

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAN YHDISTÄMINEN  
KOGNITIIVISEEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAAN JA  
HOITOTULOKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT**

**Tampereen yliopisto  
Psykologian laitos  
Pro gradu -tutkielma  
Hanna Heinonen  
Huhtikuu 2007**

HANNA HEINONEN: Hyväksymis- ja omistautumisterapian yhdistäminen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja hoitotulokseen vaikuttavat tekijät

Pro gradu -tutkielma, 62 s., 32 liites.

Psykologia

Huhtikuu 2007

---

Tässä tutkimuksessa selvitettiin opintojensa loppuvaiheessa olevien psykologian opiskelijoiden kykyä hoitaa tehokkaasti asiakkaita kymmenen terapiakerran aikana kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä. Hoitotulosten pysyvyyttä tutkittiin kuuden kuukauden jälkeen hoitojen päättymisestä. Tutkimuksen tavoitteena oli myös hoidon vaikuttavuuden arviointi, kun tutkitusti tehokkaaseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan lisätään hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Lisäksi haluttiin tutkia, vaikuttaako hyväksynnän muutos hoitotuloksiin sekä vaikuttaako terapia eri tavalla asiakkaisiin, jotka eivät ole saaneet aiempaa mielenterveyteen liittyvää hoitoa verrattuna aiempaa hoitoa saaneisiin asiakkaisiin. Tutkimuksessa käsiteltiin myös asiakkaiden kokemuksia terapiasta.

Tutkimus oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa vertailtiin kahden hoitomuodon vaikuttavuutta. Tutkimukseen osallistui 17 terapeuttia. Mukana oli 30 asiakasta, joita ei valittu tutkimukseen minkään diagnoosin mukaan. Asiakkaat satunnaistettiin kahteen hoitoryhmään: kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saavaan ryhmään. Jokainen terapeutti hoiti kahta asiakasta niin, että molemmista hoitoryhmistä oli yksi asiakas.

Tutkimuksessa käytettiin arviointimenetelminä SCL-90-oirekyselykaavaketta, BDI-depressiomittaria, AAQ-8-hyväksyntämittaria, sosiaalista toimintakykyä kartoittavaa JES-lomaketta sekä itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavia 0–100-asteikkkoja. Asiakkaat täyttivät lomakkeet ennen terapioiden alkua ja niiden päätyttyä sekä seurannassa.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että psykologian opiskelijat pystyivät hoitamaan tuloksellisesti asiakkaita, joilla oli erilaisia psyykkisiä oireita, kuten masennusta, ahdistuneisuutta sekä pari- ja ihmissuhdeongelmia. Hoitotulokset säilyivät terapian päättymisen jälkeen tai jopa parantuivat. Asiakkaiden psyykinen hyvinvointi parantui molemmissa hoitoryhmissä. Hoitoryhmien välillä ei ollut kuitenkaan eroja terapian vaikuttavuudessa. Hyväksynnän lisääntyminen oli yhteydessä parempaan hoitotulokseen. Lisäksi hoitotulos oli parempi asiakkailla, jotka eivät olleet saaneet aikaisempaa mielenterveyteen liittyvää hoitoa. Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

Tutkimuksen keskeisinä johtopäätöksinä voidaan todeta, että hyväksynnän lisääntyminen on yhteydessä hoitotulokseen. Erityisesti ensi kertaa hoitoon tulevien asiakkaiden kohdalla hyväksyntä lisääntyi paljon. Hyväksyntää lisääviä menetelmiä tulisikin lisätä hoidettaessa eri ongelmia. Molemmat tutkimuksessa käytetyt terapiamuodot vaikuttavat tämän tutkimuksen sekä aiempien tutkimusten perusteella tehokkailta. Psykologian opiskelijat saivat aikaan asiakkaiden tilanteissa muutoksia, minkä perusteella näitä tutkittuja menetelmiä tulisi opettaa psykologian perustutkintoon kuuluvana osana.

Avainsanat: hyväksymis- ja omistautumisterapia, hyväksyntä ja kognitiivinen käyttäytymisterapia

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
1.1. Hoidon vaikuttavuuden osoittaminen ja hoitotulokseen vaikuttavia tekijöitä .....	1
1.2. Kognitiivinen käyttäytymisterapia .....	5
1.3. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus .....	5
1.4. Hyväksymis- ja omistautumisterapia .....	9
1.5. Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuus .....	11
1.6. Hyväksyntä ja kokemuksellinen välttäminen .....	13
1.7. Hyväksynnän ja kokemuksellisen välttämisen tutkimustuloksia .....	14
1.8. Kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua .....	16
1.9. Yhteenveto .....	17
1.10. Tutkimuksen tavoitteet .....	18
<b>2. MENETELMÄT</b> .....	<b>19</b>
2.1. Tutkimusasetelma .....	19
2.2. Tutkimushenkilöt .....	20
2.3. Terapeutit .....	24
2.4. Arviointimenetelmät .....	25
2.5. Tutkimuksen kulku .....	27
2.6. Hoitomenetelmät .....	28
2.7. Tilastolliset menetelmät .....	30
<b>3. TULOKSET</b> .....	<b>31</b>
3.1. Terapiahoidon vaikuttavuus hoitoryhmissä .....	31
3.2. Aikaisempien hoitojen yhteys hoitotulokseen .....	35
3.3. Hyväksynnän yhteys hoitotulokseen .....	37
3.4. Asiakkaiden kokemuksia terapiasta .....	41
<b>4. POHDINTA</b> .....	<b>44</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>54</b>
<b>LIITTEET</b>	

# 1. JOHDANTO

## 1.1. Hoidon vaikuttavuuden osoittaminen ja hoitotulokseen vaikuttavia tekijöitä

Psykoterapioiden vaikuttavuutta koskevat kysymykset ovat olleet ajankohtaisia tutkimusteemoja ja keskustelunaiheita ympäri maailmaa. Myös Suomessa on keskusteltu paljon viimeisten vuosien aikana eri terapiamallien tehokkuudesta ja siitä, mitä terapiaa tulisi käyttää asiakkaiden hoidossa. Hoitoon hakeutuvien määrä on suuri ja psyykkisistä ongelmista kärsiville tulisi tarjota parhaita mahdollisia hoitomalleja. American Psychological Associationin (APA) perustama työryhmä sai tehtäväkseen selvittää empiirisesti tehokkaiksi osoitettuja psykologisia hoitomuotoja eri psyykkisiin häiriöihin vuonna 1993 (Barlow & Hofman, 1997). Työryhmä on jatkanut selvitystään tämän jälkeen. APA:n (1998) mukaan empiirisesti hyvin validoitujen hoitomenetelmien tulee täyttää tietyt kriteerit. Nämä kriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Empiirisesti hyvin validoitujen hoitomenetelmien minimikriteerit APA:n mukaan.

---

### Empiirisesti hyvin validoitujen hoitomenetelmien minimikriteerit

---

I. Ainakin kaksi kontrolloitua ryhmätutkimusta, joissa hoidon vaikuttavuus on osoitettu joillakin seuraavista tavoista:

A. Hoito on vaikuttavampi kuin lumelääke tai -hoito tai toinen psykoterapiamenetelmä.

B. Hoito on yhtä hyvä kuin jokin toinen jo validoitu hoitomenetelmä tutkimuksissa, joissa on riittävä otoskoko

TAI

II. Laaja sarja kokeellisia tapaustutkimuksia ( $n \geq 9$ ), jotka osoittavat hoidon vaikuttavuuden. Nämä hoidot edellyttävät:

A. Hyviä kokeellisia tutkimusasetelmia, ja että

B. Niissä on verrattu hoitoa muuhun hoitoon kuten kohdassa I.A.

LISÄKRITEERIT

III. Kokeet on tehty käyttäen tarkkaan laadittuja hoito-ohjeita (käsikirjoja).

IV. Asiakasryhmä on selvästi määritelty.

V. Hoitomenetelmän vaikuttavuuden on osoittanut vähintään kaksi eri tutkijaa tai tutkijaryhmää

---

On huomioitava, että terapatutkimuksessa erotellaan toisistaan kontrolloiduissa tutkimusasetelmissa tehdyt tutkimukset (efficacy) ja kliinisen työn tapaan tehdyt tutkimukset (effectiveness) (Roth & Fonagy, 2005). APA (1998) painottaa selvityksessään hyvin kontrolloituja tutkimuksia. Chamblessin ja Hollonin (1998) mukaan hoidon vaikutus tuleekin osoittaa ensin kontrolloiduin tutkimuksin, jonka jälkeen hoidon tehokkuutta tulisi tutkia kliinisessä työssä.

Kontrolloituja tutkimuksia pidetään todistusarvoltaan tärkeimpinä tutkimuksina (Roth & Fonagy, 2005). Kontrolloiduissa tutkimuksissa pyritään kontrolloimaan muuttujia (esimerkiksi hoitoaika, terapeutin kokemus, potilaiden häiriön vakavuus), jotka voisivat vaikuttaa hoitotuloksiin. Näissä tutkimuksissa korostetaan Rothin ja Fonagyn mukaan tutkimuksen sisäistä validiteettia. Kontrolloituun tutkimukseen otetaan yleensä vain tietyn diagnoosiryhmän potilaita (Roth & Fonagy, 2005). Chamblessin ja Hollonin (1998) mukaan potilaiden kuvaus tulisi tehdä American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -luokituksen mukaan, koska tämän luokituksen määritelmät ovat yleisessä käytössä ja siihen on käytössä standardoitu diagnostinen haastattelu, joka takaa luotettavan diagnoosin määrittelyn. Tällöin saadaan tietoa, onko hoitomuoto tehokas tietyn ongelman tai populaation hoidossa. Kun tutkimuksessa on mukana vain tietyn diagnoosiryhmän potilaita, voidaan ottaa huomioon häiriöiden luonnollinen kehityskulku tulosten tulkinnassa (Roth & Fonagy, 2005). On kuitenkin huomioitava, että vain yhtä häiriötä tarkastelevat kontrolloidut tutkimukset menettävät ulkoista validiteettia, jolloin tulosten yleistettävyyden on rajallisempaa (Westen & Morrison, 2001).

Terapiahoidon vaikuttavuuden kriteereihin kuuluu taulukossa 1 esitettyjen kriteerien lisäksi hoidon hyödynnettävyys: miten nopeasti hoitomenetelmän käytön voi oppia, minkälaista peruskoulutusta se edellyttää ja miten helppo sitä on soveltaa käytännön kliiniseen työhön sekä edellyttääkö se paljon taloudellisia resursseja (Chambless & Hollon, 1998). Hoidon panos-tuotosuhde, joka kuuluu myös vaikuttavuuden kriteereihin, tarkoittaa hoidon kustannuksien suhdetta hoidosta saatavaan etuun (Chambless & Hollon, 1998). Lisäksi tehokkuudesta kertoo se, miten nopeasti jollakin hoidolla saavutetaan asetetut tavoitteet. Hoidon tehokkuutta arvioitaessa on myös huomioitava hoidon hyväksyttävyyden eli se, miten helppo asiakkaan on hyväksyä hoito (Chambless & Hollon, 1998).

Psykologisen hoidon vaikuttavuuden kriteereihin kuuluu myös hoidon vaikutusten kesto (Chambless & Hollon, 1998). Tulosten tulkinta voi olla harhaanjohtavaa ilman pitkäaikaisseurantaa. Jotta voitaisiin osoittaa, että terapialla on vaikutusta, seurannan pituuden tulisi kestää tutkitun häiriön luonnollisen kehityskulun ajan (Roth & Fonagy, 2005). Tällöin voitaisiin ottaa huomioon uudelleen

sairastumisen todennäköisyys sekä riski ja episodien luonnollinen yleinen kesto. Toisaalta mitä pidempään seuranta kestää, sitä vaikeampi on pitää potilaan muutoksia hoidosta johtuvana (Roth & Fonagy, 2005). Rothin ja Fonagyn mukaan terapian suhteellinen vaikutus elämän tapahtumien kontekstissa vähenee myös ajan kuluessa. Lisäksi seurantatutkimusten tulosten tulkinta on vaikeaa, koska tutkimushenkilöt ovat usein vapaita hakeutumaan halutessaan muihin hoitoihin ja oireiden palatessa he tekevätkin usein niin (Chambless & Hollon, 1998). Chamblessin ja Hollonin mukaan hoitoon hakeutumista seurannan aikana voi tulkita siten, että sen avulla estetään oireiden uusiutumista tai ratkaistaan ongelma, jota on jo aloitettu käsittelemään tutkimuksen aikana.

Meta-analyysyjä ja niistä muodostettuja katsauksia pidetään kontrolloitujen tutkimusten lisäksi todistusarvoltaan tärkeimpinä tutkimuksina (Roth & Fonagy, 2005). Useiden eri tutkimusten tuloksia voidaan koota yhteen meta-analyysin avulla (Roth & Fonagy, 2005). Se mahdollistaa tutkimusten vertailun, jolloin terapiamenetelmän vaikuttavuutta voidaan verrata toiseen terapiamenetelmään, plasebo-ryhmään tai odotuslistaan. Vertailut tehdään laskemalla monista eri tutkimuksista terapiavaikutuksen suuruutta kuvaavia lukuja eli effect size -lukuja (ES/Cohenin d), jotka ovat riippumattomia otoksen koosta (Roth & Fonagy, 2005). Effect size -luvut kuvaavat hoidon vaikuttavuutta siten, että  $0.20 \leq ES < 0.5$  on pieni vaikutus,  $0.50 \leq ES < 0.8$  keskisuuri vaikutus ja  $ES \geq 0.80$  suuri vaikutus (Cohen, 1988; Roth & Fonagy, 2005). Eri terapiamenetelmiä verratessa effect size -luvuista puhuttaessa käytetään käsitettä kontrolloidut luvut (Öst, 2006). Östin mukaan terapiavaikutuksen suuruutta voidaan tarkastella myös terapiaryhmän sisällä, jolloin katsotaan terapiavaikutuksen suuruutta terapian alku- ja lopputilanteen tai alku- ja seurantamittauksen välillä. Ryhmän sisäiset effect size -luvut (kontrolloimattomat luvut) ovat suurempia kuin kontrolloidut luvut: 0.50 on pieni vaikutus, 0.80 keskisuuri vaikutus ja 1.10 suuri vaikutus (Öst, 2006).

Seuraavaksi tarkastellaan joitakin tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin ja hoitotuloksiin. Nämä tekijät ovat tutkimuksesta poisjääminen, hoidon pituus ja tutkimushenkilön häiriön vakavuus. Tutkimushenkilöiden poisjääminen tutkimuksesta tutkimuksen eri vaiheissa heikentää validiteettia, varsinkin jos poisjääneiden joukossa on valikoitumista (Roth & Fonagy, 2005). Rothin ja Fonagyn mukaan (2005) vaikutukset validiteettiin ovat erilaiset riippuen siitä, missä vaiheessa tutkimuksesta poisjääminen tapahtuu. Tutkimuksen alussa poisjääminen voi vaikuttaa hoidon satunnaistamiseen ja uhata näin sisäistä validiteettia. Vaikka poisjääneet jakautuisivatkin tasaisesti ryhmien välillä, suuri kato voi johtaa siihen, että tulokset ovat yleistettävissä vain itsepintaisiin potilaisiin. Se uhkaa ulkoista validiteettia. Jos suurin osa poisjääneistä on toisesta hoitoryhmästä, se voi myös heijastaa hoidon hyväksyttävyyttä. Lisäksi jos

tutkimuksesta jää pois suuri joukko tutkittavia, se voi rajoittaa tuloksista tehtäviä päätelmiä. Hoidon keskeytykset ovat kuitenkin yleisiä terapiatutkimuksessa (Roth ja Fonagy, 2005).

Kontrolloidussa tutkimuksessa terapiahoidot ovat usein lyhyitä, jotta hoidon sisäinen varianssi voitaisiin minimoida (Westen & Morrison, 2001). Terapian pituus voi kuitenkin vaikuttaa terapian vaikuttavuuteen. Lyhytterapian tehokkuudesta tiettyihin potilasryhmiin on empiiristä tutkimusaineistoa (Koss & Shiang, 1994). Kossin ja Shiangin mukaan lyhytterapiasta hyötyvät potilaat, joiden elämät ovat ongelmallisia tietyillä spesifeillä alueilla mutta joiden toimintakyky on säilynyt muilla elämän alueilla. Lyhytterapialla on todettu olevan vaikutusta työhön liittyvän stressin, ihmissuhdeongelmien, ahdistuneisuushäiriön, lievän masennuksen, paniikkihäiriön, posttraumaattisen stressihäiriön, riippuvuuksien, tai surureaktion hoidossa. Lyhytterapia on vähemmän tehokas potilaille, joilla on vakavampia häiriöitä (Koss & Shiang, 1994; Roth & Fonagy, 2005).

Jos tutkimukseen valituilla potilailla on eri diagnoosiryhmien häiriöitä ja häiriöiden vakavuus sekä kesto vaihtelevat, tutkimustulosten tulkinnassa voi tulla ongelmia (Roth & Fonagy, 2005). Häiriöiden vakavuus voi vaikuttaa hoitotuloksiin, kuten Lambertin (1976) tutkimuksessa potilaiden paraneminen vaihteli 8 prosentista 73 prosenttiin riippuen tutkimuksen aikana olleesta kliinisestä kunnosta (Rothin & Fonagy, 2005). Terapian tuloksellisuuteen voi vaikuttaa myös potilaan häiriön vaihe, jossa hoitoon tullaan (Roth & Fonagy, 2005).

Chamblessin ja Hollonin (1998) mukaan kliinisessä käytössä olevilta terapioilta tulisi vaatia tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä hoidon tehokkuudesta. Eri terapioiden tehokkuutta on tutkittu paljon kansainvälisesti ja on pystytty osoittamaan tiettyjen terapiamallien tai menetelmien tehokkuus eri ongelmien hoidossa (APA, 1998; Roth & Fonagy, 2005). Tutkitusti tehokkaita hoitomuotoja on olemassa, mutta usein psyykkisistä ongelmista kärsivät eivät ole tietoisia tehokkaiden psykologisten hoitomuotojen olemassaolosta (Barlow & Hoffman, 1997). Tällöin terapiamuodon valitseminen suuresta tarjonnasta voi olla heille haasteellista. Lisäksi tehokkaiksi todetut hoitomuodot eivät ole niiden asiakkaiden saatavilla, jotka hyötyisivät niistä (Barlow & Hoffman, 1997). Seuraavaksi tarkastellaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa, joka on osoitettu tehokkaaksi hoitomuodoksi sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, jonka tehokkuudesta on myös saatu hyviä tuloksia.

## **1.2. Kognitiivinen käyttäytymisterapia**

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on kehittynyt käyttäytymisterapiasta ja kognitiivisesta terapiasta 1980-luvun lopulla (Kåver, 2006). Käyttäytymisterapia kehittyi samanaikaisesti eri puolilla maailmaa erityisesti B. F. Skinnerin, Arnold Lazaruksen ja Joseph Wolpen toimesta 1950–1960-luvuilla (Kåver, 2006). Käyttäytymisterapian peruseriaatteet nousivat käyttäytymisen laboratoriotutkimuksista, kun psykoterapialta alettiin vaatia tieteellisiä periaatteita ja tieteellistä tutkimusta. Aaron T. Beck ja Albert Ellis kehittivät 1960–1970-luvuilla USA:ssa kognitiivisen terapian, jossa oltiin kiinnostuneita käyttäytymisen lisäksi myös ihmisen ajattelusta, kognitioista (Kåver, 2006). Kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu oppimiskognitiiviseen ja sosiaalipsykologian teoriaan ja tutkimukseen (Roth & Fonagy, 2005). Terapialla on vahva tieteellinen perusta ja siinä käytetään tieteellisesti tutkittuja, strukturoituja menetelmiä. Käytetyt menetelmät ovat sekä käyttäytymisterapian että kognitiivisen terapian tekniikoita. Terapiassa ei kiinnitetä niin huomiota ongelmien syntyhistoriaan vaan keskitytään selvittämään, miten toimimattomia käyttäytymismalleja ylläpidetään yksilön ympäristön tai uskomusjärjestelmän kautta (Roth & Fonagy, 2005). Terapiassa pyritään etsimään uusia käyttäytymismalleja toimimattomien tilalle rohkaisten yksilöä toimimaan luottaen paremmin omaan itseen. Terapian alussa tehdään usein käyttäytymisanalyysi, jonka avulla voidaan osoittaa ongelmaa ylläpitävät tekijät asiakkaan elämässä (Lehtonen & Lappalainen, 2005). Terapia eroaa perinteisestä kognitiivisesta terapiasta siinä, että kognitioita ei pyritä muuttamaan suoraan vaan toiminnan kautta. Tällä hetkellä kognitiivinen käyttäytymisterapia on kansainvälisesti kliinistä työtä ja tutkimusta hallitseva terapiamuoto.

## **1.3. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus**

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tutkittu paljon ja siksi tässä viitataan ensisijaisesti systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyyseihin, koska niitä pidetään tärkeimpänä todistusaineistona terapiatutkimuksen tulosten arvioinnissa (Roth & Fonagy, 2005). Seuraavaksi tarkastellaan, minkä häiriöiden hoidossa KKT on osoittautunut tehokkaaksi.

APA:n (1998) mukaan KKT on osoitettu tehokkaaksi hoitomuodoksi paniikkihäiriön (ilman agorafobiaa tai sen kanssa) (Barlow, Craske, Cerny & Klosko, 1989; Clark ym., 1994), yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991; Borkovec ym., 1987), kroonisen



kivun (Keefe, Dunsmoer & Bunett, 1992), bulimian (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989; Thackwray, Smith, Bodfish & Meyers, 1993) ja terveyteen liittyvien ongelmien (Hill, Rigdon & Johnson, 1993) hoidossa. Lisäksi ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia todettiin tehokkaaksi sosiaalisen fobian hoidossa (Mattick & Peters 1988).

Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on todettu tehokkaaksi masennuksen, yleistyneen ahdistushäiriön, paniikkihäiriön (agorafobian kanssa tai ilman agorafobiaa), posttraumaattisen stressihäiriön, bulimia nervosaa ja seksuaalisten ongelmien hoidossa. Terapia on osoittautunut tuloksekkaaksi myös lasten häiriöiden, kuten pakko-oireiden ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön sekä vanhuusiän depression hoidossa.

Butlerin, Chapmanin, Formanin ja Beckin (2006) katsauksessa tarkasteltiin 16 meta-analyysia (332 tutkimusta, n=9995), joissa kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutuksia verrattiin vaihtoehtoisiin hoitoihin eri häiriöiden kohdalla. Katsauksen mukaan KKT osoittautui erittäin tehokkaaksi hoitomuodoksi yksisuuntaisen masennuksen, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön (agorafobian kanssa tai ilman), sosiaalisen fobian, posttraumaattisen stressihäiriön ja lapsuusiän masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa. KKT todettiin melko tehokkaaksi hoidettaessa parisuhdeongelmia, vihan hallintaa, lapsuusiän somaattisia häiriöitä ja kroonista kipua. Katsauksen mukaan KKT oli tehokkaampi aikuisten masennuksen hoidossa verrattuna antidepressiiviseen lääkehoitoon. KKT oli myös yhtä tehokas kuin käyttäytymisterapia pakko-oirehäiriön hoidossa. Lisäksi bulimian ja skitsofrenian hoidossa oli suuri vaikutus KKT-ryhmän sisällä.

Östin (2006) meta-analyysi katsauksen mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on osoittautunut tehokkaimmaksi hoitomuodoiksi sosiaalisen fobian, paniikkihäiriön, ahdistuneisuushäiriön, posttraumaattisen stressihäiriön, depression, skitsofrenian, bulimian ja itsetuhoisen käyttäytymisen hoidossa verrattaessa sitä muihin hoitomuotoihin. Terapiahoidon vaikutus oli suurta kontrolloiduilla effect size -luvulla laskettuna (Cohenin  $d > 0.80$ ) hoidattaessa sosiaalista fobiaa, paniikkihäiriötä, ahdistuneisuushäiriötä, posttraumaattista stressihäiriötä, depressiota ja skitsofreniaa. Terapian vaikutus oli keskisuuri ( $> 0.50$ ) bulimiaa hoidattaessa ja pieni ( $> 0.20$ ) itsetuhoisen käyttäytymisen hoidossa. Terapiahoidon vaikutus oli suurta ryhmän sisäisiä effect size -lukuja tarkasteltaessa kaikkien kyseisten diagnoosien kohdalla, mikä viittaa KKT-menetelmien tehokkuuteen. Terapiahoidon vaikutukset myös säilyivät tai jopa parantuivat terapian jälkeen seurannassa katsottuna. Lisäksi Östin (2006) mukaan KKT-menetelmät toimivat myös kliinisessä työssä.

Fedoroffin ja Taylorin (2001) meta-analyysissä (n=672), johon on koottuna 57 tutkimusta vuosilta 1981-1998, KKT-menetelmät osoittautuivat sosiaalisen fobian hoidossa tehokkaammiksi kuin odotuslistakontrolliryhmä (Öst, 2006). Plasebo-menettelyä tehokkaampi oli kuitenkin vain altistus yhdistettynä kognitiiviseen terapiaan. Tulokset säilyivät tai jopa parantuivat 1–6 kuukauden seurannassa. Fedoroffin ja Taylorin meta-analyysin jälkeen hoitomenetelmät ovat kehittyneet ja Östin (2006) mukaan Clarkin KKT-hoitomuodolla on saatu yli kaksi kertaa parempia vaikuttavuuslukuja verrattuna aiempiin meta-analyyseihin. Clark ym. (2003) tutkimuksessa KKT-menetelmien vaikutus oli suurempaa (ES=2.14) kuin lääkitys yhdistettynä itsealtistukseen, plasebohoitoon tai itsealtistukseen sosiaalista fobiaa hoidettaessa.

Paniikkihäiriötä ilman agorafobiaa tai sen kanssa on tutkittu Östin (2006) mukaan meta-analyysissä, jossa selvitettiin lääkehoidon ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta (Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw & van Dyck, 1998). Paniikkihäiriön hoidossa ilman agorafobiaa ei ollut merkittäviä eroja lääkehoidon ja kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien välillä. Mutta kun paniikkihäiriöön liittyi agorafobia, osoittautui antidepressiivisen lääkityksen ja altistusmenetelmän yhdistelmä tehokkaimmaksi hoidon jälkeen mitattuna sekä seurantamittauksessa.

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa KKT on osoittautunut Östin (2006) mukaan jonkin verran tehokkaammaksi kuin pelkkä käyttäytymisterapia tai kognitiivinen terapia, mutta kuitenkin huomattavasti tehokkaammaksi kuin plasebo-menettely, vaihtoehtoiset terapiat, odotuslistamenettely tai ilman hoitoa jääminen (Borkovec & Russcio, 2001). KKT-ryhmän sisäinen effect size-luku oli 2.48 terapian lopussa ja 2.44 seurannassa sekä käyttäytymisterapiassa 1.72 terapian lopussa ja seurannassa 1.71.

Posttraumaattisen stressihäiriön hoidosta tehty viimeisin meta-analyysi on Bradleyyn, Greenen, Russin, Dutran ja Westenin (2005) tutkimus, johon on koottu 26 tutkimusta vuosilta 1980-2003 (Öst, 2006). Mukana olleiden menetelmien (altistus, KKT, altistus + kognitiivinen interventio ja EMDR) välillä ei ollut eroja hoidon tehokkuudessa, mutta nämä menetelmät olivat kuitenkin tehokkaampia kuin odotuslista-menettely tai supportiivinen terapia. Vähintään kuusi kuukautta kestänyt seuranta osoitti, että hoitojen vaikutus säilyi ainakin 6–12 kuukautta.

