja miehillä $-.37$. Tämä merkitsee, että ryhmätasolla tarkasteltuna mitä masentuneempi henkilö on, sitä tyytymättömämpi hän on parisuhteeseensa. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$), joten masennusoireiden ja parisuhdetyytyväisyyden välinen yhteys oli naisilla vahvempi kuin miehillä. Whismanin (2001a) vastaavassa diagnostista depressiota koskevassa meta-analyysissä depression ja parisuhdetyytyväisyyden yhteys oli edellistäkin voimakkaampi: korrelaatiokertoimenä ilmoitettuna yhteys oli $.66$, eli 44% diagnostisen depression vaihtelusta on tilastollisesti selitettävissä parisuhdetyytyväisyyden vaihtelulla. Diagnostisen depression meta-analyysissä oli mukana 10 tutkimusta. Sukupuolittaisia korrelaatioita ei jälkimmäisessä voitu laskea, koska osassa tutkimuksia sukupuolta ei ollut eroteltu.

Vaikka tutkimuksissa onkin osoitettu masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden olevan vahvasti yhteydessä toisiinsa, on näiden ilmiöiden pitkäaikaisesta keskinäisestä suhteesta saatu vaihtelevia tuloksia varsinkin oiretasoisien depression suhteen (Whisman, 2001a). Asiaa monimutkaistaa erityisesti masennuksen toistuva ja/tai krooninen luonne. Coyne ja Benazon (2001) suhtautuvat hyvin kriittisesti tähänastisiin masennuksen ja parisuhteen laadun kausaalisuuteen viittaaviin tutkimuksiin, koska pitkittäistutkimuksia on hyvin vähän, eivätkä olemassaolevat pitkittäistutkimuksetkaan kata kovin pitkää ajanjaksoa ihmisen eliniän taustaa vasten.

Masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden keskinäistä suhdetta voidaan lähestyä kolmesta eri suunnasta: masennus aiheuttaa parisuhdeongelmia, parisuhdeongelmat aiheuttavat masennusta tai

näiden ilmiöiden välillä on kolmansiä tekijöitä, jotka myötävaikuttavat sekä masennuksen että parisuhdeongelmien syntyyn. Jonkinasteista tutkimusnäyttöä on saatu sekä masennuksesta että parisuhdeongelmista kausaalisenä tekijänä: Parisuhteeseen tyytymättömillä on huomattavasti korkeampi riski sairastua masennukseen kuin parisuhteeseen tyytyväisillä (Whisman & Bruce 1999). Hyvä parisuhde ehkäisee masennuksen uusiutumista (Hooley & Teasdale, 1986; Whisman, 2001b) ja toisaalta masentuneisuus lisää parisuhdeongelmia (miehillä: Fincham, Beach, Harold & Osborne, 1997). Sairaalasta kotiutuneiden masentuneiden naisten paranemista ennusti parhaiten naisen oma arvio aviosuhteensa laadusta ja puolisoltaan saamastaan tuesta (Goering, Lancee & Freeman, 1992). Toisin kuin Hooleyn & Teasdaalen (1986) tutkimuksessa, Goeringin ym. (1992) tutkimuksessa puolison kriittisyys potilasta kohtaan ei ennustanut paranemisprosessia -sen sijaan potilaan kriittisyys puolisoa kohtaan ennusti. Parisuhdetyytyväisyyden on useasti todettu parantuneen kun masennus on parantunut, mikä on tapahtunut sekä lääke-, terapia että placebo-ryhmillä (esim. Whisman 2001b). Finchamin ym. (1997) tutkimuksessa puolentoista vuoden seuranta-ajalla kausaalisuuden suunta oli miehillä masennuksesta parisuhdeongelmiin ja naisilla parisuhdeongelmista masennukseen. Kolmansina tekijöinä on käsitelty mm. persoonallisuuden ominaisuuksia sekä kulttuurisia tekijöitä erityisesti masennuksen sukupuolieron selittämisessä (Whisman, 2001a).

Beach ja O'Leary (1993) tutkivat ensimmäistä kertaa aviointuneiden miesten ja naisten dysforiaa ja parisuhdetyytyväisyyttä seurantatutkimuksessa, jossa parisuhdetyytyväisyys ja dysforiataso mitattiin noin kuukausi ennen avioliiton solmimista sekä 6 kuukautta ja 18 kuukautta sen jälkeen. Avioliittoa edeltävä dysforia oli yhteydessä myöhempään tyytymättömyyteen parisuhteessa. Miehillä dysforia ennusti parisuhdetytyymättömyyttä riippumatta oireiden pysyvyydestä, kun taas naisilla avioliittoa edeltävä dysforia ennusti tyytymättömyyttä suhteessa vain dysforian ollessa kroonista (havaittu sekä ennen avioliittoa että 6 kuukauden mittauksessa). Kroonisesti dysforisilla naisilla parisuhdetytyymättömyys oli voimakkainta. Erityistä on, että naisilla myös krooninen dysforia oli yhteydessä lähinnä häneen omaan parisuhdetyytyväisyyteensä, kun taas miehillä dysforia oli kroonisuuden asteesta riippumatta yhteydessä sekä miehen omaan että hänen puolisonsa alentuneeseen parisuhdetyytyväisyyteen.

Toistaiseksi tutkimus on keskittynyt potilaan masentuneisuuden ja parisuhdetyytyväisyyden yhteyden selvittämiseen (actor effects) ottamatta juuri huomioon puolison masentuneisuuden osuutta potilaan parisuhdetyytyväisyydessä (partner effects). Kuten Whisman, Uebelacker ja

Weinstock (2004) huomauttavat, ilman molempien puolisoitten psykopatologian huomiomista ei voi voida päästä selville siitä, missä määrin havaittu parisuhdetyytyväisyyden ja psykopatologian välinen yhteys on seurausta henkilön omasta, ja missä määrin hänen puolisonsa, mielenterveydestä. Whismanin ym. tutkimuksen ansiona on suuri, 774 paria käsittävä otos. Sekä potilailla että puolisoilla masennus oli negatiivisessa yhteydessä henkilön omaan parisuhdetyytyväisyyteen ilman sukupuolieroja. Potilaan omalla masennuksella oli merkitsevästi voimakkaampi yhteys potilaan parisuhdetyytyväisyyteen kuin puolison masennuksella. Potilaan omalla ja puolison masennuksella havaittiin myös olevan merkitsevä yhdysvaikutus potilaan parisuhdetyytyväisyyteen: potilaan masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden välinen yhteys oli voimakkain siinä tapauksessa, että puolisoikin oli hyvin masentunut.

Tutkimuksissa on saatu toistuvasti tuloksia siitä, että masennus ja parisuhdetyytyväisyys liittyvät voimakkaammin yhteen naisilla kuin miehillä. Kaikissa tutkimuksissa miesten parisuhdetyytyväisyys ei ole ollutkaan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä masennusoireisiin, vaikka naisten on (esim. Uebelacker, Courtnage, & Whisman, 2003). Ovatko naiset miehiä useammin masentuneita juuri siksi, että he ovat herkempiä parisuhteen laadun vaikutukselle? Onhan tutkimustuloksia, jotka tukevat oletusta naisten alttiudesta masentua parisuhteen laadun vaikutuksesta (Fincham ym., 1997). Naisten alttiutta masennukseen epätydyttävässä parisuhteessa voidaan ymmärtää sukupuoleen sosiaalistumisen, naisten ihmissuhteisiin liittyvän itsemäärittelyn ja toisaalta sukupuoliasetelmiin liittyvän vallan kautta (Koerner, Prince, & Jacobson, 1994). Tätä taustaa vasten Culp ja Beach (1998) kiinnittävät huomiota sukupuolieroihin läheisyyden kokemisessa ja tulkitsevat empiirisiä tuloksiaan siten, että toimimaton parisuhde heikentää erityisesti naisen itsetuntoa ja välittää yhteyttä parisuhteen laadun ja masennuksen välillä. Toisaalta sukupuolieroja ei havaittu yleisväestöä koskevassa tutkimuksessa, jossa tyytymättömyys parisuhteeseen nosti huomattavasti riskiä sairastua masennukseen (Whisman & Bruce, 1999).

Suurissa epidemiologisissa tutkimuksissa masennuksen on todettu olevan naisilla lähes kaksi kertaa niin yleistä kuin miehillä (Kessler ym., 2003; Nolen-Hoeksema, 1987). Tähän ei ole löydetty mitään yksiselitteistä syytä. Eroa on tutkittu sekä biologisista että sosiologisista näkökulmista. Edelleen on epäselvää, voivatko miehet oikeasti paremmin kuin naiset, vai onko terveyden sukupuoliero vain näennäinen, sukupuolirooliin kiinnittyvä sosiokulttuurinen tuote (Möller-Leimkühler, 2002). Möller-Leimkühler esittelee katsauksessaan masennuksen sukupuolieroja osaltaan selittävää tutkimusnäyttöä siitä, kuinka miehet hakevat apua vähemmän ja eri tavoin kuin naiset, ja kuinka

sukupuolittunut havaitseminen oireiden suhteen sekä miehillä itsellään että heidän arvioitsijoillaan vinouttaa sairastavuuslukuja. Nolen-Hoekseman (1987) laajan tutkimuskatsauksen mukaan kulttuurien välisistä eroista huolimatta naisten suurempi sairastavuus masennuksessa on kuitenkin selvä suunta useimmissa eri maissa. Nolen-Hoekseman oman selityksen mukaan naisten ruminoiva suhde kielteisiin tunteisiin voimistaa niitä ja pahentaa masennusta, kun taas miehiä suojaa masennukselta heidän toiminnallisempi ja aktiivisempi suhteensa masentuneisuuden tunteisiin.

Masennusta on pyritty ymmärtämään ja hoitamaan sekä vuorovaikutusongelmista seuraavana että niitä aiheuttavana ilmiönä (mm. interpersonal theory, Coyne, 1976a; Coyne, 1976b). Coyne ja Benazon (2001) varoittavat turhanaikaisista kausaalisuuspäätelmistä ja katsovat useita tutkimustuloksia tulkitun väärin siitä näkökulmasta, että läheisten negatiivinen suhtautuminen aiheuttaisi masennusepisodin sen sijaan, että masennus itsessään aiheuttaa ihmisuhteongelmia, jotka vähenevät masennuksen parantuessa. Masentuneilla on todettu olevan taipumusta käyttäytyä tavalla, joka ei ole ihmisuhteille hyväksi, ja johon toisten on vaikea suhtautua myönteisellä tavalla. Masentuneella on usein taipumus hakea toisilta vakuuttelua (reassurance seeking) ja toisaalta negatiivista palautetta (negative verification) (Joiner, 2001; Katz, 2001).

