

**PSYKOLOGISEN JOUSTAVUUDEN YHTEYS HOITOTULOKSEEN
HOIDETTAESSA MASENNUSTA KOGNITIIVISELLA
KÄYTTÄYTYMISTERAPIALLA JA HYVÄKSYMIS- JA
OMISTAUTUMISTERAPIALLA**

Tampereen yliopisto
Psykologian laitos
Pro gradu -tutkielma
Anna-Maria Haapala
Tammikuu 2008

ANNA-MARIA HAAPALA: Psykologisen joustavuuden yhteys hoitotulokseen hoidettaessa masennusta kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja hyväksymis- ja omistautumisterapialla
Pro Gradu -tutkielma, 71 s., 51 liites.
Ohjaaja: Raimo Lappalainen
Psykologia
Tammikuu 2008

Tämän tutkimuksen päätarkoitus oli tutkia psykologisen joustavuuden yhteyttä hoitotulokseen masennusta hoidettaessa. Tätä tarkoitusta varten haluttiin tutkia, saavutetaanko ryhmässä, jossa käsitellään kaikkia psykologisen joustavuuden osa-alueita (KKT + ACT -ryhmä) parempia tuloksia masennuksen hoidossa kuin ryhmässä, jossa psykologisen joustavuuden osa-alueista käsitellään vain arvoja (KKT + arvot -ryhmä), lisääntykö psykologinen joustavuus enemmän KKT + ACT -ryhmässä kuin KKT + arvot -ryhmässä ja onko psykologisen joustavuuden muutos hoidon aikana ylipäätään positiivisesti yhteydessä hoitotulokseen, hoitoryhmästä riippumatta. Samalla tutkimuksessa haluttiin saada tietoa loppuvaiheen psykologian opiskelijoiden kyvystä hoitaa masentuneita asiakkaita lyhyen menetelmäopetuksen jälkeen. Lisäksi selvitettiin kuunteluotoksen avulla sitä, onko hoitoryhmien välillä eroja esimerkiksi terapiaistunnoissa tehtyjen harjoitusten määrässä, ja onko harjoitusten määrän tai niihin käytetyn ajan ja hoitotuloksen välillä yhteyttä?

Tutkimukseen osallistui 25 asiakasta. Asiakkaat jaettiin satunnaisesti kahteen hoitoryhmään, KKT:a ja arvokeskustelua tai KKT + ACT -hoitoa saavaan ryhmään. Jokaisella terapeutilla oli kaksi asiakasta, yksi kummastakin ryhmästä. Asiakasryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ennen terapian alkua. Tutkimuksessa asiakkaiden masentuneisuutta arvioitiin sekä ennen hoitoa että hoidon jälkeen DSM-IV -kriteerien mukaisen, vakavan masennusjakson kriteerejä selvittäneen diagnostisen haastattelun avulla. Lisäksi asiakkaiden masentuneisuutta ja muita oireita kartoitettiin ennen terapioiden alkua ja hoidon jälkeen seuraavien itsearviointimittarien avulla: BDI-depressiomittari, SCL-90-oirekyselykaavake, AAQ-8 – psykologista joustavuutta arvioiva mittari, sosiaalista toimintakykyä kartoittava JES-lomake, itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavat 0–100 asteikot sekä RAND-36 -terveyttä ja hyvinvointia kartoittava lomake.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että psykologisen joustavuuden lisääntyminen hoidon aikana on positiivisesti yhteydessä hoitotulokseen masennusta hoidettaessa. Hoitoryhmien välillä ei havaittu selkeää eroa hoidon tuloksellisuudessa, vaan kumpikin hoito lievitti yhtä tehokkaasti asiakkaiden masennusta ja muita psyykkisiä oireita. Vaikkakin oletuksen vastaisia, tulokset vaikuttavat ymmärrettäviltä, sillä psykologinen joustavuus ei lisääntynyt enempää ryhmässä, jossa käsiteltiin kaikkia psykologisen joustavuuden osa-alueita (KKT + ACT -ryhmä), emmekä täten onnistuneet varioimaan tutkittavaa muuttujaa riittävästi. Tulokset tosin viittasivat siihen, että psykologinen joustavuus lisääntyi nopeammin KKT + ACT -ryhmässä. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että loppuvaiheen psykologian opiskelijat kykenevät hoitamaan tuloksellisesti masennuksesta kärsiviä asiakkaita lyhyen menetelmäopetuksen jälkeen. Lisäksi kuunteluotosta koskevat tulokset osoittivat, että KKT + ACT -ryhmässä tehtiin KKT + arvot -ryhmää enemmän harjoituksia terapiaistuntojen aikana, ja viitteitä saatiin myös siitä, että terapiassa tehdyt harjoitukset olivat yhteydessä laajempaan hyvinvoinnin lisääntymiseen hoidon aikana.

Tutkimuksen keskeisenä johtopäätöksenä voidaan todeta, että psykologinen joustavuus on positiivisesti yhteydessä hoitotulokseen masentuneita henkilöitä hoidettaessa. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että psykologian opiskelijat kykenevät hoitamaan tuloksellisesti jopa vaikeasta masennuksesta kärsiviä asiakkaita.

Avainsanat: kognitiivinen käyttäytymisterapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia, masennus, psykologinen joustavuus, muutosprosessit

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
1.1 Terapian tehokkuuden tutkiminen	1
1.2 Terapian muutosprosessien tutkiminen.....	3
1.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	5
1.4 Kognitiivisen käyttäytymisterapian tutkimustuloksia masennuksen hoidossa	6
1.5 Kognitiivisen käyttäytymisterapian muutosprosessit terapian aikana	9
1.6 Kognitiivisen käyttäytymisterapian muutosprosesseihin liittyvää tutkimusta.....	10
1.7 Kriittinen katsaus käyttäytymisterapian vaiheisiin	12
1.8 Hyväksymis- ja omistautumisterapia	13
1.9 Hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimustuloksia masennuksen hoidossa.....	14
1.10 Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua koskevia tutkimustuloksia.....	16
1.11 Hyväksymis- ja omistautumisterapian näkemys psykopatologiasta ja muutosprosessit terapian aikana	17
1.12 Hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosprosesseihin liittyvää tutkimusta	20
1.13 Yhteenveto	22
1.14 Tutkimuskysymykset	23
2 MENETELMÄT	24
2.1 Tutkimusasetelma	24
2.2 Tutkittavat henkilöt.....	24
2.3 Terapeutit	27
2.4 Arviointimenetelmät	28
2.5 Tutkimuksen kulku	31
2.6 Hoitomenetelmät.....	32
2.7 Hoitomenetelmien käyttöä koskevien merkintöjen luotettavuuden arviointi	33
2.8 Tilastolliset menetelmät	38
3 TULOKSET	39
3.1 Alku- ja loppumittaukset.....	39
3.2 Diagnostiset alku- ja loppuhaastattelut	41
3.3 Psykologisen joustavuuden ja itseluottamuksen muutokset terapiaprosessin aikana	42
3.4 Psykologinen joustavuus ja hoitotulos.....	45
3.5 Nauhoitukset	48
3.5.1 Terapiaistunnoissa tehtyjen harjoitusten määrän yhteys hoitotulokseen	49
3.5.2 Terapiaistunnoissa tehtyihin harjoituksiin käytetyn ajan yhteys hoitotulokseen.....	50

3.6 ”Tuhannen taalarin paikka” – asiakkaiden kokemuksia terapiasta ja havainnollistuksia terapiavuorovaikutuksesta.....	52
4 POHDINTA.....	56
LÄHTEET	64
LIITTEET	

1 JOHDANTO

1.1 Terapian tehokkuuden tutkiminen

Terapian tehokkuuden tutkimus voidaan Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan jakaa karkeasti kahteen tutkimusotteeseen, efficacy-tutkimukseen ja effectiveness-tutkimukseen. Efficacy-käsite viittaa terapian tehokkuuteen, kun sitä tutkitaan tarkoin kontrolloiduissa tutkimusasetelmissa. Effectiveness-käsitettä käytetään, kun arvioidaan terapian tehokkuutta käytännön tavanomaisessa terapiatyössä. Efficacy-tutkimuksessa pyritään etsimään syy-seuraussuhteita muuttujien välillä, ja tällöin aselman sisäisen validiteetin tulee olla korkea. Korkean sisäisen validiteetin edellytyksiä ovat muun muassa tutkittavan joukon yhtenäisyys ja tutkimusprosessin tarkka monitorointi. Korkea sisäinen validiteetti, niin tärkeä asia kuin se onkin luotettavien tutkimustulosten kannalta, on uhka ulkoiselle validiteetille, tulosten yleistettävyydelle. Tähän yleistettävyyden vaatimukseen kliinisen tehokkuuden arviointi vastaa, sillä tutkittavana on laaja, heterogeeninen joukko asiakkaita: effectiveness-tutkimukseen otetaan mukaan kaikki tutkimusajankohtana hoitoon hakeutuvat asiakkaat.

Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan terapiatulosten naturalistisen arvioinnin (effectiveness-tutkimus) ja kokeellisen mittaamisen välillä vallitsee jännite, joka aiheuttaa tutkimusterapian ja tavanomaisen hoidon välille vaikeasti ylitettävän kuilun: tutkimuksen edustavuuden lisääminen vähentää sen selitysvoimaa, ja toisinpäin. Tutkimusterapian ja kliinisen käytännön erilaisuus onkin johtanut siihen, että tutkimusterapian tulosten hyödynnettävyyttä käytännön terapiatyössä on alettu epäillä (Shadish, Matt, Navarro, & Philips, 2000). Weiszin, Donenbergin, Hanin ja Weissin (1995) mukaan monet käytännön kliinistä työtä tekevät terapeutit pitävät tutkimusterapioissa saatuja tuloksia lähes merkityksettöminä työnsä kannalta käytännön työn ja tutkimusterapian erilaisuuden takia. Weisz ym. toteavatkin, että ”Kuilusta, joka erottaa kliinisen käytännön ja kliinisen tutkimuksen on tullut yleisesti hyväksytty elämän tosiasia monien mielenterveysalalla työskentelevien ammattilaisten ja akateemikkojen keskuudessa” (Weisz ym., 1995, s. 688, suomennos kirjoittajan).

Wilsonin (1995) mukaan tutkimusterapiassa terapeutit ovat tavallisesti tutkitun terapiamenetelmän erityisosajia (ks. myös Jacobson ym., 1996), kun taas käytännön terapiatyötä tekevät eroavat toisistaan monin tavoin, muun muassa kokemuksensa ja osaamistasonsa osalta. Tämä on Wilsonin mukaan yksi tekijä, joka vaikeuttaa tutkimusterapian tulosten yleistettävyyttä. Tässä tutkimuksessa käytettävä asetus, joka esitellään tämän pääluvun ”tutkimuskysymykset” -alaluvussa, edustaa toista ääripäätä tutkimusterapian tavanomaiseen asetelmaan verrattuna, sillä terapeutteina toimivat terapeutteina ensikertalaiset psykologian loppuvaiheen opiskelijat. Täten, vaikkei asetus tuki käytännön terapiatyössä ole tämänkään tutkimuksen kaltainen, mahdollistaa tässä tutkimuksessa käytettävä asetus osaltaan tutkimusterapian ja käytännön terapiatyön välisen kuilun kaventamisen. Mainittakoon lisäksi, että kun huomioidaan APA:n (1993) selvitys, jonka mukaan psykoterapiamenetelmien opettaminen psykologian perustutkinto-opiskelijoille on harvinaista, on tässä tutkimuksessa mahdollista saada tietoa psykologian perustutkinto-opiskelijoille annettavan terapiaopetuksen eettisyydestä.

Tutkimusterapian ja käytännön terapiatyön kuilua on myös Weiszin ym. (1995) ja Shadishin ym. (2000) mukaan mahdollista kaventaa. Shadish ym. (2000) ovat vastanneet heränneeseen epäilyyn tutkimusterapian tulosten yleistettävyydestä, ja koonneet meta-analyysin, joiden sisältämissä tutkimuksissa on kartoitettu efficacy-tutkimuksissa tehokkaiksi todettujen terapioiden toimivuutta kliinisesti edustavissa olosuhteissa. Kliinisesti edustavat olosuhteet ovat Shadishin ym. mukaan sellaiset, joissa tutkimuksessa käytetään oikeita asiakkaita ja terapeutteja, tutkimus tapahtuu

aidoissa hoitopaikoissa, ja joissa terapiaa ei kontrolloida yhtä tarkoin kuin efficacy-tutkimuksissa tyypillisesti tehdään. Kontrollin vähentäminen voi näkyä esimerkiksi ilman tarkkoja terapiamanuaaleja toteutettavana, vapaampaa menetelmien käyttöä sisältävänä terapiana. Shadishin ym. 90 tutkimusta käsittäneen meta-analyysin tulokset osoittivat, että tarkoin kontrolloiduissa asetelmissa tehokkaiksi todistetut terapiamuodot olivat tehokkaita myös kliinisesti edustavissa olosuhteissa. Myös Weisz ym. (1995) ovat esittäneet tutkimustapoja, joilla kokeellisten terapiatutkimusten ja käytännön terapiatyön välistä kuilua voitaisiin kaventaa. He ehdottavat muun muassa, että tutkimusterapiasta tulisi tunnistaa ne piirteet, jotka selittävät terapian tehokkuutta, ja näitä piirteitä tulisi soveltaa käytännön terapiatyöhön. Weisz ym. muistuttavat, että molemmat osapuolet, sekä käytännön terapiatyötä tekevät että terapiaa kokeellisesti tutkivat ammattilaiset voivat oppia toisiltaan monia asioita. Tällaisen molemminpuolisen avoimuuden Weisz ym. katsovat mahdollistavan terapian kokeellisen tutkimisen ja käytännön terapiatyön lähentymisen.

Vaikka tutkimusterapia ei siis ole suinkaan ongelmatonta, se kuitenkin vaikuttaa olevan tehokkaampaa kuin tavanomainen kliininen terapiatyö. Esimerkiksi Weisz ym. (1995) tarkastelivat yhdeksää tavanomaisen kliinisen terapian tehokkuutta tutkinutta tutkimusta, ja totesivat, että näiden tutkimusten tulokset olivat huomattavasti tutkimusterapian tuloksia heikompia. Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan tutkimusterapian tehokkuuden ilmeisimmät syyt liittyvät metodologisiin seikkoihin: hoidoissa käytetään strukturoituja terapiamenetelmiä, hoito kohdistetaan tarkasti tiettyyn ongelmaan, terapeuttien työhönohjaus on säännöllistä ja osallistujat on hankittu lehti-ilmoitusten tai muunlaisen mainostamisen avulla (kliinisten palvelujen käytön sijaan, jolloin tutkimukseen valikoituu erilainen, oirekuvaltaan usein vaikeampi joukko tutkittavia). Lisäksi tutkittavien joukko on yhtenäinen, sillä tutkimusterapiaan otetaan yleensä vain asiakkaita, joilla on jokin diagnoosi, ja usein henkilöt, joilla on päällekkäisiä diagnooseja, jätetään pois tutkimuksesta. Roth ja Fonagy muistuttavat kuitenkin, että asiakkaat eroavat aina toisistaan monin tavoin, esimerkiksi sosioekonomisten olosuhteidensa ja sairastumisestaan edeltäneen psykologisen toimintakykynsä osalta. Lisäksi, vaikka kaikilla tutkittavilla olisi sama psykiatrinen diagnoosi, tutkittavat saattavat erota toisistaan sen suhteen, mikä heidän psyykkisen häiriönsä tai oireilunsa vaihe on tutkimusajankohtana. Täten pyrkimys yhtenäiseen asiakasjoukkoon ei voi koskaan täysin toteutua.

Sheldon, Gong ja Davey-Smith (1993) ovat kehittäneet tutkimusten todistusarvoa koskevan hierarkian. Hierarkiassa korkeimmalla ovat satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset sekä niistä kootut systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit. Toisena hierarkiassa ovat satunnaistamattomat kontrolloidut kokeet tai kvasikokeet ja kokeelliset yhden tapauksen tutkimukset. Seuraavina hierarkiassa alaspäin mentäessä ovat kohorttitutkimukset ja tapaus-kontrollitutkimukset. Hierarkian alimmilla tasoilla ovat ammattilaisten kliiniseen kokemukseen pohjautuvat mielipiteet, kuvailevat tutkimukset, kontrolloimattomat tutkimukset ja asiantuntijakomiteoiden selvitykset.

Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa vertaillaan kahden tai useamman terapiamuodon tehokkuutta (Roth & Fonagy, 2005). Asiakkaat satunnaistetaan eri hoitomuotoja saaviin ryhmiin, jotta kyettäisiin kontrolloimaan eri muuttujia, kuten ikää, sukupuolta, oireiden vakavuutta ja toiminnan tasoa. Tutkimuksessa pyritään minimoimaan terapian tuloksiin todennäköisesti vaikuttavien muuttujien vaikutus standardoimalla näitä muuttujia, kuten terapeuttien kykyjä ja kokemuksen määrää sekä hoitojen pituutta. Aktiivisten terapiamuotojen vertailun lisäksi satunnaistetuilla kontrolloiduilla tutkimuksilla voidaan verrata tutkittavia hoitomuotoja odotuslistaan, placebo-menettelyyn tai jo tunnetusti tehokkaaseen hoitomuotoon. Tutkimuksissa pyritään usein myös varmistamaan, että hoidot toteutetaan teoreettisten kuvaustensa mukaisesti. Täydellisesti suoritettussa kokeessa tutkittavien satunnaistaminen eri hoitoryhmiin mahdollistaa päättelyn, jonka mukaan kaikki erot lopputuloksessa liittyvät annettuihin hoitoihin. Valitettavasti tällainen päättely on mahdollista vain tutkittavien ryhmien ollessa suuria. Tyypillisesti

psykoterapiaa tutkivissa kokeissa ryhmäkoko on melko pieni, 20–30 henkeä kutakin hoitomuotoa kohti, ja tällöin on luultavaa, että ryhmät eroavat toisistaan tulosten kannalta kriittisillä tavoilla, vaikka ryhmien eroja olisi pyritty kontrolloimaan jakamalla tutkittavat ryhmiin satunnaisesti.

Erilaisia psyykkisiin ongelmiin kohdistettavia hoitoja on olemassa paljon, yksistään erilaisia psykoterapioita on olemassa satoja. (Tuomisto, 2006). Myös hoitojen tehokkuutta käsittelevää tieteellistä tutkimusta on olemassa varsin paljon. Yksi tapa käsitellä tutkimusta ovat meta-analyysit (Roth & Fonagy, 2005). Meta-analyysein kootaan yhteen tutkimustuloksia, joissa on verrattu tiettyä terapiaa saavaa ryhmää joko toista terapiaa saavaan, odotuslistalla olevaan tai placebo-menettelyä saavaan ryhmään. Tutkimuksissa saatuja tuloksia kyetään meta-analyysein vertailemaan effect size (ES) -lukujen avulla. Effect size -luvut kuvaavat tutkimusryhmien välisiä tai yhden ryhmän sisäisiä eroja standardoitujen lukujen – keskihajonnan tai korrelaation avulla (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Ryhmien väliset, niin sanotut kontrolloidut effect size -luvut on luokiteltu jatkumolle, jossa ES 0.2 on pieni, ES 0.5 on keskikokoinen ja ES 0.8 on suuri (Cohen, 1988). Täten 0.5 suuruinen kontrolloitu ES-luku osoittaisi, että hoitoryhmän keskimääräinen hoitotulosta kuvaava pistemäärä on puoli standardoitua keskihajontaa kontrolliryhmän vastaavaa pistemäärää suurempi. Meta-analyysein voidaan arvioida terapian vaikuttavuutta myös niin sanottujen kontrolloimattomien ES-lukujen avulla (Roth & Fonagy, 2005). Terapian vaikutuksen arviointi tapahtuu tällöin vertaamalla hoitoa edeltänyttä ja hoidon jälkeistä tilannetta hoitoryhmän sisällä. Kontrolloimattomat ES-luvut ovat alttiita sisäisen validiteetin uhille, kuten tutkittavien kypsymiselle. Tästä syystä niitä myös tulkitaan eri tavoin. Östin (2006) mukaan kontrolloimattomien ES-lukujen tulkintaan ei hänen tietojensa mukaan ole olemassa julkaistua nyrkkisääntöä, mutta hän esittää tulkintatavaksi seuraavaa: $ES < 0.50$: ei vaikutusta, $ES \geq 0.50$: pieni vaikutus, $ES \geq 0.80$: keskisuuri vaikutus ja $ES \geq 1.10$: suuri vaikutus.

Östin (2006) mukaan katsaus viimeisen 25 vuoden psykoterapiatutkimukseen osoittaa, että meta-analyysejä on hyödynnetty suuressa osassa tutkimusta. Meta-analyysi onkin Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan tehokas ja melko suoraviivainen tilastollinen työkalu, jonka kyky integroida tutkimustuloksia mahdollistaa sen, että tietyn tutkimusalueen yksittäiset tutkimustulokset tulevat helpommin arvioitaviksi. Tutkimustulosten yhdistely mahdollistaa hoitomuotojen tehokkuuden paremman arvioinnin sekä sen, että tilastollisista syistä, kuten pienestä otoskoosta johtuen aiemmin piilossa olleet hoitojen vaikutukset tulevat esiin. Meta-analyytisessä lähestymistavassa on kuitenkin omat ongelmansa (Butler ym., 2006; Roth & Fonagy, 2005.) Ongelmina voivat olla esimerkiksi väliin tulevien muuttujien, kuten tutkijan oman vakaumuksen huomiotta jättäminen, meta-analyysissä verrattavien tutkimusten tutkimusryhmien liiallinen heterogeisuus sekä virheelliset tai sopimattomat tilastolliset analyysit. Näitä kaikkia tekijöitä voidaan kuitenkin kontrolloida. Tärkeää onkin se, että sekä meta-analyysien tekijä että tuloksia hyödyntävät tahot ovat selvillä niistä vaatimuksista, jotka luotettavan, tieteellisesti asianmukaisen meta-analyysin tulee täyttää. Tämän tutkielman aiempaa tutkimusta käsittelevissä tutkimuskatsauksissa esitetään yksittäisten, merkittäviksi katsottujen tutkimusten ohella meta-analyysien tuloksia niiden tehokkuuden ja tutkimustulosten vertailukykyyn takia. Meta-analyysejä valittaessa on pyritty kiinnittämään huomiota niiden laatuun.

1.2 Terapian muutosprosessien tutkiminen

Terapiaa tutkittaessa on terapian tehokkuuden lisäksi olennaista selvittää, mitkä ovat ne mekanismit eli prosessit, joiden kautta terapia toimii ja saa aikaan muutoksia (Morgenstern & Longabaugh, 2003). Efficacy-tutkimuksissa saadaan tietoa tutkitun terapiamuodon sisäisestä validiteetista, mutta ei useinkaan sen kriteerivaliditeetista, eli siitä, ovatko intervention oletetut toimintamekanismit todella hoidon aktiiviset, muutosta aikaansaavat tekijät. Hollonin (1996) mukaan tutkijat ovat

yleisesti ottaen yksimielisiä siitä, että sekä sisäisen validiteetin että kriteerivaliditeetin todistaminen on tärkeää terapiamuotoa validoitaessa, ja Greenbergin ja Pinsofin (1985) mukaan hoitomuodon todistettu tehokkuus ilman sen toimintamekanismien ymmärtämistä heikentää tieteellisen tutkimuksen toistettavuuskriteeriä. Erityisesti silloin, jos hoidon keskeisiä elementtejä ei ole tutkimuksella todennettu, on hoidon luotettava toistaminen vaikeaa. Hoidon toimintamekanismien tunnistaminen on tärkeää myös hoidon kliinisen tehokkuuden lisäämisen kannalta. Tutkimustulosten yleistäminen ja käytäntöön soveltaminen tehostuvat huomattavasti, mikäli hoidon kriittiset, hoitotulosten kannalta olennaiset elementit ovat selvillä.

Hoidon keskeisten elementtien tunnistamiseen voidaan käyttää monia tutkimustapoja (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Alustavaa näyttöä terapian muutosprosesseista saadaan korrelatiivisten tutkimusten avulla, selvittämällä oletettuja muutosprosesseja kartoittavien mittareiden ja hoitotulosten välisiä korrelaatioita (ks. esim. McCracken ym., 2005). Korrelatiiviseen otteeseen lukeutuu myös tutkimustapa, jossa oletettujen muutosprosessien yhteyttä hoitotulokseen tarkastellaan jakamalla tutkittavat jälkikäteen ryhmiin hoidon aikana prosessimittarissa tapahtuneiden muutosten perusteella, ja kartoittamalla ryhmien välisiä eroja hoitotuloksissa (ks. Tuomela, 2006).