Östin (2006) mukaan KKT-menetelmillä saadaan masennuksen hoidossa yhtä hyviä tuloksia kuin lääkehoidolla (jopa vaikean depression kohdalla) tai parempia vaikutuksia kuin muilla psykologisilla hoitomuodoilla lukuun ottamatta interpersoonallista terapiaa. Terapian vaikutusten on todettu

säilyvät myös hoidon loputtuakin (Öst, 2006). Kognitiivinen käyttäytymisterapia osoittautui merkittävästi tehokkaammaksi masennuksen hoidossa kuin odotuslista-menettely, plasebo-menettely, antidepressiivinen lääkitys tai muut terapiamuodot Gloguenin, Cottrauxin, Cucheratin ja Blackburnin (1998) meta-analyysin mukaan (Öst, 2006). Kognitiivisen terapian ja käyttäytymisterapian välillä ei ollut merkitsevää eroa. Lisäksi intensiivisesti käytetyt KKT-menetelmät hoidon lisänä ovat hyödyllisiä hoidettaessa vakavaa masennusta (Roth & Fonagy, 2005).

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusten mukaan tehokas myös skitsofrenian hoidossa (Öst, 2006). Gouldin, Mueserin, Boltonin, Maysin ja Goffin (2001) meta-analyysin mukaan kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutus psykoottisiin oireisiin oli keskisuuri (ES=0.65) hoidon päättymisen jälkeen ja vaikutus lisääntyi 9-18 kuukautta kestäväen seurannan aikana vaikutuksen ollessa suurta (ES=0.93) (Öst, 2006). Rectorin ja Beckin (2001) meta-analyysi osoitti, että KKT:n vaikutukset skitsofreniapotilaita hoidettaessa olivat merkittävästi paremmat (ES=0.91) kuin supportiivisen terapian (rutiinihoito) vaikutukset. KKT-ryhmän vaikutus oli suurta ryhmän sisäisiä effect size -lukuja tarkasteltaessa (Öst, 2006).

KKT:llä on todettu olevan pitkäaikainen vaikuttavuus eri häiriöiden hoidossa (Öst, 2006; Roth & Fonagy, 2005). Butlerin ym. (2006) mukaan psykologisen ja erityisesti lääkehoidon vaikutukset heikkenevät, kun aktiivinen hoito loppuu (Hollon, Thase & Markowitz, 2002). KKT:ssä pyritään poistamaan ongelmia ylläpitävät tekijät ja huomio on terapiassa opeteltujen taitojen ja ajattelun muuntamisen siirtämisessä jokapäiväiseen elämään, jolloin hoidon vaikutusten voidaan olettaa kestäväen hoidon loputtua (Butler, ym., 2006). Butlerin ym. mukaan Gloguenin ym. (1998) tutkimuksessa havaittiinkin, että kognitiivinen käyttäytymisterapia voi ehkäistä paremmin uudelleen masentumista kuin lääkitys (KKT-ryhmässä 2.5 % ja lääkeryhmässä 60 % masentui uudelleen) vuoden kuluttua hoidon päättymisestä.

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on kuitenkin kritisoitu siitä, että se ei olisi niin tehokas kuin kirjallisuudessa on esitetty (Butler ym., 2006) ja että terapiatutkimuksessa on taipumus suosia tiettyä terapiaa muiden yli. Tutkijasta riippuen on saatu samoja tutkimuksia analysoimalla erilaisia tuloksia KKT:n tehokkuudesta (Butler ym., 2006). Butler ym. esittävät kuitenkin, että tutkijan suuntautuneisuus voi vaikuttaa tuloksiin, kun uutta hoitoa testataan, mutta tutkijan vaikutus häviää ajan myötä pois. Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan KKT:n tehokkuudessa on lisääntynyt vaikutus, jos tutkijat ovat menetelmän kehittäjiä. Vaikutuksen lisävaikutus ei näy kuitenkaan Rothin ja Fonagyn mukaan tutkimuksissa, joissa kaikki tutkijat eivät ole menetelmän kannattajia.

## 1.4. Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Acceptance and Commitment Therapy on Steven C. Hayesin ja hänen työryhmänsä Nevadan yliopistossa Renossa 1980- ja 1990-luvuilla kehittämä terapiamenetelmä. Terapiasta käytetään kansainvälisesti lyhennettä ACT (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999). Suomessa terapiaa kutsutaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaksi (HOT). Tässä tutkimuksessa terapiasta käytetään kuitenkin lyhennettä ACT, koska se on yhteensopiva kansainvälisen käytännön kanssa.

Hayesin (2004) mukaan käyttäytymisterapia voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on perinteinen käyttäytymisterapia, joka perustui operanttiin oppimiseen ja klassiseen ehdollistamiseen. Pian kuitenkin ymmärrettiin, että piti ottaa huomioon myös kognitiiviset prosessit ja tämä näkemys oli toisen vaiheen perinteisen kognitiivisen terapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian ydin. Käyttäytymisterapian kolmas vaihe kehittyi, johon hyväksymis- ja omistautumisterapia kuuluu, kun terapiaa haluttiin kehittää vielä eteenpäin. Kolmannen vaiheen terapiamuotoihin kuuluu ACT:n lisäksi muun muassa Linehanin dialektinen käyttäytymisterapia, Kohlenbergin funktionaalis-analyttinen psykoterapia ja mindfulness-käsitteeseen perustuvat kognitiiviset terapiat (Hayes, 2004). Näitä kolmannen vaiheen terapioita kutsutaan ns. uusiksi terapiamuodoiksi (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym. 2004). Uudet terapiamuodot ovat filosofialtaan kontekstuaalisia ja niissä käytetyt menetelmät ovat usein kokemuksellisia ja perustuvat hyväksyntään (Hayes, 2004).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa yhdistyvät kielen perustutkimus ja teoreettinen sekä filosofinen analyysi (Lappalainen ym., 2004). Menetelmä ja sen peruseriaatteet on kehitetty pitkäjänteisen kokeellisen perustutkimuksen pohjalta (Kuivalainen & Lappalainen, 2003). Kuivalaisen ja Lappalaisen mukaan hyväksymis- ja omistautumisterapian taustalla on kieltä ja kognitiota koskeva suhdekehysteoria (Relational Frame Theory). Teorian mukaan opimme liittämään toisiinsa tapahtumia tai asioita, jotka ovat ympäristön tai kontekstin ohjaamia. Hyväksymis- ja omistautumisterapian yhtenä tehtävänä on huomata ja muuttaa tehottomien kielellisten ohjeiden ja sääntöjen sekä säännön ohjaaman käyttäytymisen vaikutusta selkeyttämällä niiden seuraukset asiakkaalle (Lappalainen ym., 2004).

Lappalaisen ym. (2004) mukaan hyväksymis- ja omistautumisterapia eroaa perinteisestä kognitiivisesta terapiasta ja käyttäytymisterapioista filosofisen peruslähtökohtansa suhteen. Sekä suhdekehysteorian että hyväksymis- ja omistautumisterapian taustalla on funktionaalinen

kontekstualismi, jonka mukaan tapahtuman sekä sen merkityksen ymmärtämisessä pitää ottaa huomioon konteksti, jossa se ilmenee (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004). Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa tarkastellaan kaikkea suhteellisena ja siinä ei pyritä muuttamaan henkilökohtaisia kokemuksia, vaan kyseenalaistamaan sisäisten kokemusten (ajatukset, tunteet, muistot, fyysiset tuntemukset) merkitystä ja ACT eroaakin tämän asian suhteen KKT:stä (Hayes, 2004; Masuda, Hayes, Sackett & Twohig, 2004).

Ihmisen toimintaa tarkastellaan hyväksymis- ja omistautumisterapiassa toimivuuden perusteella ja pyritään lisäämään sitä käyttäytymistä, joka toimii (Lappalainen ym., 2004). Terapiassa pyritään luopumaan toimimattomista käyttäytymismalleista, jotka ovat usein sidottuja kielen käyttöön (kognitioiden sekoittuminen, tarpeeton syiden etsiminen, arvioiminen). Yksilön toimintaa tarkastellaan myös suhteessa hänen valitsemiinsa arvoihin ja päämääriin (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Yksilöä tuetaan terapian myötä elämään arvojen mukaista elämää.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian mukaan psyykkisten ongelmien sekä yleisen inhimillisen kärsimyksen taustalla on kielellinen toiminta (Lappalainen ym., 2004). Lappalaisen ym. mukaan ihmiset käyttävät kielellisiä ongelmanratkaisukeinoja ratkaistakseen sellaisia ongelmia, joiden kohdalla kielellinen ratkaisu ei toimi. Kielen kehitys on ollut ihmisille kulttuurisesti tärkeä. Kielen käytön myötä ihmisille on kuitenkin kehittynyt kyky kontrolloida asioita kielellisten sääntöjen ja ohjeiden mukaisesti. Yritys kontrolloida asioita on yleistynyt myös asioihin, jotka eivät ole kontrolloitavissa, kuten emootioihin. Länsimaissa on vallalla käsitys terveestä normaaliudesta, jonka mukaan psyykkinen oireilu ei ole normaalia (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Ihminen on oppinut, että epämiellyttävistä asioista pitää pyrkiä päästä eroon, vaikka tutkimustulosten mukaan yritykset välttää epämiellyttäviä emootioita lisäävät paradoksaalisesti niiden intensiteettiä ja pidentävät niiden kestoa ja esiintymistiheyttä (Sloan, 2004). Suurimmassa osassa länsimaalaisissa terapioiden pyritäänkin poistamaan psyykkisiä oireita, vaikka yritykset päästä eroon oireista usein vain lisäävät niitä (Plumb, Orsillo & Luterak, 2004). Kontrollointi ei kuitenkaan toimi Hayesin ym. (2006) mukaan sisäisten tapahtumien kohdalla. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa on keskeistä hyväksynnän ja kontrollin suhde: terapian avulla pyritään hyväksymään asiat, joita ei voida muuttaa ja muuttamaan sellaisia asioita, joita voidaan muuttaa. Terapiassa pyritään luopumaan hallinnasta ja tavoitteena on halukkuus ottaa vastaan epämiellyttävätkin asiat. Terapiaan kuuluu myös ajatus, että monet ihmiselämän ongelmista johtuvat siitä, että ihminen on kadottanut kyvyn olla läsnä tässä hetkessä (Lappalainen ym., 2004). Tätä asiaa harjoitellaan erilaisten tietoisuusharjoitusten (mindfulness) avulla.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa pyritään psykologiseen joustavuuteen kuuden ydinprosessin kautta (Hayes, Strosahl, Bunting ym., 2004). Nämä ydinprosessit ovat hyväksyntä, kielellisen kontrollin heikentäminen, yhteys nykyhetkeen, itsen näkeminen tilana tai paikkana, arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan. Näiden ydinprosessien pohjalta ajatellaan tapahtuvan muutosta yksilön käyttäytymisessä, mikä on yhteydessä valittuihin arvoihin. Nämä ydinprosessit voidaan jakaa kahteen siten, että terapiassa keskitytään hyväksynnän ja tietoisuuden lisäämiseen sekä käyttäytymisen muuttamisen sitoutumiseen. Keskityttäessä ydinprosesseihin saavutetaan psykologisia taitoja, eikä pyritä välttämään psykopatologiaa. Hayesin, Luoman, Bondin, Masudan ja Lillisin (2006) mukaan psykologisen joustavuuden vastakohta on psykologinen joustamattomuus: Jos käyttäytyminen on joustavaa, on myös hyväksyntää. Käyttäytymisen ollessa joustamatonta ihmisellä on usein taipumusta välttämiskäyttäytymiseen. Terapian käyttämät tekniikat, joilla pyritään psykologiseen joustavuuteen, on lainattu osin muilta terapiamuodoilta.

## **1.5. Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuus**

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on tutkittu melko paljon suhteutettuna siihen, että se on vielä nuori terapiamuoto. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on tutkittu satunnaistetuilla kontrolloiduilla tutkimuksilla monien eri psyykkisten häiriöiden hoidossa, kuten depression, ahdistuneisuushäiriön, psykoosin, kroonisen kivun, päihteiden käytön ja työhön liittyvän stressin hoidossa sekä terapian vaikutuksia työsuoriutumiseen on myös tutkittu (Hayes ym. 2006).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian kaikki kontrolloidut tutkimukset tai satunnaistetut tutkimukset on koottu yhteen Hayesin, Luoman, Bondin, Masulan ja Lillisin (2006) katsaukseen, jossa on mukana kaikki artikkelin julkaisuhetkellä tehdyt tutkimukset. Katsauksessa todettiin, että verrattaessa hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuutta mihin tahansa hoitoasetelmaan tai menetelmään ACT:n vaikutus on keskisuurta ( $ES=0.66$  hoidon päätyttyä ja  $ES=0.66$  seurannan jälkeen). Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa verrattaessa tietyn ongelman hoitoon suunniteltuun tiettyyn vaihtoehtoiseen hoitomuotoon, ACT osoittautui vaikutukseltaan suuremmaksi, jolloin terapian vaikutus oli keskisuurta sekä hoidon päätyttyä ( $ES=0.48$ ) että seurannan jälkeen ( $ES=0.63$ ). Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa verrattaessa odotuslistamenettelyyn, tavanomaiseen hoitoon TAU (treatment as usual) tai plasebo-hoitoihin ACT:n vaikutus oli suurta hoidon päätyttyä

(ES=0.99) ja keskisuurta seurannan jälkeen (ES=0.71). Seuranta oli tehty näissä tutkimuksissa 8–52 viikkoa hoidon jälkeen (M=19,2 viikkoa).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuus on osoitettu Hayesin ym. (2006) mukaan masennuksen (Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989), ahdistuneisuuden (Karekla, Forsyth & Kelly, 2004; Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006); Stewart, Zvolensky & Eifert, 2002; Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998; Toarmino, Pistorello & Hayes, 1997), sosiaalisen pelon (Block, 2002), agorafobian (Levitt, Brown, Orsillo & Barlow 2004), pakko-oirehäiriön (Twohig, Hayes & Masuda, painossa), rajatilapersoonallisuushäiriön (Gratz & Gunderson, painossa), psykoottisuuden (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006) ja trikotillomanian (Woods, Wetterneck & Flessner, 2006) hoidossa sekä kroonisen kivun (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004), huumeriippuvuuden (Hayes & Wilson ym., 2004) tyypin 2 -diabeteksen (Gregg, 2004), epilepsian (Lundgren & Dahl, 2005) ja työhön liittyvän stressin (Bond & Bunce, 2000) hallinnassa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseista on tehty tutkimuksia, jotta nähtäisiin, onko jokainen ydinprosessi psykologisesti aktiivinen ja sen toiminta ACT:n teorian mukainen (Hayes ym., 2006). Erityisesti hyväksynnän, kielellisen heikentämisen ja arvotyöskentelyn toimivuutta on tutkittu. Hayesin ym. (2006) mukaan kognitiivista heikentämistä tutkittaessa on havaittu, että se vähentää itseä koskevien negatiivisten ajatusten epämukavuutta ja näiden ajatusten uskottavuutta enemmän verrattuna häiriötehtävään tai ajatusten kontrolloimiseen (Masuda ym., 2004). Hyväksynnän, kielellisen heikentämisen ja arvotyöskentelyn vaikutusta kivun hallinnassa verrattiin kontrolliin perustuviin strategioihin ja havaittiin, että ACT-menetelmäryhmään kuuluvat osallistujat kestivät paremmin kipua ja osoittivat suurempaa halukkuutta kestää sitä pidempään, vaikka kipuasteet olivat nousseet erittäin korkealle (Gutierrez, Luciano, Rodriguez & Flink, 2004). Koska on havaittu, että hyväksyntä on oleellinen osa terapiaprosessia, esitellään hyväksyntää erikseen seuraavassa luvussa.

Lisäksi on myös havaittu, että ACT vähentää negatiivisten ajatusten tai oireiden uskottavuutta (Bach & Hayes, 2002), vaikka ei välttämättä vaikuta niiden esiintymistiheyteen. ACT lisää myös halukkuutta ottaa vastaan negatiivisia sisäisiä tapahtumia (Bond & Bunce 2000). Hayesin (2004) mukaan kognitiivisessa terapiassa odotetaan tapahtuvan juuri vastaisesti. Hayes näkee oireisiin uskomisen vähentymisen johtuvan kognitiivisesta heikentämisestä, mikä vaikuttaa myös hyviin hoitotuloksiin.

Hayesin ym. (2006) mukaan Zettlen (2003) tutkimus on tähän asti ainoa raportoitu tutkimus, jossa ACT:n vaikuttavuus oli vähäisempää verrattaessa toiseen hoitoon. Zettlen tutkimuksessa toinen hoito oli systemaattinen poisherkeittäminen ja tutkimushenkilöt kärsivät matematiikka ahdistuksesta (n=24). Hayesin mukaan tutkimustulokseen on voinut vaikuttaa se, että tutkittavat ihmiset olivat suhteellisen terveitä. Tukea tälle päätelmälle löytyi tutkimuksen tuloksista, joiden mukaan ACT-ryhmässä tapahtui matematiikka ahdistuksen vähenemistä huomattavasti enemmän niillä tutkimushenkilöillä, joilla oli hoidon alussa korkeammat pistemäärät kokemuksellisessa välttämässä AAQ:lla mitattaessa, mutta näin ei käynyt herkeittämisryhmässä.

## **1.6. Hyväksyntä ja kokemuksellinen välttäminen**

Hyväksyntä ja kokemuksellinen välttäminen ovat suhteellisen uusia käsitteitä (Sloan, 2004). Vaikka näistä käsitteistä ei olekaan tehty vielä paljoa empiiristä tutkimusta, ne vaikuttavat kuitenkin lupaavilta käsitteiltä (Sloan, 2004). Hyväksyntää pidetään vaihtoehtona kokemukselliselle välttämälle (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Kaikkiin terapiasuuntauksiin sisältyy jossain määrin ajatus asiakkaan hyväksymisestä ja asiakkaan auttamisesta hyväksymään itsensä. Hyväksyntää on sisällytetty moniin käyttäytymis- tai kognitiivisiin terapiaihin, kuten moniin uusiin terapiamuotoihin (Hayes, 2004). Vaikka hyväksyntä käsite on laajalti käytössä ja sitä on pyritty määrittelemään, on vielä epäselvää, mitä se oikeastaan on. Hyväksyntä voidaan nähdä osatekijänä, jonka kautta muutos tapahtuu asiakkaan tilanteessa (Hayes, Follette & Linehan, 2004). On kuitenkin vielä epäselvää, minkä prosessien kautta muutos tapahtuu. Lisäksi on olemassa erilaisia tekniikoita hyväksynnän aikaansaamiseksi. Hyväksyntä voidaan nähdä myös prosessina tai tuloksena (Hayes & Pankey, 2003). Hayesin, Folletin ja Linehanin mukaan hyväksynnällä tarkoitetaan aktiivista, tietoista sisäisten tapahtumien vastaanottamista sellaisena kuin ne ovat tai ilmenevät ja niiden kokemista avoimesti, ilman yrityksiä muuttaa niiden muotoa ja esiintymistiheyttä. Olennaista on myös halukkuus ottaa vastaan sisäiset kokemukset.

Hyväksynnällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa Hayesin määritelmän mukaista sisäisten tapahtumien hyväksymistä ilman yrityksiä muuttaa niitä. Sisäisillä tapahtumilla tarkoitetaan erityisesti asioita, joita yritetään välttää eli negatiivisia ajatuksia, tunteita, muistikuvia ja ruumiillisia



tuntemuksia sekä asioita, joille ei voi mitään ja joita ei voi muuttaa omalla toiminnalla. Omien negatiivisten ajatusten ja tunteiden hyväksyminen tarkoittaa sitä, että ihminen tiedostaa niiden olemassaolon, tarkkailee niitä, panee ne merkille, mutta ei tee niille mitään, ei yritä muuttaa tai päästä niistä eroon.

Kokemuksellinen välttäminen on haluttomuutta kokea tunteita, ajatuksia, fyysisiä tuntemuksia ja muistoja, jotka ovat usein negatiivisia sävyllään sekä yrityksiä muuttaa näiden tapahtumien muotoa ja esiintymisen tiheyttä tai kontekstia, jossa ne ilmenevät tai jotka ovat assosioituneet epämiellyttävän asian kokemiseen (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Tämän määrittelyn on ajateltu sisältävän kritiikkiä yleiselle ajattelutavalle psykopatologian kehityksestä ja sen pysyvyydestä, koska käsitteen mukaan psyykkisten ongelmien ei ajatella johtuvan ajatuksista tai tunteista vaan yrityksistä välttää epämiellyttäviä tilanteita, tukahduttaa ja kontrolloida ei-toivottuja sisäisiä tapahtumia (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Sloan, 2004). Välttämistä ylläpitää yleensä se, että välttämisen lyhytaikainen vaikutus on myönteinen (Sloan, 2004). Kuitenkin pidemmällä aikavälillä yritys välttää tai poistaa tiettyjä ajatuksia tai tunteita saa aikaa nämä tunteet ja lisää niiden esiintymistä ja voimakkuutta (Barnes-Holmes, Cochrane, Barnes-Holmes, Stewart & McHugh, 2004).

## **1.7. Hyväksynnän ja kokemukselliseen välttämisen tutkimustuloksia**

Hyväksynnän mittaamiseksi on kehitetty AAQ-mittari (Acceptance and Action -questionnaire), jolla voidaan mitata sekä asiakkaan hyväksyntää ja psykologista joustavuutta että välttämiskäyttäytymistä. Mittarista on olemassa kaksi versiota, joista toinen on 9 osion versio (Hayes, Strosahl, Wilson ym., 2004) mittaa psykologista joustavuutta sekä toinen 16 osion versio (Bond ja Bunce, 2003) psykologista joustavuutta (hyväksyntä ja mindfulness) ja arvojen mukaista toimintaa. Lisäksi Tuomisto (2003) on tehnyt mittarista suomenkielisen version AAQ-8, jossa on 8 osiota.

Hyväksynnällä on todettu olevan vaikutusta ihmisen psykologiseen hyvinvointiin ja psykoterapian vaikuttavuuteen (Hayes & Pankey, 2003). Hayesin, Strosahlin ja Wilsonin ym. (2004) mukaan hyväksynnän korkeammat pisteet ovat yhteydessä alhaisempiin pisteisiin yleisessä psykopatologiassa, masennuksessa, ahdistuneisuudessa, erilaisten traumojen ja pelkojen kohdalla sekä korkeampiin pistemääriin elämän laadussa. Hayesin ym. (2006) tutkimuskatsaukseen on

koottuna yhteen 32 tutkimusta (n=6 628), joissa selvitettiin AAQ:lla mitatun hyväksynnän ja erilaisten elämänlaatua kuvaavien mittareiden yhteyttä korrelaatioiden avulla. Hyväksynnän yhteyttä katsottiin myös masennukseen, ahdistuneisuuteen, stressiin, trikotillomaniaan, posttraumaattiseen stressireaktioon, kipuun, työsuoriutumiseen ja negatiivisiin tunteisiin. Katsauksen mukaan korkeammat pistemäärät hyväksynnässä olivat yhteydessä parempaan elämän laatuun ja hoitotuloksiin. Lisäksi psykologinen joustavuus (hyväksyntä ja arvon mukainen käyttäytyminen) oli yhteydessä psyykkisen häiriön matalaan puhkeamisen todennäköisyyteen sekä se ennusti parempaa psyykkistä hyvinvointia (Bond & Bunce, 2000; 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004).

Hayesin ym. (2006) katsauksessa tarkasteltiin hyväksynnän ja koettuja oireita kartoittavan SCL-90-R-mittarin (Symptom Checklist -90-R) yhteyttä kolmen tutkimuksen analyysissä (Cook, 2004; Polusny, Rosenthal, Aban & Follette, 2004; Toarmino, Pistorello & Hayes, 1997). Näiden tutkimusten kokonaiskorrelaatio oli 0.53, mikä viittaa siihen, että koettujen oireiden määrä oli yhteydessä hyväksynnän määrään. Hayes ym. (2006) tulkitsee yhteyttä niin, että mitä enemmän on hyväksyntää, sitä vähemmän on koettuja oireita.

Hyväksynnän ja BDI:llä (Beck Bepression Inventory) mitatun masentuneisuuden välinen kokonaiskorrelaatio oli 0.50, kun Hayesin ym. (2006) olivat ottaneet analyysiin mukaan kahdeksan tutkimusta (Bond & Bunce, 2000; Dykstra & Follette, 1998; Forsyth, Parker & Finlay, 2003; Gold, Marx & Heidt, painossa; Hayes, Strosahl, Wilson ym., 2004; Plumb, Orsillo & Luterek, 2004; Polysny, Rosenthal, Aban & Follette, 2004; Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998). Tulosta voi tulkita Hayesin ym. (2006) mukaan siten, että hyväksynnän kasvaessa masentuneisuus vähenee.

Hyväksyntä ja välttämiskäyttäytyminen ovat myös yhteydessä työsuoriutumiseen ja onnistuneeseen kivun hallintaan (Hayes ym., 2006). Hyväksyntä menetelmillä on havaittu olevan enemmän vaikutusta parempaan kivun sietämiseen sekä oireiden uskomisen vähenemiseen verrattuna kontrolliin perustuviin menetelmiin (Guetierrez, Luciano, Rodriguez & Fink, 2004). Psykologinen joustavuus kroonisilla kipupotilailla oli McCrackenin, Vowlesin ja Ecclestonen (2004) mukaan yhteydessä kipuun liittyvien lääkärisä käyntien ja kipulääkkeiden määräämisen vähenemiseen. Psykologinen joustavuuden on todettu myös olevan yhteydessä parempaan asemaan työssä ja parempaan toimintakykyyn kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kohdalla (McCracken, 1998) sekä parempaan mielenterveyteen ja työsuoriutumiseen (Bond & Bunce, 2003).

Tutkimusten mukaan kokemuksellinen välttäminen lisää epämiellyttäviä tunteita ja ajatuksia, joista pyritään eroon (Sloan, 2004). Plumbin, Orsillon & Luterekin (2004) artikkeliin on koottu kolmen tutkimuksen tulokset, joiden mukaan kokemuksellinen välttäminen ennustaa myös psykologista toimintaa stressaavan tilanteen jälkeen. Psykologinen joustavuus heikentyy todennäköisemmin, kun stressaavan tai traumaattisen tilanteen jälkeen hallintakeinona käytetään kokemuksellista välttämistä (Plumb ym., 2004). Plumbin ym. mukaan kokemuksellisella välttämällä on tärkeä vaikutus psykologisen ahdistuksen tai posttraumaattisen stressioireiden kehittymiseen ja sen pysyvyyteen stressaavan elämäkokemuksen jälkeen. Kokemuksellinen välttäminen on jopa voimakkaampi psykologisen ahdistuksen ennustaja kuin aiemmat stressi- tai posttraumaattiset stressioireet tai itse traumaattisen tilanteen vakavuus. Myös Sloanin (2004) mukaan kokemuksellinen välttäminen vaikuttaa psykopatologian kehitykseen ja sen ylläpitämiseen. Lisäksi tukahduttamiseen ja välttämiseen perustuvista strategioista tulee itsessään pelottavan tai ei-halutun sisäisen tapahtuman vihjeitä, koska ne yhdistyvät suhteellisten kehysten kautta, jotka vahvistuvat välttämisen myötä (Hayes ym., 1999). Edellisten tutkimustulosten perusteella ajatusten ja tunteiden kontrolloimiseen tai tukahduttamiseen perustuvat strategiat, joita usein käytetään kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (Barnes-Holmes ym., 2004), voivat itse asiassa vain haitata paranemista. Hyväksyntään perustuvat menetelmät voivat sen sijaan vähentää välttämiskäyttäytymistä ja estää psykopatologian kehittymistä (Hayes, Strosahl, Wilson ym., 2004).

Edellä kuvatut tutkimukset sekä muut tutkimukset hyväksymisestä ja välttämisestä tukevat hyväksynnän ja kokemuksellisen välttämisen käsitteiden tarpeellisuutta ja AAQ:n käyttöä hyväksynnän mittaamisessa. Vaikka AAQ on itsearviointilomake, se on osoittautunut hyväksi tutkimusmenetelmäksi hyväksyntää mitattaessa (Hayes ym., 2006).