Pariskuntien vuorovaikutusmalleja tutkittaessa on havaittu eroja sukupuolten sekä masentuneiden ja ei-masentuneiden henkilöiden välillä. Masentuneiden pariin on todettu tekevän erityisen negatiivisia arvioita parivuorovaikutuksestaan (Gotlib & Whiffen, 1989). Masennus on sekä miehillä että naisilla yhteydessä itsensä hiljentämiseen (self-silencing) sekä vaimon vaatimus- ja miehen vetäytymiskäyttäytymiseen (Uebelacker, Courtnage, & Whisman, 2003). Uebelackerin ym. tutkimuksessa (2003) itsensä hiljentäminen välitti parisuhdetyytymättömyyden ja masennuksen välistä yhteyttä naisilla ja vaatavuus puolisoa kohtaan liittyi naisilla masentuneisuuteen vahvemmin kuin miehillä.

Masennuspotilaiden puolisojen hyvinvointiin on tutkimuksessa kiinnitetty kasvavassa määrin huomiota (esim. Helasti, 1999; Crowe, 2004; Wittmund, Wilms, Mory, & Angermeyer, 2002). Benazonin ja Coynen (2000) tutkimuksessa oli mukana sekä masentuneita naisia että miehiä. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa, myös tässä havaittiin, että masentuneiden henkilöiden puoliset ovat mielialaltaan masentuneempia kuin väestö keskimäärin ja lisäksi kokevat erilaisia objektiivisiksi tai subjektiivisiksi määriteltyjä, puolison masennukseen liittyviä kuormituksen aiheita. Potilaan masentunut mieliala ennusti puolison masentunutta mielialaa. Coynen ym. (1987) aiemmassa,

otokseltaan heterogeenisemmässä tutkimuksessa akuuttia masennusta sairastavan potilaan lähipiirin vastaajista 40% täytti kriteerit psykologisen avun tarpeesta ja vastaava osuus aiemmin masentuneiden läheisillä oli 17.4%.

Coynen ja Benazonin (2000) mukaan sukupuolella on merkitystä masentuneita potilaita ja puolisoita tutkittaessa. Toisaalta kyseisessä tutkimuksessa miespotilaat olivat lähtökohtaisesti masentuneempia kuin naispotilaat, joten jää epäselväksi, liittyykö naispuolisoiden kokema suurempi kuormittuneisuus yksinkertaisesti potilaan masennuksen asteeseen vai sukupuoleen. Tutkimus tuo kuitenkin esiin joitakin sukupuolispesifejä seikkoja masennuksesta parisuhdekontekstissa: Vaimot kokivat erityistä raskautta masentuneiden miestensä hermostumisesta (*“easily getting upset”*), miestensä kriittisyydestä heitä kohtaan sekä pariskunnan taloudellisista paineista. Miehet pitivät masentuneiden vaimojensa itkemistä hermostuttavampana kuin naiset masentuneiden miesten itkemistä. Myös Wittmundin (2002) tutkimuksessa psyykkisesti sairaiden potilaiden naispuolisot olivat huomattavasti alttiimpia masennukselle ja muille tunne-elämän häiriöille kuin miespuolisot. Masennuspotilaan puolison kuormittuneisuuden sukupuoliero on havaittu myös suomalaisessa tutkimuksessa (Helasti, 1999; Pollari, 2007). Wittmundin ym. (2002) tutkimuksessa puolison masennusriskiä nosti sukupuolen lisäksi eniten potilaan sairauden vaikeusaste. Potilaan diagnoosin tyypillä sinänsä (masennus, ahdistushäiriöt, skitsofrenia) ei ollut vaikutusta.

Seuraavaksi käsittelemme pariterapian tuloksia masennuksen hoidossa. Sekä Emanuels-Zuurveen ja Emmelkamp (1996) että Beach & O'Leary (1992) vertailivat kognitiivista yksilöterapiaa ja behavioraalista pariterapiaa pareilla, joilla oli ongelmia suhteessaan. Beachin ja O'Learyn tutkimuksessa masennuspotilaiksi oli valittu vain naisia, sekä potilaan että puolison täytyi olla tyytymättömiä parisuhteeseen ja tutkimuksessa oli lisäksi kontrolliryhmänä jonotuslistalla hoitoa odottavat potilaat. Molemmissa tutkimuksissa sekä yksilö- että pariterapia vähensivät depressio-oireita tehokkaasti ja molemmilla terapiamuodoilla -myös yksilöterapialla- oli myönteinen vaikutus parisuhteeseen, mutta pariterapia oli tässä suhteessa yksilöterapiaa tehokkaampi. Parisuhdetyytyväisyys ei kohentunut yksilöterapiassa käyneillä potilailla kummassakaan tutkimuksessa, mutta heidän puolisoitensa parisuhdetyytyväisyys koheni. Tarkalleen ottaen Emanuels-Zuurveenin ja Emmelkampin tutkimuksessa kommunikoinnin laatua ja kielteistä tunneilmaisua koskevat parisuhdemuuttujat osoittivat suhteen paranemista myös potilailla yksilöterapian tuloksena. Pariterapian ylivoimaisuutta koskevaan tulokseen on kuitenkin

suhtauduttava varauksella, sillä kummasakin tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että vastaamatta jättäminen oli yhteydessä parisuhteen huonompaan hoitotulokseen. Suhdeongelmien merkityksen ja sitä kautta pariterapian puolesta taas puhuu Emanuels-Zuurveenin ja Emmelkampin tutkimuksen yksilöterapiassa hoitotuloksen vertailu samojen tutkijoiden toiseen tutkimukseen (Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1997): potilailla, joilla ei ollut ongelmia suhteessaan, yksilöterapia vähensi masentuneisuutta huomattavasti enemmän kuin tämän tutkimuksen potilailla, jotka kokivat myös suhdestressiä.

Beachin ja O'Learyn (1992) tutkimuksessa parisuhdeongelmien vaikeustaso ennen hoitajaksoa oli vahvasti yhteydessä depressio-oireisiin hoitajakson päätyttyä molemmissa hoitoryhmissä. Parisuhteen parantunut laatu toimi myös välittäjänä depressio-oireiden vähenemiselle pariterapiassa käyneillä naisilla. Vuoden seurannassa depressio-oireet eivät olleet uusineet kummallakaan hoitoryhmällä, siitäkään huolimatta, että yksilöterapiassa käyneillä parisuhteen laatu oli heikompi kuin pariterapiassa käyneillä. Beach ja O'Leary saivat ainakin viitteellistä tukea myös valintahypoteesilleen: parempi parisuhteen laatu ja enemmän kognitiivisia vääristymiä ennen hoitajaksoa ennustaa hyvää hoitotulosta kognitiivisessa yksilöterapiassa, kun taas heikko parisuhteen laatu ja vain vähän kognitiivisia vääristymiä ennustivat hyvää hoitotulosta pariterapiassa.

Parisuhdeongelmilla on merkitystä pariterapian tuloksellisuuden kannalta masennuksen hoidossa: kun parisuhteessa ei ole ongelmia, ja toinen puolisoista on masentunut, yksilöterapia voi toimia pariterapiaa paremmin masennuksen hoidossa (Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling, Salusky, 1991). Jacobsonin ym. (1991) tutkimuksessa vertailtiin kognitiivisen käyttäytymisterapian, behavioraalisen pariterapian ja näiden yhdistelmän hoitotulosta masennuksen lievittämisessä ja parisuhdetyytyväisyyden lisäämisessä pareilla, joissa vaimo oli masentunut. Mukana oli sekä parisuhteeseen tyytyväisiä että tyytymättömiä pareja. Yhdistelmäterapiassa oli sekä yksilökäyntejä että parin yhteisiä terapiakäyntejä. Kaikissa terapiaryhmissä masennusoireet vähenivät merkittävästi ja myös parisuhdetyytyväisyys koheni kaikissa ryhmissä, tosin ei samalla tavoin. Behavioraalinen pariterapia oli ainoa hoitomuoto, joka tuotti tilastollisesti merkitsevän muutoksen parisuhdetyytyväisyydessä pareilla, joilla oli suhdestressiä. Toisaalta behavioraalisen pariterapian tulos masennuksen suhteen oli toisiin hoitomuotoihin verrattuna heikko siinä tapauksessa, kun parilla ei ollut suhdestressiä. Yhdistelmäterapia oli ainoa hoitomuoto, joka tuotti tilastollisesti merkitsevän muutoksen parisuhdetyytyväisyydessä pareilla, joilla ei ollut ongelmia suhteessaan.

Emanuel-Zuurveen ja Emmelkamp (1997) valikoivat kolme vuotta kestäneessä rekrytointiprosessissa tutkimukseensa pariskuntia, joista toinen osapuoli oli masentunut, mutta joilla ei ollut keskinäistä suhdestressiä. Parit satunnaistettiin behavioraalis-kognitiiviseen yksilöterapiaan ja puolisoavusteiseen terapiaan (spouse-aided therapy). Puolisoavusteisessa terapiassa puoliso on mukana terapiakäynneillä, mutta terapiassa keskitytään depression ja tapoihin tulla sen kanssa toimeen parisuhteessa, ei parisuhteeseen sinänsä. Molemmat terapiamuodot vähensivät depressio-oireita tehokkaasti mutta parisuhdetyytyväisyyteen ne eivät merkittävästi vaikuttaneet kumpikaan. Kuten Jacobsonin ym. (1991) tutkimuksessa, ei parimuotoinen terapia entisestään parantanut suhteen laatua hyvin keskenään toimeentulevilla pareilla. Tosin Jacobsonin ym. tutkimuksessa pari- ja yksilöterapiaa yhdistelevä hoitomuoto onnistui tässä.