Toinen tapa selvittää terapian keskeisiä tekijöitä ovat komponenttisanalyysit (ks. esim. Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, 2004). Useat hoitomuodot ovat laajoja, monia erillisiä osatekijöitä eli komponentteja sisältäviä kokonaisuuksia. Esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia sisältää sellaisia osatekijöitä kuin käyttäytymisen aktivointi, automaattisten ajatusten tunnistaminen ja muokkaus sekä ajatusten taustalla olevien skeemojen muokkaus (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Vertailemalla näiden komponenttien tehoa yksinään ja yhdessä käytettynä, tai vertailemalla yksittäisten komponenttien tehokkuutta muiden terapiamuotojen interventioihin, on mahdollista saada selville, mikä tai mitkä tutkimuksen kohteena olevan terapiamuodon komponentit ovat olennaisia muutoksen aikaan saamiseksi (ks. esim. Jacobson ym., 1996; Masuda ym., 2004).

Korrelatiivisissa tutkimuksissa ja komponenttisanalyysissä on siis mahdollista alustavasti selvittää, mitkä hoidon osat ovat psykologisesti aktiivisia eli saavat aikaan muutosta (Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, 2004). Muutosta aikaansaavien, niin sanottujen välittävien tekijöiden selvittämiseksi on kehitetty myös analyysimalleja, jotka selvittävät edellä mainittuja tutkimustapoja tarkemmin ja luotettavammin terapian muutosprosesseja. Baron ja Kenny (1986) määrittelevät välittävän muuttujan olevan ”generatiivinen mekanismi, jonka kautta intervention kohteena oleva riippumaton muuttuja kykenee vaikuttamaan kiinnostuksen kohteena olevaan riippuvaan muuttajaan” (Baron & Kenny, 1986, s. 1173, suomennos kirjoittajan). Baron ja Kenny huomauttavat, että välittävä tekijä on kirjallisuudessa usein sekoitettu väliin tulevaan muuttajaan. Väliin tulevat muuttajat, kuten ikä, sukupuoli tai palkkion määrä ovat muuttujia, jotka vaikuttavat riippumattoman ja riippuvan muuttujan välisen suhteen suuntaan tai voimakkuuteen. Molemmat muuttajat, välittävä ja väliin tuleva, ovat siis kolmansia muuttujia, jotka liittyvät riippumattoman ja riippuvan muuttujan, terapiaa tutkittaessa usein hoitomuodon ja hoitotuloksen väliseen suhteeseen, mutta eri tavoin. Välittävä muuttuja mahdollistaa terapiassa tapahtuvat muutokset, se selittää riippumattoman ja riippuvan muuttujan yhteyttä. Väliin tuleva tekijä muuttaa vaikutuksen suuntaa, ikään kuin tulee riippumattoman ja riippuvan muuttujan väliin.

Baron ja Kenny (1986) ovat esittäneet yhden välittäviä tekijöitä koskevan analyysimallin. Analyysimalli sisältää neljä askelta: ensin pitää todistaa, että tutkittava hoito vähentää oireita vaihtoehtoista hoitoa enemmän. Toiseksi, tutkittavan hoidon tulee saada aikaan vaihtoehtoista hoitoa suurempia muutoksia oletetussa välittävässä tekijässä. Kolmanneksi, hypoteettisen välittävän tekijän tulee korreloida positiivisesti oiremuutoksen kanssa riippumatta hoitoryhmästä ja neljäs

edellytys luotettavalle toimintamekanismille on, että kun oletetun välittävän tekijän vaikutus kontrolloidaan, (oletettu välittävä tekijä kovariaattina) hoidon vaikutukset vähenevät. Morgenstern ja Longabaugh (2003) huomauttavat, että vain harvat psyykkisiä häiriöitä tutkivat tutkimusasetelmat ovat sellaisia, että niiden pohjalta kyettäisiin luotettavasti käymään läpi Baronin ja Kennyn esittämät askeleet, ja täten saavutettaisiin täysi tuki hoidon sisältämille toimintamekanismeille. Esimerkiksi ensimmäisen askeleen saavuttaminen edellyttää, että hoidot eivät ole teholtaan täysin erilaisia, jolloin hoidon vertaaminen placebo-menettelyyn ei täytä ensimmäisen askeleen vaatimuksia. Toisaalta sellaisissa tutkimuksissa, joissa vertaillaan kahta, teholtaan yhtäläistä hoitoa (bona fide), ei ensimmäisen askeleen vaatimusta tarvitse täyttää, sillä hoitojen oletetaan saavuttavan tuloksensa eri prosessien kautta. Monissa tutkimuksissa ei myöskään ole käyty läpi Baronin ja Kennyn esittämää neljättä askelta, eli testattu välittävää mekanismia kontrolloimalla sen vaikutusta. Whisman (1993) onkin ehdottanut kahta mallia, joiden avulla voidaan saavuttaa alustavaa näyttöä tietyn hoitomuodon sisältämisestä muutosprosesseista. Näistä toisessa askeleet 1, 2 ja 3 saavutetaan, mutta neljättä ei. Toisessa mallissa askeleiden 2 ja 3 vaatimukset kyetään täyttämään. Ensimmäistä vaatimusta ei tässä tapauksessa tarvitse täyttää hoitojen yhtäläisen tehon takia.

Hayes ym. (2006) ovat esittäneet MacKinnonin (2003) julkaisemattoman, välittäviä tekijöitä koskevan analyysimallin, joka Baronin ja Kennyn (1986) esittämän mallin tapaan sisältää neljä askelta: 1) Hoitomuodon ja hoitotuloksen välillä olevan Spearmanin korrelaatiokertoimen tulee olla yli .2, 2) hoitomuodon ja oletetun välittävän tekijän välillä olevan Spearmanin korrelaatiokertoimen tulee olla tilastollisesti merkitsevä, 3) oletetun välittävän tekijän ja hoitotuloksen välillä olevan Spearmanin korrelaatiokertoimen tulee olla tilastollisesti merkitsevä ja 4) oletetun välittävän tekijän ja hoitotuloksen välisen Spearmanin korrelaatiokertoimen tulee olla tilastollisesti merkitsevä, kun hoitomuoto on sisällytetty malliin.

1.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Perinteisen käyttäytymisterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian juuret ovat klassisessa oppimisteoriassa (ehdollistuminen ja välineellinen oppiminen) ja sosiaalisessa oppimisteoriassa (Roth & Fonagy, 2005). Behavioristisessa suuntauksessa keskityttiin alun perin ainoastaan näkyvään, ulkoisesti havaittavissa olevaan käyttäytymiseen, ja tästä syystä behavioraalisen lähestymistavan edustajat jättivät kognitiot huomiotta. Vähitellen, esimerkiksi sellaisten henkilöiden kuin Bandura, Ellis, Meichenbaum ja Beck ansiosta kognitioita alettiin kuitenkin huomioida enemmän. Tätä kognitiivisten tekijöiden huomiointia käyttäytymistä selittävä tekijänä kuvaa Dobsonin ja Dozoisin (2001) näkemys, jonka mukaan kognitiivisen käyttäytymisterapian määrittelevä piirre on uskomus, että oireet ja huonosti toimivat käyttäytymisen muodot ovat usein kognitiivisesti välitettyjä, ja täten epätarkoituksenmukaista ajattelua ja uskomuksia muuttamalla voidaan saada aikaan muutos myös oireiden ja käyttäytymisen tasolla. Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan kognitiivisterapeuttisessa lähestymistavassa ajatellaan, että kognitiot ovat opittuja ja että vahvistaminen ylläpitää niitä. Tässä terapiamuodossa työskentelyn pääpaino ei ole sen selvittämisessä, miten epäadaptiiviset kognitiot ja käyttäytymisen muodot ovat syntyneet, vaan siinä, kuinka yksilön ympäristö ja hänen henkilökohtaiset uskomusjärjestelmänsä ylläpitävät niitä. Täten muokkaamalla sekä yksilön sisäisiä tapahtumia että hänen ympäristöään terapiassa tehdään se, mitä tänään, näissä olosuhteissa on mahdollista tehdä psyykkisen olon parantamiseksi.