## **1.8. Kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua**

Hayesin ym. (2006) mukaan on tehty vain muutama ACT:a ja perinteistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai kognitiivista terapiaa vertailevaa tutkimusta (Block, 2002; Branstetter, Wilson, Hildebrandt & Mutch, 2004; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989). Näissä vertailevissa tutkimuksissa terapiahoidon vaikutuksen suuruutta kuvaavat effect size -luvut olivat ACT:n hyväksi 0.73 (vaihteluväli 0.49–1.23) hoidon päätyttyä ja 0.83 (0.79–0.92) seurannan jälkeen. Eli hyväksymis- ja omistautumishoidon jälkeen terapian vaikutus oli keskiuuri ja seurannan

jälkeen vaikutus oli suurta verrattuna KKT:aan. Potilasryhminä näissä tutkimuksissa oli sosiaalisesta fobiasta kärsivät, syövän loppuvaiheessa olevat potilaat ja masentuneet. Hayesin ym. mukaan (2006) tutkimustulokset viittaavat siihen, että ACT ja KKT vaikuttaisivat muutosprosesseihin eri tavalla ja että ACT-hoidolla saataisiin parempia tuloksia. On huomioitava kuitenkin näiden tutkimusten pienet otoskoot ja lisää tutkimuksia tulisi tehdä tästä aiheesta Hayesin ym. (2006) mukaan.

Lisäksi Hayesin ym. (2006) mukaan alustavia lupaavia tuloksia ACT:n hyväksi on saatu Formanin, Herbertin, Yomansin ja Gellerin (2004) terapian vaikuttavuustutkimuksesta, jossa potilaat oli satunnaistettu ACT tai perinteiseen KKT-hoitoryhmään. Lappalainen ym. (painossa) tekivät myös vertailevan kontrolloidun tutkimuksen ACT- ja KKT-hoidon vaikuttavuudesta. Asiakkaita ei valittu tutkimukseen minkään diagnoosin perusteella, vaan heillä oli vaihtelevia ongelmia. Tutkimustulosten mukaan ACT oli tehokkaampi hoitomuoto kuin KKT. Masentuneisuus ja koetut oireet vähentyivät enemmän ACT-ryhmässä terapian aikana ja tulokset säilyivät mitattaessa kuusi kuukautta terapian päättymisestä. ACT:n vaikutus oli koettujen oireiden ja masentuneisuuden vähenemisessä molemmissa mittauksissa keskisuurta ( $ES > 0.50$ ).

Tuomelan (2006) pro gradu -tutkielmassa vertailtiin KKT-hoitoa sekä KKT:n ja ACT:n yhdistelmähoitoa. Tuomelan tutkimuksessa todettiin, että yhdistelmäryhmän hoito oli ollut jonkin verran tehokkaampaa kuin KKT-hoito. Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma on samankaltainen Tuomelan kanssa ja tutkimusaineisto on osin sama. Tutkimukset eroavat kuitenkin siinä, että Tuomelan tutkimuksessa analysoitiin hoitotuloksen lisäksi terapiaprosessia ja tässä tutkimuksessa pääpaino on terapiavaikutusten pysyvyydessä.

## **1.9. Yhteenveto**

Eri hoitojen vertailevissa vaikuttavuustutkimuksissa on havaittu, että kaikki hoitomuodot eivät ole yhtä tehokkaita keskenään ja on osoitettu, että tietyt menetelmät ovat tehokkaampia tiettyihin ongelmiin (APA, 1998; Roth & Fonagy, 2005). Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tutkittu paljon ja sen tehokkuus on todettu lukuisissa tutkimuksissa monien eri psyykkisten häiriöiden hoidossa (APA, 1998; Butler ym., 2006; Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2006). On myös osoitettu, että kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutukset säilyvät hoidon päätyttyä (Ösy, 2006). Kognitiivinen käyttäytymisterapia on saavuttanut tunnustusta kaikkialla maailmassa erityisen tehokkaana ja tieteellisesti tutkittuna terapiamuotona ja sen toimivuus kliinisessä työssä on osoitettu (Öst, 2006).

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on uudempi ja vähemmän tutkittu terapiamenetelmä kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia. Tutkimustulosten mukaan se näyttää kuitenkin lupaavalta ja tehokkaalta menetelmältä ja sitä onkin tutkittava lisää. Hyväksymis- ja omistautumisterapialla on saatu yhtä hyviä tai jopa parempia hoitotuloksia kuin KKT:llä (Hayes ym., 2006; Lappalainen ym., painossa). Hyväksyntä- ja omistautumisterapia vaikuttaa eri prosessien kautta kuin KKT ja erityisesti hyväksyntä vaikuttaa olevan keskeinen tekijä psykoterapiassa tapahtuvassa muutoksessa (Hayes ym., 2006). Tässä tutkimuksessa menetelminä käytetään kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Näiden menetelmien käyttö on eettisesti perusteltua, koska molempien menetelmien tehokkuudesta on olemassa tutkimusnäyttöä.

Vaikka tehokkaiksi osoitettuja hoitomuotoja on olemassa, ne eivät ole kuitenkaan usein asiakkaiden saatavilla (Barlow & Hoffman, 1997). Lisäksi tehokkaide menetelmien käyttöä opetetaan harvoin psykologian opiskelijoille (APA, 1993; Barlow & Hofmann, 1997). On kuitenkin tutkimustuloksia siitä, että opiskelijoiden antamalla terapialla on vaikutusta asiakkaiden tilanteisiin (Lappalainen ym., painossa). Kokemattomien terapeuttien kyvystä hoitaa tehokkaasti asiakkaita on tehty vielä vain vähän tutkimuksia.

## **1.10. Tutkimuksen tavoitteet**

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, pystyvätkö psykologian opiskelijat, joilla ei ole aiempaa kokemusta terapiatyöstä, hoitamaan asiakkaita tehokkaasti 10 terapiakerran aikana lyhyen 20 tuntia kestäväen menetelmäopetuksen jälkeen. Hoitotulosten pysyvyyttä tutkittiin kuuden kuukauden kuluttua hoitojen päättymisestä. Kiinnostuksen kohteena oli myös se, ovatko hoitotulokset parempia, kun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan yhdistetään hyväksymis- ja omistautumisterapiaa verrattuna kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Lisäksi tarkasteltiin, vaikuttaako hyväksynnän muutos terapian tuloksellisuuteen sekä onko terapian vaikutus erilainen asiakkaisiin, jotka eivät ole saaneet aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa, verrattuna niihin, joilla on aikaisempaa hoitoa.

## 2. MENETELMÄT

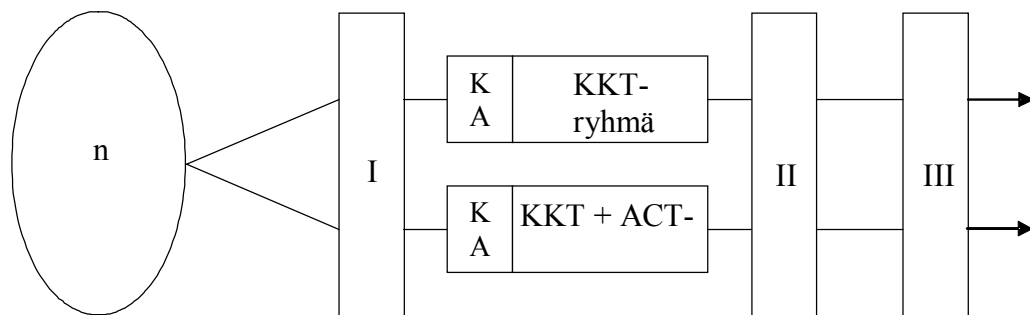
### 2.1. Tutkimusasetelma

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetuslinikassa syksyllä 2005. Tampereen ilmaisjakelulehdessä (Tamperelainen) oli 17.9.2005 ilmoitus, jossa haettiin terapia-asiakkaita opetuslinikassa tehtävään tutkimukseen (Liite 1). Asiakkaat ilmoittautuivat terapiaan puhelimitse. Yhteydenottoja tuli yhteensä 55, joista 34 ensimmäistä valittiin tutkimukseen asiakkaan ongelmasta riippumatta. Yksi ilmoittautuneista perui hoitoon osallistumisen ja hänen tilalleen otettiin ensimmäinen jonossa ollut asiakas. Lisäksi yksi asiakas jouduttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle, koska hänellä ei ollut mahdollisuutta käydä läpi terapiaa ajallisesti. Hänen tilalleen otettiin jonossa toisena ollut asiakas. Terapeutteina toimivat psykologian opiskelijat ja tämän tutkimuksen yhteydessä heistä käytetään selvyuden takia nimitystä terapeutti, vaikka heillä ei ole psykoterapeutin koulutusta.

Asiakkaat satunnaistettiin kahteen ryhmään seuraavasti: Asiakkaat laitettiin sukupuolen mukaan ikäjärjestykseen nuorimmasta vanhimpaan. Asiakkaista muodostettiin pareja siten, että samaa sukupuolta olevat ja samanikäiset asiakkaat muodostivat parin. Koska miehiä ja naisia oli pariton määrä, yksi pari muodostui pelkän iän perusteella. Näin saatiin seitsemäntoista paria. Asiakkaille arvottiin järjestys parin sisällä (1. ja 2.), minkä jälkeen ensimmäisenä järjestyksessä olleelle arvottiin terapiamuoto. Parista toinen asiakas päätyi KKT-ryhmään, jossa käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja toinen yhdistelmäryhmään, jossa käytettiin sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että hyväksymis- ja omistautumisterapian (ACT) menetelmiä. Seuraavaksi parit arvottiin terapeuteille, joita oli yhteensä 17. Terapeutti hoiti toista asiakasta KKT-menetelmillä ja toista asiakasta KKT- ja ACT-menetelmillä. Tämän menettelyn avulla terapeutin vaikutus hoidon tuloksiin kontrolloitiin pois tutkimusasetelmasta.

Kuviossa 1 on esitetty tutkimusasetelma, josta näkyy tutkimuksen vaiheet. Kuviossa n on kaikkien asiakkaiden määrä ennen ryhmiin satunnaistamista. I on asiakkaiden alkumittaus ja KA tarkoittaa käyttäytymisanalyysiä, joka tehtiin molempien ryhmien asiakkaille hoidon alussa. II on loppumittaus, joka toteutettiin noin 2 kk kuluttua terapioiden alkamisesta. III on seurantamittaus, joka tehtiin noin 6 kk kuluttua terapioiden päättymisestä.

Kuvio 1. Tutkimusasetelma



Tutkimuksesta jäi terapian aikana pois kaksi asiakasta sekä seurantamittauksessa kaksi asiakasta, joten lopulliseen tutkimusjoukkoon kuului 30 asiakasta. Kuvioon 1 ei ole merkitty tutkimuksesta poisjääneitä asiakkaita, jotka kaikki kuuluivat yhdistelmäryhmään. Lopullisesta tutkimusjoukosta kuului 17 asiakasta KKT-ryhmään ja 13 asiakasta yhdistelmäryhmään.

## 2.2. Tutkimushenkilöt

Poisjääneiden jälkeen tutkimukseen osallistui 30 terapia-asiakasta, joista naisia oli 25 ja miehiä viisi. Terapia-asiakkaiden taustatietoja on koottu taulukkoon 2. Asiakkaat olivat iältään 20–75-vuotiaita. KKT-ryhmän iän keskiarvo oli 44 vuotta ja yhdistelmäryhmän 47 vuotta. Parisuhteessa olevien ja yksin elävien määrä jakautui ryhmissä suhteellisen tasaisesti. KKT-ryhmässä 10 asiakasta oli saanut aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa, yhdistelmäryhmässä heitä oli kahdeksan. Viisi asiakasta oli ollut sairaalahoidossa mielenterveysongelmien takia. Heistä kolme oli yhdistelmäryhmän asiakkaita, joista yksi oli ollut sairaalahoidossa kolme kertaa. KKT-ryhmässä sairaalahoidossa oli ollut kaksi asiakasta, joista toinen oli ollut sairaalahoidossa kaksi kertaa. Kuusi asiakasta oli käynyt aiemmin terapiassa: näistä kaksi oli ollut lyhytterapioita ja neljällä asiakkaalla terapia oli kestänyt viiden tai yli kuuden vuoden ajan. Samanaikaista hoitoa terapian aikana oli kahdella asiakkaalla, joista toinen kävi mielenterveystoimistossa kahden viikoin välein ja toinen vertaistukiryhmässä 6 kertaa tutkimuksen aikana. Lisäksi yksi asiakas kävi tutkimuksen aikana yhden kerran mielenterveystoimistossa. Aikaisemman terapiahoidon ja samanaikaisen hoidon suhteen asiakkaat jakautuivat suhteellisen tasaisesti hoitoryhmiin. Terapian aikana mielenterveyden ongelmiin liittyvää lääkitystä käytti 7 KKT-ryhmän asiakasta ja 8 yhdistelmäryhmän asiakasta.

Taulukko 2. Tutkimushenkilöiden taustatiedot terapioiden alussa.

	KKT-ryhmä (n=17)	KKT + ACT-ryhmä (n=13)
Ikä [M (sd)]	43.82 (15.98)	47.08 (11.29)
Naisia/Miehiä	14 / 3	11 / 2
Parisuhteessa/yksin	9/8	8/5
Saanut aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa	10	8
Mielenterveyslääkitys käytössä tutkimuksen aikana	7	8

Tutkittavien koulutus jakautui siten, että kolmella (10 %) asiakkaalla oli perusasteen koulutus (kansakoulu, keskikoulu ja peruskoulu), 14 (47 %) asiakkaalla oli toisen asteen koulutus (ammattikoulu, ammatillinen opisto ja lukio) ja 13 (43 %) asiakkaalla oli kolmannen asteen koulutus (ammattikorkeakoulu, korkeakoulu ja yliopisto). Asiakkaat jakautuivat tasaisesti hoitoryhmien välillä koulutuksen suhteen. Tutkittavien työtilanne oli terapioiden alussa seuraava: asiakkaista 18 (60 %) oli töissä, 7 (23 %) oli eläkkeellä ja 3 (10 %) sairauslomalla. Muiden syiden vuoksi pois työelämästä oli 2 (7%) asiakasta, joista toinen oli kotiäitinä ja toinen työttömänä. Asiakkaat jakautuivat tasaisesti hoitoryhmissä työtilanteen mukaan.

Käyttäytymisanalyysin yhteydessä terapeutti laati yhdessä asiakkaan kanssa ongelmaluettelon, joka koostui asiakkaan sillä hetkellä kokemista ongelmistaan. Jokainen asiakas ilmoitti useamman kuin yhden ongelman. Taulukkoon 3 on koottu yleisimmät asiakkaiden ilmoittamat ongelmat. Näiden lisäksi asiakkaat ilmoittivat paljon muita yksittäisiä ongelmia. Parisuhdeongelmat ja ahdistuneisuus olivat suurimmat ongelmaryhmät. Ihmissuhdeongelmat ja masennus olivat myös melko yleisiä ongelmia. Ihmissuhdeongelmat liittyivät perheenjäseniin, ystäviin tai muihin läheisiin ihmisiin. Kyseessä saattoi olla esimerkiksi huoli lapsista, läheisen sairaus tai riidat. Nukkumiseen liittyviä ongelmia oli 12 (40 %) asiakkaista. Tähän ryhmään kuuluivat unettomuus, nukahtamisvaikeudet, katkonainen uni ja painajaiset. Tyytymättömyys itsen, johon kuului epävarmuuden, riittämättömyyden, huononmuuden ja arvottomuuden tunteet sekä itsesyytökset epäonnistumisista, oli ongelmana 12 (40%) asiakkaalla. Ongelmat jakaantuivat tasaisesti hoitoryhmien välillä, lukuun ottamatta tyytymättömyys itsen ja masennus ongelmaryhmiä. Myös parisuhdeongelmia oli enemmän yhdistelmäryhmässä ja mikä olikin yleisin ongelmaryhmä kyseisessä ryhmässä. Ihmissuhdeongelmat olivat hiukan yleisempi ongelmaryhmä KKT-ryhmässä.



Taulukko 3. Asiakkaiden ongelmat terapian alussa lopullisen aineiston kohdalla.

	KKT-ryhmä n= 17	KKT + ACT-ryhmä n=13	Yht. n=30
Parisuhdeongelmat	6 ( 35%)	9 (69%)	15 ( 50%)
Ihmissuhdeongelmat	8 ( 47%)	5 ( 38%)	13 ( 43%)
Ahdistuneisuus	8 ( 47%)	6 ( 46%)	14 ( 47%)
Masennus	8 ( 47%)	3 ( 23%)	11 ( 37%)
Nukkumiseen liittyvät ongelmat	7 ( 41%)	5 ( 38%)	12 ( 40%)
Tyytymättömyys itseen	9 ( 53%)	3 ( 23%)	12 ( 40%)
Fyysiset oireet/sairaudet	4 ( 24%)	4 ( 31%)	8 ( 27%)
Uupumus, jaksamattomuus, stressi	3 ( 18%)	5 ( 38%)	8 ( 27%)

(%) prosentit on laskettu hoitoryhmittäin ja koko tutkimusjoukon osalta.

Asiakkaiden ilmoittamat ongelmat voidaan jaotella myös käyttämällä lähtökohtana DSM-IV:n luokitusta. Tämän luokituksen mukaan asiakkaiden koetut ongelmat liittyivät seuraaviin alueisiin: neuroottiset, stressiin liittyvät, somatoformiset häiriöt (31), mielialahäiriöt (14), fysiologiset häiriöt ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät häiriöt (12).

Aineiston kaikista asiakkaista 18:llä (60% ) oli tutkimuksen alussa BDI-pistemäärä 10 tai enemmän, mikä viittaa masentuneisuuteen. Näistä 12 kuului KKT-ryhmään ja 6 yhdistelmäryhmään. Toisin sanoen BDI:n mukaan yhdistelmäryhmässä 46%:lla asiakkaista oli masentuneisuutta ja KKT-ryhmässä masennuksesta kärsi 71% asiakkaista. Khiin neliö -testi osoitti, että ryhmien välillä ei ollut kuitenkaan eroja masentuneitten lukumäärässä [ $X(1)=1.83, p >.05$ ]. BDI-pistemäärän mukaan keskivaikea tai vakava masennus ( $\geq 16$ ) oli 12 (40%) asiakkaalla. Heistä 10 kuului KKT-hoitoon ja 2 yhdistelmähoitoon. Ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan keskivaikeasti tai vakavasti masentuneitten lukumäärässä [ $X(1)=5.79, p <. 025$ ].

Mielenkiintoista oli BDI-pistemäärän ero suhteessa siihen, oliko asiakas ilmoittanut masennuksen ongelmakseen. Puolet asiakkaista, joilla oli BDI-pistemäärän mukaan masennus, ei ilmoittanut kuitenkaan sitä ongelmaksi, kuten taulukosta 4 voi havaita.

Taulukko 4. Asiakkaiden jakautuminen BDI-pistemäärän sekä sen mukaan, kokeeko asiakas masennuksen ongelmaksi.

	Ilmoittanut masennuksen ongelmaksi		
	Kyllä	Ei	Yht.
BDI $\geq$ 10 pistettä (Ainakin lievä masennus)	9 (50 %)	9 (50 %)	18
BDI < 10 pistettä (Ei masennusta)	2 (17 %)	10 (83 %)	12

Asiakkailta kysyttiin, oliko heillä lääkärin määrittämiä diagnooseja. Yhteensä 14 (47%) asiakasta ilmoitti, että heillä oli yksi tai useampi lääkärin määrittämä diagnoosi. Yhdellä näistä oli useampi diagnoosi samanaikaisesti (masennus, rajatilaoireinen persoonallisuushäiriö, anoreksia nervosa, bulimia nervosa). Tämän asiakkaan kohdalla otettiin huomioon viimeisin määritelty diagnoosi. Diagnoosit jakautuivat tasaisesti ryhmissä siten, että molemmissa ryhmissä seitsemällä asiakkaalla oli diagnoosi. Masennus oli diagnoosina 10 asiakkaalla, joista yhdellä oli sekamuotoinen masennus- ja ahdistustila. KKT-ryhmän asiakkaista kuudella oli masennus-diagnoosi ja yhdistelmäryhmästä neljällä. Seuraavia diagnooseja oli jokaista yksi: työuupumus, paniikkihäiriö, skitsofrenia paranoidia ja bulimia nervosa. Diagnoosit oli määritelty vuosina 1984–2005, eli ei tiedetä, täyttyivätkö diagnoosien kriteerit tutkimuksen aikana.

Hoidon alussa kysyttiin asiakkaan muutosvalmiutta eli sitä, miten valmis asiakas oli tekemään muutoksia tilanteeseensa parantamiseksi ja miten valmis hän oli työskentelemään sen eteen arvioituna asteikolla 0–10 (0=ei yhtään, 10=erittäin paljon). KKT-ryhmän asiakkaiden muutosvalmius oli 8.34 (sd=1.69) ja yhdistelmäryhmän 8.29 (sd=1.59). Asiakkaiden muutosvalmiudessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä t-testillä ja Mann-Whitney -testillä testattuna.

Tutkimuksesta poisjääneet neljä asiakasta olivat kaikki yhdistelmäryhmän asiakkaita. Kaksi heistä keskeytti terapian neljännen terapiakäynnin jälkeen. Toinen oli 39-vuotias yksin elävä töissä käyvä nainen, jolla oli perusasteen koulutus ja joka ilmoitti ongelmikseen masennuksen ja ihmissuhdeongelmat. Toinen keskeyttäneistä oli 31-vuotias parisuhteessa elävä mies, jolla oli toisen asteen koulutus ja jonka ilmoittamana ongelmana oli parisuhdeongelmat. Asiakkaiden terapeutit arvioivat keskeyttämisen syitä niin, että toisen asiakkaan kohdalla oli todennäköisesti kysymys motivaation puutteesta ja toisen kohdalla haluttomuudesta käsitellä syvemmin omia

asioitaan ja arvojaan sekä tehdä muutoksia elämässään. Seurantamittauksen yhteydessä kaksi yhdistelmäryhmän asiakasta ei palauttanut lomakkeitaan, joten nämä tutkimushenkilöt jouduttiin poistamaan tutkimusjoukosta. Toinen seurantamittauksessa tutkimuksesta poisjääneestä asiakkaasta oli 33-vuotias yksin elävä mies, jolla oli kolmannen asteen koulutus ja joka kävi töissä. Ongelmikseen hän ilmoitti ahdistuneisuuden ja ihmissuhdeongelmat. Toinen asiakas oli 22-vuotias toisen asteen koulutuksen käynyt nainen, joka sekä opiskeli että oli töissä ja hänen ongelmina olivat masennus, ahdistuneisuus ja parisuhdeongelmat. Yksi tutkimuksesta poisjääneistä asiakkaista oli saanut hoitoa aikaisemmin sekä yhdellä oli mielenterveyteen liittyvä lääkitys.

### **2.3. Terapeutit**

Tutkimukseen osallistuneet 17 terapeuttia olivat opintojensa loppuvaiheessa olevia psykologian pääaineopiskelijoita. Terapeuteista naisia oli 15 ja miehiä 2. Terapeuttien ikä vaihteli välillä 23–44 vuotta ( $M=31$  vuotta). Asiakkaiden terapiahoidot olivat osa ammatillisten opintojen interventiokurssia. Ennen terapioiden alkua opiskelijat saivat koulutusta kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien käytöstä 10 tuntia sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien käytöstä 10 tuntia. Opetuksessa käytiin läpi molempien terapimuotojen keskeisimpiä menetelmiä. KKT-menetelmistä käsiteltiin altistusmenetelmää, itsehavainnointia, käyttäytymisen aktivointia ja ongelmanratkaisumenetelmää. Opetukseen sisältyi luentoja, tapausesimerkkien läpikäyntiä ja harjoituksia. Opiskelijat hankkivat itselleen hoitomenetelmien käsikirjat: KKT-käsikirja (Lehtonen & Lappalainen, 2005), Sosiaaliset taidot -käsikirja (Lappalainen, Lehtonen, Hynninen, Loimala, Mikkola, Väätäinen, Rantanen, 2004) ja ACT-käsikirja (Lappalainen, Lehtonen, Hayes, Batten, Gifford, Wilson, Afari, McCurry, 2004). Opintoihin liittyen terapeuteilla oli jonkin verran kokemusta käyttäytymisanalyysistä ja asiakastyöstä, mutta kenelläkään terapeuteista ei ollut terapiakoulutusta eikä aikaisempaa kokemusta terapiatyöskentelystä. Terapeuteista 4 ilmoitti käyneensä itse terapiassa. Terapioiden aikana terapeutit saivat viikoittain työnohjausta 5–6 henkilön pienryhmissä. Työnohjaustapaamisen kesto oli 3 tuntia. Työnohjauksen kokonaismäärä oli 27 tuntia terapioiden aikana. Työnohjaajat olivat psykologian laitoksella työskenteleviä psykologeja, joilla on vaativan erityistason psykoterapiakoulutus. Työnohjaajat toimivat myös terapeuttikouluttajina.

## 2.4. Arviointimenetelmät

Tutkimukseen valittiin mittausmenetelmät siten, että asiakkaiden psyykkisen tilanteen kartoittaminen onnistuisi mahdollisimman monipuolisesti ja voitaisiin seurata psyykkisessä tilanteessa tapahtuvia muutoksia. Tutkimuksessa käytettiin erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita kartoittavaa SCL-90-oirekyselykaavaketta (Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998), masentuneisuuden astetta mittavaa BDI -depressiomittaria (Beck, Mendelson, Mock ja Erbaugh, 1961), hyväksyntää ja välttämiskäyttäytymistä mittaava AAQ-8-mittaria (Hayes, Strosahl, Wilson ym., 2004), sosiaalista toimintakykyä kartoittavaa JES-lomaketta (Bosc, Dubini ja Polin, 1997) sekä itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavia 0–100-skaaloja (Ojanen, 1997 ja 2001). Kaikki edelliset mittarit ovat itsearviointimittareita. Tutkimusmittarit ovat liitteessä 6.

Tutkimuksen päämittarina pidettiin SCL-90-mittaria, koska sitä on käytetty ja tutkittu paljon kansainvälisesti, sekä se kartoittaa laaja-alaisesti erilaisia oireita (somatisaatio, obsessiivis-kompulsiivisuus, masennus, ahdistuneisuus, vihamielisyys, foobinen ahdistus, paranoidiset ajatukset, psykoottisuus, interpersoonallinen herkkyys ja lisäksi uneen tai syömiseen liittyvät ongelmat). SCL-90 on hyvin soveltuva psykoterapiatutkimuksiin ja sitä onkin käytetty monissa tutkimuksissa hoitotuloksen mittaamisen menetelmänä (Holi, 2003). SCL-90-mittarissa arvioidaan viimeisen viikon ajalta tietyn oireen esiintyvyyttä asteikolla 0–4 (0=ei lainkaan, 4=erittäin paljon) 90 kysymyksessä. Suuri pistemäärä on yhteydessä oireiden paljouteen ja sen myötä hyvinvoinnin heikkenemiseen. SCL-90-mittaria voidaan pitää globaalina psyykkisen pahoinvoinnin mittarina ja siitä voidaan laskea Global Severity Index (GSI), joka saadaan jakamalla yhteenlaskettu pistemäärä 90:llä (Holi, 2003). Tällöin saadaan kaikkien osioiden keskiarvo. Myös masentuneisuuden mittaaminen oli tutkimuksessa keskeistä. Masennuksen astetta mitattiin BDI-mittarilla, joka kartoittaa 21 kysymyksen avulla masentuneisuutta siten, että mitä korkeampi pistemäärä sitä vakavampi masennuksen aste on kyseessä. Pistemäärät tulkitaan seuraavasti: alle 10 pistettä = ei masennusta, 10–16 pistettä = lievä masennus, 16–29 pistettä = keskivaikea masennus ja yli 30 pistettä = vakava masennus.