Suurin osa masennuksen pariterapiatutkimusta koskee enemmän tai vähemmän behavioraalisesti painottuneita lähestymistapoja (behavioral marital therapy BMT, kognitiivinen käyttäytymisterapia). Johnson (2002) kirjoittaa empiirisesti validoituja pariterapiamuotoja olevan toistaiseksi kaksi, mikäli hoitomuodon empiirisen validoinnin ajatellaan edellyttävän enemmän kuin yhden terapiamuotoa tukevan tutkimuksen, ja tutkimuksen tekijöiden edellytetään olevan muita kuin hoitomuodon pääedustajia. Tällaisia näyttöön pohjaavia terapiamuotoja ovat Johnsonin mukaan em. behavioraalinen pariterapia ja lisäksi hyvin lupaavaksi hoitomuodoksi osoittautunut tunnekeskeinen pariterapia (emotionally-focused therapy, EFT). Terapiamuoto voi kuitenkin olla tuloksellinen, vaikka se olisi osoittanut voimansa muualla kuin tiukoissa koeasetelmissä (Shadish & Baldwin, 2002.)

Tunnekeskeistä pariterapiaa on masennuksen yhteydessä tutkittu vain vähän. Tunnekeskeistä pariterapiaa ja lääkehoitoa vertaileva pilottitutkimus koski pareja, joilla oli parisuhdetytymättömyyttä ja vaimo oli diagnostisesti masentunut (Dessaulles, Johnson, & Denton, 2003). Masennusoireet vähenivät yhtä tehokkaasti molemmilla ryhmillä, mutta pariterapiassa käyneillä naisilla paraneminen jatkui vielä hoitokauden päätyttyä toisin kuin lääkehoitoa saaneilla. Tulosten painoa vähentää aineiston koko: seurantavaiheessa mukana oli enää viisi paria kummastakin ryhmästä.

Masennusta koskevia tutkimuksia on kahdenlaisia: on tutkittu joko hoitoa hakevia ihmisiä (clinical sample) tai yleisväestöä (community sample). Whisman (2001a) tekee kriittisen huomautuksen

kliinisistä otoksista saatujen tulosten yleistettävyydestä: koska on tiedossa, että vain osa psyykkisesti oireilevista ihmisistä hakee apua oireiluunsa, voisi olettaa, että hoitoon hakeutuvat ihmiset eivät edusta koko oireilevaa joukkoa. Johnson (2002) puolestaan kirjoittaa tutkimustulosten suhteesta käytännön terapiatyöhön, että tutkimusraportit tarjoavat optimoidun version hoitotuloksista: Tutkimusterapioissa terapeutit ovat tavallista paremmin ohjattuja ja valvottuja, millä luonnollisesti on vaikutuksensa hoitointerventioon. Toinen tutkimusten yleistettävyyteen liittyvä kritiikinaihe koskee komorbiditeettia: osaan tutkimuksista valikoidaan vain masennuksesta kärsiviä ihmisiä, kun taas käytännön kliinisessä työssä hoidettavilla potilailla monet häiriöt esiintyvät samanaikaisesti (esim. Duodecim & Suomen Akatemia, 2007).

Monet tutkijat ovat pitäneet tärkeänä tehdä eron masennusoireiden ja toisaalta diagnostisen masennuksen välillä, sillä näitä voidaan lähestyä jopa kokonaan eri ilmiöinä. Yhtenä ongelmana tähänastisessa masennuksen pariterapiatutkimuksessa voidaan pitää myös sitä, että suurin osa tutkimuksista koskee naispotilaita. Kuten Benazon ja Coyne (2000) toteavat, tiedämme vain vähän masentuneiden miesten suhdekontekstista. Näin ollen tarvitaan lisää näyttöä siitä, missä asioissa sukupuolella on merkitystä parisuhteessa, jossa on masennusta. Lisäksi monet yhdysvaltalaiset tutkimukset koskevat ainoastaan avio-, ei avopareja. Suomessa avoliitto on kovasti yleistynyt perhe- ja parisuhdemuotona, joten tulosten yleistettävyyden kannalta olisi kiinnitettävä huomiota paitsi kulttuurieroihin parisuhteissa myös tutkittavien mahdolliseen valikoitumiseen.

Pariterapian toimivuudesta masennuksen hoidossa on siis saatu toistuvaa näyttöä siten, että puolisoitten suhteen ollessa ongelmainen ja toisen puolison ollessa masentunut, on pariterapia vähentänyt depressio-oireita yhtä tehokkaasti kuin yksilöterapia, mutta lisäksi kohentanut parisuhdetyytyväisyyttä (Beach & O'Leary 1992; Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1996). Kahdeksan tutkimuksen meta-analyysi pari- ja yksilöterapian vertailusta depression hoidossa toteaa saman asian (Barbato ja D'Avanzo, 2008). Meta-analyysin kirjoittajat eivät kuitenkaan tähänastisen tutkimusnäytön perusteella ole vielä täysin vakuuttuneita pariterapian vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa. He huomauttavat lisäksi, että saadut tulokset koskevat vain lievää ja keskivaikeaa masennusta, eivätkä näin ollen ole yleistettävissä vakavaan masennukseen. Jos parisuhteessa ei ole ongelmia, yksilömuotoinen terapia voi toimia jopa pariterapiaa paremmin masennuksen hoidossa (Jacobson ym., 1991). Tosin Guptan, Coynen ja Beachin (2003) mukaan Jacobsonin tutkimusta on tässä suhteessa tulkittu väärin johtuen mm. behavioraalista pariterapiasta poisjääneistä tutkittavista. Pariterapian vaikutuksen masennusoireisiin on ainakin

yhdessä tutkimuksessa havaittu välittyvän parihdetyytyväisyyden kautta (Beachin ja O'Leary, 1992), vaikka meta-analyysi (Barbato ja D'Avanzo, 2008) ei annakaan tukea parisuhdetyytyväisyydelle moderaattorina. Masennuksen pariterapiaa koskevien tutkimustulosten vertailua vaikeuttaa tutkimusten heterogeenisuus: on eri tavoin kerättyjä ja erikokoisia otoksia; eri terapiamuotoja; tutkittavia jää pois vertailtavista ryhmistä, mikä vaikeuttaa tulosten tulkintaa; potilaat voivat olla naisia, miehiä tai molempia; ja lisäksi on kysymys siitä, onko parilla suhdeongelmia, ja jos on, kokevatko molemmat osapuolet niin vai yksin toinen.

Parisuhdetytymättömyyttä ja kielteistä vuorovaikutuskäyttäytymistä on sekä masennuspotilailla itsellään että heidän terveillä puolisoillaan enemmän kuin verrokkipareilla, mikä puoltaa yksilöä laajempaa, systeemistä näkökulmaa depression hoidossa (Denton, 2006; Gotlib & Whiffen, 1989). Tämä on entistään tärkeämpää silloin, jos molemmat puoliset ovat masentuneita. Sellaisia tutkimuksia, joissa molemmat puoliset olisivat masentuneita, ei tietävästi ole tehty (Gupta & Beach, 2005). Gupta ja Beach (2005) arvelevat, että kliinisessä työssä tällaisia pareja tullaan kuitenkin kohtaamaan yhä enemmän. Ilman empiiristä pohjaa on vaikea olla selvillä kahden masentuneen henkilön pariterapian erityispiirteistä. Gupta ja Beach kuitenkin arvelevat siinä olevan sekä joitakin puolisojen välistä yhteisymmärrystä edesauttavia tekijöitä, että joitakin sitä hankaloittavia tekijöitä, eri tavoin kuin vain toisen puolison ollessa masentunut: Masentuneet puoliset voivat esimerkiksi oman kokemuksensa kautta paremmin ymmärtää toistensa masennukseen liittyvää käyttäytymistä. Toisaalta masentuneiden puolisoitten kesken voi myös syntyä kilpailuasetelma sairaan roolista. Käytännössä moniin tutkimuksiin tulijoissa on varmasti ollut kahden masentuneen pareja, mutta masennuspotilaiden puolisoitten masentuneisuutta ei ole käsitelty, tai mukaan on otettu vain sellaiset parit, joissa vain toinen täyttää masennuskriteerit. Tiedossa ei näin ollen myöskään ole tutkimusta, jossa selvitetäisiin masennuspotilaan toipumista suhteessa siihen, onko myös mahdollinen puoliso masentunut, tai yleisemmin, onko perheessä muitakin masentuneita.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti puolison masentuneisuuden merkitystä pariterapian tuloksellisuudelle: jos alkuperäisen potilaan lisäksi tämän puoliso on masentunut, onko tällä yhteyttä potilaan masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden kehitykseen? Ovatko masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden vaihtelu keskenään yhteydessä? Aiemman tutkimuksen pohjalta voisi olettaa, että mitä masentuneempi potilas tai puoliso on, sitä kielteisemmin hän arvioi parisuhdettaan. Kuten todettu, naisilla masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden yhteyden on usein

havaittu olevan voimakkaampi kuin miehillä (esim. Whisman, 2001a; Pollari, 2007). Masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhdetta tutkitaan myös puolisoitten välillä (puolisovaikutus, partner effect). Kaikissa kysymyksissä kiinnitetään erityistä huomiota mahdollisiin sukupuolieroihin.

1.1. Tutkimusongelmat

Tutkimuksen päätavoitteena on selvittää,

1. onko puolison masentuneisuudella yhteyttä pariterapian tuloksellisuuteen, erityisesti
 - 1.1. potilaan hoitotulokseen vuoden seurannassa (BDI, DAS ja niiden muutokset)?
 - 1.2. paranevatko masentuneet puoliset yhtä hyvin kuin masentuneet potilaat (BDI-muutos)?

Toisena tavoitteena on selvittää,

2. onko masennuksella ja parisuhdetyytyväisyydellä yhteyttä? (potilaat ja puoliset, alkutilanne sekä vuoden seuranta)
 - 2.1. onko potilaan masennuksen aste yhteydessä puolison parisuhdetyytyväisyyteen ja onko puolison masennuksen aste yhteydessä potilaan parisuhdetyytyväisyyteen?
3. Onko masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden asteessa ja niiden muutoksessa sukupuolieroa potilailla ja puolisoilla (alkutilanne ja vuoden seuranta)?