Butlerin ym. (2006) mukaan kognitiivisen käyttäytymisterapian lisäksi myös kognitiivinen terapia sisältää behavioraalisia elementtejä. Tätä kognitioiden ja käyttäytymisen saumatonta yhteenliittymistä kuvaa myös Beckin ja hänen kollegoidensa (1979) kehittämän, ehkäpä paremmin kognitiivisena terapiana (KT) tunnetun terapiamuodon vaihtoehtoinen nimeäminen kognitiiviseksi

käyttäytymisterapiaksi useissa tutkimusartikkeleissa (ks. esim. Burns & Spangler, 2001; Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998; Hayes ym., 2006; Jacobson ym., 1996). Beckin kognitiivinen terapia on eniten tutkittu vakavan masennusjakson psykologinen hoito (Beck ym., 1979). Se on lyhytkestoinen, 16–20 istuntoa käsittävä, ohjaava terapiamuoto, jonka tavoitteena on muuttaa masentuneen asiakkaan negatiivista kuvaa itsestä, maailmasta ja tulevaisuudesta. Terapian kuluessa käytetään sekä kognitiivisia että behavioraalisia interventioita, ja näitä yhdistetään esimerkiksi siten, että itsehavainnoinnin avulla pyritään saamaan asiakas havaitsemaan tiettyihin käyttäytymismuotoihin liittyviä ajatuksia ja tunteita. Skeeman käsite on kognitiivisessa terapiassa olennainen. Skeemalla tarkoitetaan pysyviä, yleistyneitä uskomuksia, jotka ohjaavat informaation prosessointia. Muutoksen skeemoissa ajatellaan mahdollistavan myös käyttäytymismuutoksen. Uusien uskomusten testaamisen käyttäytymiskokeiden avulla ajatellaan myös olevan olennaista niiden vakiintumiselle.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on käsitteenä siis varsin laaja, ja KKT:aan voidaankin katsoa kuuluvaksi sekä kognitiivisesti että behavioraalisesti painottuneita interventiomalleja (Roth & Fonagy, 2005). Kognitiivisten ja behavioraalisten interventioiden erosta on esitetty monia näkemyksiä. Behavioristisen suuntauksen edustajien näkemyksen mukaan kognitiiviset interventiot, kuten kognitiivinen uudelleenstrukturointi ovat tehokkaita ainoastaan siinä määrin kuin ne vaikuttavat asiakkaan käyttäytymiseen. Käyttäytymismuutoksen katsotaan myös olevan edellytyksenä sille, että sisäiset tapahtumat, kuten skeemat, voivat muuttua pysyvästi. Toisaalta puhtaan kognitiivisen linjan edustajat katsovat behavioraalisten interventioiden, kuten altistuksen tuottavan pitkäkestoisia vaikutuksia vain, jos ne muuttavat asiakkaan kognitioita, hänen odotuksiaan.

Artikkeleissa, joihin seuraavassa tutkimuskatsauksessa viitataan, puhutaan kognitiivisesta terapiasta ja kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta rinnakkain siten, että eri artikkeleissa saatetaan samaan tutkimukseen viitattaessa puhua kognitiivisesta terapiasta (KT) tai kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (KKT) (ks. esim. Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998; vrt. Butler ym., 2006). Myös artikkelin sisällä saatetaan puhua terapiamuodoista rinnakkain siten, että esimerkiksi johdannossa puhutaan kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, mutta myöhemmin tekstissä käytetään lyhennettä KT (ks. esim. Jacobson ym., 1996). Seuraavassa tekstissä viitataan KKT:aan ja KT:aan alkuperäistekstin mukaisesti. Aloitan tutkimuskatsauksen tarkastelemalla Gloaguenin ym. (1998) laajan meta-analyysin tuloksia, ja tämän jälkeen vertailen yksittäisten tutkimusten ja meta-analyysien avulla KKT:n tehokkuutta erikseen muihin, depression hoidossa laajalti käytössä oleviin hoitomuotoihin.

1.4 Kognitiivisen käyttäytymisterapian tutkimustuloksia masennuksen hoidossa

Gloaguenin ym. (1998) meta-analyysi on Butlerin ym. (2006) mukaan heidän artikkelinsa kirjoittamiseen mennessä laajin ja metodologisesti tinkimättömin kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta masennuksen hoidossa kartoittanut meta-analyysi. Gloaguenin ym. mukaan kognitiivista terapiaa tutkittiin vuosien 1977 ja 1996 välillä 77 kontrolloidussa kliinisessä kokeessa. 30 koetta jätettiin pois Gloaguenin ym. meta-analyysistä metodologisten syiden vuoksi, ja näin lopullinen meta-analyysi koostui 48 kokeesta, joihin oli osallistunut yhteensä 2765 potilasta. Tutkimusten kaikilla potilailla masennus oli yksisuuntaista, eikä masennukseen liittynyt psykoottisia piirteitä. Suurin osa tutkituista oli avohoidossa. Meta-analyysissä kognitiivisen terapian todettiin olevan huomattavasti tehokkaampaa kuin kontrolliolosuhteet ($ES = 0.82$) sekä hieman tehokkaampaa kuin antidepressiivinen lääkitys ($ES = 0.38$) ja muut terapiamuodot ($ES = 0.24$). Butler ym. (2006) huomauttavat kuitenkin, että Gloaguenin ym. meta-analyysiin kuuluneissa, KT:aa ja lääkehoitoa vertailevissa tutkimuksissa oli joitain kognitiivista terapiaa suosivia

metodologisia heikkouksia. Lisäksi kognitiiviseen terapiaan verratut muut terapiat muodostivat varsin heterogeenisen ryhmän, ja kontrolliolosuhteet sisälsivät kahdenlaista menettelyä: odotuslistalla olemista ja placebo-menettelyä. Tulevien meta-analyysien tulisikin Butlerin ym. (2006) mukaan sisältää suoraa vertailua KKT:n ja tiettyjen, vaihtoehtoisten terapiamuotojen välillä. Parker, Roy ja Eyers (2003) huomauttavat, että tulevissa meta-analyysissä kognitiivista käyttäytymisterapiaa tulisi verrata erikseen placebo-ryhmään ja odotuslista-menettelyyn.

Kognitiivinen terapia ja käyttäytymisterapia havaittiin Gloaguenin ym. (1998) meta-analyysissä yhtä tehokkaiksi depression hoitomuodoksi. (ES = 0.05). Gloaguenin ym. mukaan tämä saattaa johtua siitä, että nämä kaksi terapiamuotoa sisältävät yhteisiä elementtejä, jotka saattavat olla merkittävämpiä kuin terapiamuotojen erot. Tulos viittaa myös siihen, että kognitioiden muokkaus ei ole avaintekijä depression hoidossa. Meta-analyysissä tarkasteltiin myös sitä, saako kognitiivinen terapia aikaan pysyviä muutoksia. Ainoastaan 8 tutkimusta 48:sta sisälsi KT:aa ja antidepressiivistä lääkitystä vertailevaa seurantatietoa. Seuranta-ajat vaihtelivat vuodesta kahteen vuoteen. Gloaguenin ym. mukaan viidessä tutkimuksessa kognitiivisen terapian havaittiin ehkäisevän masennuksen uusiutumista lääkitystä tehokkaammin (Gloaguen ym., 1998; Blackburn, Euson, & Bishop, 1986; Bowers, 1990; Evans, Hollon, & DeRubeis ym., 1992; Miller, Norman, Keitner ym., 1989; Simons, Murphy, & Levine ym., 1986). Kognitiivista terapiaa saaneista keskimäärin 29.5 % ja lääkityksellä hoidetuista 60 % sairastui uudelleen.