Asiakkaiden hyväksyntää ja välttämiskäyttäytymistä mitattiin AAQ-8-mittarilla. Tutkimuksessa käytetty AAQ-8-mittari (Tuomisto, 2003) on muokattu alkuperäisen AAQ-mittarin (Hayes, Strosahl, Wilson ym., 2004) 16-osion versiosta. Mittari sisältää kahdeksan väittämää, joihin vastataan asteikolla 1–7 (1 = ei koskaan pidä paikkaansa, 7 = pitää aina paikkansa). Väittämät ovat:

1) jatkan yleensä elämäni tavalliseen tapaan enkä painiskele murheideni tai onnettoman oloni kanssa 2) vaikka olenkin joskus epävarma pystyn yleensä suunnittelemaan tekemiseni ja tekemään niin kuin olen suunnitellut 3) en pelkää tunteitani 4) elämäni on hallinnassa 5) vaikka kyllästynkin johonkin tehtävään pystyn silti tekemään sen loppuun 6) en pysty huolehtimaan velvollisuuksistani, kun olen masentunut tai ahdistunut 7) murehdin harvoin sitä, pystynkö hallitsemaan tunteitani, huoliani ja ahdistavia asioita 8) näyttää siltä, että muut selviytyvät elämästään paremmin kuin minä, jos vertaan itseäni muihin ihmisiin. Mitattaessa hyväksymistä mittarin pisteet lasketaan yhteen siten, että osioiden 6 ja 8 pisteet lasketaan käännettynä. Kun mitataan välttämiskäyttäytymistä, pisteet lasketaan osioiden 1, 2, 3, 4, 5, 7 kohdalla käännettynä. Suuri pistemäärä hyväksyntää mitattaessa viittaa parempaan asioiden ja tilanteiden hyväksyntään.

Sosiaalista toimintakykyä mitattiin JES-mittarilla, jossa jokainen kysymys pisteytetään 0–3 ja kysymysten pisteet lasketaan yhteen. Suurempi pistemäärä viittaa parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn. Itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään kartoitettiin 0–100-skaaloilla, joissa suuri pistemäärä liittyy siihen, että kyseistä ominaisuutta on paljon.

Lisäksi tutkimusmenetelmänä käytettiin tyytyväisyyspäiväkirjaa (liite 7), jota asiakkaat täyttivät hoidon alussa ja lopussa viikon ajan. Asiakkaita pyydettiin arvioimaan tyytyväisyyttään kyseisinä päivinä asteikolla 0–10 (0=eikä lainkaan tyytyväinen, 10=erittäin tyytyväinen). Taustatietolomakkeella (liite 5) selvitettiin asiakkaiden taustatietojen lisäksi heidän muutosvalmiuttaan oman tilanteensa parantamiseksi.

Terapeuteille oli annettu ohje kirjata menetelmäpäiväkirjoihin (liitteet 9 ja 10) jokaisen tapaamiskerran jälkeen, mitä menetelmiä asiakkaan kanssa oli käytetty. Lisäksi menetelmien käytön seuraamista varten terapiakäynneistä nauhoitettiin neljä tapaamista. Näitä nauhoja ei kuitenkaan analysoida tässä tutkimuksessa. Terapiaprosessin kulkua seurattiin terapiakäynnin arviointilomakkeella (liite 8), jonka täytti sekä asiakas että terapeutti jokaisen käynnin lopulla. Arviointilomakkeella arvioitiin terapiakäyntiä VAS-asteikkojen avulla. VAS-asteikolla arvioitiin terapiatapaamisen helppoutta, negatiivisten tunteiden määrää, positiivisten tunteiden määrää, tärkeiden asioiden käsittelyn määrää, vaikeiden asioiden käsittelemisen määrää, tapaamisesta koettua hyötyä, tapaamisen miellyttävyyttä, mielialaa tapaamisen lopussa sekä arviota selviytymisestä seuraavaan tapaamiseen asti asteikolla 0–10 (0= ei lainkaan/vähän, 10=erittäin paljon). Terapeutti ei täyttänyt seuraavia kohtia: tärkeiden ja vaikeiden asioiden käsittelyn määrä sekä arvio seuraavaan tapaamiseen asti selviytymisestä. Terapeutit haastateltiin ennen terapioiden

alkua ja terapioiden päätyttyä. Haastatteluja ei analysoitu tässä tutkimuksessa, vaan ne on kuvattu Tuomelan (2006) pro gradu -tutkielmassa. Terapian arviointilomakkeita, menetelmäpäiväkirjoja ja nauhoja ei myöskään analysoitu tässä tutkimuksessa. Nämä tulokset on myös kuvattu Tuomelan (2006) pro gradu -tutkielmassa.

Saamansa terapian arvioimiseksi asiakkaat täyttivät terapian palautelomakkeen (liite 11) terapioiden päätyttyä, jossa he arvioivat koko terapiaa ja sen hyödyllisyyttä tilanteessaan. Palautelomakkeessa kysyttiin erityisesti asiakkaiden kantaa siihen, suosittelevatko he terapiaa muille. Asiakkaat täyttivät kuusi kuukautta terapioiden päätyttyä seurantamittauksen yhteydessä terapian palautelomakkeen (liite 12), jossa he arvioivat uudelleen tyytyväisyyttään terapiaan. Seurannan palautelomakkeessa kysyttiin myös tietoja terapian jälkeisistä mahdollisista mielenterveyteen liittyvistä hoidoista ja lääkityksistä, mielenterveyteen liittyvän hoidon tarpeesta sekä asiakkaita pyydettiin arvioimaan VAS-asteikkojen avulla (asteikot 0–10) uudelleen terapian helppoutta, miellyttävyyttä, hyödyllisyyttä sekä terapiassa käsiteltyjen tärkeiden asioiden määrää.

## **2.5. Tutkimuksen kulku**

Kun terapeutit olivat saaneet asiakkaidensa yhteystiedot, he ottivat asiakkaisiinsa yhteyttä ja sopivat ensimmäisen tapaamisen. Ennen ensimmäistä tapaamista terapeuteilla oli työnohjaus, jossa he saivat ohjeet terapian aloittamisesta. Ensimmäisellä terapiatapaamisella terapeutti kertoi asiakkaalleen lisätietoja tutkimuksesta ja terapian kulusta sekä antoi tutkimustiedotteen (liite 2) luettavaksi. Tämän jälkeen asiakas ja terapeutti allekirjoittivat terapiasopimuksen (liite 3), jossa asiakas ilmaisi suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Terapeutti selvitti myös asiakkaansa taustatietoja (liite 5). Ensimmäisellä tapaamisella asiakas sai kotitehtäväkseen täyttää alkumittauslomakkeet (SCL-90, BDI, JES, AAQ-8, itseluottamus, mieliala, tyytyväisyys elämään ja tyytyväisyyspäiväkirja), jotka näkyvät liitteissä 6 ja 7. Kahdella ensimmäisellä tapaamisella terapeutti teki yhdessä asiakkaan kanssa käyttäytymisanalyysin (Haynes & O'Brien, 1990), jossa kartoitettiin asiakkaan sen hetkistä tilannetta. Käyttäytymisanalyysiin kuuluu ongelmaluettelon laatiminen ja sen pohjalta tehdään graafinen kuvaus ongelmien yhteyksistä toisiinsa.

Kolmannella tapaamisella terapeutti sopi yhdessä asiakkaansa kanssa terapian tavoitteista ja sen pohjalta he tekivät hoitosopimuksen (liite 4). Tämän jälkeen alkoi varsinainen terapiatyöskentely. Tapaamiset olivat tavallisesti kerran viikossa ja tapaamisten välillä terapeutti sai työnohjausta

seuraavaa tapaamista varten. Työnohjausta oli mahdollista saada myös pienryhmätapaamisten ulkopuolella, jos terapeutilla oli siihen tarvetta. Terapioiden aikana terapeutit kirjasivat käyttämänsä hoitomenetelmät menetelmäpäiväkirjaan (liitteet 9 ja 10). Lisäksi kolmannesta tapaamisesta eteenpäin neljä terapiakäyntiä nauhoitettiin tutkimusta varten 90 minuutin c-kasetille. Jokaisen tapaamisen jälkeen sekä terapeutti että asiakas täyttivät myös terapiakäynnin arviointilomakkeen (liite 8), jossa he arvioivat VAS-asteikoilla terapiakäyntiä. Toiseksi viimeisellä tapaamiskerralla terapeutti antoi asiakkaalleen täytettäväksi loppumittauslomakkeet, jotka olivat samat kuin asiakkaan terapian alussa täyttämät lomakkeet. Lisäksi asiakkaat saivat terapian palautelomakkeen (liite 11), jonka he palauttivat suljetussa kirjekuoressa tutkijoille.

Kuuden kuukauden kuluttua terapioiden päätyttyä asiakkaille lähetettiin seurantamittauslomakkeet. Lomakkeet olivat muuten samat kuin asiakkaan terapian alussa ja lopussa täyttämät lomakkeet, paitsi tyytyväisyyspäiväkirja ei ollut mukana. Lomakkeiden mukana lähetettiin tutkimustiedote (liite 13), jossa asiakasta muistutettiin tutkimuksessa mukana olosta, ja terapian palautelomake (liite 12). Asiakkaisiin, jotka eivät lähettäneet lomakkeita takaisin, otettiin puhelimitse yhteyttä ja kehoitettiin ystävällisesti lähettämään lomakkeet, jotka lähetettiin uudelleen asiakkaille.

## **2.6. Hoitomenetelmät**

Asiakkailla oli mahdollisuus käydä terapiassa 8–10 kertaa. Yksi asiakas kävi terapiassa vain 7 kertaa ja yhden asiakkaan kohdalla käyntejä oli yksitoista perustuen asiakkaan tilanteeseen ja työnohjaajan arvioon. Terapiakäyntikertoja oli KKT-ryhmässä 9.29 (sd=1.05) ja yhdistelmäryhmässä 9.38 (sd=0.96). KKT-ryhmän asiakkaita hoidettiin yhteensä 169.1 tuntia ja yhdistelmäryhmän asiakkaita yhteensä 127.3 tuntia. Yhdistelmäryhmän asiakkaita hoidettiin yli 40 tuntia vähemmän kuin KKT-ryhmän asiakkaita, mikä selittyy yhdistelmäryhmän pienemmällä asiakasmäärällä. KKT-ryhmässä yhtä asiakasta hoidettiin keskimäärin 9.95 tuntia ja yhdistelmäryhmässä keskimäärin 9.79 tuntia. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa keskimääräisen hoitoajan ja käyntikertojen suhteen. Terapiatapaamisen kestoksi oli kahta ensimmäistä tapaamista lukuun ottamatta sovittu yksi tunti. Kaksi ensimmäistä tapaamista saivat kestää 1.5 tuntia. Osalla asiakkaista tapaamiset olivat kuitenkin pidempiä. Käyntikertojen kesto ylittyi 13 asiakkaalla, joista 8 kuului KKT-ryhmään (ylimennyt aika keskimäärin 83 min/asiakas) ja 5 yhdistelmäryhmään (ylimennyt aika keskimäärin 63 min/asiakas).

Kaksi ensimmäistä terapiatapaamista käytettiin käyttäytymisanalyysin tekemiseen, koska asiakkaiden ongelmien luonteesta ei ollut tietoa. Käyttäytymisanalyysi on menetelmä, jossa kartoitetaan asiakkaan sen hetkistä tilannetta ja laaditaan sen pohjalta ongelmaluettelo asioista, jotka asiakas kokee ongelmikseen ja joihin hän haluaa muutosta. Käyttäytymisanalyysiin kuuluu graafisen kuvauksen tekeminen asiakkaan tilanteesta ja ongelmista sekä ongelmien välisistä suhteista. Käyttäytymisanalyysin jälkeen KKT-ryhmään kuuluneita asiakkaita hoidettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä ja yhdistelmäryhmään kuuluneita asiakkaita kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä (ACT). Hoitomenetelmien kuvaukset näkyvät liitteessä 14.

Taulukoissa 5 ja 6 on esitelty terapeuttien käyttämät menetelmät terapioiden aikana. KKT-hoidossa terapeutit käyttivät eniten kotitehtäviä, itsehavainnointia, altistusta sisäisille kohteille ja ongelmanratkaisumenetelmää. Altistus ulkoisille kohteille oli vähiten käytetty menetelmä. Yhteensä menetelmiä käytettiin KKT-hoidossa 304 kertaa. Yhdistelmähoidossa käytettiin sekä KKT-menetelmiä että ACT-menetelmiä yhteensä 424 kertaa. Eli yhdistelmähoidossa käytettiin enemmän terapeuttien mukaan eri menetelmiä.

Taulukko 5. Terapeuttien käyttämät menetelmät KKT-hoidossa (n=17).

KKT-menetelmät	
Altistus ulkoisille kohteille	4
Altistus sisäisille kohteille	43
Itsehavainnointi	45
Käyttäytymisen aktivointi	23
Ongelmanratkaisumenetelmä	43
Sosiaaliset taidot	30
Rentoutuminen	11
Kotitehtävät	78
Muut	27
Yhteensä	304



Taulukko 6. Terapeuttien käyttämät menetelmät yhdistelmäryhmän asiakkaiden hoidossa (n=13).

KKT-menetelmät		ACT-menetelmät	
Altistus ulkoisille kohteille	1	Tavoitteiden selventäminen	27
Altistus sisäisille kohteille	29	Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen sekä toimimattomista luopuminen	30
Itsehavainnointi	25	Arvotyöskentely	52
Käyttäytymisen aktivointi	14	Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä	33
Ongelmanratkaisumenetelmä	17	Käsitys itsestä -keskustelu	16
Sosiaaliset taidot	9	Metaforat	44
Rentoutuminen	9	Kielen merkityksen käsittely	18
		Tarkkailijaharjoitus	18
		Tietoisuusharjoitukset	6
Yhteensä	104		244

Terapeutit käyttivät kuitenkin yli kaksi kertaa enemmän ACT-menetelmiä (244) kuin KKT-menetelmiä (104). Eniten käytettiin kotitehtäviä (62 kertaa). Yhdistelmähoitossa terapeutilla oli mahdollisuus antaa asiakkaalle joko KKT-menetelmiin tai ACT-menetelmiin liittyviä kotitehtäviä. Menetelmäpäiväkirjassa ei eritelty kotitehtäviä menetelmittain, joten ei tiedetä, käytettiinkö enemmän KKT- vai ACT-menetelmiin perustuvia kotitehtäviä. Tämän takia kotitehtäviä ei ole laskettu taulukkoon 6 kumpaankaan menetelmien käyttöön kuten ei myöskään muutmenetelmäryhmää (14 kertaa) saman perustelun takia. Näiden menetelmien käyttö on kuitenkin laskettu menetelmien yhteenlaskettuun käyttömäärään. Erillisistä menetelmistä eniten käytetyt ACT-menetelmät olivat arvotyöskentely, metaforien käyttö, keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä sekä vähiten käytetty menetelmä oli tietoisuusharjoitukset. KKT-menetelmistä käytetyimpiä menetelmiä olivat yhdistelmäryhmässä altistus sisäisille kohteille ja itsehavainnointi. Vähiten käytetty KKT-menetelmä oli altistus ulkoisille kohteille.

## 2.7. Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen aineiston analysointi suoritettiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (12.0 versio). Tilastollisina analyysimenetelminä ryhmien sisäisessä analysoinnissa käytettiin parittaisten keskiarvojen t-testiä, Mann-Whitney -testiä ja effect size -lukuja. Ryhmien välisiä vertailuja tehtiin kovarianssianalyysin ja effect size -lukujen avulla. Lisäksi käytettiin Wilcoxon-testiä, riippumattomien otosten t-testiä ja korrelaatioanalyysiä.

### 3. TULOKSET

#### 3.1. Terapiahoidon vaikuttavuus hoitoryhmissä

Hoitoryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ennen hoitojen aloittamista mitatuilla mittareilla. Taulukoissa 7 ja 8 on esitetty hoitoryhmittäin asiakkaiden alku-, loppu- ja seuramittauksen keskiarvot ja keskihajonnat käytettyjen mittareiden osalta. Tilastollisesti merkitsevät erot hoitoryhmien sisällä alku- ja loppumittauksen sekä alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä ja t-testillä laskettuna on merkitty tähdillä. SCL-90-mittarin pistemääristä on laskettu GSI-luvut (Global Severity Index), siten että SCL-90-pistemäärät on jaettu 90:llä. Ryhmien sisäiset muutokset viittasivat siihen, että ongelmat vähenivät molemmissa hoitoryhmissä. Muutokset olivat hieman suurempia KKT-ryhmässä kuin yhdistelmäryhmässä.

Taulukko 7. KKT-ryhmän alku-, loppu- ja seurantamittausten keskiarvot ja keskihajonnat.

Mittari	KKT-ryhmä		
	Alkumittaus (n=17)	Loppumittaus (n=17)	Seurantamittaus (n=17)
	M (sd)	M (sd)	M (sd)
GSI	1.04 (0.71)	0.69* (.70)	0.59 **(.51)
BDI	16.94 (8.88)	10.76* (8.83)	10.35 ** (8.41)
AAQ -8	35.82 (8.56)	37.00 (9.06)	41.12 ** (7.30)
JES	37.41 (4.66)	38.88 (5.48)	39.41 (4.66)
Itseluottamus	54.53 (19.92)	61.71 (22.70)	71.59 ** (12.20)
Mieliala	51.47 (20.52)	58.18 (24.28)	61.18 ** (15.84)
Tyytyväisyys elämään	50.18 (10.32)	58.24* (18.06)	61.47 ** (15.51)

\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

Terapioiden aikana KKT-ryhmän asiakkaiden kokemat oireet, joita mitattiin SCL-90-mittarilla ( $Z=-2.39$ ,  $p < .017$ ) ja BDI:llä mitattu masentuneisuus ( $Z=-2.63$ ,  $p < .009$ ) vähentyivät sekä tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.11$ ,  $p < .035$ ) lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi. Alku- ja seurantamittauksen välillä samassa ryhmässä koetut oireet ( $Z=-2.75$ ,  $p < .006$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-3.05$ ,  $p < .002$ ) vähentyivät tilastollisesti merkitsevästi sekä AAQ-8-mittarilla mitattu hyväksyntä ( $Z=-2.59$ ,  $p < .01$ ), itseluottamus ( $Z=-2.95$ ,  $p < .003$ ), mieliala ( $Z=-2.56$ ,  $p < .01$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.85$ ,  $p < .004$ ) kasvoivat tilastollisesti merkitsevästi.

Taulukko 8. Yhdistelmäryhmän alku-, loppu- ja seurantamittausten keskiarvot ja keskihajonnat.

Mittari	KKT + ACT-ryhmä		
	Alkumittaus (n=13)	Loppumittaus (n=13)	Seurantamittaus (n=13)
	M (sd)	M (sd)	M (sd)
GSI	0.89 (.56)	0.65 **(.62)	0.54 **(.55)
BDI	11.62 (10.41)	9.08 (10.51)	8.00 ** (10.38)
AAQ -8	36.38 (8.15)	40.38 ** (9.50)	39.62 (*) (7.82)
JES	38.54 (7.82)	38.77 (7.18)	39.08 (6.92)
Itseluottamus	60.85 (18.17)	68.92 (15.16)	67.54 (11.77)
Mieliala	50.92 (19.47)	66.92 ** (20.82)	62.46 ** (19.60)
Tyytyväisyys elämään	59.92 (13.06)	69.31 ** (13.68)	69.23 (*) (13.40)

\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

(\*) tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä t-testillä testattuna.

Yhdistelmäryhmässä asiakkaiden kokemat oireet ( $Z=-2.31$ ,  $p<.021$ ) vähentyivät sekä hyväksyntä ( $Z=-2.04$ ,  $p<.041$ ), mieliala ( $Z=-2.69$ ,  $p<.007$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.59$ ,  $p<.01$ ) lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi terapioiden aikana. Seurantamittauksessa asiakkaiden kokemat oireet ( $Z=-2.84$ ,  $p<.005$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.49$ ,  $p<.013$ ) olivat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi alkumittaukseen nähden sekä mieliala kasvanut ( $Z=-2.41$ ,  $p<.016$ ). Hyväksynnässä ei ollut eroja alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä laskettuna ( $Z=-1.82$ ,  $p<.069$ ), mutta t-testillä testattuna ero näkyi tilastollisesti merkitsevästi ( $t=-2.22$ ,  $p<.046$ ). Lisäksi tyytyväisyys elämään oli kasvanut tilastollisesti merkitsevästi terapian alusta seurantamittaukseen: ero näkyi t-testillä laskettuna ( $t=-2.21$ ,  $p<.048$ ), mutta ei Wilcoxon-testillä ( $Z=-1.73$ ,  $p<.084$ ).

Ryhmien välisiä eroja tutkittiin kovarianssianalyysin avulla. Kovarianssianalyysi osoitti, että ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja minkään mittarin osalta terapian lopussa eikä seurantamittauksessa, kun analyysissä otettiin huomioon asiakkaiden lähtötilanne. Tulos viittaa siihen, että molemmat hoitomuodot ovat olleet yhtä tehokkaita.

Hoitoryhmien tuloksia verrattiin toisiinsa effect size -parametrin (Cohen, 1988; Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2006) avulla. Taulukossa 9 on esitetty loppu- ja seurantamittauksen kontrolloidut effect size -luvut, jotka kuvaavat terapiahoiton vaikutuksen voimakkuutta. Tuloksia laskettaessa ryhmä 1 (treatment) oli yhdistelmäryhmä ja ryhmä 2 (control) oli KKT-ryhmä (Effect Size Calculator

<http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escalc3.htm>). Analyysi osoitti, että hoidon aikana asiakkaiden elämään tyytyväisyys lisääntyi enemmän yhdistelmähoitossa kuin KKT-hoidossa. Tämä vaikutus oli keskisuuri (ES>0.50) ja se säilyi kuuden kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä. Lisäksi itseluottamus ja mieliala kasvoivat sekä hyväksyntä lisääntyi terapioiden aikana vähän (ES>0.20) enemmän yhdistelmäryhmässä kuin KKT-ryhmässä. Alku- ja seurantamittauksen välillä itseluottamus lisääntyi ja masentuneisuus vähentyi hieman (ES>0.20) enemmän KKT-hoidossa kuin yhdistelmähoitossa. Ryhmien välillä ei ollut kuitenkaan suuria eroja terapian tehokkuudessa.

Taulukko 9. Effect size -luvut hoitoryhmien välillä loppu- ja seurantamittauksessa.

Mittari	Cohen's d	
	Loppumittaus	Seurantamittaus
GSI	-0.06	-0.09
BDI	-0.17	-0.25
AAQ-8	0.36	-0.20
JES	-0.02	-0.05
Itseluottamus	0.37	-0.34
Mieliala	0.39	0.07
Tyytyväisyys elämään	0.69	0.54

Taulukossa 10 on esitetty ryhmien sisäiset terapiahoiton vaikuttavuutta kuvaavat effect size -luvut loppu- ja seurantamittauksessa. Tuloksia laskettaessa loppumittauksen osalta ryhmä 1 (treatment) oli alkumittaus ja ryhmä 2 (control) loppumittaus sekä seurantamittauksessa ryhmä 1 oli alkumittaus ja ryhmä 2 seurantamittaus. KKT-ryhmässä masentuneisuus vähentyi terapian aikana vaikutuksen (ES>0.50) ollessa pientä. Alku- ja seurantamittauksen välillä KKT-hoidon asiakkaiden koetut oireet sekä masentuneisuus vähentyivät. Tämä vaikutus oli pientä (ES>0.50). Lisäksi elämään tyytyväisyys ja itseluottamus lisääntyivät muutoksen ollessa keskisuuria (ES>0.80).

Yhdistelmäryhmässä oli pieni muutos (ES>0.50) elämään tyytyväisyyden ja mielialan kasvussa terapian aikana. Seurannassa yhdistelmäryhmän asiakkaiden koetut oireet olivat vähentyneet sekä elämään tyytyväisyys kasvanut verrattuna terapian alkuun näiden muutosten ollessa pientä. Tulosten perusteella seurantamittauksessa muutosluvut olivat hieman suurempia KKT-ryhmässä kuin yhdistelmäryhmässä.

Taulukko 10. Terapiaryhmien sisäiset effect size -luvut loppu- ja seurantamittauksessa.

Mittari	KKT-ryhmä (n=17)		KKT + ACT-ryhmä (n=13)	
	Cohen's d	Cohen's d	Cohen's d	Cohen's d
	Loppumittau	Seurantamittaus	Loppumittaus	Seurantamittaus
GSI	0.49	0.62	0.40	0.62
BDI	0.70	0.76	0.24	0.35
AAQ-8	-0.13	-0.46	-0.45	-0.41
JES	-0.29	-0.43	-0.03	-0.07
Itseluottamus	-0.34	-1.03	-0.48	-0.44
Mieliala	-0.30	-0.53	-0.79	-0.59
Tyytyväisyys elämää	-0.55	-0.86	-0.70	-0.70

Asiakkaiden täyttämässä tyytyväisyyspäiväkirjojen keskiarvoissa ei ollut eroja ryhmien välillä hoidon alussa. Analyysistä jäi pois kolmen asiakkaan tyytyväisyyspäiväkirjat, koska he eivät palauttaneet niitä. KKT-ryhmässä tyytyväisyys kasvoi terapian aikana tilastollisesti merkitsevästi ( $Z=-2,07$ ,  $p<.038$ ). KKT-ryhmän tyytyväisyyden keskiarvo oli hoidon alussa 7.13 ( $sd=0.96$ ) ja terapian lopussa 7.92 ( $sd=0.97$ ). Yhdistelmäryhmässä tyytyväisyyden keskiarvo oli hoidon alussa 6.94 ( $sd=1.43$ ) ja hoidon lopussa 7.53 ( $sd=1.62$ ). Yhdistelmäryhmässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja loppumittauksen välillä tyytyväisyyspäiväkirjan osalta.

Asiakkaiden tyytyväisyyttä tarkasteltiin myös jakamalla asiakkaat mediaanin ( $Md=1.00$ ) kohdalta kahteen eri ryhmään tyytyväisyyspäiväkirjoissa tapahtuneen muutoksen mukaan. Ryhmässä, jossa tyytyväisyys kasvoi enemmän kuin yksi pistettä terapian aikana, koetut oireet ( $Z=-2.97$ ,  $p<.003$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.59$ ,  $p<.01$ ) vähentyivät tilastollisesti merkitsevästi terapian aikana Wilcoxon-testillä laskettuna. Lisäksi JES:llä mitattu sosiaalinen toimintakyky ( $Z=-1.89$ ,  $p<.059$ ), itseluottamus ( $Z=-2.59$ ,  $p<.01$ ), mieliala ( $Z=-2.84$ ,  $p<.00$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.67$ ,  $p<.008$ ) lisääntyivät terapian aikana. Alku- ja seurantamittauksen välillä saman ryhmän asiakkailla koetut oireet ( $Z=-2.17$ ,  $p<.030$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.75$ ,  $p<.006$ ) vähentyivät sekä hyväksyntä ( $Z=-2.05$ ,  $p<.041$ ), itseluottamus ( $Z=-2.97$ ,  $p<.003$ ) ja mieliala ( $Z=-2.80$ ,  $p<.005$ ) lisääntyivät.

Ryhmässä, jossa tyytyväisyys oli kasvanut vähän (yksi pistettä tai vähemmän) tai vähentynyt, ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia terapian aikana minkään mittarin kohdalla.

Kuitenkin kyseisen ryhmän kohdalla alku- ja seurantamittauksen välillä koetut oireet ( $Z=-2.95$ ,  $p<.003$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.27$ ,  $p<.023$ ) vähentyivät sekä hyväksyntä ( $Z=-2.33$ ,  $p<.02$ ) ja elämään tyytyväisyys ( $Z=-2.73$ ,  $p<.006$ ) lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi.

### 3.2. Aikaisempien hoitojen yhteys hoitotulokseen

Terapian vaikutusta hoitotulokseen tarkasteltiin myös sen mukaan, olivatko asiakkaat saaneet aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa. Asiakkaat jaettiin kahteen ryhmään siten, että toinen ryhmä ( $n=12$ ) ei ollut saanut mitään mielenterveyteen liittyvää hoitoa aikaisemmin ja toinen ryhmä ( $n=18$ ) oli saanut mielenterveyteen liittyvää lyhyttä tai pitkää hoitoa. Taulukoissa 11 ja 12 on esitetty käytettyjen mittareiden keskiarvot ja keskihajonnat alku-, loppu- ja seurantamittauksessa näiden ryhmien osalta. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja hoidon alussa minkään mittarin kohdalla.

Taulukko 11. Keskiarvot ja keskihajonnat alku-, loppu- ja seurantamittauksessa ryhmässä, jossa asiakkaat eivät olleet saaneet aiempaa hoitoa.