2. Tutkimuksen toteuttaminen

Dialogiset ja narratiiviset prosessit masennuksen pariterapiassa (DINADEP) -hankkeen aineisto on kerätty kolmen eri sairaanhoitopiirin psykiatrian poliklinikoilta: Espoosta (HUS), Kuopiosta ja Siilinjärveltä (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri) sekä Kemistä ja Tornioista (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri). Hankkeessa on mukana myös kontrolliryhmä, ja tutkittavat parit on satunnaistettu joko tutkimus- tai kontrolliryhmään. Käsillä oleva tutkimus koskee vain hankkeen tutkimusryhmää. Tutkimuksen osallistuneet terapeutit ovat saaneet koulutusta systeemisestä perheterapiasta, narratiivisista terapioista ja avoimesta dialogista perhekontekstissa. Aineiston keruu alkoi keväällä 2006 ja seurantamittaukset jatkuivat vuoden 2008 loppuun asti. Hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa pyritään korkeaan ulkoiseen validiteettiin säilyttämällä tutkittavien ilmiöiden yhteydet luonnolliseen esiintymisympäristönsä (ns. naturalistinen asetelma). Tutkimuksessa annettua hoitoa ei käytetä manuaalia vaan tutkimus on toteutettu osana tavanomaista kliinistä hoitokäytäntöä (ks. Duodecim & Suomen Akatemia, 2007).

2.1. Tutkittavat

Tutkittavien joukko koostuu DINADEP-hankkeen tutkimusryhmään satunnaistetuista pariskunnista. Kriteerit tutkittavien osallistumiselle ovat diagnosoitu depressio, Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960) vähintään 14 pistettä, alle 65 vuoden ikä sekä heteroseksuaalinen parisuhde. Tutkimukseen osallistumista on tarjottu kaikille kriteerit täyttävälle, hoitoa hakeville potilaille ja heidän puolisoilleen. Tutkimusryhmässä on kokonaisuudessaan 36 paria: 14 naispotilasta (38,9%) ja 22 miespotilasta (61,1%) puolisoineen. Alkumittauksen BDI-tiedot on saatu 31 puolisolta.

Tutkittavat pariskunnat ovat keskimäärin hieman yli 40-vuotiaita (vaihteluväli potilailla 21-59 ja puolisoilla 22-60). Potilaat (*md* 46) ovat usein vanhempia kuin puoliset (*md* 40). Tämä liittyy siihen, että potilaissa on enemmän miehiä kuin naisia, ja miehethän ovat usein naispuolisojaan vanhempia. Tutkittavista 31 (81,6%) elää ydinperheessä, viisi (13,9%) uusperheessä. Tutkittavista potilaista 41,7% on ollut työssä viimeisen kahden vuoden aikana. Tutkimuksen alkutilanteessa 44,4% potilaista on sairaslomalla, kuntoutustuella tai eläkkeellä. Pareilla, joilla on lapsia, on tyypillisesti kaksi lasta. Yhdeksällä pariskunnalla (25%) ei ole lainkaan lapsia. Tutkittavien masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden aste alkutilanteessa ja vuoden seurannassa ilmenee Taulukosta 1.

TAULUKKO 1. Tunnuslukuja: masennus, parisuhdetyytyväisyys ja vastanneiden määrät

	Potilas				Puoliso			
	<i>n</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	vaihteluväli	<i>n</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	vaihteluväli
BDI alku	36	24.69	8.17	9-48	31	10.00	8.50	0-27
BDI vuosi	27	10.89	9.92	0-32	19	3.74	5.85	0-22
DAS alku	36	104.78	13.20	71-139	33	104.09	13.56	75-138
DAS vuosi	25	109.84	16.74	50-134	21	108.52	16.88	75-147

Masentuneilla puolisoilla (*n* =14) BDI-keskiarvo alkumittauksessa on 17,79 (*sd* 6.02, vaihteluväli 10-27, *md* 15.50)). Vuoden seurannassa masentuneiden puolisoitten (*n*=5) BDI-keskiarvo on 11,6 (*sd* 6.62, vaihteluväli 5-22, *md* 11).

Kieltäytyneiden ja tutkimusryhmän vertailu

Kieltäytyneissä oli enemmän naispotilaita (73,2%) kuin tutkimusryhmässä (38,9%) [$\chi^2(1) = 11,93$, $p < .01$, sovitettu standardoitu jäännös 3,5]. Tutkittavilla oli useammin somaattisia sairauksia (61,1%) kuin kieltäytyneillä (28,3%) potilailla [$\chi^2(1) = 10,02$, $p < .01$, sovitettu standardoitu jäännös 3,2]. Tutkittavilla nykyiset masennusoireet olivat kestäneet pidempään kuin kieltäytyneillä ($U = 566,50$, $p < .05$). Tutkimuksesta kieltäytyneet potilaat eivät eronneet tutkimusryhmästä tilastollisesti merkitsevästi ikänsä eivätkä työtilanteensa suhteen. Keskilukujen perusteella kieltäytyneet potilaat (ikä *ka* 37,62) olivat kuitenkin tutkimusryhmän potilaita (*ka* 41,97) jonkin verran nuorempia. Kieltäytyneillä oli myös useammin alle kouluikäisiä lapsia (50,7%) kuin tutkittavilla (27,8%) [$\chi^2(1) = 5,12$, $p < .05$, sovitettu standardoitu jäännös 2,3].

Vuoden seurantaan vastaaminen

Vuoden seurantamittaukseen osallistui 27 paria: 10 naispotilasta ja 17 miespotilasta puolisoineen. Vuoden seurannassa puolison BDI-tiedot on saatu 19 puolisoilta, joista 17 oli mukana alkumittauksessa. Seurantaan vastaamatta jättäneet potilaat eivät masennuksen lähtötason suhteen eroa tilastollisesti merkitsevästi seurantaan vastanneista potilaista. Seurantaan vastanneilla potilailla on kuitenkin useammin somaattisia sairauksia kuin vastaamatta jättäneillä [$\chi^2(1) = 3,90$, $p < .05$, sovitettu standardoitu jäännös 2,0]. Puolisoista seurantaan vastaamatta jättäneet olivat tutkimuksen alkutilanteessa tilastollisesti merkitsevästi masentuneempia kuin seurantaan vastanneet ($U = 64,50$, $p < .05$). Seurannassa on BDI-tietojen osalta mukana vain 5 niistä puolisoista, jotka tutkimuksen alussa olivat masentuneita. Alkutilanteessa ei-masentuneista puolisoista ($n=17$) on seurannassa mukana 12 puolisoa. Masentuneiden puolisoiden vastausprosentti vuoden BDI-kyselyssä on 36%, kun se ei-masentuneilla puolisoilla on 71% ja potilailla 75%. Potilaat ovat vastanneet vuoden seurantaan masentuneita puolisojaan useammin ($n=10$), eikä pari puolison vastaamattomuudesta huolimatta ole välttämättä jäänyt tutkimuksesta kokonaan pois.

2.2. Menetelmät ja muuttujat

Potilaat ja heidän puolisonsa täyttivät Beckin depressiokyselyn (BDI -Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh 1961) sekä parisuhdetyytyväisyyttä mittaavan DAS-kyselyn (Dyadic Adjustment Scale; Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995; Spanier, 1976) sekä tutkimuksen alkutilanteessa että vuoden seurannassa. Molemmat ovat itsearviointilomakkeita. Beckin depressiokyselyssä on 21 masennusoireita ja niiden voimakkuutta kartoittavaa kysymystä.

Kategorisena masennusrajana tässä tutkimuksessa käytetään BDI-kyselyn pistemäärää 10: BDI suurempi tai yhtä suuri kuin 10 merkitsee masentuneisuutta. Masentuneilla puolisoilla viitataan tutkimuksen alkutilanteessa masentuneisiin puolisoihin.

Tutkimuksessa käytetyssä muokatussa DAS-kyselyssä (ks. liite) on suora kysymys suhteen onnellisuudesta (arviointi asteikolla 1-7) sekä kolme muuta osiota: konsensus (*"Kuinka usein sinä ja puolisesi olette samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista asioista?"* Esim. rahankäyttö ja talousasiat), tyytyväisyys (*"Kuinka usein olet harkinnut avioeroa tai suhteen lopettamista?"*) ja koheesio (*"Kuinka usein sinun ja puolisesi välillä tapahtuu seuraavaa? Esim. Vaihdamme innostuneesti ajatuksia"*). Näistä osista saadaan DAS-kokonaispistemäärä, joka kertoo parisuhteen koetusta laadusta. DAS on tutkimuksissa eniten käytetty mittari parisuhdetyytyväisyydelle (Funk & Rogge, 2007). Raja-arvon 97,5 on useissa tutkimuksissa todettu erottelevan tyytyväiset ja stressaantuneet parit (Funk & Rogge, 2007). Tässä tutkimuksessa raja-arvo ei kuitenkaan ole suoraan käytettävissä, koska tutkimuksessa käytettiin DAS-kyselyn muokattua versiota.

Tutkimuksen keskeisimmät muuttujat ja niistä taulukoissa käytetyt lyhenteet ovat: puolison BDI-kyselyn kokonaispistemäärä alkumittauksessa (Puol BDI alku), potilaan BDI-kyselyn kokonaispistemäärä vuoden seurantamittauksessa (Pot BDI vuosi), potilaan DAS-parisuhdekyselyn kokonaispistemäärä vuoden seurantamittauksessa (Pot DAS vuosi) sekä potilaan BDI- ja DAS-pistemäärissä tapahtunutta muutosta kuvaavat muuttujat (Pot BDI muutos ja Pot DAS muutos). Muutosmuuttujat on muodostettu vähentämällä seurantamittauksen pistemäärästä alkumittauksen pistemäärä. Näin laskien BDI-muutosmuuttuja on etumerkiltään negatiivinen, jos masennus vähenee vuoden kuluessa. DAS-muutosmuuttuja on etumerkiltään positiivinen, jos parisuhdetyytyväisyys kasvaa vuoden kuluessa. Muutosmuuttujien etumerkkien voi siis ajatella edustavan toivottua muutoksen suuntaa: masennuksen vähenemistä ja parisuhdetyytyväisyyden kasvua. Muutosmuuttuja osoittaa, kuinka paljon toivottua muutosta BDI- ja DAS-pistemäärissä on tapahtunut.