Yleisin masennuksen hoitomuoto Yhdysvalloissa on antidepressiivinen lääkitys (Olfson & Klerman, 1993), ja myös Suomessa masennuslääkitys on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana: mielialalääkkeiden määrä kaksinkertaistui vuosien 1994–2004 aikana (Hautamäki, 2006). Farmakologinen hoito on Amerikan psykiatrisen järjestön, APA:n mukaan ensisijainen hoitomuoto erityisesti hoidettaessa vakavasti masentuneita potilaita (APA, 2000). Tämä suositus perustuu kuitenkin Östin (2006) mukaan ainoastaan yhteen tutkimukseen, Treatment of Depression Collaborative Research Program:iin eli TDCRP:hen (Elkin ym., 1989). TDCRP:ssä verrattiin kolmea yleisesti käytössä olevaa masennuksen hoitotapaa: kognitiivista käyttäytymisterapiaa, intersoonallista terapiaa ja antidepressiivistä lääkitystä keskenään. Neljäs hoitoryhmä oli placebo-menettelyä ja kliinistä ohjausta saanut ryhmä. Tuloksissa havaittiin, että vähemmän masentuneiden henkilöiden kohdalla kaikki hoitomuodot olivat yhtä tehokkaita, mutta vakavasti masentuneiden kohdalla lääkityksellä saatiin aikaan parhaita hoitotuloksia (Elkin ym., 1995). Craighead, Hart, Wilcoxon, Craighead ja Ilardi (2002) huomauttavat kuitenkin, että tulosta ei ole toistettu, eikä tieteellisen tutkimuksen toistettavuusvaatimusta ole täten noudatettu. Craighead ym. toteavatkin, että TDCRP-tutkimuksen pohjalta tehdyt päätelmät lääkehoidon paremmuudesta vakavasti masentuneiden hoitomuotona ovat ennen aikaisia ja täten vailla oikeutusta. Lisäksi Blatt, Zuroff, Bondi ja Sanislow (2000) osoittivat TDCRP:n seurantatutkimuksessa, että terapialla (sekä KKT että IP) hoidettujen potilaiden sopeutumiskyky – kyky solmia ja ylläpitää ihmissuhteita sekä ymmärtää masennukseensa johtaneita syitä oli parantunut huomattavasti lääkityksellä hoidettuja enemmän, kun asiaa tutkittiin 18 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen.

Lääkityksen ja KKT:n tehokkuutta masennuksen hoidossa on vertailtu useissa uudemmissakin tutkimuksissa. DeRubeisin ym. (2005) tutkimuksessa 240 keskivaikeasta tai vakavasta masennuksesta kärsivää asiakasta satunnaistettiin saamaan joko kognitiivista terapiaa, antidepressiivistä lääkitystä tai placebo-menettelyä (hoitoviikot KT 16, muut 8). 58 % sekä kognitiivisella terapialla että lääkityksellä hoidetuista hyötyi hoidosta, placebo-ryhmässä luku oli 25 %. Kognitiivisella terapialla hoidetuista 40 % ja antidepressiivisellä lääkityksellä hoidetuista 46 % parani hoidon aikana. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

DeRubeisin ym. (2005) tutkimusta seurasi seurantatutkimus, jossa terapiasta ja / tai lääkityksestä

hyötyneitä henkilöitä (n=104) seurattiin hoitojen päätyttyä vuoden ajan (Hollon ym., 2005). Tutkimuksessa antidepressiivisestä lääkityksestä hyötyneet jaettiin kahteen ryhmään. Toisen ryhmän lääkitystä jatkettiin, toinen ryhmä sai osakseen placebo-menettelyä. Kognitiivisesta terapiasta akuuttihoiton aikana hyötyneitä hoidettiin vuoden aikana kolmella seurantatapaamisella. Tulokset osoittivat, että sekä kognitiivinen terapia että antidepressiivinen lääkitys ehkäisivät masennuksen uusiutumista tehokkaammin kuin placebo-menettely: placebo-ryhmästä 76 % masentui uudelleen seurantavuoden aikana, kun vastaavat luvut terapiaryhmän ja lääkitysryhmän osalta olivat 31 % ja 47 %. Vaikka pienempi osa terapiaryhmästä kuin lääkitysryhmästä masentui uudelleen, ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Niitä henkilöitä, jotka eivät masentuneet ensimmäisen seurantavuoden aikana, seurattiin vielä toinen vuosi, jolloin tutkittavia ei hoidettu millään tavalla. Aiemmin kognitiivisella terapialla hoidetuista henkilöistä masentui huomattavasti pienempi osa (17 %) kuin niistä, joita oli hoidettu antidepressiivisellä lääkityksellä (54 %). Kognitiivinen terapia pienensi masentumisen uusiutumisen riskiä 85 prosentilla.

Lääkityksen ja psykoterapian yhdistelmähoito on myös yleisesti käytössä oleva masennuksen hoitomuoto. Hollonin ja Beckin (1994) mukaan kognitiivisen terapian ja farmakologisen hoidon yhdistelmähoidolla on tyypillisesti saatu hieman parempia (ES = 0.25) hoitotuloksia kuin kummallakaan hoidolla yksinään. Friedman ym. (2004) ovat koonneet meta-analyysin, jossa on analysoitu 20 vuosien 1967–2002 aikana tehtyä, terapian ja lääkehoidon yhdistelmähoitoa ja pelkkää farmakologista hoitoa vertailevaa tutkimusta. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa tutkittiin seitsemässätoista, interpersoonallista terapiaa kahdessa ja psykodynaamista terapiaa yhdessä tutkimuksessa. Meta-analyysin heikkoutena on pidettävä sitä, että yksittäisten terapiamuotojen tehokkuutta ei tässä meta-analyysissä tutkittu, vaan terapioiden tuloksellisuutta tarkasteltiin kokonaisuutena. Analyysin tulokset osoittivat, että yhdistelmähoidolla saavutettiin parempia hoitotuloksia kuin farmakologisella hoidolla sekä Beck Depression Inventory -mittarilla (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, ES = 0.61), että Hamilton Rating Scale of Depression -observointiasteikolla (HRSD, Hamilton, 1960, ES = 0.65) mitattuna. Yhdistelmähoidolla saavutetut tulokset olivat myös pelkkää psykoterapiahoitoa parempia HRSD:llä arvioituna (ES = 0.69). BDI:llä mitattuna yhdistelmähoito oli vain hieman pelkkää terapiahoitoa tehokkaampaa (ES = 0.24).

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että farmakologisiin hoitoihin liittyy suuri masennuksen uusiutumisen riski lääkityksen loputtua. (ks. esim. Hollon ym., 2005). Täten pitkän tähtäimen hyötyhaittasuhteita on harkittava tarkkaan (Butler ym., 2006). Antonuccio, Thomas, & Danton (1997) kokosivat yhteen useita depression hoitotuloksia kartoittaneita tutkimuksia. He muodostivat analyysinsä perusteella hyöty-haitta-mallin, jossa he kartoittivat sitä, kuinka suuri on hoidosta saatu hyöty verrattuna siitä koituviin taloudellisiin kustannuksiin. Mallin mukaan KKT:n hyöty-haitta-suhde on paras, yhdistelmähoidon (KKT + lääkitys) seuraavaksi paras ja lääkehoidon (fluoksetiinihoito) hyöty-haitta-suhde heikoin. Antonuccio ym. mukaan hoidon kestäessä kaksi vuotta fluoksetiinihoidon odotettavissa olevat kustannukset ovat 33 % ja yhdistelmähoidon 23 % yksilöllistä KKT-hoitoa suuremmat.

Butlerin ym. (2006) mukaan kognitiivisen käyttäytymisterapian ja muiden terapiamuotojen vertailuista yksi olennaisimmista koskee psykodynaamista terapiaa tätä terapiamuotoa harjoittavien terapeuttien suuren määrän vuoksi. Psykodynaamista terapiaa ja KKT:aa onkin vertailtu jo useissa tutkimuksissa. Edellä esitetyn Gloaguenin ym. (1998) meta-analyysin lisäksi esimerkiksi Churchill ym. (2001) ovat julkaisseet kattavan meta-analyysin, jossa on vertailtu muun muassa KKT:aa ja psykodynaamista terapiaa. Meta-analyysissä käsiteltiin 63 masennuksen lyhythoidon (≤ 20 tapaamiskertaa) tehoa kartoittanutta tutkimusta. Eri hoitomuotoja verrattiin keskenään laskemalla parantumisen todennäköisyyttä kuvaavia osamääriä (OR, oddsratio). Vertailtaessa terapiamuotoja

rutiinihoitoon (treatment as usual, TAU) tai odotuslistalla olemiseen, OR-luvut olivat seuraavia (positiiviset luvut kuvaavat mainittavan hoitomuodon paremmuutta): KKT 3.42, interpersoonallinen terapia 3.52, supportiivinen terapia 2.71. Psykodynaamisen terapian kohdalla hoitoa ei oltu vertailtu rutiinihoitoon tai odotuslistalla olemiseen yhdessäkään tutkimuksessa. Verrattaessa KKT:a muihin terapiamuotoihin saatiin seuraavia OR-lukuja (positiiviset luvut kuvaavat KKT:n paremmuutta): interpersoonallista, psykodynaamista ja supportiivista terapiaa yhdistävä terapia, 2.40, interpersoonallinen terapia 1.08 (ei tilastollisesti merkitsevä ero), psykodynaaminen terapia 2.11, supportiivinen terapia 3.45. Verrattaessa kognitiivista terapiaa käyttäytymisterapiaan OR-luku oli 1.58. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Yhteenvetona voidaan sanoa, että merkitsevästi suurempi osa KKT:lla kuin muilla hoitomuodoilla hoidetuista asiakkaista parani hoidon aikana, lukuun ottamatta interpersoonallista terapiaa ja käyttäytymisterapiaa.