Mittari	Ei aiempaa hoitoa ( $n=12$ )		
	Alkumittaus M (sd)	Loppumittaus M (sd)	Seurantamittaus M (sd)
GSI	0.84 (.47)	0.44 *(.39)	0.31 **(.26)
BDI	13.33 (8.99)	7.67 (8.14)	5.08 ** (4.25)
AAQ -8	39.25 (4.71)	42.42 (5.82)	45.00 ** (4.86)
JES	37.33 (4.98)	39.50 (5.49)	41.00 ** (4.63)
Itseluottamus	57.00 (18.45)	69.08 *(17.13)	75.17 ** (12.40)
Mieliala	54.83 (22.37)	65.33 (23.96)	68.33 ** (15.65)
Tyytyväisyys elämään	53.92 (10.83)	63.42 *(18.24)	66.58 ** (15.98)

\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

Asiakkailla, jotka eivät olleet saaneet aiempaa hoitoa, koetut oireet ( $Z=-2.51$ ,  $p<.012$ ) vähentyivät tilastollisesti merkitsevästi terapian aikana sekä itseluottamus ( $Z=-2.05$ ,  $p<.041$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.04$ ,  $p<.041$ ) lisääntyivät. Alku- ja seurantamittauksen välillä oli tilastollisesti

merkitsevä muutos samassa ryhmässä kaikkien mittarien kohdalla: koetut oireet ( $Z=-3.06$ ,  $p<.002$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.91$ ,  $p<.004$ ) vähentyivät sekä hyväksyntä ( $Z=-2.49$ ,  $p<.013$ ), sosiaalinen toimintakyky ( $Z=-2.41$ ,  $p<.016$ ), itseluottamus ( $Z=-2.67$ ,  $p<.008$ ), mieliala ( $Z=-2.82$ ,  $p<.005$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.18$ ,  $p<.029$ ) lisääntyivät. Hoitotulos siis parantui terapian jälkeen.

Taulukko 12. Keskiarvot ja keskihajonnat alku-, loppu- ja seurantamittauksessa ryhmässä, jossa asiakkaat olivat saaneet aiempaa hoitoa.

Mittari	Saanut aiempaa hoitoa (n=18)		
	Alkumittaus M (sd)	Loppumittaus M (sd)	Seurantamittaus M (sd)
GSI	1.06 (0.74)	0.83 *(0.75)	0.73 **(0.59)
BDI	15.50 (10.43)	11.61 *(10.15)	12.17 **(10.59)
AAQ -8	33.94 (9.47)	35.83 (10.28)	37.44 **(7.41)
JES	38.28 (6.91)	38.39 (6.68)	38.11 (6.08)
Itseluottamus	57.44 (20.09)	62.00 (21.42)	66.28 (10.58)
Mieliala	48.83 (18.03)	59.72 *(22.57)	57.33 **(17.28)
Tyytyväisyys elämään	54.72 (13.62)	62.78 *(16.63)	63.67 **(14.50)

\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

Aiemmin hoitoa saaneiden ryhmässä koetut oireet ( $Z=-2.55$ ,  $p<.011$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.44$ ,  $p<.015$ ) vähentyivät sekä mieliala ( $Z=-2.16$ ,  $p<.031$ ) ja elämään tyytyväisyys ( $Z=-2.60$ ,  $p<.009$ ) lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi terapian aikana. Samassa ryhmässä koetut oireet ( $Z=-2.40$ ,  $p<.017$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-2.51$ ,  $p<.012$ ) vähentyivät tilastollisesti merkitsevästi terapian alusta seurantamittaukseen nähden ja lisäksi hyväksyntä ( $Z=-2.14$ ,  $p<.032$ ), mieliala ( $Z=-2.27$ ,  $p<.023$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.72$ ,  $p<.006$ ) kasvoivat.

Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina käytettiin alkumittausta. Loppumittauksessa ryhmien välillä ei havaittu eroja. Alku- ja seurantamittauksen välillä koetut oireet [ $F(1,29)=5.94$ ,  $p<.022$ ] ja masentuneisuus [ $F(1,29)=8.98$ ,  $p<.006$ ] vähentyivät enemmän sekä hyväksyntä [ $F(1,29)=5.61$ ,  $p<.025$ ], sosiaalinen toimintakyky [ $F(1,29)=9.27$ ,  $p<.005$ ] ja itseluottamus [ $F(1,29)=5.16$ ,  $p<.031$ ] lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi enemmän asiakkailla, jotka eivät olleet saaneet hoitoa aiemmin.

Ryhmien sisäisiä vaikutuksia tarkasteltiin alku- ja seurantamittauksen välillä effect size -lukujen avulla. Seurantamittauksessa masentuneisuus ja koetut oireet olivat vähentyneet terapian alkuun nähden ryhmässä, joka ei ollut saanut hoitoa aikaisemmin ja tämä muutos oli suurta ( $ES \geq 1.1$ ). Samassa ryhmässä asiakkaiden hyväksyntä ( $ES = -1.20$ ) ja itseluottamus ( $ES = -1.16$ ) lisääntyivät näiden vaikutusten ollessa suurta. Lisäksi tyytyväisyys elämään lisääntyi ( $ES = -0.93$ ) muutoksen ollessa keskisuurta. Niiden asiakkaiden, jotka olivat saaneet hoitoa aikaisemmin, terapiahoidon vaikuttavuudessa ei tapahtunut suuria muutoksia [vaihteluväli  $0.03 - (-0.63)$ ] alku- ja seurantamittauksen välillä. Pieni vaikutus oli itseluottamuksen kasvussa ja keskisuuri vaikutus elämän tyytyväisyyden lisääntymisessä. Tulosten mukaan terapiahoidon vaikuttavuus oli suurempaa niillä, jotka eivät olleet saaneet hoitoa ennen terapiaa verrattuna asiakkaisiin, jotka olivat saaneet hoitoa aikaisemmin.

### **3.3. Hyväksynnän yhteys hoitotulokseen**

Tutkimuksessa tarkasteltiin hyväksynnän yhteyttä hoidon tuloksellisuuteen. Aluksi hyväksyntää tarkasteltiin korrelaatioiden kautta, jolloin havaittiin, että hoidon alussa hyväksyntä oli yhteydessä koettujen oireiden ja masentuneisuuden määrän vähäisyyteen. Hyväksynnän ja koettujen oireiden välinen korrelaatio oli  $-0.75$  ( $n=30$ ) sekä hyväksynnän ja masentuneisuuden välinen korrelaatio oli  $-0.63$  ( $n=30$ ). Nämä korrelaatiot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ( $p < .001$ ). Toisin sanoen mitä enemmän asiakkaalla oli hyväksyntää hoidon alussa, sitä vähemmän hänellä oli koettuja oireita ja masentuneisuutta.

Terapian aikana tapahtuneen hyväksynnän muutoksen yhteyttä koettujen oireiden ja masentuneisuuden muutos pisteisiin tutkittiin laskemalla korrelaatiot niiden välille. Muutospisteet laskettiin ensin alku- ja loppumittauksen välille, jolloin korrelaatiot olivat tilastollisesti merkitseviä, kuten taulukon 13 korrelaatiomatriisista voi havaita. Hyväksyntämuutos ja masentuneisuuden muutos korreloivat negatiivisesti [ $r = -0.49$  ( $n=30$ ),  $p < .006$ ], kuten myös hyväksyntämuutos ja muutos koettujen oireiden määrässä [ $r = -0.41$  ( $n=30$ ),  $p < .026$ ]. Havaittiin siis, että hyväksyntämuutoksella on yhteys sekä masentuneisuuden että koettujen oireiden muutokseen. Tämä yhteys ei kerro kuitenkaan sitä, miten ne ovat yhteydessä toisiinsa. Toisin sanoen se ei kerro, väheneekö masennus ja koetut oireet hyväksynnän lisääntyessä vai lisääntykö hyväksyntä masentuneisuuden ja koettujen oireiden vähentyessä.

Hyväksyntämuutoksen yhteyttä tutkittiin myös muiden mittareiden muutoksiin. Hyväksyntämuutos ja muutos tyytyväisyydessä elämään korreloivat positiivisesti [ $r = 0.43$  ( $n=30$ ),  $p < .017$ ]. Muiden



mittareiden muutoksiin hyväksynnän muutoksella ei ollut yhteyttä. Muiden mittareiden välisiä korrelaatioita tarkasteltaessa tyytyväisyys elämään -mittari oli yhteydessä kaikkien mittareiden kanssa. Korkein korrelaatio tyytyväisyys elämään muutoksella oli koettujen oireiden muutosasteisiin [ $r=-.68$  ( $n=30$ )]. Koettujen oireiden muutoksen ja masentuneisuuden muutoksen välillä oli myös tilastollisesti merkitsevä korrelaatio [ $r=.56$  ( $n=30$ )].

Taulukko 13. Muutospisteiden väliset korrelaatiot eri mittareilla terapian aikana (alku-loppu).

	AAQ-8	SCL-90	BDI	JES	Itseluottamus	Mieliala	Tyytyväisyys elämään
AAQ-8	1	-	-	-	-	-	-
GSI	-.41*	1	-	-	-	-	-
BDI	-.49**	.56**	1	-	-	-	-
JES	.25	-.31	-.53**	1	-	-	-
Itseluottamus	.06	-.34	-.19	.35	1	-	-
Mieliala	.09	-.39*	-.30	.31	.45*	1	-
Tyytyväisyys elämään	.43*	-.68**	-.46*	.40*	.51**	.56**	1

\*\* tilastollisesti merkitsevä korrelaatio  $p < .01$

\* tilastollisesti melkein merkitsevä korrelaatio  $p < .05$

Taulukko 14. Muutospisteiden väliset korrelaatiot eri mittareilla seurantamittauksessa.

	AAQ-8	SCL-90	BDI	JES	Itseluottamus	Mieliala	Tyytyväisyys elämään
AAQ-8	1	-	-	-	-	-	-
GSI	-.66**	1	-	-	-	-	-
BDI	-.59**	.59**	1	-	-	-	-
JES	.39*	-.33	-.51**	1	-	-	-
Itseluottamus	.05	-.03	-.16	.11	1	-	-
Mieliala	.29	-.13	-.27	.17	.28	1	-
Tyytyväisyys elämään	.22	-.24	-.25	.14	.07	.21	1

\*\* tilastollisesti merkitsevä korrelaatio  $p < .01$

\* tilastollisesti melkein merkitsevä korrelaatio  $p < .05$

Hyväksynnän muutoksen yhteyttä hoitotuloksen pysyvyyteen tarkasteltiin laskemalla hyväksyntämuutoksen ja koettujen oireiden muutoksen sekä hyväksyntämuutoksen ja masentuneisuuden muutoksen väliset korrelaatiot alku- ja seurantamittauksen välille. Korrelaatiot olivat tilastollisesti merkitseviä, kuten taulukosta 14 voi havaita. Hyväksyntämuutos ja koettujen oireiden muutos korreloivat negatiivisesti [ $r=-.66$  ( $n=30$ ),  $p<.001$ ], samoin hyväksyntämuutos ja masentuneisuuden muutos [ $r=-.59$  ( $n=30$ ),  $p<.001$ ]. Eli mitä enemmän hyväksyntä lisääntyi sitä enemmän koetut oireet sekä masentuneisuus vähentyivät tai toisinpäin. Muita mittareita tarkasteltaessa muutos koetuissa oireissa korreloi tilastollisesti merkitsevästi masentuneisuuden muutoksen kanssa [ $r=.59$  ( $n=30$ ),  $p<.001$ ]. Hyväksyntämuutoksella havaittiin siis olevan yhteys koettujen oireiden sekä masentuneisuuden muutokseen. Tämä yhteys säilyi kuuden kuukauden kuluttua terapian päättymisestä.

Terapian aikana tapahtuneen hyväksynnän muutoksen yhteyttä hoitotulokseen tutkittiin myös jakamalla aineisto mediaanin ( $Md=2.5$ ) mukaan suuren ja pienen hyväksyntämuutoksen ryhmiin. Suuren hyväksyntämuutoksen ryhmässä hyväksyntä lisääntyi vähintään kolme pistettä AAQ-8-mittarilla mitattuna terapioiden aikana. Pienen hyväksyntämuutoksen ryhmässä hyväksyntä lisääntyi korkeintaan kaksi pistettä tai vähentyi AAQ-8-mittarilla mitattuna terapioiden aikana. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja hoidon alussa. Ryhmien keskiarvot ja keskihajonnat eri mittareilla alku- loppu- ja seurantamittauksessa on esitetty taulukoissa 15 ja 16.

Taulukko 15. Pienen hyväksyntämuutosryhmän keskiarvot ja keskihajonnat alku-, loppu- ja seurantamittauksessa.

Mittari	Negatiivinen tai pieni muutos hyväksynnässä ( $n=15$ )		
	Alkumittaus M (sd)	Loppumittaus M (sd)	Seurantamittaus M (sd)
GSI	0.79 (0.57)	0.75 (0.68)	0.64 (0.57)
BDI	14.47 (9.61)	13.93 (10.84)	11.13 ** (11.12)
JES	37.80 (7.68)	37.47 (8.11)	39.07 (7.17)
Itseluottamus	55.40 (19.54)	60.33 (22.04)	68.40 ** (14.36)
Mieliala	51.67 (23.77)	61.13 (26.61)	58.80 (20.08)
Tyytyväisyys elämään	54.27 (15.43)	56.80 (19.84)	62.40 ** (14.54)

\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

Pienen hyväksyntämuutoksen ryhmässä hyväksyntä vähentyi terapian aikana tilastollisesti merkitsevästi ( $Z=-2.29$ ,  $p<.022$ ). Hyväksynnän keskiarvo oli hoidon alussa 36.60 ( $sd=9.41$ ) ja lopussa 34.27 ( $sd=8.15$ ). Alku- ja loppumittauksen välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä muutoksia muiden mittareiden kohdalla. Alku- ja seurantamittauksen välillä samassa ryhmässä masentuneisuus ( $Z=-2.11$ ,  $p<.035$ ) vähentyi sekä itseluottamus ( $Z=-2.32$ ,  $p<.02$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.34$ ,  $p<.019$ ) lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi.

Taulukko 16. Suuren hyväksyntämuutosryhmän keskiarvot ja keskihajonnat alku-, loppu- ja seurantamittauksessa.

Mittari	Suuri positiivinen muutos hyväksynnässä (n=15)		
	Alkumittaus	Loppumittaus	Seurantamittaus
	M (sd)	M (sd)	M (sd)
GSI	1.15 (0.68)	0.60 *(0.64)	0.49 **(0.49)
BDI	14.80 (10.28)	6.13 *(5.93)	7.53 **(6.76)
JES	38.00 (4.34)	40.20 (2.96)	39.47 (3.82)
Itseluottamus	59.13 (19.19)	69.33 *(16.85)	71.27 *(9.32)
Mieliala	50.80 (15.52)	62.80 *(19.39)	64.67 *(13.98)
Tyytyväisyys elämään	54.53 (8.94)	69.27 *(10.98)	67.27 *(15.38)

\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

\*\* tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja seurantamittauksen välillä Wilcoxon-testillä testattuna.

Suuren hyväksyntämuutoksen ryhmässä oli tilastollisesti merkitseviä muutoksia alku- ja loppumittauksen välillä koettujen oireiden ( $Z=-3.35$ ,  $p<.001$ ) ja masentuneisuuden ( $Z=-3.27$ ,  $p<.001$ ) vähenemisessä. Lisäksi saman ryhmän asiakkaat kokivat terapian lopussa hyväksynnän ( $Z=-3.43$ ,  $p<.001$ ) lisääntyneen sekä itseluottamuksen ( $Z=-2.05$ ,  $p<.041$ ), mielialan ( $Z=-2.19$ ,  $p<.029$ ) ja elämään tyytyväisyyden ( $Z=-3.27$ ,  $p<.001$ ) paremmaksi kuin terapian alussa. Alku- ja seurantamittauksen välillä koetut oireet ( $Z=-3.41$ ,  $p<.001$ ) ja masentuneisuus ( $Z=-3.27$ ,  $p<.001$ ) vähenivät tilastollisesti merkitsevästi, sekä hyväksyntä ( $Z=-3.35$ ,  $p<.001$ ), itseluottamus ( $Z=-2.16$ ,  $p<.031$ ), mieliala ( $Z=-3.21$ ,  $p<.001$ ) ja tyytyväisyys elämään ( $Z=-2.64$ ,  $p<.008$ ) lisääntyivät. Ryhmässä, jossa hyväksyntä oli lisääntynyt paljon, hyväksynnän keskiarvo oli hoidon alussa 35.53 ( $sd=7.19$ ), lopussa 42.67 ( $sd=8.54$ ) ja seurannassa 42.80 ( $sd=3.84$ ).

Ryhmien välisiä eroja tutkittiin kovarianssianalyysillä. Analyysin mukaan terapian aikana koettujen oireiden [ $F(1,29)=13.17$ ,  $p<.001$ ] ja masentuneisuuden [ $F(1,29)=14.53$ ,  $p<.001$ ] väheneminen oli

suurempaa sekä tyytyväisyys elämään [ $F(1,29)=8.77, p<.006$ ] lisääntyi enemmän asiakkailla, joilla hyväksyntä oli lisääntynyt enemmän terapian aikana, kun kovariaattina käytettiin alkumittausta. Alku- ja seurantamittauksen välillä koetut oireet vähenivät enemmän asiakkailla, joilla hyväksyntä oli lisääntynyt enemmän [ $F(1,29)=11.49, p<.002$ ]. Kovariaattina käytettiin alkumittausta. Masentuneisuuden [ $F(1,29)=4.00, p<.056$ ] vähenemisessä oli lähes tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä seurantamittauksessa katsottuna. Muiden mittarien suhteen ryhmät eivät eronneet seurantamittauksessa.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että terapioiden päätyttyä hoitotulos oli parempi ryhmässä, jossa asiakkaiden hyväksyntä oli lisääntynyt enemmän terapioiden aikana kuin ryhmässä, jossa hyväksyntämuutos oli vähäisempää. Hoitotulokset jopa paranivat terapian jälkeen suuren hyväksyntämuutoksen ryhmässä.

### **3.4. Asiakkaiden kokemuksia terapiasta**

*”En saanut sillä hetkellä mitään psyykkistä apua ja olin hyvin kriittisessä vaiheessa bulimian suhteen. Onneksi uskalsin soittaa ja hyötyä minulle oli kaikki se uudenlainen pohtiminen – aiemmista psykiatreista ei ole ollut yhtä paljon hyötyä. Lähtökohtineen ja kaikkineen, harmi vain aika oli hieman lyhyt ja hyöty jäi vähäiseksi, parhaiten aloin saamaan hyödyn viimeisiltä käynneiltäni (aloin rentoutumaan jo opiskelijan seurassa).”* KKT-ryhmän asiakas

Kaikki asiakkaat palauttivat terapian palautelomakkeen sekä hoidon päätyttyä (liite 11) että seurantamittauksessa (liite 12). Molemmissa mittauksissa kaikki asiakkaat ilmoittivat suosittelevansa vastaavaa terapiaa muillekin. Loppumittauksessa kaikki asiakkaat ilmoittivat olevansa tyytyväisiä saamaansa terapiaan, kun seurantamittauksen kohdalla 90% asiakkaista oli tyytyväisiä terapiaan ja 10% asiakkaista ilmoitti, ettei ollut tyytyväinen eikä tyytymätönkään saamaansa hoitoon. Loppumittauksessa 37% asiakkaista ilmoitti olevansa melko tyytyväinen terapiaan ja 63% erittäin tyytyväinen 5-portaisella asteikolla mitattaessa (1=erittäin tyytymätön, 5=erittäin tyytyväinen). Seurannassa 57% asiakkaista ilmoitti olevansa melko tyytyväinen saamaansa terapiaan ja 33% asiakkaista oli erittäin tyytyväisiä. Sekä loppu- että seurantamittauksessa luvut jakautuivat tasaisesti ryhmien välillä siten, että molemmissa ryhmissä oli yhtä paljon melko tyytyväisiä ja erittäin tyytyväisiä asiakkaita

Asiakkaita pyydettiin loppumittauksen palautelomakkeissa ilmaisemaan tyytyväisyytensä terapeutteihin. Asiakkaiden mukaan terapeutit olivat ammattitaitoisia, yhteistyökykyisiä, empaattisia, luotettavia, kannustavia ja tukevia terapeutteja, jotka kuuntelivat, ymmärsivät ja hyväksyivät asiakkaat sekä olivat heistä kiinnostuneita. Terapiaa asiakkaat pitivät tavoitteellisena, selkeänä, johdonmukaisena hoitona, jonka terapeutit hallitsivat ja jossa oli avoin ilmapiiri. Loppumittauksessa neljä asiakasta ilmaisi, että olisi halunnut jatkaa terapiaa ja seurantamittauksessa kahden asiakkaan mukaan terapia oli liian lyhyt heille ja se jäi kesken.

*”Oli helpottavaa saada puhua mieltä vaivaavista asioista. Lisäksi terapiassa sai uusia näkökulmia, joita ei itse ollut tullut ajatelleeksi. Terapeutilta sain tarvitsemaani tukea ja ymmärrystä, eikä terapiasuhte jäänyt pintapuoliseksi.”* Yhdistelmäryhmän asiakas.

Seurannassa asiakkaat arvioivat terapian auttaneen selkeyttämällä ajatuksia ja antamalla uusia työkaluja ajatusten ja tunteiden käsittelyyn sekä käyttäytymisen muuttamiseen. Terapia antoi asiakkaiden mukaan uusia näkökulmia ja käyttäytymismalleja sekä auttoi muuttamaan omaa tilannettaan. Asiakkaat arvioivat terapian auttaneen myös seuraavasti: auttoi eteenpäin akuutissa kriisissä, tasoitti oloa, ongelmat avautuivat, sai käsittelykeinoja ongelmiin, sai purkaa asioitaan, vahvisti itsearvostusta, opetti rentoutumaan, opetti ajattelemaan uudella tavalla, antoi rohkeutta muuttaa itse omaa tilannettaan ja tehdä elämänmuutoksia, opetti antamaan omille ajatuksilla ja tunteille enemmän arvoa ja antamalla keinoja, miten selvittää itse vaikeista tilanteista. Lisäksi yhdistelmäryhmän yksi asiakas mainitsi erityisesti terapian painotuksen olla jäämättä kiinni johonkin tunteeseen hyödyttäneen häntä ja saman hoitoryhmän toisen asiakkaan mukaan terapia oli vahvistanut hänen elämän arvojaan.

Kuuden kuukauden jälkeen hoidon päättymisestä 12 (40%) asiakkaista ilmoitti kokevansa olevan mielenterveyteen liittyvän hoidon tarpeessa ja näistä puolet oli ollut jossain mielenterveyteen liittyvässä hoidossa terapian jälkeen. Asiakkaista, jotka kokivat olevansa mielenterveyteen liittyvän hoidon tarpeessa 9 (75%) kuului KKT-ryhmään ja 3 (25%) yhdistelmäryhmään. Seurantamittauksessa seitsemän asiakasta (23%) ilmoitti käyneensä mielenterveyteen liittyvässä hoidossa terapian jälkeen. Heistä neljä kuului KKT-ryhmään ja kolme yhdistelmäryhmään. Hoidot olivat olleet mielenterveystoimiston käyntejä tai lyhyitä hoitoja sekä kolmannen sektorin tukipalveluita. Lisäksi yksi asiakas oli käynyt psyykkisen työkyvyn arvioinnissa sekä yksi asiakas oli aloittanut psykoterapian.

Terapioiden alussa lääkitystä käytti 15 (50%) asiakasta, joista kahdeksan asiakasta oli yhdistelmäryhmässä ja seitsemän KKT-ryhmässä. Seurannassa mielenterveyteen liittyvää lääkitystä ilmoitti käyttävänsä kahdeksan (27%) asiakasta, joista viisi kuului KKT-ryhmään ja kolme yhdistelmäryhmään. KKT-ryhmästä kaksi asiakasta oli aloittanut lääkityksen terapian päätyttyä ja neljä lopettanut. Yhdistelmäryhmästä viisi asiakasta oli lopettanut lääkityksen terapian päätyttyä ja lisäksi kaksi asiakasta, jotka käyttivät lääkitystä terapioiden päätyttyä olivat vähentäneet sitä. Yhdellä asiakkaalla yhdistelmäryhmästä oli lääkitys säilynyt samana terapian päätyttyä. Khiin neliö-testin tulokset [ $X(1) = 6.28, p < .025$ ] viittasivat siihen, että yhdistelmähoidossa oli tapahtunut hieman enemmän lääkemuutoksia kuin KKT-hoidossa.

Asiakkaista 13 ilmoitti, että terapian jälkeen on tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka ovat vaikuttaneet asiakkaan tilanteeseen. Nämä jakautuivat tasaisesti hoitoryhmien välillä. Positiivisia muutoksia ilmoitti tapahtuneen seitsemän asiakasta, negatiivisia muutoksia kolme asiakasta ja sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia kolme asiakasta. Muutokset liittyivät ihmissuhteisiin, työolosuhteisiin tai fyysiseen oireiluun ja sairauksiin. Asiakkaista kolme ilmoitti, että muutokset olivat heidän itsensä aikaansaamia ja toivottuja. Yhden asiakkaan mukaan hän rohkaistui terapian ansiosta muuttamaan itse tilannettaan työpaikalla, jossa hän voi aikaisemmin huonosti.

Asiakkaat arvioivat seurantamittauksen yhteydessä terapian vaikeutta, miellyttävyyttä, terapiassa käsiteltyjen tärkeiden asioiden määrää ja terapiasta saatua hyötyä asiakkaan tilanteessa visuaalis-analogisten-asteikkojen avulla. VAS-asteikolla asiakas arvioi kysytyä terapian arvioita asteikoilla 0–10 (0=ei lainkaan/vähän; 10=erittäin paljon). Kaikki asiakkaat arvioivat, että terapiassa oli käsitelty heille tärkeitä asioita ja että terapia oli ollut miellyttävää, kuten taulukosta 15 voi havaita. Asiakkaiden mukaan terapia oli myös aika helppoa ja hyödyllistä. Hoitoryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 15. Seurantamittauksen keskiarvot ja keskihajonnat asiakkaiden arvioista terapiasta

Arvio	KKT-ryhmä	KKT + ACT-ryhmä
	M (sd)	M (sd)
Terapian helppous	7.22 (2.36)	7.45 (1.55)
Terapian miellyttävyys	8.25 (1.85)	8.38 (1.25)
Tärkeiden asioiden määrä	8.60 (0.99)	8.25 (0.95)
Terapian hyödyllisyys	7.29 (1.90)	7.24 (2.55)

## 4.1. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, pystyvätkö psykologian opiskelijat, joilla ei ole aiempaa kokemusta terapiatyöstä, hoitamaan asiakkaita tehokkaasti 10 terapiakerran aikana lyhyen (20h) menetelmäopetuksen jälkeen. Tulokset osoittivat, että opintojensa loppuvaiheessa olevien psykologian opiskelijoiden tarjoamalla terapialla oli vaikutusta ilman minkään diagnoosin mukaan valittujen asiakkaiden tilanteeseen, kun opiskelijat olivat saaneet 20 tuntia opetusta sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmistä, käsikirjan käyttöönsä ja viikoittaista työnohjausta. Terapian vaikutukset säilyivät tai jopa parantuivat kuuden kuukauden jälkeen hoidon päättymisestä.

Tutkimuksen toisena tavoitteena oli tutkia, ovatko hoitotulokset parempia, kun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan yhdistetään hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä. Kokemattomat terapeutit saivat aikaan tilastollisesti merkitseviä muutoksia asiakkaiden tilanteissa molemmilla menetelmillä ja molemmat hoitomuodot osoittautuivat tehokkaiksi. Ryhmien välillä ei ollut kuitenkaan eroja terapian päätyttyä eikä seurannassa. Ryhmien sisäiset muutokset viittasivat siihen, että ongelmat vähenivät hieman enemmän KKT-ryhmässä kuin yhdistelmäryhmässä.