2.3. Aineiston analysointi

Tutkimuksessa päädyttiin parametrittomiin analyysimenetelmiin, mitä perustelee tutkittavien ryhmien pieni koko sekä se, että parametristen menetelmien jakaumaoletukset eivät täyttyneet. Tutkittaessa muuttujien saamia arvoja suhteessa normaalijakaumaan havaittiin, että monet

muuttajat poikkeavat normaalijakaumasta sekä Kolmogorov-Smirnovin että Shapiro-Wilkin testituloksen mukaan tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi useissa jakaumissa on vinoutta. Näin ollen muuttajien välisiä yhteyksiä tutkittiin Spearsonin järjestyskorrelaatiokerroimella sekä χ^2 -testillä. Osittaiskorrelaatiokerroin on kuitenkin parametrinen Pearsonin korrelaatiokerroin. Ryhmien välisten keskiarvoerojen vertailussa käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä. Potilaiden masennuksen vähenemistä testattiin Wilcoxonin riippuvien otosten keskiarvotestillä. Aineisto on pieni ja varsinkin sen osaryhmien tarkastelussa ryhmät on hyvin pieniä. Näin ollen myös muuttajien väliset yhteydet voivat olla sattumanvaraisia. Tästä syystä kiinnitän huomiota ensisijaisesti vain tilastollisesti merkitseviin korrelaatioihin.

3. Tulokset

Tutkimuksen alkumittauksen masentuneista puolisoista naisia on 11 ja miehiä 3. Naispuolisoista suhteellisesti suurempi osa on masentuneita kuin miespuolisoista (Taulukko 2). Sukupuolen ja masentuneisuuden yhteys puolisoilla ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä tällä tavoin kategorisesti tarkasteltuna.

TAULUKKO 2. Puolison sukupuoli ja masentuneisuus tutkimuksen alkutilanteessa.

		Puolison sukupuoli		Yhteensä
		Mies	Nainen	
Puoliso alkutilanteessa	Ei masentunut	7 70,0%	10 47,6%	17 54,8%
	Masentunut	3 30,0%	11 52,4%	14 45,2%
Yhteensä		10 100,0%	21 100,0%	31 100,0%

Onko masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden asteessa ja niiden muutoksessa sukupuolieroa potilailla ja puolisoilla?

Tätä tutkitaan sekä alkutilanteen että vuoden seurannan osalta. Sukupuolieroja masennuksessa, parisuhdetyytyväisyydessä ja niissä tapahtuneessa muutoksessa tutkittiin Mann-Whitneyn U-

testillä. Naiset puolisoina ovat alkutilanteessa masentuneempia kuin miehet puolisoina ($U = 51,0$ $p < .05$). Naispuolisoiden ($n=21$) BDI-keskiarvo alkumittauksessa on 12.19 (md 10, sd 8,6), miespuolisoiden ($n=10$) 5.40 (md 2, sd 6,4). Muita sukupuolieroja arvoissa tai niiden muutoksessa ei ollut.

Onko puolison masentuneisuudella yhteyttä potilaan hoitotulokseen vuoden seurannassa?

Potilaan hoitotulosta tarkastellaan potilaan BDI- ja DAS-pistemäärinä vuoden seurannassa. Koska potilailla on keskenään erilaiset lähtötasot masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhteen, tarkastellaan potilaan hoitotulosta myös lähtötasoista riippumatta. Tämä tapahtuu tutkimalla potilaan BDI- ja DAS-arvoissa vuoden aikana tapahtunutta muutosta. Puolison masentuneisuuden yhteyttä potilaan hoitotulokseen tutkitaan siis sekä absoluuttisilla potilaan vuoden seuranta-arvoilla että suhteellisesti, arvoissa tapahtuneen muutoksen kautta. Ensin yhteyttä tutkitaan korrelaatiokerroimin, sitten keskiarvovertailuilla ja viimeiseksi χ^2 -testillä.

Kysymystä puolison masentuneisuuden yhteydestä potilaan hoitotulokseen käsitellään ensin koko aineistoa vasten. Taulukosta 3 nähdään, että puolison alkumittauksen BDI-arvolla on tilastollisesti merkitsevä yhteys potilaan BDI-arvoon vuoden seurannassa. Toisin sanoen, mitä masentuneempi potilaan puoliso on tutkimuksen alkutilanteessa, sitä masentuneempi itse potilas on vuoden seurannassa. Kun puoliset alkutilanteessa jaetaan kahteen luokkaan sen mukaan, ovatko he masentuneita vai eivät, on tämän muuttujan yhteys potilaan BDI-arvoon vuoden seurannassa samaa luokkaa kuin edellä ($r = .49$, $p < .05$). Parametrinen osittaiskorrelaatiokerroin varmisti, että puolison alkutilanteen BDI-arvon yhteys potilaan BDI-arvoon vuoden tilanteessa säilyy potilaan omasta alkutilanteen BDI-arvosta riippumatta (Pearson, osittaiskorrelaatiokerroin $r = .573$, $p < .01$, $n=22$). Varmistettiin myös, että puolison masentuneisuuden mukaan kahteen luokkaan jaettujen potilaiden masennuksen asteessa ei ollut merkittävää eroa tutkimuksen alkutilanteessa (potilaat, joilla masentunut puoliso BDI ka 24.59, md 25; potilaat, joiden puoliso ei masentunut BDI ka 23.59, md 23). Potilaan parisuhdetyytyväisyyden vuoden seurannassa ei puolison alun BDI-arvolla juuri ole yhteyttä.

TAULUKKO 3.

Puolison masentuneisuuden ja potilaan hoitotuloksen väliset korrelaatiot koko aineistossa

	Puolison BDI alkumittauksessa	
	r	p
Pot BDI vuosi	.41	.041
Pot DAS vuosi	-.22	.328
Pot BDI muutos	.31	.131
Pot DAS muutos	-.38	.079

Seuraavaksi tarkastellaan puolison masentuneisuuden yhteyttä potilaan hoitotulokseen potilaan masennuksessa ja parisuhdetyytyväisyydessä tapahtuneen muutoksen kautta (Taulukko 3). Puolison alkumittauksen BDI-arvolla on koko tutkimusryhmää tarkasteltaessa heikko ja ei-merkittävä yhteys potilaan BDI-arvoissa vuoden aikana tapahtuneeseen muutokseen. Tämä heikko yhteys tarkoittaa, että mitä masentuneempi puoliso on tutkimuksen alussa, sitä vähäisempää on potilaan paraneminen vuoden aikana. Potilaan DAS-arvojen muutokseen puolison alun BDI-arvolla on edellistä vain hiukan voimakkaampi yhteys. Tämä negatiivinen yhteys tarkoittaa, että mitä masentuneempi puoliso on tutkimuksen alussa, sitä vähemmän potilaan parisuhdetyytyväisyys vuoden aikana kasvaa. Puoliset masentuneisiin ja ei-masentuneisiin jakavaan kaksiluokkaiseen muuttujaan potilaan DAS-arvojen muutoksella on tilastollisesti merkittävä yhteys ($r = -.49, p < .05$). Tämän yhteyden suunta vastaa edellistä: mitä masentuneempi puoliso, sitä heikompaa potilaan paraneminen.

Seuraavaksi puolison masentuneisuuden yhteyttä potilaan hoitotulokseen vuoden seurannassa tarkastellaan aineiston eri ryhmissä. Tässä tarkastelussa tutkimusryhmä on jaettu kahtia sen mukaan, onko alkuperäisen potilaan lisäksi myös tämän puoliso masentunut; on siis kyse yhden ja kahden masentuneen henkilön pariskunnasta. Taulukosta 4 havaitaan, että alkutilanteessa masentuneiden puolisoitten BDI-arvo on voimakkaassa yhteydessä potilaan BDI-arvoon vuoden seurannassa: mitä masentuneempi puoliso on tutkimuksen alkutilanteessa, sitä masentuneempi potilas on vuoden seurannassa. Myös potilaan BDI-arvon muutoksella ja masentuneen puolison masentuneisuudella on tilastollisesti merkittävä yhteys: mitä masentuneempi puoliso on tutkimuksen alussa, sitä heikompaa on potilaan paraneminen. Masentuneita ja ei-masentuneita puolisoja verrattaessa havaitaan, että muuttujien väliset yhteydet näyttävät keskenään erilaisilta

(Taulukko 4). Ei-masentuneen puolison BDI-arvolla ei ole tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä potilaan paranemista koskeviin muuttujiin.

TAULUKKO 4.

Puolison masentuneisuuden ja potilaan hoitotuloksen väliset korrelaatiot masentuneilla ja ei-masentuneilla puolisoilla

	Puolison BDI alkutilanteessa			
	Masentuneet puoliset		Ei-masentuneet puoliset	
	r	p	r	p
Pot BDI vuosi	.73	.017	-.32	.245
Pot DAS vuosi	.40	.333	.29	.313
Pot BDI muutos	.69	.028	-.28	.313
Pot DAS muutos	-.19	.647	.19	.519

Jälkimmäinen aineiston osaryhmien tarkastelu koskee sukupuolta. Olisi toki mielenkiintoista tehdä sukupuolijako samanaikaisesti puolison masentuneisuutta koskevan jaottelun kanssa, mutta aineiston koko ei salli useampia ryhmittelyjä päällekkäin. Sukupuolittaisessa tarkastelussa on muistettava, että tutkimuksen alkutilanteen masentuneista puolisoista vain kolme on miehiä, joten jaottelut menevät luonnostaan aika lailla päällekkäin. Taulukosta 5 nähdään, että naispuolison alkumittauksen BDI-arvon ja potilaan vuoden seurannan BDI-arvon välillä on voimakas yhteys. Toisin sanoen, mitä masentuneempi naispuoliso on tutkimuksen alkutilanteessa, sitä masentuneempi miespotilas on vuoden seurannassa. Myös potilaan hoitotulosta koskevilla muutosmuuttujilla on tilastollisesti merkitsevä yhteys naispuolison alkutilanteen BDI-arvoon: Mitä masentuneempi naispuoliso on tutkimuksen alussa, sitä heikompaa on miespotilaan paraneminen vuoden kuluessa. Samoin mitä masentuneempi naispuoliso on tutkimuksen alussa, sitä vähemmän miespotilaan parisuhdetyytyväisyys kasvaa vuoden aikana. Sen sijaan miespuolison BDI-arvolla tutkimuksen alkutilanteessa ei ole tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä naispotilaan hoitotulosta koskeviin muuttujiin (Taulukko 5).