1.5 Kognitiivisen käyttäytymisterapian muutosprosessit terapian aikana

Vaikka tämän tutkimuksen asetelma, joka esitellään tämän pääluvun tutkimuskysymykset - alaluvussa, oli sen kaltainen, ettei tutkimuksessa pyritty selvittämään kognitiivisen käyttäytymisterapian muutosprosesseja yleisesti käytössä olevien muutosmittareiden avulla, terapian muutosprosesseja käydään tässä kohden kuitenkin masennuksen kognitiivisen teorian osalta lyhyesti läpi. Syynä tähän on lähinnä se, että KKT:n ollessa tutkimuksen toinen hoitomenetelmä katsoimme tärkeäksi selvittää, mihin menetelmän tehokkuuden oletetaan perustuvan sekä mitä oletuksia tutkimustulokset puoltavat (terapian muutosmekanismien selvittämisen merkitys, ks. esim. Morgenstern & Longabaugh, 2003). Edelliseen liittyen halusimme myös hieman valottaa sitä, miksi tässä tutkimuksessa käytössä ovat juuri tietyt KKT:n menetelmät (KKT:n empiirisesti tehokkaiksi todetuista menetelmistä, ks. lisää Nathan & Gorman, 2002).

Kuten aiemmin tässä tutkielmassa on esitetty, kognitiivisesti painottuneissa terapioissa on perinteisesti ajateltu, että kognitiivisten rakenteiden muutos on paranemisen edellytys psyykkisiä ongelmia hoidettaessa. Masennukseen sovellettuna tätä muutosteoriaa kuvastaa Beckin ja hänen kollegoidensa (1979) käsitys masennuksen syistä ja terapian olennaisista muutosmekanismeista. Masennuksen kognitiivisen mallin mukaan masentuneille henkilöille ovat tyypillisiä pysyvät kognitiiviset skeemat, jotka kehittyvät varhaisissa kehitysvaiheissa tapahtuvan oppimisen myötä, ja jotka altistavat myöhempien elämäntapahtumien negatiiviselle tulkinnalle. Skeemat ilmenevät esimerkiksi ajatusvääristyminä, automaattisina ajatuksina ja epäfunktionaalisina asenteina. Beckin ym. esittämä masennuksen muutosteoria sisältää kognitiivisen välittämisen hypoteesin, eli muutoksen kognitioissa oletetaan johtavan muutokseen masentuneisuudessa. Täten terapiassa tulisikin Beckin ym. mukaan keskittyä kognitioiden muuttamiseen tähtääviin interventioihin, kuten toimimattomien asenteiden ja ydinskeemojen muokkaukseen, sillä nämä ovat Beckin ym. mukaan terapian aktiiviset, muutosta aikaan saavat mekanismit. Pää tavoite terapiassa on aikaansaada pysyviä muutoksia siinä tavassa, jolla masentuneet henkilöt näkevät itsensä, maailman ja tulevaisuuden. Masennuksen kognitiivinen teoria sisältääkin ajatuksen, jonka mukaan skeemojen muutoksen vaikutusten tulisi näkyä masennuksen vähäisempänä uusiutumisenä.

Jacobson ym. (1996) huomauttavat, että kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (KT) annettava hoito on niin monipuolista, että muutosta masentuneisuudessa ei välttämättä välitä muutos kognitioissa, vaan lukuisat vaihtoehtoiset selitykset ovat mahdollisia. Jacobson ym. nimeävätkin kaksi KT-hoidon komponenteista johdettua, Beckin ym. (1979) kognitiivisen hypoteesin haastavaa hypoteesia: aktivaatiohypoteesin ja selviytymistäitohypoteesin. Aktivaatiohypoteesin mukaan muutosta aikaansaava mekanismi KT:ssa on asiakkaan aktivointi. Aktivoinnin ajatellaan saavan aikaan muutosta siten, että se auttaa asiakasta saamaan positiivista vahvistusta. KT:ssa käyttäytymistä aktivoivia interventiota käytetään terapian alkuvaiheessa, ja ne saattavat Jacobsonin

ym. mukaan selittää suurimman osan terapian tehosta, sillä on havaittu, että KT:n aikaansaama muutos tapahtuu pitkälti terapian ensimmäisten viikkojen aikana. (ks. esim. Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977). Selviytymistaitohypoteesin mukaan asiakkaat oppivat KT:n aikana selviytymään masennusta aiheuttavien tapahtumien ja masentavien ajatusten kanssa. Näiden uusien taitojen ajatellaan yhdessä aktivoinnin kanssa selittävän masennukselle tyypillisen käyttäytymisen vähentymistä. Selviytymistaitohypoteesin mukaan ydinskeemojen muuttaminen ei ole masennuksen hoidossa välttämätöntä, vaan tehokkaat selviytymisstrategiat mahdollistavat stressiä aiheuttavien tapahtumien ja niihin liittyvien automaattisten ajatusten riittävän, terveyttä tukevan käsittelyn.

1.6 Kognitiivisen käyttäytymisterapian muutosprosesseihin liittyvää tutkimusta

Kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta masennuksen ja muiden psyykkisten häiriöiden hoidossa on tutkittu paljon, ja tulokset ovat olleet vaikuttavia (ks. esim. Butler ym., 2006; Dobson, 1989; Gloaguen ym., 1998). Huolimatta KKT:n todistetusta tehokkuudesta terapiamuodon toimintamekanismit ovat yhä epäselviä (ks. Beck & Haaga, 1992; Gortner ym., 1998; Jacobson ym., 1996; Robins & Hayes, 1993; Zettle & Hayes, 1987). KKT:n muutosprosesseja selvittämään pyrkeissä tutkimuksissa ei ole kyetty vahvistamaan hypoteesia, jonka mukaan suoraan kognitiivisten rakenteiden muokkaukseen tähtäävät interventiot ovat terapiassa välttämättömiä muutoksen aikaan saamiseksi. Jacobsonin ym. (1996) tutkimus esitetään seuraavassa hieman tavanomaista tarkemmin, sillä kyseisessä artikkelissa nostetaan tulosten pohjalta esiin joitain keskeisiä KKT:n muutosprosesseihin ja sitä kautta käytännön terapiatyöhön liittyviä kysymyksiä.

Jacobson ym. (1996) tutkivat satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessaan masentuneita, avohoidossa olevia potilaita (n = 150). Tutkimuksen tarkoituksena oli testata empiirisesti Beckin ym. (1979) kehittämää, kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta selittävää masennuksen muutosteoriaa. Teoria on esitelty lyhyesti tämän pääluvun edellisessä alaluvussa. Beckin ym. manuaalin mukaista kognitiivista terapiaa verrattiin sen sisältämiin komponentteihin seuraavasti: tutkittavat satunnaistettiin saamaan 20 hoitokertaa joko käyttäytymisen aktivointia sisältävää hoitoa (BA-ryhmä), sekä käyttäytymisen aktivointia että automaattisten ajatusten muokkaamiseen tähtäävää hoitoa (AT-ryhmä) tai kaikkia kognitiivisen terapian osia hyödyntävää hoitoa (CT-ryhmä). Mainittakoon, että kognitiivisen terapian osatekijöistä varsinkin käyttäytymisen aktivointi sisältää paljon harjoituksia, kuten itsehavainnointia, mielihyvähakemusten saavuttamiseen tähtäviä tehtäviä, mielikuvaharjoituksia ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Menetelmät ovat pitkälti samoja kuin tässä tutkimuksessa käytetyt KKT-menetelmät.