Kolmantena selvitettiin hyväksynnän vaikutusta hoitotulokseen. Hyväksynnän muutoksella oli yhteys hoitotulokseen. Koetut oireet ja masentuneisuus vähenivät sekä itseluottamus, mieliala ja tyytyväisyys elämään lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi enemmän ryhmässä, jossa asiakkaiden hyväksyntä oli lisääntynyt enemmän terapioiden aikana kuin ryhmässä, jossa hyväksyntämuutos oli vähäisempää. Tulokset parantuivat vielä terapian jälkeen.

Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, onko terapian vaikutus erilainen asiakkaisiin, jotka eivät ole saaneet aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa verrattuna aiemmin hoitoa saaneisiin asiakkaisiin. Molemmissa ryhmissä koetut oireet ja masentuneisuus vähenivät sekä hyväksyntä lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi. Terapiahoidolla oli kuitenkin enemmän vaikutusta asiakkaisiin, jotka eivät olleet saaneet aikaisempaa hoitoa ja tämä vaikutus oli suurta seurannassa katsottuna.

Lisäselvityksenä tutkimuksessa katsottiin myös tyytyväisyyden muutoksen vaikutusta hoitotulokseen. Koska asiakkaiden tilanteissa tapahtui tilastollisesti merkitseviä muutoksia sekä

pienen tyytyväisyyden muutoksen että suuren tyytyväisyyden muutoksen ryhmässä seurannassa mitattaessa, näyttää siltä, että tyytyväisyyden muutoksella ei olisi vaikutusta hoitotulokseen.

Opintojensa loppuvaiheessa olevat psykologian opiskelijat, joilla ei ollut aikaisempaa kokemusta terapiatyöskentelystä, pystyivät hoitamaan asiakkaita kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä niin, että terapioilla oli vaikutusta asiakkaiden tilanteisiin. Holin (2003) tutkimuksessa saadut koettujen oireiden (GSI) normiarvot olivat espoolaisilla työntekijöillä 0.60 (sd=0.44) ja Helsingin yleisakuuttipsykiatrian osaston potilailla 1.56 (sd=0.61). Tämän tutkimuksen hoitoryhmien GSI-arvot vähentyivät terapian aikana ja ne olivat seurannassa jopa alhaisemmat verrattuna espoolaisten työntekijöiden normiarvoon. Tämä viittaa siihen, että lyhyen menetelmäopetuksen, menetelmäkäsikirjojen ja viikoittaisen työnohjauksen avulla kokemattomat terapeutit pystyvät hoitamaan tehokkaasti asiakkaita lyhyen hoidon aikana. Myös Lappalainen ym. (painossa) sekä Tuomela (2006) ovat saaneet vastaavia tuloksia, jotka tukevat psykologian opiskelijoiden kykenevyyttä tehokkaaseen terapiatyöskentelyyn.

Terapiahoidon vaikutus oli myös nopeaa: 10 kerran terapiahoidolla oli vaikutuksia. Tämän tutkimuksen terapiahoitojen vaikuttavuus säilyi myös seurannassa. Tulokset jopa parantuivat molemmissa hoitoryhmissä ja erityisesti asiakkailta, jotka eivät olleet saaneet aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa, sekä asiakkailta, joilla hyväksyntä lisääntyi enemmän terapian aikana. Asiakkaat ilmaisivat myös tyytyväisyytensä terapiaan ja suosittelivat vastaavaa terapiaa muillekin sekä pitivät terapeutteja ammattitaitoisina. Tämä viittaa siihen, että opiskelijoiden tarjoama hoito sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät ovat hyväksyttäviä asiakkaille. Hoidon hyväksyttävyys on yksi terapiahoidon vaikuttavuuden kriteereistä (Chambless & Hollon, 1998), ja tämä tutkimus täytti sen.

Osalla asiakkaista ongelmat olivat kestäneet vuoden. Osalla ongelmat olivat kestäneet jo pitkään, usean vuoden ajan ja jotkut jopa sanoivat koko elämän olleen ongelmallista, lapsuudesta lähtien. Lisäksi osa oli saanut hoitoa aikaisemmin, jotkut useamman kerran ja osa näistä oli käynyt terapiassa tai saanut sairaalahoitoa. On todennäköistä, että aiemmin hoitoa saaneilla ongelmat olivat vaikeampia ja ne olivat kestäneet pidempään. Se, että aikaisemmin hoitoa saaneiden asiakkaiden tilanteissa tapahtui tilastollisesti merkitseviä muutoksia lyhyellä hoidolla masentuneisuuden ja koettujen oireiden vähenemisessä sekä hyväksynnän lisääntymisessä ja nämä tulokset säilyivät seurannassa, antaa lisä tukea sille, että psykologian opiskelijat pystyvät hoitamaan tehokkaasti asiakkaita ja omaksumaan menetelmien käytön.



Asiakkaiden auttaminen kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä on tulosten perusteella mahdollista lyhyemmälläkin koulutuksella. Tämä viittaa siihen, että näitä menetelmiä on nopea oppia ja helppo soveltaa käytännön kliinisen työhön, mikä kuuluu terapiahoidon vaikuttavuuden kriteeriin terapian hyödynnettävyydestä (Chambless ja Hollon, 1998). Tämän tutkimuksen tulokset ja aiemmat tutkimukset (Lappalainen ym., painossa; Tuomela, 2006) viittaavat siihen, että psykologian opintojen tutkinrossa on hyödyllistä ja tarpeellista opettaa tehokkaita psykoterapiamenetelmiä. Tehokkaita hoitomuotoja opetetaan kuitenkin psykologian opiskelijoille APA:n (1993) selvityksen mukaan vähän (Barlow & Hofmann, 1997). Tehokkaiden menetelmien opettaminen psykologian opiskelijoille on perusteltua, koska jokainen psykologi kohtaa työssään todennäköisesti tämän tutkimuksen kaltaisia asiakkaita ja kaikilla psykologeilla ei ole kuitenkaan mahdollisuutta tai kiinnostusta osallistua pitkäkestoiseen ja kalliiseen psykoterapiakoulutukseen. Tehokkaiden menetelmien hallinta antaisi psykologin työtä aloittaville välineitä asiakkaiden auttamiseen, mikä helpottaisi myös asiakkaiden kohtaamista sekä vähentäisi asiakastyöhön liittyvää jännitystä. Tehokkaat menetelmät olisivat myös paremmin asiakkaiden saatavilla (vrt. Barlow & Hoffman, 1997).

Yhtä asiakasta hoidettiin keskimäärin noin 10 tuntia. Vastaavanlaisen yhden hoidon hinta olisi yksityisellä terapeutilla noin 600–700 euroa. Toisin sanoen voidaan sanoa, että alle tuhannen euron hintaisella hoidolla saatiin aikaan kohtuullisen hyviä tuloksia kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä. On kuitenkin huomioitava, että tämän tutkimuksen asiakkaat hakeutuivat itse hoitoon ja he olivat motivoituneita oman tilanteensa muuttamiseen.

Kognitiivisen käyttäytymisterapiaryhmän ja yhdistelmäryhmän välillä ei havaittu eroa hoidon vaikuttavuudessa, vaan molemmissa ryhmissä tapahtui tilastollisesti merkitseviä muutoksia asiakkaiden tilanteissa. Menetelmien tehokkuudesta kertoo se, että kokemattomat opiskelijat pystyivät hoitamaan tehokkaasti asiakkaita. Muutokset olivat hieman suurempia KKT-ryhmässä tarkasteltaessa ryhmien sisäisiä muutoksia. KKT:n tehokkuus on osoitettu monissa tutkimuksissa (APA, 1998; Butler ym., 2006; Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2006), mitä tämän tutkimuksen tulokset tukevat. Tässä tutkimuksessa hoidon vaikutukset jopa kasvoivat KKT-ryhmässä kuuden kuukauden kuluttua terapian loppumisesta.

ACT-menetelmien lisääminen KKT-menetelmiin ei lisännyt hoidon vaikuttavuutta. Hoitotulokseen on voinut vaikuttaa se, että terapian alussa yhdistelmäryhmän asiakkailta oli vähemmän koettuja oireita (GSI=0.89) kuin KKT-ryhmän (GSI=1.04) asiakkailta. Tämä ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Yhdistelmäryhmässä oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän keskivaikeasti tai vakavasti masentuneita BDI:llä mitattaessa. Lisäksi terapian alussa yhdistelmäryhmässä oli vähemmän koettuja oireita kuin Helsingin yleisakuuttipsykiatrian osaston potilailla (GSI=1.56) (Holi, 2003). Näyttää siis siltä, että yhdistelmäryhmän asiakkaat olivat suhteellisen terveitä ja koetut oireet sekä masentuneisuus eivät voineetkaan vähentyä paljoa lähtötilanteesta, mikä on voinut vaikuttaa tuloksiin. Myös Zettlen (2003) tutkimuksessa ACT-hoidolla ei saatu parempia hoitotuloksia verrattaessa toiseen hoitomuotoon. Hayes ym. (2006) arvelevat Zettlen tutkimuksen tulosten johtuvan siitä, että potilaat olivat suhteellisen terveitä. Hayesin ym. tulkinta tukee myös tämän tutkimuksen tuloksen tulkintaa asiakkaiden ongelmien asteen vaikutuksista hoitotulokseen. Tämä tutkimus eroaa kuitenkin Zettlen tutkimuksesta siinä, että tässä toinen hoitomuoto ei ollut ”puhdas” ACT, vaan siinä käytettiin myös KKT-menetelmiä. KKT:n ja ACT:n menetelmät poikkeavat joiltain osin toisistaan (Hayes, 2004) ja niiden yhdistämisessä on voinut olla tämän takia omat vaikeutensa, mikä on voinut vaikuttaa myös terapian tuloksiin. Yhdistelmäryhmän tuloksiin vaikuttaa myös neljän asiakkaan poisjääminen tutkimuksesta.

Vaikka yhdistelmäryhmän hoitotulokset eivät olleet parempia kuin KKT-ryhmässä, on huomioitava, että yhdistelmäryhmän hoidolla oli vaikutuksia ja ne paranivat seurannassa, jolloin potilailla oli koettuja oireita vähemmän verrattuna espoolaisten työntekijöiden normiarvoon (Holi, 2003). Huomioitava on myös se, että yhdistelmähoidossa tapahtui hieman enemmän lääkemutoksia kuin KKT-hoidossa. Lisäksi yhdistelmähoidon asiakkaista vähemmän koki olevansa mielenterveyteen liittyvän hoidon tarpeessa verrattuna KKT-ryhmän asiakkaisiin kuusi kuukautta hoidon päättymisen jälkeen.

Tuloksia tulkittaessa on huomioitava asiakkaiden ongelmien vakavuusasteen vaihtelevuus. Osalla asiakkaista oli lieviä ongelmia ja osalla vakavia ongelmia, jotka olivat vaivanneet pitkään. Kossin ja Shiangin (1994) mukaan lyhyen hoidon vaikutukset eivät ole niin suuria, jos potilailla on vakavampia ongelmia. Terapian lyhyt pituus on voinut vaikuttaa hoitotuloksiin, jolloin terapian vaikuttavuus on voinut olla vähäisempää asiakkailta, joilla ongelmat ovat olleet vaikeampia. Tällöin syy ei siis ole käytetyissä menetelmissä. Asiakkaita, joilla oli paljon koettuja oireita ja masentuneisuutta, oli molemmissa hoitoryhmissä. Myös asiakkaiden ilmoittamat ongelmat

vaihtelivat hoitoryhmissä. KKT-ryhmän asiakkailta yleisimpänä ongelmina olivat tyytymättömyys itseensä, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja ihmissuhdeongelmat, joiden hoidossa KKT on osoitettu soveltuvaksi ja tehokkaaksi (Butler ym., 2006). Yhdistelmäryhmän selvästi yleisin ongelmaryhmä oli parisuhdeongelmat, joiden hoito voi olla hankalaa.

Hyväksynnän muutoksella oli yhteys koettujen oireiden ja masentuneisuuden muutoksiin ja tämä vaikutus kasvoi terapian jälkeen. Nämä tulokset ovat yhtä hyviä kuin Hayesin ym. (2006) katsauksessa esitetyt tulokset. Hayes on tulkinnut yhteyttä siten, että hyväksynnän kasvaessa koetut oireet ja masentuneisuus vähenevät. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myös hyväksynnän muutoksen yhteyttä hoitotulokseen ja havaittiin, että hoitotulos oli parempi ja se myös parantui terapian jälkeen asiakkailta, joilla hyväksyntä lisääntyi enemmän. Koetut oireet vähenivät heillä yli puolella terapian alusta (GSI=1.15) seurantaan (GSI=0.49) ja lisäksi seurannassa koettuja oireita oli vähemmän kuin espoolaisilla työntekijöillä sekä kolme kertaa vähemmän kuin Helsingin akuuttiyleispsykiatriaosaston potilailla (Holi, 2003). Pienen hyväksyntämuutoksenryhmässä koettujen oireiden vähenemisessä ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia (GSI=0.79 terapian alussa, GSI=0.64 seurannassa). Tämän tutkimuksen tulokset tukevat Hayesin ym. (2006) havaintoa hyväksynnän muutoksen yhteydestä parempaa hoitotulokseen. Aikaisempien tutkimusten (Hayes & Pankey, 2003) havainto, että hyväksyntätaidot ovat merkittäviä ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin kannalta ja että hyväksyntätaidot voivat lisätä terapian vaikuttavuutta, saivat tukea.

Ei voida kuitenkaan tietää, miten hyväksynnässä on tapahtunut muutoksia ja vaikuttivatko hoitomenetelmät hyväksynnän lisääntymiseen, koska suuren hyväksyntämuutosryhmän asiakkaat eivät välttämättä kuuluneet yhdistelmäryhmään ja saaneet hyväksyntään liittyviä menetelmiä hoidossa. Tulkinta on hankalaa ja ei voida tehdä johtopäätöstä, että hyväksynnän lisäämiseen tarkoitetut menetelmät vaikuttivat hyväksynnän muutokseen, varsinkaan kun ei varmasti tiedetä, miten paljon hyväksyntämenetelmiä käytettiin.

Tutkimuksessa ilmeni, että terapiahoiton vaikuttavuus oli suurempaa asiakkailta, jotka eivät olleet saaneet mielenterveyteen liittyvää hoitoa ennen tutkimusta verrattuna asiakkaisiin, jotka olivat saaneet aikaisemmin hoitoa. Terapian vaikutus oli suurta hoitoon ensi kertaa tulevien asiakkaiden kohdalla seurannassa mitattuna. Heillä oli kuuden kuukauden jälkeen terapian päättymisestä koettuja oireita (GSI=0.31) lähes puolet vähemmän kuin espoolaisilla työntekijöillä ja lähes viisi kertaa vähemmän kuin Helsingin akuuttiyleispsykiatrian potilailla (Holi, 2003). Myös masentuneisuus vähentyi ensi kertaa hoitoon tulevilla tilastollisesti merkitsevästi sekä hyväksyntä

lisääntyi terapian alusta seurantamittaukseen nähden. Tulosten perusteella näyttää siltä, että hyväksyntä muuttuu eri tavalla ja lisääntyy enemmän hoitoa ensi kertaa saavien kohdalla kuin aikaisemmin hoitoa saaneilla. Mielenkiintoista oli se, että asiakkailla, jotka eivät olleet saaneet aikaisempaa hoitoa, hyväksyntäpistemäärä oli korkeampi hoidon alussa verrattuna aikaisemmin hoitoa saaneisiin. Lisäksi hyväksyntä jatkoi lisääntymistään terapian jälkeen asiakkailla, jotka eivät olleet saaneet aiemmin hoitoa, mikä viittaa hyväksynnän prosessimaiseen luonteeseen. Myös aiempaa hoitoa saaneiden asiakkaiden kohdalla tapahtui tilastollisesti merkitseviä muutoksia hoitotuloksessa (esimerkiksi GSI=1.08 terapian alussa, GSI=.73 seurannassa). Muutos ei vaan ollut niin suurta kuin ensi kertaa hoitoon tulevien kohdalla.

Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa on otettava huomioon tutkimuksen luotettavuus ja sen rajoitukset. Tutkimusasetelma oli järjestetty hyvin. Tutkimus oli kontrolloitu ja siinä vertailtiin kahden hoitomuodon vaikuttavuutta. Lehti-ilmoituksen perusteella tutkimukseen mukaan otetut asiakkaat satunnaistettiin hoitoryhmiin. Kellään terapeuteista ei ollut kokemusta terapiatyöstä ja terapeuttivaikutus (taidot ja persoonalliset ominaisuudet, kuten empatiakyky) kontrolloitiin pois siten, että sama terapeutti hoiti molempien ryhmien asiakkaita käyttäen eri menetelmiä. Hoitoaika oli myös samanmittainen molemmissa ryhmissä.

Tutkimusasetelmassa ongelmallista oli se, että molemmissa ryhmissä käytettiin osin samoja menetelmiä. Käyttäytymisanalyysi tehtiin molempien ryhmien asiakkaille sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä käytettiin molemmissa hoitoryhmissä. Tämä asettaa rajoituksia tulosten tulkinnalle. Erityisesti KKT- ja ACT-menetelmien yhteiskäyttö yhdistelmäryhmässä on voinut sekoittaa terapeutteja, koska ne eroavat joiltakin osin toisistaan (Hayes, 2004). Yhdistelmäryhmässä käytettiin terapeuttien mukaan noin kaksi kertaa enemmän hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä.

Tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä (BDI, SCL-90, AAQ) käytetään kansainvälisesti ja ne on todettu tutkimuksin hyviksi menetelmiksi (Holi, 2003; Hayes, 2006). Menetelmät mittasivat monipuolisesti hoitojen vaikutuksia. On huomioitava kuitenkin Rothin ja Fonagyn (2005) esitys siitä, että BDI mittaa enemmän masennusta kognitiivisesta näkökulmasta, jolloin kognitiivisen terapian vaikutuksia mitattaessa tulokset voivat olla vääristyneitä. Lisäksi käytettyjen menetelmien heikkous on se, että kaikki mittarit olivat itsearviointimittareita. Asiakkaat eivät olleet kuitenkaan psykoottisia ja he eivät olleet sairaalahoidossa, ja Holin mukaan tällaiset potilaat ovat kykeneviä arvioimaan omia oireitaan. Holin (2003) mukaan BDI ja SCL-90 sopivat hyvin interventioiden

tutkimiseen, kun tehdään alku- ja loppumittauksia. SCL-90 on soveltuva mittaamaan yleistä mielenterveyttä ja muutosta oireissa (Holi, 2003). Tuomelan (2006) tutkimuksessa käsiteltiin terapeuttien täyttämät lomakkeet. Terapeutit täyttivät lomakkeet ennen terapian alkua ja terapian päätyttyä. Alku- ja loppumittauksen välillä ei tapahtunut muutoksia. Tämän perusteella käytetyt mittarit ovat vakaita toistetuille mittauksille ja ne eivät näytä vaikuttavan tuloksiin. On kuitenkin huomioitava, että tutkimuksen asiakkaat ja psykologian opiskelijat muodostavat erilaiset ryhmät.

Tutkimuksen otoskoko oli pieni (n=30), mikä aiheuttaa monia ongelmia (Roth & Fonagy, 2005). Tutkimus olisikin tärkeä toistaa suuremmalla otoskoollla. Kun otetaan huomioon tutkittavien vähäinen määrä ja Rothin ja Fonagyn (2005) huomio, että hoidon loputtua suurimmalla osalla tutkimukseen osallistujista on yleensä yhä oireita ja täydellistä parantumista ei pidä odottaakaan, tutkimustulokset olivat kuitenkin hyviä.

Tutkimuksesta jäi pois neljä asiakasta, jotka kaikki olivat yhdistelmäryhmän asiakkaita. Tutkimushenkilöiden poisjääminen vaikutti hoitojen satunnaistamiseen, mikä on voinut heikentää sisäistä validiteettia (Roth & Fonagy, 2005). Saman hoitoryhmän keskeytykset voivat heijastaa myös hoidon hyväksyttävyyttä Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan. Kaksi asiakasta keskeytti terapian neljännen käynnin jälkeen ja kaksi asiakasta jäi pois tutkimuksesta, kun he eivät palauttaneet seurantalomakkeita. Kahden keskeyttäneen asiakkaan terapeutit arvioivat, että toisen kohdalla keskeyttämisen syy oli motivaation puute, mikä ei viittaa hoidon keskeyttämisen johtuvan terapiamuodosta. Toinen asiakkaista ei ollut terapeutin mukaan halukas käsittelemään syvällisesti omia asioitaan ja arvojaan. Hänen kohdallaan on mahdollista, että hoito (erityisesti arvojen käsitteleminen) on voinut vaikuttaa keskeyttämiseen. Seurantamittausvaiheessa asiakkaiden poisjääminen ei todennäköisesti johtunut hoitomenetelmistä vaan motivaation puutteesta täyttää lomakkeita. Terapian vaikuttavuutta heidän kohdallaan tukee se, että koetut oireet ja masentuneisuus vähenivät terapian aikana. On huomioitava, että seurantatutkimuksesta poisjäämiset ovat yleisiä (Roth & Fonagy, 2005) ja ne eivät johdu välttämättä itse hoitomenetelmistä. Edellisiin perusteluihin viitaten voidaan olettaa, että yhdistelmäryhmän keskeytykset eivät johtuneet hoidon hyväksyttävyydestä. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin otettava huomioon yhdistelmäryhmän pienempi koko suhteessa KKT-ryhmään. Poisjääneistä huolimatta tutkimushenkilöt jakautuivat suhteellisen tasaisesti hoitoryhmien välille eri muuttujien suhteen, kuten aikaisempien hoitojen ja terapian aikana käytetyn lääkityksen suhteen ja keskeytykset eivät vaikuttaneet näiden muuttujien kohdalla satunnaistamiseen.

Tämän tutkimuksen sisäinen validiteetti oli hyvä, vaikka sitä heikensikin tietyt tekijät. Ongelmallista oli se, että noin puolella asiakkaista oli hoidon aikana käytössä mielenterveyteen liittyvä lääkitys ja kaksi asiakasta sai samanaikaista hoitoa tutkimuksen ulkopuolella. On huomioitava, että nämä tekijät ovat voineet vaikuttaa hoitotulokseen. Lähes puolet lääkkeitä käyttävistä asiakkaista oli kuitenkin lopettanut lääkityksen terapian jälkeen, mikä on vähentänyt jonkin verran lääkityksen vaikutusta seurannan hoitotulokseen. Seurantatutkimuksissa on aina omat ongelmansa, koska kaikkia väliin tulevia muuttujia ei voi kontrolloida (Chambless & Hollon, 1998). Yksi tällainen tekijä oli tässä tutkimuksessa se, että osa asiakkaista hakeutui hoitoon terapian jälkeen. Lisäksi ei voida tietää, ovatko tutkimuksen aikaiset tapahtumat asiakkaiden elämässä vaikuttaneet seurannan tuloksiin, koska tuloksia ei voitu verrata kontrolliryhmään. Asiakkailta kysyttiin seurannassa heidän tilanteeseensa vaikuttavia positiivisia ja negatiivisia tapahtumia ja ne jakaantuivat tasaisesti hoitoryhmien välillä. Joten voidaan kuitenkin olettaa, että tutkimuksen aikaiset elämäntapahtumat eivät olisi vaikuttaneet tuloksiin hoitoryhmien välillä.

Ongelmallista on myös, kun potilaita ei valittu tutkimukseen minkään diagnoosin mukaan. Tutkimuksessa oli mukana eri ongelmaryhmien asiakkaita ja sisäistä validiteettia olisi lisännyt asiakkaiden valikoiminen tutkimukseen tietyn diagnoosiryhmän mukaan käyttäen DSM-IV luokitusta (Chambless & Hollon, 1998). Asiakkaiden koetut ongelmat vaihtelivat myös hoitoryhmissä, mikä vaikeuttaa tulosten tulkintaa. Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan eri häiriöt etenevät eri tavalla. Jos tutkimuksessa olisi ollut vain tietyn diagnoosiryhmän asiakkaita, olisi ollut mahdollista ottaa tulosten tulkinnassa huomioon häiriön luonnollinen kehityskulku, mikä lisää Rothin ja Fonagyn mukaan seurantatulosten tulkinnan luotettavuutta. Näyttää myös siltä, että tutkimuksessa oli mukana asiakkaita, joiden ongelmien vakavuus vaihteli huomattavasti: osalla oli vain lieviä ongelmia ja osalla vakavia. Esimerkiksi BDI-pistemäärän mukaan hoidon alussa 12 (40%) asiakkaalla ei ollut masennusta, 6 (20%) oli lievä masennus ja 12 (40%) oli keskivaikea tai vakava masennus. Edelliset tekijät hankaloittavat tulosten tulkintaa (Lambert, 1976; Roth & Fonagy, 2005). Tutkimuksen sisäistä validiteettia heikentää myös asiakkaiden ongelmien kuvauksien sekä diagnoosien puutteelliset tiedot.

Tutkimuksen rajoituksena on lisäksi menetelmien opetuksen selkeän kuvauksen puuttuminen, minkä takia ei voida tietää, opetettiinkö molempia menetelmiä samalla tavalla ja sama määrä. Työnohjauksesta ei ole myöskään selkeää kuvausta ja ei tiedetä, ovatko työnohjaajat painottaneet enemmän yhdistelmäryhmässä tiettyjä menetelmiä.

Toisaalta tutkimuksen sisäistä validiteettia lisäsi hoitokäsikirjojen käyttö ja selkeä kuvaus käytetyistä terapiamenetelmistä (APA, 1998). Hoitoperiaatteen noudattamista seurattiin menetelmäpäiväkirjan ja nauhojen avulla. Nauhoja ei kuitenkaan analysoitu tässä tutkimuksessa ja ei voida tietää, käyttivätkö terapeutit menetelmiä, joita he olivat merkinneet käyttäneensä menetelmäpäiväkirjoihin.

Tutkimuksen ulkoista validiteettia ei painotettu tässä tutkimuksessa yhtä paljon kuin sisäistä validiteettia. Tuloksia ei voida yleistää muihin kuin samankaltaisiin tutkimusasetelmiin ja tutkimushenkilöihin. Terapeutteina toimivat tässä tutkimuksessa motivoituneet psykologian opiskelijat, jotka saivat työnohjausta kokeneilta psykoterapeuteilta. Ulkoinen validiteetti hyötyi siitä, kun asiakkaita ei valikoitu tutkimukseen minkään diagnoosin mukaan. Asiakkaiden suurimpina ongelmina oli pari- ja ihmissuhdeongelmat, ahdistuneisuus, masennus, nukkumiseen liittyvät ongelmat ja tyytymättömyys itseen. Tulokset ovat siis yleistettävissä vastaavia ongelmia käsitteleviin tutkimusasetelmiin. Tutkimuksen keskeyttäneillä asiakkailla oli ongelmina parisuhde- tai ihmissuhdeongelmia sekä masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Nämä ongelmat olivat yleisiä molemmissa hoitoryhmissä ja ei voida sanoa, että keskeyttäneet olisivat olleet tietynlaisia, joten poisjäämiset eivät vaikuttaneet tulosten yleistämisen heikkenemiseen. Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan suuri kato tutkimuksessa voi heikentää ulkoista validiteettia tulosten ollessa yleistettävissä vain itsepintaisiin potilaisiin. Tässä tutkimuksessa kato ei ollut kuitenkaan niin suurta, että ulkoinen validiteetti olisi kärsinyt.

Jatkotutkimuksia suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon hyväksynnän ja hoitotuloksen välinen yhteys. Lisäksi olisi hyvä huomioida hoidon sekä hyväksynnän muuttumisen erilainen vaikutus asiakkaisiin, jotka tulevat ensi kertaa hoitoon. Tätä olisi hyvä tutkia lisää, koska tietoa voisi hyödyntää terveydenhuollossa, kun arvioidaan potilaiden terapioiden tarvetta ja heille sopivinta hoitomallia. Terveydenhoitoalalla työskenteleviä ammattilaisia hyödyttäisi myös tutkimustieto siitä, minkälaisilla menetelmillä asiakkaiden hyväksyntää voitaisiin lisätä. Siksi seuraavissa tutkimuksissa olisikin hyvä miettiä keinoja hyväksynnän lisäämisen vaikuttamiseen. Olisi hyvä myös tutkia KKT- ja ACT-menetelmien vaikuttavuutta, kun terapeutteina toimivat terveydenhoitoalan eri ammattilaiset.