TAULUKKO 5

Puolison masentuneisuuden ja potilaan hoitotuloksen väliset korrelaatiot sukupuolen mukaan

	Puolison BDI alkutilanteessa			
	Naispuolisot		Miespuolisot	
	r	p	r	p
Pot BDI vuosi	.67	.003	-.15	.729
Pot DAS vuosi	-.13	.660	-.32	.444
Pot BDI muutos	.58	.014	-.21	.620
Pot DAS muutos	-.54	.047	-.34	.408

Ensimmäistä tutkimuskysymystä selvitettiin myös keskiarvovertailuin. Puolison masentuneisuuden mukaan jaettuja pareja vertailtiin toisiinsa Mann-Whitneyn U-testillä (Taulukko 6). Havaittiin, että potilaat, joiden puoliso oli alkutilanteessa masentunut, olivat vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi masentuneempia kuin potilaat, joiden puoliso ei ollut masentunut. Samoin potilaan parisuhdetyytyväisyyden kasvu oli tilastollisesti merkitsevästi vähäisempää potilailla, joiden puoliso oli tutkimuksen alussa masentunut. Tarkalleen ottaen parisuhdetyytyväisyys keskimäärin ottaen hieman laski potilailla, joiden puoliso oli masentunut. Potilailla, joiden puoliso ei ollut masentunut, muutokset masennuksessa ja parisuhdetyytyväisyydessä tapahtuivat toivottuun suuntaan.

TAULUKKO 6. Potilaan hoitotuloksen keskiarvovertailu molempien ja vain potilaan ollessa masentunut

	Myös puoliso masentunut	Vain potilas masentunut	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>ka</i>	<i>ka</i>		
Pot BDI vuosi	17,20	7,13	31,5	.016
Pot DAS vuosi	98,88	113,64	28,5	.060
Pot BDI muutos	-9,00	-15,93	43,5	.080
Pot DAS muutos	-3,25	8,29	23,0	.024

Kolmanneksi ja viimeiseksi puolison masentuneisuuden ja potilaan hoitotuloksen yhteyttä selvitettiin ristiintaulukoinnilla. Vuoden seurannassa edelleen masentuneista potilaista kuusi on naisia ja seitsemän miehiä. Kahdestatoista vuoden seurannassa masentuneesta potilaasta

kahdeksalla oli alkutilanteessa masentunut puoliso (Taulukko 7). Sellaiset potilaat, joilla tutkimuksen alkutilanteessa oli masentunut puoliso, olivat todennäköisemmin masentuneita myös vuoden seurannassa kuin sellaiset potilaat, joiden puoliso ei ollut alkutilanteessa masentunut. Tulos on tilastollisesti merkitsevä [$\chi^2(1)=6,84, p<.01$, sovitettu standardoitu jäännös 2,6] .

TAULUKKO 7.

Puolison alkutilanteen masentuneisuuden yhteys potilaan masennuksen hoitotulokseen

		Potilas vuoden seurannassa		Yhteensä
		Ei masentunut	Masentunut	
Puoliso alkutilanteessa	Ei masentunut	11 84,6%	4 33,3%	15 60,0%
	Masentunut	2 15,4%	8 66,7%	10 40,0%
Yhteensä		13 100,0%	12 100,0%	25 100,0%

Paranevatko masentuneet puoliset yhtä hyvin kuin masentuneet potilaat vuoden seurannan aikana? Toisin kuin potilailla, puolison alun ja vuoden BDI-arvot ovat voimakkaassa yhteydessä ($r = .68, p<.01$). Toisin sanoen, mitä masentuneempi puoliso on tutkimuksen alussa, sitä masentuneempi hän on myös vuoden seurannassa. DAS-arvoissa on pysyvyyttä sekä potilailla ($r = .58, p<.01$) että puolisoilla ($r = .66, p<.01$). Tarkasteltaessa erikseen masentuneita ja ei-masentuneita puolisoja havaitaan, että BDI-arvojen pysyvyyttä on eniten juuri alussa masentuneilla puolisoilla ($r = .67$). Ei-masentuneilla puolisoilla alun ja vuoden BDI-arvojen yhteyttä ei ole. Masentuneita puolisoita on seurannassa mukana vain viisi. Vastanneista kolme oli edelleen masentuneita ja heidän BDI-arvonsa vuoden seurannassa olivat 11 (11), 13 (24) ja 22 (27) (suluissa alkumittauksen arvot). Alkutilanteen kolmesta masentuneesta miespuolisosta yksi oli parantunut ja kaksi jättänyt vastaamatta seurantaan. Kolmelle puolisolalle, jotka olivat masentuneita sekä tutkimuksen alussa että vuoden seurannassa, on yhteistä naissukupuoli sekä heidän puolisonsa eli varsinaisen potilaan masentuneisuus myös vuoden tilanteessa.

Keskimääräinen BDI-muutos masentuneilla puolisoilla on -6 BDI-pistettä, masentuneilla potilailla -13,07. BDI-arvoissa vuoden aikana tapahtuva muutos on tilastollisesti merkitsevä vain

masentuneiden potilaiden osalta (Wilcoxon $Z = -1.49$, $p < .001$), mikä on luonnollista ottaen huomioon seurantaan vastanneiden masentuneiden puolisoitten pienen määrän. Kuten Tutkittavatluvussa nähtiin, potilaat olivat alkutilanteessa masentuneita puolisoita masentuneempia, mutta vuoden seurannassa masentuneet puolisoit ovat keskilukujen perusteella masentuneempia kuin potilaat.

Onko masennuksella ja parisuhdetyytyväisyydellä yhteyttä?

Alkumittauksessa masennuksella ja parisuhdetyytyväisyydellä ei ole yhteyttä potilailla eikä puolisoilla, ei miehillä eikä naisilla. Kun aineisto jälleen jaetaan kahtia puolison masentuneisuuden mukaan, havaitaan, että masentuneilla puolisoilla BDI ja DAS ovat voimakkaassa positiivisessa yhteydessä ($r = .61$, $p < .05$). Toisin sanoen, mitä masentuneempi masentunut puoliso on, sitä tyytyväisempi hän on parisuhteeseensa. Vuoden seurannassa masennus ja parisuhdetyytyväisyys ovat yhteydessä sekä potilailla ($r = -.43$) että puolisoilla ($r = -.43$). Potilailla yhteys on tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$). Toisin sanoen, mitä vähemmän masentunut potilas tai puoliso on, sitä tyytyväisempi hän on parisuhteeseensa. Sukupuolittain tarkasteltuna yhteydet vuoden seurannassa eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Sukupuolten välillä ei myöskään ole eroa masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhteessa potilailla eikä puolisoilla.

Onko potilaiden ja puolisoitten välillä yhteyttä masennuksessa ja parisuhdetyytyväisyydessä?

Seuraavaksi tarkastellaan ns. ristikkäisiä yhteyksiä. Tarkastelussa on ensin tutkimuksen alkutilanne. Alkutilanteessa potilaan masennuksen aste ei ole yhteydessä puolison parisuhdetyytyväisyyteen koko aineistossa eikä aineiston osaryhmissä. Myöskään puolison masennuksen asteella ei ole yhteyttä potilaan parisuhdetyytyväisyyteen koko aineiston tarkastelussa. Masentuneen puolison masentuneisuuden asteella on kuitenkin yhteys, joskaan ei tilastollisesti merkitsevä, potilaan parisuhdetyytyväisyyteen ($r = .48$). Miespuolisoiden masennuksen aste on negatiivisessa yhteydessä ($r = -.44$) naispotilaiden parisuhdetyytyväisyyteen: mitä masentuneempi miespuoliso, sitä tyytymättömämpi naispotilas on parisuhteeseen.

Seuraavaksi tarkastellaan ristikkäisiä yhteyksiä vuoden seurannan osalta. Taulukosta 8 nähdään, että koko aineiston tarkastelussa potilaan BDI-arvo on yhteydessä puolison DAS-arvoon vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi. Toisin sanoen, mitä vähemmän potilas on masentunut vuoden seurannassa, sitä tyytyväisempi puoliso on parisuhteeseen. Muut potilaiden ja puolisoitten väliset ristikkäiset yhteydet eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Huomionarvoista kuitenkin on, että

masentuneet puoliset ($n= 5$) näyttävät poikkeavan muista aineiston osaryhmistä siinä, että heillä parisuhdetyytyväisyys ei ole yhteydessä potilaan masennuksen asteeseen vuoden seurannassa. Puolison masennuksen asteella ei ole yhteyttä potilaan parisuhdetyytyväisyyteen koko aineistossa eikä aineiston osaryhmissä.

TAULUKKO 8

	Puolison DAS vuosi									
	Koko aineisto		Masentuneet puoliset		Ei-masentuneet puoliset		Naispuoliset		Miespuoliset	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Pot BDI vuosi	-.51	.020	.029	.957	-.50	.094	-.54	.071	-.51	.201

4. Pohdinta

Tutkimuksessa vertailtiin masennuksen hoitoa pariterapialla vain potilaan ja sekä potilaan että puolison ollessa masentuneita. Ensisijaisena tavoitteena oli selvittää puolison masentuneisuuden yhteyttä potilaan hoitotulokseen pariterapiassa vuoden seuranta-ajalla. Hoitotulosta tarkasteltiin potilaan masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden asteena vuoden seurannassa sekä masennuksessa ja parisuhdetyytyväisyydessä vuoden aikana tapahtuneena muutoksena. Lisäksi pyrittiin selvittämään, paranevatko masentuneet puoliset yhtä hyvin kuin masentuneet potilaat vuoden seuranta-aikana. Toisena tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhdetta potilailla ja puolisoilla sekä heidän välillään.