Lyhyenä yhteenvetona voidaan todeta, että sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia että hyväksymis- ja omistautumisterapia vaikuttavat tutkitusti tehokkailta. Erityisesti hyväksynnän lisääntymisellä näyttää olevan yhteys hoitotulokseen. Näyttää myös siltä, että hyväksyntä muuttuu eri tavalla ensi

kertaa hoitoon tulevilla asiakkailla ja hoitotulokset ovat heidän kohdallaan parempia kuin aikaisemmin hoitoa saaneilla. Tämä viittaa siihen, että ensimmäistä kertaa hoitoon tuleville olisi hyödyllistä käyttää menetelmiä, joilla voidaan vaikuttaa hyväksynnän lisääntymiseen. Tulokset osoittavat, että psykologian opiskelijat pystyvät hoitamaan lyhyellä hoidolla tehokkaasti asiakkaita kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä ja nämä tulokset säilyvät puolen vuoden kuluttua hoidon päättymisestä. Aihetta ei ole tutkittu aikaisemmin paljoa ja tämän tutkimuksen tulokset ovatkin tärkeitä, koska ne antavat lisätietoa aiheesta. Tutkimuksen mukaan asiakkaita on mahdollista auttaa terapeuttisin menetelmin lyhyemmälläkin koulutuksella. Edellisen perusteella näitä tehokkaita menetelmiä olisi suositeltavaa ja eettisesti perusteltua opettaa psykologian opiskelijoille, jotta tehokkaat menetelmät saataisiin psykologien käyttöön ja paremmin asiakkaiden saataville.



## LÄHTEET

Agras, W.S., Schneider J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D. & Telch, C.F. (1989). Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 215-21

APA (American Psychological Association) (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.

Bach, P.B., & Hayes, S.C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.

Bakker, A., van Balkom, A.J., Spinhoven, P., Blaauw, B.M., & van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. A quantitative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 414-419.

Barlow, D.H., Craske, M.G., Gerny, J.A. & Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.

Barlow, D.H., & Hofmann, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. Teoksessa D.M. Clark & C.G. Fairburn (toim.) *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. New York: Oxford University Press.

Barnes-Holmes, D., Cochrane A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. & McHugh L. (2004). Psychological acceptance: Experimental analyses and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531.

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.

Block, J.A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral dissertation. University at Albany, State University of New York.

- Bond, F.W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156-163.
- Bond, F.W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*(6), 1057-1067.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 55*, 883-888.
- Borkovec, T.D., & Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62* (Suppl. 11), 37-42.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology, 7*(1) Suppl.1, 57-70.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214-227.
- Branstetter, A.D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M., Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Paper presented at the *Assosiation for Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 167-175.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 1, 7-18.

Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Cambell, H., Flower, T., Davenport, C. & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cook, D. (2004). *Culture and acceptance and control-based strategies: Predictors of psychological adjustment among Asian Americans and Caucasian American*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno, NV.

Dahl, J., Wilson, K.G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persond at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavioral Therapy*, 35, 785-802.

Donaldson-Feilder, E.J., & Bond, F.W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counseling*, 32(2), 187-203.

Dykstra, T.A., & Follette, W.C. (1998). *An agoraphobia scale for assessing the clinical significance of treatment outcome*. Unpublished manuscript.

Fedoroff, I.C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacology*, 21, 311-324.

Forman, E.M, Herbert, J.D., Yeomans, P.D. & Geller, P.A. (2004). *Comparing outcome and mechanisms of action in cognitive behavioral and Acceptance and Commitment Therapies*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA, November.

- Forsyth, J.P., Parker, J.D., & Finlay, C.G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive behaviors, 28*(5), 851-870.
- Gaudiano, B.A. & Herbert, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy, 44* (3), 415-437.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59-72.
- Gold, S.D., Marx, B.P. & Heidt, J.M. (submitted for publication). Lesbian and gay sexual assault survivors: The relationship between internalized homophobia and psychological sequelae.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Shizophrenia Research, 48*, 3335-342.
- Gratz, K.L. & Gunderson, J.G. (in press). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*.
- Gregg, J.A. (2004). *A randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without Acceptance and Commitment Therapy*. Doctoral dissertation. University of Nevada, Reno.
- Gutierrez, O., Luciano, C. & Fink, B.C. (2004). Comparison between an acceptance-based and cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy, 35*, 767-784.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (toim.) (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. Guilford: New York.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44, 1-25.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M., Wilson, K.G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? Teoksessa Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (toim.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York. NY:Springer.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological record*, 54, 553-578.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior therapy*, 35, 667-688.

Hill, R.D., Rigdon, M. & Johnson, S. (1993). Behavioral smoking cessation treatment for older chronic smokers. *Behavior Therapy*, 24, 321-329.

Holi, M.M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic dissertation. Helsinki University.

Holi, M.M., Samallahti, P.R. & Aalberg, V.A.(1998). A Finnish validation study of SCL-90, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.

Hollon, S.D., Thase, M.E. & Markowitz, J.C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.

Kashdan, T.B., Barriers, V., Forsyth, J.P. & Steger, M. F. (2006). Experimental avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 1301-1320.

Karekla, M., Forsyth, J.P., & Kelly, M.M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725-746.

Keefe, F. J., Dunsmore, J., & Bunnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.

Koss, M.P. & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. Teoksessa Bergin, A. E. & Garfield, S. G. (toim.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4.painos). New York. John Wiley & Sons, Inc.

Kuivalainen J. & Lappalainen, R. (2003). Suhdekehysteoria ja muu hyväksymis- ja omistautumisterapian teoreettinen tausta. *Käyttäytymisanalyysi- ja terapia*. 3-4, 7-17.

Kåver (2006). *KBT i utveckling. En introduction till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm. Natur och Kultur.

Lambert, M.J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: A revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83, 107-119.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S.C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K.G., Afari, N., & McCurry, S.M. (2004). *Hyväksymis- ja käyttäytymisterapia käytännön terapiatyössä. Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Clinical manual*. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hynninen, M., Loimala, P., Mikkola, A., Väätäinen, S., Rantanen, M. (2004). *Sosiaaliset taidot: Työkirja*. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisu 5. Tampereen yliopisto, Psykologian laitos.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M. & Hayes, S.C. (In press). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapist: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*.

Lehtonen, T., & Lappalainen, R. (2005). *Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä*. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisu 6. Tampereen yliopisto, Psykologian laitos.

Levitt, J.T., Brown, T. A., Orsillo, S.M., Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.

Lundgren, T. & Dahl, J. (2005). *Development and evaluation of integrative health model in treatment of epilepsy: A randomized controlled trial investigating the effects of short-term ACT intervention compared to attention control in South Africa*. Chicago: Association for Behavior Analysis.

Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F. & Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.

Mattick, R.P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guide exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.

McCracken, L.M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166.

Ojanen, M., & Seppälä, H. (1997). *Assessment of Psychosocial Capabilities of Persons with developmental disabilities*. Helsinki: Finnish Association of Mental Retardation.

- Plumb, J.C., Orsillo, S.M., & Luterek, J.A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245-257.
- Polusny, M.A., Rosenthal, M.Z., Aban, I., & Follette, V.M. (2004). Experiential avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on negative adult outcomes. *Violence and Victims*, 19, 109-120.
- Rector, N. A. & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2. painos. New York: Guilford Press.
- Sloan D.M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Stewart, S.H., Zvolensky, M.J. & Eifert, G.H. (2002). The relationships of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26, 279-296.
- Strosahl, K.D., Hayes, S.C., Bergan, J. & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of acceptance and commitment therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior therapy*, 29, 35-63.
- Thackwray, D.E., Smith, M.C., Bodfish, J.W. & Meyers, A.W. (1993). A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 639-645.
- Toarmino, D., Pistorello, J., & Hayes, S.C. (1997). *Validation of Acceptance and Action Questionnaire*. Unpublished manuscript.



Tuomela, H.R. (2006). *Hyväksymis- ja omistautumisterapian lisääminen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan sekä hyväksynnän muutoksen yhteys hoitotulokseen*. Pro gradu -tutkielma. Tampere University Press.

Twohig, M.P., Hayes, S.C. & Masuda, A. (in press). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as treatment for obsessive compulsive disorders. *Behavior Therapy*.

Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional Meta-Analysis of Treatments for Depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical Examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.

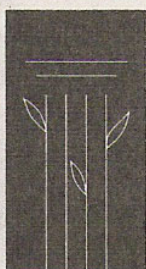
Woods, D.W., Wetterneck, C.T. & Flessner, C.A. (2006). A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (5), 639-56.

Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systemic desensitization in the treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.

Zettle, R.D., & Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

Zettle, R.D., & Rains, J.C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.

Öst, L.-G. (2006). Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. Teoksessa Öst, L.-G. (toim.). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och kultur.



TAMPEREEN  
YLIOPISTO

## PSYKOLOGIAN OPISKELIJAT ETSIVÄT PSYKOTERAPIA- ASIAKKAITA

Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetusklänikka tarjoaa psykoterapiaa hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoidon kohteena voivat olla akuutit kriisit, jännittäminen, masennus, ahdistus, erilaiset pelöt, pakkotoiminnot, fyysiseen terveyteen liittyvät psyykkiset oireet jne.

Hoitojen keskimääräinen pituus on n. 8-10 käyntiä. Terapeutteina toimivat opintojen loppuvaiheessa olevat ammattityön opintoja suorittavat psykologian opiskelijat. Asiakasterapian aikana opiskelijat saavat jatkuvaa työnohjausta. Terapiassa olevat asiakkaat osallistuvat samalla myös hoitomuotojen kehittämistä koskevaan tutkimukseen.

Terapiat alkavat sopimuksen mukaan lokakuun alussa. Yhden terapiakäynnin hinta on 15 euroa. Terapia tapahtuu psykologian laitoksella sijaitsevan opetusklänikan tiloissa osoitteessa Yliopistonkatu 38, 5. kerros. Ilmoittautua voi viikon 38 aikana maanantaina klo 9-13, tiistaina ja keskiviikkona klo 12-15 ja perjantaina klo 9-13 psykologiharjoittelija **Annika Lahtelalle, puh. 35517634.**

## TUTKIMUSTIEDOTE

Tampereen yliopiston psykologian laitoksella kehitetään psykoterapiamenetelmiä erilaisten psykologisten ongelmien hoitoon.

Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että psykologian laitoksen opetuslinikassa terapiassa käyvät ja tutkimukseen suostuvat henkilöt saavat erilaisia hoitoja. Vertaamme tutkimuksessamme sitä, miten osallistujat ovat eri menetelmät kokeneet, miten ne toimivat sekä miten niitä tulee opettaa. Tällä tavalla saamme arvokasta tietoa terapian vaikutuksista ja siitä, mihin suuntaan terapiamenetelmiä tulee kehittää.

Pyrimme koko ajan arvioimaan annettavaa hoitoa. Hoidon paras arvioija on asiakas itse. Tästä syystä pyydämmekin Teitä täyttämään hoidon aikana arviointi- ja itsehavaintolomakkeita, jotka kerätään ja joiden tarkoituksena on kuvata sitä miten terapia on koettu ja mikä sen vaikutus on.

Tulosten käsittely tapahtuu niin, ettei niistä käy ilmi kuka tutkimukseen osallistuja on. Kaikkien kerättävien tietojen käsittely on täysin luottamuksellista. Henkilötietoja tai osallistumista ei paljasteta tutkimuksen ulkopuolisille tahoille. Tutkimusta varten kerätyt tiedot kirjataan erilliseen tutkimusrekisteriin, jossa ei ole henkilön nimeä eikä mitään muita tunnistetietoja, vaan osallistujat erotetaan toisistaan ainoastaan tutkimusnumeron avulla. Tutkimusrekisteriä säilytetään lukollisessa kaapissa psykologian laitoksella. Tutkimusta ja asiakastyötä valvovat ja ohjaavat psykologian laitoksen ammatillisten aineiden opettajat.

Tutkimukseen osallistujat allekirjoittavat ensimmäisellä terapiakäynnillä oheisen suostumuslomakkeen ja palauttavat sen terapeutille.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa lehtori Raimo Lappalainen, puh. 2156584.

Toivomme myönteistä suhtautumista tutkimukseemme.

Tutkimuksen johtaja

Raimo Lappalainen  
Lehtori, dosentti  
Psykoterapeutti VET

## TERAPIASOPIMUS

Tampereen yliopiston Psykologipalveluiden kehittämissyksikkö PSYKEn opetuskliniikka tarjoaa psykoterapiaa erilaisista mielenterveyteen ja psykologiseen hyvinvointiin vaikuttavista ongelmista kärsiville. Terapeutteina toimivat opintojen loppuvaiheessa olevat ammattityön opintoja suorittavat psykologian opiskelijat. Asiakastyö tehdään psykologian laitoksen ammattiaineiden opettajien ohjauksessa.

Hoidon tavoitteena on yhdessä asiakkaan kanssa analysoida ja selvittää ongelma ja analyysin perusteella päättää hoidon tavoitteista ja toteuttamisesta.

Terapeutti lupaa hankkimansa koulutuksen, kokemuksen, tutkimustiedon ja saamansa työnohjauksen avulla yhdessä asiakkaan kanssa ratkaisemaan suunniteltuihin tavoitteisiin sisältyvät ongelmat ja kertomaan asiakkaalle kaikista hoitoon kuuluvista asioista.

Tapaamiskerrat ovat kerran viikossa ellei toisin sovita.

Tämä sopimus on voimassa kolme kuukautta. Asiakkaalla on oikeus sanoa sopimus irti ilmoittamalla irtisanominen ja sen syy terapeutille henkilökohtaisesti tai puhelimitse.

Terapia-asiakkaat osallistuvat suostumuksensa mukaisesti psykologian laitoksella tehtävään psykoterapian kehittämistutkimukseen. Kaikki tutkimustiedot käsitellään luottamuksellisina ja säilytetään lukitussa tilassa. Tutkimusta varten kerättävissä lomakkeissa on vain koodinumerot. Aineiston käsittelijät eivät tiedä ketkä ovat osallistuneet tutkimukseen. Tutkimuksen tulokset julkaistaan niin, ettei niistä ole mahdollista tunnistaa osallistujia.

Olen saanut ja lukenut tutkimustiedotteen ja

\_\_\_\_\_ suostun osallistumaan tutkimukseen

\_\_\_\_\_ en suostu.

Tampereella \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2005

\_\_\_\_\_  
Asiakkaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Koulutusterapeutin allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimi painokirjaimin

\_\_\_\_\_  
Nimi painokirjaimin

SOPIMUS HOIDOSTA

Terapiasopimuksen mukaisesti hoidon tavoitteena on yhdessä asiakkaan kanssa analysoida ja selvittää ongelma ja analyysin perusteella päättää hoidon tavoitteista ja toteuttamisesta.

Tämän terapian tavoitteet ovat

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sopimus on voimassa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2005 saakka.

Tampereella \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2005

\_\_\_\_\_  
Asiakkaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Koulutusterapeutin allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimi painokirjaimin

\_\_\_\_\_  
Nimi painokirjaimin

**TAUSTATIETOLOMAKE**

NRO \_\_\_\_\_

Pvm \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2005

**Yhteystiedot**

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

**Ikä** \_\_\_\_\_ vuotta**Koulutus**

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kansakoulu            | <input type="checkbox"/> Keskikoulu          | <input type="checkbox"/> Peruskoulu |
| <input type="checkbox"/> Ammattikoulu          | <input type="checkbox"/> Ammatillinen opisto | <input type="checkbox"/> Lukio      |
| <input type="checkbox"/> Ammattikorkeakoulu    | <input type="checkbox"/> Korkeakoulu         | <input type="checkbox"/> Yliopisto  |
| <input type="checkbox"/> Jokin muu, mikä _____ |  |                                     |

**Ammattini on** \_\_\_\_\_**Työtilanteeni tällä hetkellä**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Työssä                | <input type="checkbox"/> Sairauslomalla    | <input type="checkbox"/> Työtön (kesto _____) |
| <input type="checkbox"/> Opiskelija            | <input type="checkbox"/> Kotiäiti tai -isä | <input type="checkbox"/> Eläkkeellä           |
| <input type="checkbox"/> Jokin muu, mikä _____ |  |   |

**Siviilisäätty**     Naimaton                       Avoliitossa                       Avioliitossa  
 Eronnut                               Leski

**Lasten lukumäärä** \_\_\_\_\_

**Asun tällä hetkellä** (kuvaile lyhyesti tämänhetkistä asumistilannettasi)

---

---

---

---

---

**Vietän vapaa-aikaani** (kuvaile lyhyesti harrastuksiasi ja vapaa-ajanviettoasi)

---

---

---

---

---

**Tulin terapiaan juuri nyt koska**

---

---

---

---

---

**Aiempi mielenterveyteen liittyvä hoito**

Minua ei ole hoidettu aiemmin \_\_\_\_\_

Olen saanut hoitoa \_\_\_\_\_ kertaa

Hoidon kesto on ollut \_\_\_\_\_ kk (lyhyin)

\_\_\_\_\_ kk (pisin)

**Muita sairauksia tai terveysongelmia minulla tällä hetkellä on**

---

---

---

---

---

**Lääkkeet joita käytän tällä hetkellä**

---

---

---

---

---

**Kuinka valmis olen tekemään muutoksia, jotta tilanteeni parantuisi?** (Laita rasti viivalle sopivaan kohtaan)

---

En lainkaan valmis

Hyvin valmis



Etunimi \_\_\_\_\_ Lomakkeen täyttöpvm. \_\_\_\_\_

**SCL-90-OIREKYSELYLOMAKE****TÄYTTÖOHJEET**

Lomakkeessa on esitetty luettelo ongelmista ja vaivoista, joita ihmisillä esiintyy ajoittain.

Luettuaanne kunkin kysymyksen huolellisesti merkitkää ympyröimällä vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, kuinka paljon kyseinen asia on viimeisen viikon aikana vaivannut tai ahdistanut Teitä.

Vastatkaa jokaiseen kysymykseen  
Merkitkää vain yksi kohta kustakin kysymyksestä.

<u>MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT</u>	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1. Päänsärky	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Ajatukset, sanat tai mielikuvat, joita ette saa mielestänne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Heikotuksen tai huimauksen tunne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Toisia kohtaan tunteenne arvostelunhalu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Ajatus, että joku voi säädellä ajatuksianne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Tunne siitä, että muut ovat syyppinä useimpiin vaikeuksiinne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Vaikeus maistaa asioita	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Pelko, että olette huolimaton tai pöytäamaton	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Tunne, että ärsyynnytte tai suuttutte helposti	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Sydän- tai rintakivut	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Pelontunne avoimilla paikoilla tai kaduilla	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Ajatukset elämänne lopettamisesta	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Se että kuulette ääniä, joita muut eivät kuule	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Vapina	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
18. Tunne, ettei useimpiin ihmisiin voi luottaa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Huono ruokahalu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Itkuberäkyys	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Ujous tai vaivautuneisuus vastakkaisen sukupuolen seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Tunne, että olette umpikujassa tai loukussa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Pelästyminen ikillisesti ilman mitään syytä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Tunteenpurkaukset, joita ette pysty hillitsemään	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Se että pelkäätte lähteä yksin ulos kotoa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Itsesyytökset	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Kivut ristiselässä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Tunne, että olette lukossa ettekä saa asioita hoidetuksi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Yksinäisyys	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Alakuloisuus	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Liika asioiden murehtiminen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Kiinnostuksen puute lähes kaikkeen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Pelokkuus	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Se että loukkaannutte helposti	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Se että toiset ihmiset ovat tietoisia yksityisistä ajatuksistanne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Tunne, että muut ihmiset eivät ymmärrä Teitä tai eivät tunne myötätuntoa Teitä kohtaan	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Tunne, että ihmiset ovat epäystävällisiä tai eivät pidä Teistä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Se että joudutte tekemään asiat hyvin hitaasti välttääksenne virheitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Sydämentykytykset tai -jyskytykset	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Pahoinvointi ja vatsavaivat	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
41. Huonommuudentunne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
42. Lihassäryt	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
43. Tunne, että Teitä tarkkaillaan tai Teistä puhutaan	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
44. Unensaantivaikeudet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
45. Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä tekee	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
46. Vaikeus tehdä päätöksiä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
47. Se että pelkätte matkustaa bussissa, metrossa tai junassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
48. Hengenahdistus	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
49. Kuumat tai kylmät aallot	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
50. Se että joudutte välttelemään tiettyjä asioita, paikkoja tai toimintoja, koska ne pelottavat Teitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
51. Muisti- tai ajatuskatkot	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
52. Puutuminen tai pistely jossakin ruumiinosassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
53. Palantunne kirkussa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
54. Toivottomuus tulevaisuuden suhteen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
55. Keskittymisvaikeudet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
56. Heikkouden tunne jossain ruumiinosassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
57. Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
58. Painon tunne käsissä tai jaloissa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
59. Ajatukset kuolemasta tai kuolemisesta	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
60. Ylensyöminen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
61. Vaivaantuneisuus toisten puhuessa Teistä tai katsoessa Teitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
62. Tunne ajatuksista, jotka eivät ole omianne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
63. Halu lyödä tai muuten vahingoittaa jotakuta	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
64. Se että heräätte aikaisin aamulla ettekä enää saa unta	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
65. Sisäinen pakko toistaa jotain toimintaa (esim. koskettaminen, laakeminen tai peseminen)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
66. Levoton ja katkonainen uni	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
67. Pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
68. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
69. Häiritsevä tietoisuus omaasta olemisesta toisten ihmisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

	4				
<u>MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT</u>	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
70. Epämukavuuden tunne ollessanne aterioimassa tai kahvilla julkisella paikalla	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
71. Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
72. Pelon tai pakokauhun puuskat	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
73. Epämukavuuden tunne ollessanne ihmisten keskellä, esim. kaupoissa tai elokuvissa tms.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
74. Joutuminen usein väittelyihin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
75. Hermostuneisuus jäädessänne yksin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
76. Tunne etteivät toiset anna tarpeeksi saavutuksil- lenne					
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olette toisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istu- misenkin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
79. Arvottomuuden tunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
80. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
81. Hala huutaa tai heitellä esineitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
82. Pelko, että pyörtyisitte yleisellä paikalla	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
83. Tunne, että ihmiset yrittävät hyötyä kustannuk- sellanne, jos annatte siihen tilaisuuden	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
84. Seksuaalisuutta koskevat, häiritsevät asiat	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
85. Ajatus, että Teitä pitäisi rangaista synneistä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
86. Tunne, että Teitä painostetaan tekemään tehtä- vänne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
87. Tunne, että jotakin on vakavasti vialla ruumiis- sanne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
88. Tunne, ettette koskaan ole ollut läheinen kenen- kään kanssa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
89. Syyllisyydentunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
90. Tunne, että "päälssänne on jotain vikaa"	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Tarkistaisitteko vielä ystävällisesti, että olette muistanut vastata jokaiseen kysymykseen.

**KIITOS VAIVANNÄÖSTÄ**

Nro \_\_\_\_\_

## BDI-Beckin depressioasteikko

*Nimi* \_\_\_\_\_

Seuraavilla sivuilla on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia puutteita. Lue ensin kaikki yhden lauseriän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä (1-21) se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaisiksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Ympyröi valitsemaasi vaihtoehtoa vastaava numero. Valitse vain yksi väittämä joka ryhmässä. Varmista lopuksi, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

*Päätös* / / \_\_\_\_\_

1	0 En ole surullinen. 1 Olen surullinen. 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon. 3 Olen niin onneton, että en enää kestä.
2	0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua. 1 Tulevaisuus pelottaa minua. 2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana. 3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton eikä usko asioiden tässä paranevan.
3	0 En tunne epäonnistuneeni. 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset. 2 Menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia. 3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.
4	0 asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin. 1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen. 2 En saa todellista tyydytystä enää mistään. 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.
5	0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita. 1 Minulla on usein syyllinen olo. 2 Tunnen melkoisen syyllisyyttä suurimman osan ajasta. 3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
6	0 En koe, että minua rangaistaan. 1 Uskon, että minua saaretaan rangaista. 2 Odotan, että minua rangaistaan. 3 Tunnen, että minua rangaistaan.
7	0 En ole pettynyt itseäni. 1 Olen pettynyt itseäni. 2 Inhoan itseäni. 3 Vihaan itseäni.
8	0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu. 1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni. 2 Moitin itseäni virheitäni. 3 Moitin itseäni kaikesta mikä menee pieleen.
9	0 En ole ajatellut tappaa itseäni. 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin. 2 Haluaisin tappaa itseni. 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

- 10 0 En itke tavallista enemmän.  
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.  
2 Itken nykyisin aina.  
3 Kykerin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.
- 11 0 En ole nyt sen ärtynempi kuin yleensäkin.  
1 Ärtynyn nykyään helpommin kuin ennen.  
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.  
3 asiat, jotka ennen motivoivat minua, eivät liiku minua enää laiskaan.
- 12 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.  
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.  
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muista ihmisistä katoavat miltei kadonnet.  
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
- 13 0 Pysyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.  
1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.  
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.  
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
- 14 0 Mielestäni ulkoasuköni ei ole muuttunut.  
1 Pelkään, että olen vanha ja vähemmän viihtävä.  
2 Ulkoasustani on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.  
3 Uskon olevani ruma.
- 15 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.  
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.  
2 Voidseni tehdä josakin minun on suoruttava pakotettava itseni siihen.  
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
- 16 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.  
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.  
2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen untaan.  
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, eikä pääse uudelleen untaan.
- 17 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.  
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.  
2 Väsyn lähes tyhjäksi.  
3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään.
- 18 0 Ruokahaluni on ennallaan.  
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.  
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.  
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
- 19 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.  
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.  
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.  
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.
- Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani työmällä vähemmän.  
Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

- 20
- 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
  - 1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: särkyistä, kivuista, vatsavaivoista tai unenmuruksesta.
  - 2 Olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
  - 3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.
- 21
- 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
  - 1 Kiinnostukseni seksiin on vähenenyt.
  - 2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen.
  - 3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

Nro \_\_\_\_\_

Suomenkielinen versio: Martti T. Tuomisto 2003

Nimi: \_\_\_\_\_

Täyttöpäivämäärä: \_\_\_\_\_

**AAQ-8**

Ole hyvä ja arvioi alla olevat asiat asteikolla 1-7 (1 = ei koskaan pidä paikkaansa, 7 = pitää aina paikkansa). Kysymys on siitä, miten juuri sinä olet taipuvainen tekemään. Arvioihin ei ole olemassa oikeita tai väärinä vastauksia vaan vastausten on tarkoitus kuvastaa nimenomaan sinun henkilökohtaisia tunteitasi alla kuvatuista asioista.

Ei koskaan  
pidä  
paikkaansa ----- Pitää aina  
paikkansa

Jatkan yleensä elämäni tavalliseen tapaan enkä painiskele murheideni tai onnettoman oloni kanssa

1 2 3 4 5 6 7

Vaikka joskus olenkin epävarma pystyn yleensä suunnittelemaan tekemiseni ja tekemään niin kuin olen suunnitellut

1 2 3 4 5 6 7

En pelkää tunteitani

1 2 3 4 5 6 7

Elämäni on hallinnassa

1 2 3 4 5 6 7

Vaikka kyllästynkin johonkin tehtävään pystyn silti tekemään sen loppuun

1 2 3 4 5 6 7

En pysty huolehtimaan velvollisuuksistani, kun olen masentunut tai ahdistunut

1 2 3 4 5 6 7

Murehdin harvoin sitä, pystynkö hallitsemaan tunteitani, huoliani ja ahdistavia asioita

1 2 3 4 5 6 7

Näyttää siltä, että muut selviytyvät elämästään paremmin kuin minä, jos vertaan itseäni muihin ihmisiin

1 2 3 4 5 6 7



**JES**  
**JOKAPÄIVÄISESTÄ ELÄMÄSTÄ**  
**SELVIYTYMINEN**  
**ITSEARVIOINTILOMAKE**

1. Onko sinulla työtä?

Kyllä  Ei

Jos kyllä

2a: Kuinka kiinnostunut olet työstäsi?

Erittäin kiinnostunut  
 En koskaan kiinnostunut

Jos ei

2b: Kuinka kiinnostunut olet kotiaskareista?