Tutkimus osoittaa, että puolison masentuneisuus pariterapian alussa on merkittäväällä tavalla yhteydessä potilaan masennuksen asteeseen ja myös parisuhdetyytyväisyyden muutokseen vuoden seuranta-aikana. Tässä aineistossa näin oli erityisesti puolison ollessa naispuolinen ja potilaan ollessa miespuolinen: mitä masentuneempi naispuoliso oli tutkimuksen alussa, sitä masentuneempi miespotilas oli vuoden seurannassa. Puolison masentuneisuudella tutkimuksen alkutilanteessa ei kuitenkaan ollut yhteyttä potilaan parisuhdetyytyväisyyden asteeseen vuoden seurannassa. Parisuhdetyytyväisyyden muutos oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi pienempi potilailla, joilla oli masentunut puoliso. Tämä sopii yhteen Whismanin ym. (2004) tutkimuksen kanssa, jossa

potilaan masennuksella ja puolison masennuksella oli yhdysvaikutus potilaan parisuhdetyytyväisyyteen sitä alentavasti. Tässä tapauksessa mitä masentuneempi naispuoliso oli tutkimuksen alussa, sitä vähäisempi oli miespotilaan parisuhdetyytyväisyyden kasvu vuoden aikana. Masentuneiden puolisoitten sukupuolijakauma oli kuitenkin niin vino, ettei sukupuoliasetelmasta voi tässä yhteydessä tehdä yleistettävissä olevia päätelmiä.

Tutkittavassa ryhmässä naispuolisot olivat tilastollisesti merkitsevästi miespuolisoita masentuneempia. Vastaava sukupuoliero on havaittu muissakin tutkimuksissa (Coyne & Benazon, 2002; Helasti, 1999; Wittmund ym., 2002). Avoimeksi jää edelleen kysymys siitä, johtuuko tämä puolison masentuneisuuden sukupuoliero miespotilaan tuottamasta erityisestä kuormituksesta vai naisten suuremmasta alttiudesta masentua (Nolen-Hoeksema, 1987; Kessler ym, 2003). DINADEP-hankkeen aiemmassa tutkimuksessa, jossa käsiteltiin sekä tutkimus- että kontrolliryhmää, masennuspotilaiden naispuolisot olivat sekä masentuneempia että tyytymättömämpiä parisuhteeseensa kuin miespuolisot (Pollari, 2007).

Masennuksella ja parisuhdetyytyväisyydellä ei tutkimuksen alkutilanteessa ollut odotetunlaista yhteyttä potilailla eikä puolisoilla kummallakaan sukupuolella. Alkutilanteen osalta masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhde poikkesi aiemmista tutkimuksista, joissa on saatu vahvaa näyttöä masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden yhteisvaihtelusta (esim. Whisman 2001a, Whisman ym., 2004). Tämä voi selittyä yksinkertaisesti pienen aineiston epästabiiliudella. Myös DINADEP-hankkeen aineistossa masennus ja parisuhdetyytyväisyys olivat negatiivisessa yhteydessä puolisoilla, kun tarkastelun kohteena olivat sekä tutkimus- että kontrolliryhmä tutkimuksen alkutilanteessa (Pollari, 2007). Vuoden seurannassa masennus ja parisuhdetyytyväisyys olivat negatiivisessa yhteydessä ja potilaiden osalta yhteys oli tilastollisesti merkitsevää: mitä vähemmän potilas oli masentunut, sitä tyytyväisempi hän oli parisuhteeseensa. Puolison parisuhdetyytyväisyys oli vastaavassa yhteydessä potilaan masennuksen asteeseen vuoden seurannassa: mitä vähemmän masentunut potilas, sitä tyytyväisempi puoliso oli parisuhteeseen. Tämä vastaa aiempaa tutkimusta (Whisman ym., 2004). Puolison masennuksen asteella ei ollut yhteyttä potilaan parisuhdetyytyväisyyteen kummassakaan.

Masentuneet puoliset poikkesivat usealla tapaa ei-masentuneista puolisoista. Masentuneilla puolisoilla masennus ja parisuhdetyytyväisyys olivat tutkimuksen alkutilanteessa positiivisessa, tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä: mitä masentuneempi puoliso, sitä tyytyväisempi hän oli

parisuhteeseensa. Tätä eriskummallisuutta voisi selittää sitä kautta, että puoliset ymmärtävät toisiaan ja toistensa masennusta paremmin molempien puolisoitten ollessa masentuneita kuin toisen osapuolen ollessa terve. Ymmärryksen ja hyväksynnän toisen tilaan liittyen voisi ajatella lähentävän puolisoita, mikä näkyy parisuhdearvioinnin korkeina pistemäärinä. Toisaalta kahden masentuneen puolison parit eivät olleet keskimäärin ottaen tyytyväisempiä parisuhteeseensa kuin yhden masentuneen parit. Puolison masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden positiivista yhteyttä voisi ajatella myös merkkinä ”myötätuntomasennuksesta”, olettaen että parilla on hyvä ja läheinen suhde ja potilas on sairastunut ensin. Toisin kuin ei-masentuneilla puolisoilla, masentuneiden puolisoitten parisuhdetyytyväisyys ei ollut lainkaan yhteydessä potilaan masennuksen asteeseen vuoden seurannassa. Helpoin selitys tälle olisi, että puoliso ei oman masentuneisuutensa vuoksi voi kokea parisuhdetyytyväisyyttä. Tämä kuitenkin edellyttäisi masennukselta ja parisuhdetyytyväisyydeltä negatiivista suhdetta, mikä ei varsinkaan masentuneilla puolisoilla tässä tutkimuksessa tullut esiin. Asian käsittelyä vaikeuttaa masentuneiden puolisoitten kato vuoden seurannassa.

Vaikka potilaiden ja puolisoitten keskinäinen yhtenevyys parisuhdearvioissa ei kuulunut tämän tutkimuksen tavoitteisiin, on silti mainitsemisen arvoista, että parisuhdearviot olivat merkitsevästi yhteneviä jo tutkimuksen alussa sukupuolesta ja puolison masentuneisuudesta riippumatta. Yhtenevyys säilyi, tai jopa voimistui, vuoden aikana. Sen sijaan potilaiden ja puolisoitten masennuksen asteella ei ollut keskinäistä yhteyttä tutkimuksen alkutilanteessa, seurannassa kyllä.

Eräässä tutkimuksessa (Benazon ym., 1987) 40% masentuneiden potilaiden läheisistä oli tarkemmin erittelemättömän tutkijoiden arvion mukaan itse psykologisen avun tarpeessa. Tässä tutkimuksessa 45% tutkimusryhmän puolisoista oli BDI-kriteerillä masentuneita. Masennuksen yleisyyteen ja sen interpersonaaliseen luonteeseen nähden on masentuneen henkilön läheisiä tutkittu suhteellisen vähän. Vaikka masentuneiden henkilöiden puolisoita on tutkittu jo jonkin verran, tiedossa ei ole aiempaa tutkimusta kahden masentuneen puolison pareista (Gupta & Beach, 2005), eikä näin ollen myöskään aiempaa tutkimusta puolison masennuksen merkityksestä potilaan masennuksen paranemiselle. Näin ollen tällä tutkimuksella on asioiden välisiä yhteyksiä kartoittava luonne. Varsinkin masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden suhdetta koskevat korrelaatiot antavat paljon tilaa spekuloinnille.

Paranevatko masentuneet puoliset masentuneita potilaita paremmin? Aineiston koko ja varsinkin kato asettivat rajoituksensa tämän kysymyksen tutkimiselle. Vuoden seurannassa oli BDI-tietojen

osalta mukana vain viisi niistä puolisoista, jotka tutkimuksen alussa olivat masentuneita. Vain kaksi heistä oli BDI-kriteerillä parantunut ja peräti yhdeksän oli jättänyt vastaamatta seurantaan (BDI:n osalta). Masentuneiden puolisoitten poisjääminen ja viitteet potilaita heikommasta paranemisesta antavat aihetta miettiä, millä tavalla potilaan ja puolison roolit pariterapiassa määräytyvät, ja millä tavoin ne ohjaavat hoitoa. Tutkimusryhmässä kolme puolisoa oli tutkimuksen alkutilanteessa BDI-pisteidensä perusteella yhtä masentuneita tai masentuneempia kuin alkuperäinen potilas. Myös pariterapissa ja tutkimuksessa pysymisen kannalta on tärkeää huomioida puolison masennus: seurantaan vastaamatta jättäneet puoliset olivat vastanneita tilastollisesti merkitsevästi masentuneempia tutkimuksen alkutilanteessa.

Tutkimuksen ehdoton puute on aineiston pieni koko varsinkin seurantamittauksessa. Tästä johtuen sukupuolittaiset ja puolisoryhmittäiset tarkastelut vuoden seurannan osalta voivat olla vain suuntaa-antavia. Aineiston pienuuden tuottamia ongelmia ei ollut mahdollista kokonaan kiertää. Kato vähensi varsinkin masentuneiden puolisoitten ryhmää, mikä on tietysti sinällään informatiivista. Lisäksi voidaan kritisoida BDI-pistemäärän tutkimuksessa saamaa painoa ja erityisesti sen käyttöä kategorisena, osallistuja masentuneisiin ja ei-masentuneisiin jakavana muuttujana. Tutkimuksen validiteettia parantaisi, jos masennuksen arvioinnissa käytettäisiin useampaa menetelmää, myös muita kuin itsearviointikyselyjä. Lisäksi DAS:n kuten muidenkin eniten käytetyimpien parisuhdemittarien on todettu sisältävän tarpeettoman paljon mittausvirhettä (Funk & Rogge, 2007). Tässä tutkimuksessa tutkijat eivät olleet suorassa kontaktissa tutkittaviinsa vaan tutkimuksen aineistonkeruun suorittivat kliinisen työn tekijät arkityössään.

Tutkimuksesta kieltäytyneissä oli suhteellisesti enemmän naispotilaita kuin tutkimusryhmässä. Naispotilaiden kieltäytyminen saattaa osaltaan liittyä vaikeuteen saada miespuoliso mukaan pariterapiaan. Tutkittavilla oli myös enemmän somaattista sairastavuutta ja masennusoireet olivat kestäneet pidempään kuin tutkimuksesta kieltäytyneillä potilailla. Näin ollen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä masennuspotilaisiin yleensä. Jatkossa olisikin tarpeen tutkia, milloin puolison masentuneisuudella on aivan erityisesti merkitystä potilaan toipumiselle. Onko näin erityisesti silloin, kun potilaalla on myös somaattista sairautta ja masennusoireet ovat kestäneet pitkään, kuten tämän tutkimuksen osallistujilla? Suuremmassa aineistossa olisi mahdollista kiinnittää enemmän huomiota myös potilaan masennuksen asteeseen ja tutkia sukupuolen merkitystä potilas-puoliso-asetelmassa. Toiseksi, muitakin kuin korrelatiivisia menetelmiä käyttämällä olisi paikallaan tutkia, millaisia paranemisen polkuja pitkin potilaan ja puolison

masennuksen väheneminen tapahtuu: esim. ennustaako potilaan toipuminen masentuneen puolison toipumista? Välittyykö masennuksen väheneminen parisuhdetyytyväisyyden kasvun kautta vai toisinpäin? Masennuksen ja parisuhdetyytyväisyyden keskinäisistä muutosmekanismeista tiedetään toistaiseksi melko vähän, ja vielä vähemmän tiedetään kahden masentuneen puolison suhteen erityispiirteistä.

Tutkimuksen päätulos puolison masentuneisuuden merkityksestä potilaan masennuksen paranemiselle pariterapiassa tukee ajatusta siitä, että parisuhteessa ja perheessä asiat ja ilmiöt vaikuttavat toinen toisiinsa ja on vaikea sanoa, mikä on syytä ja mikä seurausta; olisi tärkeää löytää tapoja hahmottaa vuorovaikutussuhteiden kokonaisuus, jossa masennus ilmenee.

5. Lähteet

Barbato, A. & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.

Beach, S.R.H. & O'Leary, K.D. (1992). Treating Depression in the Context of Marital Discord: Outcome and Predictors of Response of Marital Therapy Versus Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.

Beach, S.R.H. & O'Leary, K. D. (1993). Dysphoria and Marital Discord: Are Dysphoric Individuals at Risk for Marital Maladjustment? *Journal of Marital & Family Therapy*, 19, 355-368.

Beach, S.R. H., Fincham, F.D., & Katz, J. (1998). Marital Therapy in the Treatment of Depression: Toward a Third Generation of Therapy and Research. *Clinical Psychology Review*, 18, 635-661.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Benazon, N.R. & Coyne, J.C. (2000). Living with a Depressed Spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71-79.

Busby, Christensen, Crane, & Larson (1995). A revision of Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308.

Coyne, J.C. (1976a). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.

- Coyne, J.C. (1976b). Depression and the Response of Others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J.C. & Benazon, N.R. (2001). Not Agent Blue: Effects of Marital Functioning on Depression and Implications for Treatment. Teoksessa S.R.H. Beach (toim.), *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, 1. painos (s. 25-43). Washington, DC: APA.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B., & Greden, J.F. (1987). Living with a Depressed Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 347-352.
- Crowe, Michael (2004). Couples and Mental Illness. *Sexual and Relationship Therapy* 19, 309-318.
- Culp, L.N. & Beach, S.R.H. (1998). Marriage and Depressive Symptoms. *Psychology of Women Quarterly* 22, 647.
- Denton, W.H., & Burwell, S.R.(2006). Systemic Couple Intervention for Depression in Women. *Journal of Systemic Therapies* 25, 43-57.
- Dessaulles, A., Johnson, S.M., & Denton, W.H. (2003). Emotion-Focused Therapy for Couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study. *American Journal of Family Therapy* 31, 345-353.
- Duodecim & Suomen Akatemia (2007). Konsensuslausuma psykoterapiasta. *Duodecim* 123, 112-120.
- Emanuels-Zuurveen, L. & Emmelkamp, P.M.G. (1996). Individual Behavioural-Cognitive Therapy vs. Marital Therapy for Depression in Maritally Distressed Couples. *British Journal of Psychiatry* 169, 181-188.
- Emanuels-Zuurveen, L. & Emmelkamp, P.M.G. (1997). Spouse-Aided Therapy with Depressed Patients. *Behavior Modification* 21, 62-77.
- Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T. & Osborne, L.N.(1997). Marital Satisfaction and Depression: Different Causal Relationships for Men and Women? *Psychological Science* 8, 351-357.
- Funk, J.L., & Rogge, R.D.(2007). Testing the Ruler with Item Response Theory: Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology* 21, 572-583.
- Gotlib, I.H & Whiffen, V.E.(1989). Depression and Marital Functioning: An Examination of Specificity and Gender Differences. *Journal of Abnormal Psychology* 98, 23-30.
- Goering, P.N., Lancee, W.J. & Freeman, S.J.J. (1992). Marital Support and Recovery from Depression. *British Journal of Psychiatry* 120, 76-82.

- Gupta, M. & Beach, S.R.H. (2005). Understanding and Treating Depression in Couples. *Journal of Family Psychotherapy* 16, 69-83.
- Gupta, M. & Coyne, J.C. & Beach, S.R.H. (2003). Couples Treatment for Major Depression: Critique of the Literature and Suggestions for some Different Directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.
- Helasti, K. (1999). *Depressiotilaan omaisen kuormittuminen*. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 51: Helsinki.
- Hooley, J. & Teasdale, D. (1986) Predictors of Relapse in Unipolar Depressives: Expressed Emotion, Marital Distress, and Perceived Criticism. *Journal of Abnormal Psychology* 98, 229–235.
- Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A.E., Schmalings, K.B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Joiner, T.E.J. (2001). Nodes of Consilience between Interpersonal-Psychological Theories of Depression. Teoksessa Beach, S.R.H. (toim.), 1. painos (129-138). *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, 1. painos. Washington, DC: APA.
- Johnson, S.M. (2002). Marital Problems. Teoksessa Beach, S.R.H. (toim.), *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, 1. painos (s. 163-190). Washington, DC: APA.
- Katz, J. (2001). Self-Verification Theory: Expanding Current Conceptualizations of the Link between Marital Distress and Depression. Teoksessa Beach, S.R.H. (toim.), *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, 1. painos (s.111-127). Washington, DC: APA.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003) The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289: 3095 – 3105.
- Koerner, K., Prince, S. & Jacobson, N.S. (1994). Enhancing the Treatment and Prevention of Depression in Women: The Role of Integrative Behavioral Couple Therapy. *Behavior Therapy*, 25, 373-390.
- Möller-Leimkühler, AM. (2002) Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

- Pollari, Sirpa (2007). Masennuspotilaan puolison masentuneisuus ja parisuhdetyytyväisyys. *Pro gradu -tutkielma*. Jyväskylän yliopiston Psykologian laitos.
- Shadish, R.W. & Baldwin, S.A. (2002). Meta-Analysis of MFT Interventions. Teoksessa Sprenkle, D.H. (toim.), *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*, 1. painos, (s. 339-370). Alexandria: The American Association for Marriage and Family Therapy.
- Spanier, G.B.(1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage & the Family* 38, 15-28.
- Uebelacker, L.A., Courtnage, E.S., & Whisman, M.A. (2003). Correlates of Depression and Marital Dissatisfaction: Perceptions of Marital Communication Style. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 757-769.
- Weissman. M.M. (1987). Advances in Psychiatric Epidemiology: Rates and Risks for Major Depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Whisman, M.A. & Bruce, M.L. (1999). Marital Dissatisfaction and Incidence of Major Depressive Episode in a Community Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674-678.
- Whisman, M.A. (2001a). The Association between Depression and Marital Dissatisfaction. Teoksessa S.R.H. Beach (toim.), *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*, 1. painos (s. 3-24). Washington, DC: APA.
- Whisman, M.A. (2001b). Marital Adjustment and Outcome Following Treatments for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 125-129.
- Whisman, M.A., Uebelacker L.A., & Weinstock, L.M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction: The Importance of Evaluating both Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 830-838.
- Wittmund, B., Wilms, H-U., Mory, C., & Angermeyer, M.C. (2002). Depressive Disorders in Spouses of Mentally Ill Patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37, 177-182.

Liite

1

PARISUHDEKYSELY (DYADIC ADJUSTMENT SCALE – DAS)

Nimi: _____ Pvm: _____

I Konsensus _____

Kuinka usein sinä ja puolisesi/kumppanisi olette samaa tai eri mieltä seuraavista asioista?

	aina samaa mieltä	melkein aina samaa mieltä	silloin tällöin samaa mieltä	usein eri mieltä	melkein aina eri mieltä	aina eri mieltä
	6	5	4	3	2	1
1. Rahankäyttö ja talousasiat						
2. Uskontoon liittyvät asiat						
3. Tunteiden osoittaminen						
4. Ystävät						
5. Seksuaalinen kanssakäyminen						
6. Käytöstavat – mikä sopii, mikä ei						
7. Suhtautuminen vanhempiin ja appivanhempiin						
8. Pyrkimykset, tavoitteet ja tärkeiksi koetut asiat						
9. Yhdessä vietetyn ajan määrä						
10. Tärkeiden päätösten tekeminen						
11. Talous- ja muut kotityöt						
12. Vapaa-ajan harrastukset						
13. Työuraan liittyvät asiat						
14. Lastenkasvatus						
15. Alkoholin käyttö						

II Tyytyväisyys _____

	Kaiken aikaa 1	Hyvin usein 2	Useimmiten 3	Silloin tällöin 4	Harvoin 5	Ei koskaan 6
1. Kuinka usein olet harkinnut avioeroa tai suhteen lopettamista?						
2. Kadutko koskaan nykyistä avioliittoasi tai suhdettanne?						
3. Kuinka usein Sinä ja puolisosi riitelette?						
4. Kuinka usein Sinä ja puolisosi käytte toistenne hermoille?						

III Koheesio _____

	ei lainkaan 1	harvoin 2	silloin tällöin 3	melkein joka päivä 4	joka päivä 5
1. Onko sinulla ja puolisollasi/kumppanillasi yhteisiä kodin ulkopuolisia harrastuksia					

Kuinka usein sinun ja puolisosi/kumppanisi välillä tapahtuu seuraavaa?

	ei lainkaan 1	harvoin 2	silloin tällöin 3	melkein joka päivä 4	joka päivä 5
2. Vaihdamme innostuneesti ajatuksia					
3. Keskustelemme rauhallisesti jostakin					
4. Teemme jotain työtä yhdessä					

Kuinka onnellisena pidätte suhdettanne kaiken kaikkiaan?

- 1 Erittäin onneton
- 2 Melko onneton
- 3 Vähän onneton
- 4 Onnellinen
- 5 Hyvin onnellinen
- 6 Erittäin onnellinen
- 7 Täydellinen