Melko kiinnostunut  
 En lainkaan

3. Toetkö töitäsi / askareitasi:

Hyvin innostuneesti   
 Melko innostuneesti   
 Vain hieman innostuneesti   
 En lainkaan innostuneesti

4. Oletko kiinnostunut harrastuksista / vapaa-ajan vieteistä?

Erittäin kiinnostunut  Melko kiinnostunut   
 En koskaan kiinnostunut  En lainkaan

5. Miten arvioisit vapaa-aikasi laatua:

Erinomainen  Hyvä   
 Melko hyvä  Epätydyttävä

6. Kuinka usein otat yhteyttä oman perheesi jäseniin (puolisosi, lapset, vanhempiisi jne.)?

Hyvin usein  Usein  Harvoin  En koskaan

7. Ovatko ihmissuhteet kotonaasi:

Olella hyvät  Hyvät   
 Kohtalaiset  Riittämättömät

8. Onko sinulla muita ihmissuhteita:

Hyvin paljon  Muutamia   
 Vain harvoja  Ei lainkaan

9. Pyritkö luomaan ihmissuhteita:

Hyvin aktiivisesti  Aktiivisesti   
 Kohtalaisesti  En lainkaan

10. Miten yleensä arvioit ihmissuhteitasi:

Erinomaiset  Hyvät   
 Kohtalaiset  Riittämättömät

11. Minkä arvon annat ihmissuhteillesi?

Arvostan suuresti  Arvostan jossain määrin   
 Arvostan vain hieman  En arvosta

NIMI: \_\_\_\_\_  
 päivämäärä: \_\_\_\_\_

12. Kuinka usein omaan elämänpäiirisi kuuluvat ihmiset lähestyvät sinua?

Hyvin usein  Usein  Harvoin  Ei koskaan

13. Otatko huomioon yhteiset säännöt, hyvät tavat, kohteliasuusäännöt, jne.?

Aina  Lähes aina   
 Harvoin  En koskaan

14. Miten paljon olet mukana eri riennoissa (kuten yhdistykset, seurakunta jne.)?

Täysillä  Kohtalaisesti   
 Harvoin  En lainkaan

15. Otatko mielelläsi selvää asioista, tilanteista ja ihmisistä, joita ymmärtäisit niitä paremmin?

Erittäin mielelläni  Melko mielelläni   
 En koskaan mielelläni  En lainkaan mielelläni

16. Oletko kiinnostunut tieteestä, teknikasta, kulttuurista tai muusta vastaavasta?

Erittäin kiinnostunut  Melko kiinnostunut   
 En koskaan kiinnostunut  En lainkaan

17. Miten usein sinusta on vaikea ilmaista mielipiteesi muille?

Aina  Usein   
 Joskus  Ei koskaan

18. Kuinka usein tunnet itsesi lähipiirisi hylkäämäksi ja sen ulkopuolelle suljetuksi?

Aina  Usein   
 Joskus  En koskaan

19. Miten tärkeinä pidät ulkomuotoasi?

Hyvin tärkeinä  Kohtalaisen tärkeinä   
 En kovin tärkeinä  En lainkaan tärkeinä

20. Onko sinulla taloudellisia vaikeuksia?

Aina  Usein   
 Joskus  Ei koskaan

21. Pystytkö järjestelemään oman ympäristösi mielihalujesi ja tarpeittesi mukaisesti?

Kyllä varmasti  Melkoisella varmuudella   
 En kovin varmasti  En lainkaan

Nimi \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_

**ITSELUOTTAMUS**

Alla oleva jana kuvaa itseluottamukseen vaihtelua. Itseluottamuksella tarkoitetaan uskoa omiin mahdollisuuksiin ja varmuutta siitä, että selviytyy vaativistaakin tehtävistä. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa itseluottamustasi. Lue kaikki vaihtoehdot ja valitse niistä se, joka parhaiten vastaa omaa käsitystäsi. Vedä janan yli lyhyt potkukiviä siihen kohtaan, joka on osuvim. Potkukivien voi vetää kahden kuvauksen väliinkin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat lähes yhtä hyviltä.

<b>ERITTÄIN VAHVA ITSELUOTTAMUS</b>	100	En koskaan epäile mahdollisuuksiani ja edellytyksiani, vaan luotan aina itseni. Mihin todella paneudun ja kokoon voimani, silmä tunnen onnistuvani. Vaikka epäonnistulokin josakin asiassa, se ei vaikuta itseluottamukseeni.
<b>HYVIN VAHVA ITSELUOTTAMUS</b>	90	Itseluottamukseeni voi joskus heikkoa horjua, mutta epävarmuus ei koskaan kestä kauan, vaan voin taas kohta onnikesä kohdasta elämäni tuomia haasteita.
<b>VAHVA ITSELUOTTAMUS</b>	80	Suhtaudun mahdollisuuksiini ja kykyihini luottavasti. En toki pysty mihin tahansa, mutta yleensä onnistun siinä, minkä koen mielekkäältä ja itselleni tärkeältä. Epäonnistuminen voi olla kiusallista, mutta voin silti luottaa itseni.
<b>MELKO VAHVA ITSELUOTTAMUS</b>	70	Itseluottamukseeni on yleensä melko vahva. Voin luottaa siihen, että selviydyn aika hyvin niistä asioista ja tehtävistä, joihin joudun vastaamaan. Ajattelen tunnen itseni epävarmaksi, mutta se on aivanikin ohimenevää.
<b>KOHTALAINEN ITSELUOTTAMUS</b>	60	Itseluottamukseeni ei ole vahva, mutta siinä on kuitenkin enemmän lujuttia kuin heikkoutta. Epävarmuus vahvaa minua aika ajoin, mutta sitten olen häikäällä saavista ja käyn luottavasti asioihin kiinni.
<b>MELKO HEIKKO ITSELUOTTAMUS</b>	40	Itseluottamukseeni ei tahdo kestää, vaan se tuntee painottuvan hiukan "pakkaasen puolelle". En oikein jaksa uskoa itseni, vaikka tiedänkin, että yhä jos toista olen saanut aikaan.
<b>HEIKKO ITSELUOTTAMUS</b>	20	Itseluottamukseeni puute on minulle tavallista. En ota haasteita vastaan, vaan kiertelen ja kaaritsien ja vasta pitkän jatkollun jälkeen uskallan ryhtyä johonkin.
<b>HYVIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS</b>	10	Itseluottamukseeni ovat vain rippeet jäljellä. Ehkä en kuulu kukaan "toivotonimpiin tunaraihin", mutta paljon ei puuta.
<b>ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS</b>	0	Minulla on tunne, etten pysty juuri mihinkään. Epäonnistun kuitenkin kaikessa mihin ryhdyn.

Nimi \_\_\_\_\_

Pv \_\_\_\_\_

**MIELIALA**

Milainen mieliala on? Oletko iloinen ja hyväntuulinen vai onko sinulla tapumusta synkyyteen ja huonotuulisuuteen? Arvioi oheisen jonon avulla mielialaasi. Älä arvioi mielialaasi juuri tällä hetkellä, vaan anna yleiskuva siitä, millainen mielialasi yleensä on. Vedä palloksiiva siihen kohtaan, joka kuvaa mielialaasi parhaiten. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pyytävööralla jaksalla.

<b>ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA</b>	100	Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käyttänyt nollasta katsoen koskaan huonoa tuuletta.
<b>OKEN HYVÄ MIELIALA</b>	90	Olen useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olen miel masassa. Jos huonotuulisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
<b>HYVÄ MIELIALA</b>	80	Mielialani on yleensä valoisa ja myönteinen. Vaikka tiedän, mitä synkkyys tai huonotuulisuus on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei siitä juuri ole merkitystä elämässäni.
<b>MELKO HYVÄ MIELIALA</b>	70	Enimmäkseen mielialani on myönteinen. Vaikka minulla on hukan tapumusta synkyyteen, se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
	60	Vaikka huonotuulisuutta joskus esiintyy, on parempia hetkiä siltäkin enemmän. Synkkyys ei ole niin voimakasta, että se häiritäisi elämääni merkittävästi. Mielialani on pikemminkin hyvä kuin huono.
<b>KOHTALAINEN MIELIALA</b>	50	Tunnen itseni välillä huonotuuliseltä mutta sitten taas on aikoja, jolloin olen hyvällä tuulella. Mielialani ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
<b>MELKO HUONO MIELIALA</b>	40	Vaikka olen talpuvalhen synkyyteen, tulen jotenkin sen kanssa toimeen. Työhöni huonotuulisuudella ja synkkyydellä ei ole suurta vaikutusta.
	30	Työni ja aseleni hoidan kohtuullisesti, mutta synkistä ajatuksistani on tähän päätät eroon. Hyvikin hetkiä on aika ajoin, mutta viime aikoina minulla on ollut tapumusta synkyyteen ja huonotuulisuuteen.
<b>HUONO MIELIALA</b>	20	Synkkä mieliala ei tahdo heijäätä. Aivan hetkittäin tuntuu siitä, kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstäni ja arkisista asioista selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvasti huono.
<b>OKEN HUONO MIELIALA</b>	10	Olen hyvin vahvasti synkyyteen talpuva. En ole aivan masassa, mutta peljes ei puutu. Kaikki näyttää synkkää ja toivotonta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain vaikein.
<b>ERITTÄIN HUONO MIELIALA</b>	0	Mielialani on erittäin synkkä ja reakas. Olen on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kulaun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.

Nimi \_\_\_\_\_

Pv \_\_\_\_\_

**TYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN**

Miten tyytyväinen olet elämällesi tällä hetkellä? Tehtäväsi on arvioida tyytyväisyyttäsi elämääsi alla olevalla asteikolla. Vähä lyhyt polkkipiiri pyytävöunan janan yli siihen kohtaan, joka parhaan kuvaan sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; polkkipiirin voi vetää kahden kuseukseen vällekin.

ERITTÄIN TYTYVÄINEN	100	Olen erittäin tyytyväinen elämääni. Asiani eivät voiit olla paremmiin. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.
HYVIN TYTYVÄINEN	80	Olen hyvin tyytyväinen elämääni. Minun on vaikea keksit, mitä vielä toivotaan tai hakutaan.
TYTYVÄINEN	60	Olen tyytyväinen elämääni. On vain muutamia asioita, joihin en ole tyytyväinen. Niistä ei ole minulle paljon harmia.
	70	Olen elämääni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onitn joltakin kieltelää asioita.
MELKO TYTYVÄINEN	80	Eräitä kielteläitä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani painottuu myönteiseksi.
KOHTALAISEN TYTYVÄINEN	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämässäni ja ovat omalla tavallaan tasapainossa. Jotkin asiat olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvasti tyytymättömyyttä.
	40	Eräitä myönteisiä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani painottuu kielteläiseksi.
MELKO TYTYMÄTÖN	30	Olen melko tyytymätön elämääni, vaikka elämässäni onitn joltakin tyydytystä tuottavia asioita.
	20	Olen tyytymätön elämääni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät kovin paljon miunua minulle.
HYVIN TYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämääni. Minun on vaikea keksit, joihin olen tyytyväinen.
ERITTÄIN TYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.



**TERAPIAKÄYNNIN ARVIOINTILOMAKE**

**Pvm** \_\_\_\_\_

**Kerta** \_\_\_\_\_

**Nro** \_\_\_\_\_

**1. Arvio tapaamisesta**

---

**0** **10**  
**vaikea** **helppo**

**2. Negatiivisten tunteiden määrä tapaamisen aikana**

---

**0** **10**  
**vähän** **paljon**

**3. Positiivisten tunteiden määrä tapaamisen aikana**

---

**0** **10**  
**vähän** **paljon**

**4. Tapaamisessa käsiteltiin Sinulle tärkeitä asioita**

---

**0** **10**  
**vähän** **paljon**

**5. Tapaamisessa käsiteltiin Sinulle vaikeita asioita**

---

**0** **10**  
**vähän** **paljon**

**6. Tapaamisesta oli tilanteessani hyötyä**

---

**0** **10**  
**vähän** **paljon**

**7. Tapaaminen oli mielestäni**

---

**0** **10**  
**epämiellyttävä** **miellyttävä**

**8. Mielialani tapaamisen lopussa**

---

**0** **10**  
**huono** **hyvä**

**9. Tunnen selviytyväni seuraavaan terapiatapaamiseen asti**

---

**0** **10**  
**huonosti** **hyvin**

**MENETELMÄPÄIVÄKIRJA  
KKT**

asiakasno

Käyntikerta pvm	1. käynti	2. käynti	3. käynti	4. käynti	5. käynti	6. käynti	7. käynti	8. käynti	9. käynti	10. käynti
Altistus ulkoisille kohteille										
Altistus sisäisille kohteille										
Itsehavainnointi										
Käyttötymisen aktivointi										
Ongelmanratkaisumenetelmä										
Sosiaaliset taidot										
Rentoutuminen										
Kotitehtävät, mikä?										
Lomakkeet, mikä										
Muu, mikä? Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle										



**MENETELMÄPÄIVÄKIRJA  
ACT/HOT**

asiakasno

	1. käynti	2. käynti	3. käynti	4. käynti	5. käynti	6. käynti	7. käynti	8. käynti	9. käynti	10. käynti
käyntikerta pvm										
Tavoitteiden selventäminen										
Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen/toimimatto- mia luopuminen										
Arvot										
Keskustelu hallinnasta Ja hyväksymisestä										
Käsitys itsestä –keskustelu										
Metaforat, mikä metafora?										
Kielen merkityksen käsittely										
Tarkkailijaharjoitus										
Tietoisuusharjoitukset										
Kotitehtävät, mikä?										
Lomakkeet, mikä										
Muu, mikä? Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle										

Koulutuspsykoterapia slk 2005/arviointi

Asiakas numero/etunimi \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_

Merkitse rastilla (x) sopivaan kohtaan

Voitko suositella saamaasi terapiaa muille?

- Voin suositella
- En voi suositella

Kuinka tyytyväinen olet ollut terapiaan?

- Erittäin tyytymätön
- Melko tyytymätön
- En tyytymätön enkä tyytyväinen
- Melko tyytyväinen
- Erittäin tyytyväinen

Kuinka monta kertaa olet ollut poissa terapian aikana?

\_\_\_\_\_ kertaa

Mitä muuta haluat sanoa terapiasta?

Mitä mieltä olet saamastasi terapiasta nyt tässä vaiheessa?

**Merkitse rastilla (x) vastausvaihtoehto, joka tuntuu sopivalta**

Voitko suositella samaasi terapiaa muille?

- Voin suositella
- En voi suositella

Kuinka tyytyväinen olet ollut terapiaan?

- Erittäin tyytyväinen
- Melko tyytyväinen
- En tyytyväinen enkä tyytymätön
- Melko tyytymätön
- Erittäin tyytymätön

Oletko ollut tämän terapian jälkeen mielenterveyteen liittyvässä hoidossa?

- Kyllä. Missä? \_\_\_\_\_
- En

Koetko tällä hetkellä olevasi mielenterveyteen liittyvän hoidon tarpeessa?

- Kyllä
- En

Käytätkö tällä hetkellä mielenterveyteen liittyvää lääkitystä?

- Kyllä käytän
- En käytä

Jos vastasit kyllä, onko lääkitys muuttunut terapian jälkeen

- Kyllä, se on vähentynyt
- Kyllä, se on lisääntynyt
- Kyllä, lääkitys on vaihdettu
- Kyllä, lääkitys on aloitettu terapian jälkeen
- Ei ole. Lääkitys on pysynyt samana

Onko elämässäsi terapian jälkeen tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka vaikuttavat tilanteeseesi?

- Kyllä  
 Ei

Jos vastasit kyllä, niin mitä muutoksia? ( Voit jatkaa tarvittaessa paperin kääntöpuolelle)

---



---



---

Mitä lääkärin määrittämiä diagnooseja sinulla oli terapian alussa? Minä vuonna ne on tehty?

---



---

**Laita seuraaviin väittämiin pystyviiva asteikon (0– 10) kohtaan, joka tuntuu sopivalta**

Arvio terapiasta

0	10
vaikea	helppo

Terapia oli mielestäni

0	10
epämiellyttävä	miellyttävä

Terapiassa käsiteltiin Sinulle tärkeitä asioita

0	10
vähän	Paljon

Terapiasta oli tilanteessani hyötyä

0	10
vähän	Paljon

Millä tavalla terapiasta oli hyötyä? ( Voit jatkaa tarvittaessa paperin kääntöpuolelle)

## TUTKIMUSTIEDOTE

Olet mukana Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksessa, jossa kehitetään uusia terapiamenetelmiä. Osallistuit tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen käydessäsi viime syksynä opiskelijoiden antamassa koulutusterapiassa, jolloin täytit erilaisia arviointilomakkeita. Asiakas-terapioiden aikana oli samanaikaisesti menossa sekä opiskelijaterapeutteja että menetelmien vaikut-tavuutta koskeva tutkimus. Tutkimus on nyt päätösvaiheessa ja tarkoitus on selvittää, mikä terapioiden vaikutus on ollut pidemmällä aikavälillä.

Pyydämme sinua ystävällisesti täyttämään oheiset arviointilomakkeet ja palauttamaan ne tässä mukana olevassa palautuskuoressa 12.6.2006 mennessä. Tarkistathan vielä lopuksi, että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin. Koska pystyimme ottamaan terapiaan vain rajatun määrän asiakkaita, on jokainen lomake ja vastaus meille arvokas. Lomakkeet käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Lomakkeisiin on valmiiksi merkitty tunnistusnumero, eikä niihin tarvitse merkitä mitään henkilötietoja.

Mikäli sinulla on kysyttävää, voit ottaa yhteyttä tutkimuksen johtaja Raimo Lappalaiseen, puh. 3551 6584.

Koko työryhmämme kiittää Sinua avustasi  
terapiamenetelmien kehittämisessä

Ystävällisin terveisin

Raimo Lappalainen  
Lehtori, dosentti  
Psykoterapeutti YET

## HOITOMENETELMIEN KUVAUKSET

### Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät

#### Altistus ulkoisille kohteille

Autetaan asiakasta kohtaamaan pulmallinen ulkoinen tilanne, esim. sosiaalinen fobia. Asiakkaan kanssa tehdään yhdessä pelätyistä tilanteista tai asioista vaikeusasteen mukainen hierarkia. Asiakas altistetaan valitulle tilanteelle sovitulla hierarkiatasolla, jolta siirrytään asteittain ylöspäin. Altistuksia jatketaan kunnes tilanteet eivät enää saa aikaan ongelmareaktioita.

#### Altistus sisäisille kohteille

Asiakkaan pelkäämissä tilanteissa voi esiintyä monenlaisia fyysisiä tunteita, esim. sydämen hakkaamista, hikoilua, vapinaa, pahoinvointia jne. Altistuksen tarkoitus on poistaa tai heikentää fyysisen tunteen ja paniikkireaktion välisiä yhteyksiä. Altistus toteutetaan asteittain tarkoituksena aiheuttaa pelättyjä aistimuksia ja tottumisen ja oppimisen kautta todistaa asiakkaalle, että vaara ei ollut todellinen. Altistusta sisäisille kohteille voidaan käyttää myös, kun asiakkaan välttämä asia on jokin tunne.

#### Itsehavainnointi

Itsehavainnoinnilla tarkoitetaan oman käyttäytymisen järjestelmällistä havainnointia tai kirjaamista muistiin. Sen avulla suunnataan huomio tarkasti ja järjestelmällisesti tiettyyn käyttäytymiseen. Näin saadaan tietoa siitä, miten usein ja voimakkaana jokin toiminta, tunne, ajatus tai reaktio esiintyy. Samalla saadaan tietoa asioista, joiden käsitteleminen terapiassa on tarpeellista, ja voidaan havaita hoidossa tapahtunut edistyminen.

#### Käyttäytymisen aktivointi

Käyttäytymisen aktivoinnissa vaikutetaan siihen, mihin voidaan vaikuttaa eli käyttäytymiseen, ei niinkään suoraan tunteisiin ja ajatuksiin, joiden muuttaminen on vaikeaa. Käyttäytymisen aktivointi mahdollistaa erilaisen suhtautumistavan omaksumisen ja aktiivisuuden passiivisuuden sijaan. Asiakasta opetetaan toimimaan aktiivisesti huolimatta siitä, miltä hänestä tuntuu ja häntä autetaan tunnistamaan hyvinvoinnilleen tärkeät päämäärät.

### Ongelmanratkaisumenetelmä

Ongelmanratkaisumenetelmä on tapa opettaa asiakasta tekemään päätöksiä, löytämään vaihtoehtoisia ratkaisuja ja arvioimaan niitä. Asiakas oppii löytämään ongelman suhteen olennaiset asiat ja asettamaan tavoitteen, johon hän haluaa päästä. Hän oppii myös löytämään keinot, joilla tavoitteeseen päästään, ja arvioimaan miten tavoitteen saavuttamisessa on onnistuttu.

### Sosiaaliset taidot

Asiakkaan kanssa voidaan opetella tai parantaa asiakkaan sosiaalisia taitoja erilaisten harjoitusten avulla. Tärkeää on, että sosiaaliset taidot kartoitetaan ensin huolellisesti, jotta nähdään onko kysymyksessä taidon puute vai onko kyseessä kenties johonkin toiseen ongelmaan, esim. masennukseen, liittyvä sosiaalisen kyvykkyyden puute. Harjoitukset toteutetaan mallintamalla ja keskustelemalla taitoon liittyvistä vaiheista. Asiakas saa aina sekä myönteisen että täydentävän tai korjaavan palautteen. Harjoittelua ja palautteen antamista jatketaan kunnes tavoite on saavutettu. Harjoittelua voidaan toteuttaa myös kotitehtävänä.

### Rentoutuminen

Asiakasta opetetaan tunnistamaan jännittynyt ja rentoutunut olotila, ja häntä opetetaan harjoittelemaan rentoutumista omatoimisesti. Asiakas kirjaa lomakkeelle kotona tekemänsä rentoutusharjoitukset, ja edistymistä seurataan terapiakäynneillä. Rentoutustekniikoina käytetään sekä hidasta palleahengitystä että sovellettua rentoutusta, joista erityisesti jälkimmäinen vaatii pitkäjänteistä harjoittelua ennen kuin suotuisia tuloksia voidaan saavuttaa.

### Kotitehtävät

Terapeutti voi antaa asiakkaalle sopivia kotitehtäviä tilanteen mukaan, esim. itsehavainnointia, altistusta, rentoutumista jne. Uuden käyttäytymisen vakiinnuttamiseksi tarvitaan harjoitusta. Erilaiset harjoitukset opetellaan ensin terapiatapaamisella ennen kuin asiakas tekee niitä itsenäisesti kotona. Kotitehtävät käsitellään asiakkaan kanssa seuraavalla tapaamiskerralla.

### Lomakkeet

Työskentelyn avuksi voidaan käyttää valmiita tai sovellettuja lomakkeita esim. ongelmanratkaisumenetelmässä.

## **Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät**

### Tavoitteiden selventäminen

Selvitetään mitä asiakas terapialta haluaa. Asiakkaan kuvaus on usein sekoitus ns. tulos- (esim. hyvä elämä) ja prosessipäämäärästä (esim. tunteiden muuttaminen), ja terapeutin tehtävänä on havaita, erottaa ja selventää nämä asiat toisistaan.

### Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen sekä toimimattomista luopuminen

Selvitetään, mitä asiakas on tehnyt tullakseen toimeen ongelmansa kanssa ja miten nämä yritykset ovat onnistuneet. Asiakkaan yrityksiä ei kyseenalaisteta, vaan ilmaistaan, että asiakas on toiminut hyvin omassa järjestelmässään. Suunnataan asiakkaan huomio järjestelmän ja ratkaisuyritysten toimivuuteen sekä siihen, mitä asiakkaan mieli ja toisaalta kokemus yritysten toimivuudesta kertoo. Autetaan asiakasta pohtimaan, ovatko hänen käyttämänsä keinot toimineet käytännössä. Terapian yhtenä tavoitteena on auttaa asiakasta huomaamaan, että hänen ratkaisukeinonsa eivät ole toimineet ja että näistä tulisi luopua. Tärkeintä kuitenkin on, että asiakas tekee johtopäätöksen itse, eikä se tule asiakkaan ulkopuolelta terapeutin toteamana.

### Arvot

Käsitellään asiakkaan arvoja kartoittamalla niiden eri alueita ja keskustelemalla niistä. Määritellään arvoihin liittyviä tavoitteita ja käsitellään esteitä, jotka vaikeuttavat arvojen mukaisen elämän toteutumista. Määritellään ja toteutetaan konkreettisia tekoja, jotka vievät elämää haluttuun suuntaan.

### Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä

Keskustellaan asiakkaan kanssa yksityisten sisäisten tapahtumien kontrolloinnin vaikeudesta. Käytetään apuna erilaisia metaforia, joiden avulla osoitetaan, että tunteiden täydellinen hallinta ja välttäminen ei ole mahdollista.

### Käsitys itsestä - keskustelu

Keskustellaan asiakkaan kanssa metaforia apuna käyttäen ihmisen käyttäytymisen ohjelmoidusta, automaattisesta luonteesta ja tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus kokea itsensä erossa ohjelmoinnistaan ja vapautua kielellisyydestä. Asiakas oivaltaa, että päättelyn avulla johdettu syy ei ole aina oikea syy, ja että ihminen ei ole yhtä kuin ajatuksensa ja tunteensa. Tavoitellaan kokemusta kielellisyyden sijaan ja käsitellään minäkäsityksen kehittymistä.



### Metaforat

Käytetään terapian apuna harkittuja kielikuvia. Metaforia käytettäessä asiakkaan on vaikeampi käyttää sääntöjä ja ohjeita, jotka pohjautuvat sosiaalisissa tilanteissa saatuihin kokemuksiin tai seurauksiin ja joilla voi olla muutosta estävä vaikutus.

### Kielen merkityksen käsittely

Keskustellaan asiakkaan kanssa kielen merkityksestä ja siitä, että monet ongelmat saattavat johtua siitä, että meillä on taipumus käyttää kieleen perustuvia ongelmanratkaisukeinoja sellaisten ongelmien ratkaisemiseen, joiden ratkaisemisessa kielellinen ratkaisu ei toimi. Terapian avulla pyritään vähentämään kielellisen käyttäytymisen ohjaavaa vaikutusta.

### Tarkkailijaharjoitus

Tarkkailijaharjoituksen avulla asiakas voi kokea tilan, jossa hän ei ole yhtä kuin ohjelmointinsa. Asiakas kuuntelee silmät kiinni terapeuttia, joka ohjaa häntä huomioimaan itsensä tarkkailijana ja havainnoijana. Harjoitukseen voidaan sisällyttää asiakkaan tuntemuksia, ajatuksia ja kokemuksia. Se voidaan muotoilla asiakkaalle sopivaksi ja henkilökohtaiseksi. Asiakas voi näin helpommin erottaa itsensä vaihtuvista ajatuksista, aistimuksista ja tunteista.

### Tietoisuusharjoitukset

Tietoisuusharjoitusten avulla asiakas voi opetella olemaan enemmän läsnä nykyhetkessä. Niiden avulla asiakas voi kokea epämiellyttävät tunteet ja ajatukset turvallisessa tilanteessa. Harjoitukset voivat auttaa kokemaan mitä tapahtuu kun ei yritä päästä eroon epämiellyttävistä ajatuksista ja tunteista.

### Kotitehtävät

Terapeutti voi antaa asiakkaalle sopivia kotitehtäviä tilanteen mukaan, esim. arvojen kartoittamista eri näkökulmista seuraavaa tapaamista varten, tietoisuusharjoituksia jne. Erilaiset harjoitukset opetellaan ensin terapiatapaamisella ennen kuin asiakas tekee niitä itsenäisesti kotona. Kotitehtävät käsitellään asiakkaan kanssa seuraavalla tapaamiskerralla.

### Lomakkeet

Työskentelyn avuksi voidaan käyttää valmiita tai sovellettuja lomakkeita esim. aikaisempien ratkaisukeinojen kokoamiseen, prosessien nimeämiseen, arvojen kartoitukseen ja arviointiin, hyvän elämän analyysiin sekä tavoitteiden, tekojen ja esteiden tunnistamiseen.