Jacobsonin ym. (1996) tutkimuksen tulokset osoittivat, että kaikissa ryhmissä tapahtui merkitsevä muutos masentuneisuudessa hoidon aikana: riippuen toipumisen arviointikriteeristä 50-60 % terapiahoidon loppuun asti käyneistä tutkittavista toipui. KT-ryhmässä ei siis saavutettu muita ryhmiä parempia tuloksia, ja tulokset asettavatkin kyseenalaiseksi Beckin ym. teorian, jonka mukaan muutos masentuneisuudessa johtuu nimenomaan suoraan kognitioiden muokkaukseen tähtäävistä interventioista. Tutkimus sisälsi myös kahden vuoden seurantajakson, jonka Gortner ym. (1998) raportoivat. Tulokset osoittivat, että KT-ryhmässä saavutetut tulokset eivät olleet muita ryhmiä parempia, kun tuloksia arvioitiin 6, 12, 18 ja 24 kuukauden seurannan jälkeen. Niiden tutkittavien määrä, joiden masennus uusiutui, lisääntyi seurantojen edetessä siten, että kuuden kuukauden seurannan jälkeen masennus oli uusiutunut 4–15 %:lla tutkittavista (riippuen ryhmästä ja arviointitavasta) ja kahden vuoden kuluttua hoidon päättymisestä tehdyssä seurannassa masennus oli uusiutunut 30–50 %:lla tutkittavista (riippuen ryhmästä ja arviointitavasta). Erot ryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Seurannan tulokset asettavatkin kyseenalaiseksi masennuksen kognitiivisen teorian sisältämän ajatuksen, jonka mukaan kognitiivinen terapia saa aikaan pysyvän muutoksen asiakkaan ydinskeemoissa ja ehkäisee täten masennuksen uusiutumista muita

hoitotapoja tehokkaammin.

Jacobsonin ym. (1996) tutkimuksessa arvioitiin myös terapioiden oletettuja muutosmekanismeja, eli sitä, miten kukin terapiamuoto vaikutti yhtäältä niihin prosesseihin, joihin sen oletettiin vaikuttavan, ja toisaalta niihin prosesseihin, joihin sen ei oletettu vaikuttavan. Täten tutkittiin, miten kukin terapiamuoto vaikutti käyttäytymisen aktivaatioon, vähentyneeseen negatiiviseen ajatteluun ja depressiolle tyypillisiin kognitiivisiin rakenteisiin vertaamalla kyseisten prosessien alku- ja loppumittausten eroja ryhmien välillä. Kun tutkittavien tuloksia tarkasteltiin kokonaisuutena, kaikkien mekanismien mittauksissa oli huomattavia, positiivista muutosta osoittavia eroja alku- ja loppumittausten välillä. Sen sijaan mikään mitatuista prosesseista ei vaihdellut hoitoryhmän mukaan. Tulokset eivät täten tue Beckin ym. (1979) muutosteoriaa, joka liittää kognitiivisen käyttäytymisterapian muutosta aikaansaavat mekanismit ainoastaan KT-ryhmän saamaan hoitoon. Lisäksi, vastoin odotuksia, pelkällä käyttäytymisen aktivoinnilla hoidettujen asiakkaiden terapian alussa arvioitu attribuutiotyöli ennusti myöhempää muutosta masentuneisuudessa. Näin ei ollut muiden ryhmien kohdalla. Jacobson ym. mukaan yksi, jatkotutkimusta vaativa selitys tälle ilmiölle on se, että käyttäytymisen aktivoinnin kautta saatava luonnollinen vahvistus saattaa muuttaa ajattelua ja sen rakenteita enemmän kuin suoraan rakenteiden muuttamiseen tähtäävät kognitiiviset interventiot. Mikäli näin on, sekä kognitiivisen terapian teoria että käytäntö ovat Jacobsonin ym., mukaan uudistuksen tarpeessa. Käyttäytymisen aktivointi mahdollistaa Jacobsonin ym., mukaan kokemattomien terapeuttien tehokkaan työskentelyn, sillä se on huomattavasti koko kognitiivisen terapian hoitopakettia yksinkertaisempi hoitotapa. Pohdinnassaan Jacobson ym. huomauttavat lisäksi, että tutkijoiden oma vakaumus ei mitä luultavimmin ole vääristännyt tuloksia, sillä sekä terapeutit että tutkijat olettivat kognitiivisella terapialla saavutettavan parhaita tuloksia. Terapeutit olivat saaneet kognitiivisen terapian koulutuksen, harjoittaneet kognitiivista terapiaa keskimäärin kymmenen vuotta koulutuksensa jälkeen, ja täten ”kaikki terapeutit olettivat kognitiivisen terapian olevan tehokkain hoitomuoto, ja työskentelynto oli alhainen aina, kun asiakasta tuli hoitaa pelkästään käyttäytymisen aktivoinnilla.” (Jacobson ym., 1996, s. 302, suomennos kirjoittajan). Tämän seikan huomioiminen lisää Jacobsonin ym. mukaan tulosten arvoa.

Lappalaisen ym. tutkimuksessa (2007) tutkittiin loppuvaiheen psykologian opiskelijoiden kykyä hoitaa erilaisista psyykkisistä ongelmista kärsiviä asiakkaita. Terapeutit hoitivat tutkittavia joko kognitiivisen käyttäytymisterapian tai hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä. Tutkimuksen tulokset esitetään tarkemmin tämän pääluvun alaluvussa ”kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua koskevia tuloksia”. Tässä kohden olennainen seikka on se, että tutkimuksessa KKT:n terapiaprosessia kartoitettiin itseluottamus -asteikon (Ojanen, 2001, Ojanen & Seppälä, 1997) avulla. Itseluottamus ei ole perinteinen KKT:n muutosprosesseja kartoittava mittari, mutta Lappalainen ym. perustelivat itseluottamuksen valintaa KKT:n terapiaprosessia kartoittavaksi mittariksi siten, että perinteisessä KKT:ssa pyritään muokkaamaan negatiivisia itsearviointeja, ja itseluottamusta voidaan pitää yhtenä yleisenä, tätä prosessia kartoittavana mittarina. Tutkimuksessa itseluottamuksen havaittiinkin lisääntyneen enemmän KKT:lla hoidetussa ryhmässä, ja näin Baronin ja Kennyn (1986) toinen askel sai tässä tutkimuksessa tukea.

Useissa muissakin tutkimuksissa on tarkasteltu, tapahtuuko muissa terapiamuodoissa niitä kognitiivisia muutoksia, joita havaitaan KKT:n aikana. Whisman (1993) on tarkastellut näitä tutkimuksia Baronin ja Kennyn (1986) esittämien askelten mukaan ja todennut, että noin kahdessa kolmasosassa tutkimuksista raportoitiin suurempia muutoksia kognitiivisissa mittauksissa niiden potilaiden kohdalla, joita hoidettiin KKT:lla verrattuna jollakin muulla hoitomuodolla hoidettuihin potilaisiin. Täten Baronin ja Kennyn toinen askel sai Whismanin mukaan tukea useissa tutkimuksissa. Tämä vaikutus havaittiin Whismanin mukaan kuitenkin vain osassa

kognitiomittauksia. Esimerkiksi Imber ym. (1990) raportoivat, että ihmissuhteita koskevat toimimattomat asenteet olivat huomattavasti vähäisempiä KKT:lla hoidetuilla potilailla verrattuna intersoonallista terapiaa saaneisiin ja lääkityksellä hoidettuihin potilaisiin. Sen sijaan saavutuksiin liittyvät toimimattomat asenteet eivät eronneet eri hoitoryhmissä.

1.7 Kriittinen katsaus käyttäytymisterapian vaiheisiin

Käyttäytymisterapialiike alkoi Hayesin ym. (2006) mukaan yli 40 vuotta sitten kahden sitoumuksen varassa. Tämän niin sanotun kaksoissitoumuksen mukaan käyttäytymisterapiassa tuli yhdistyä 1) käyttäytymiseen liittyvien terveysongelmien ja niiden hoidon tieteellisperustainen analyysi sekä 2) tarkasti eriteltyjen, empiirisesti validoitujen interventioiden kehittäminen kyseisille ongelmille. Franksin ja Wilsonin (1974) laatimassa käyttäytymisterapian määritelmässä nämä kaksi sitoumusta on selkeästi todettu. Määritelmän mukaan käyttäytymisterapia perustuu ”operationaalisesti määritellyyn oppimisteoriaan ja yhdenmukaisuuteen toteennäytettyjen kokeellisten paradigmojen kanssa” (Franks & Wilson, 1974, s. 7, suomennos kirjoittajan). Kuluneen 40 vuoden aikana käyttäytymisterapiassa voidaan Hayesin ym. (2004) mukaan katsoa esiintyneen kolme sukupolvea tai vaihetta: perinteinen käyttäytymisterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä kolmannen sukupolven kontekstuaaliset lähestymistavat. Näistä ensimmäisessä sukupolvessa, perinteisessä käyttäytymisterapiassa onnistuttiin Hayesin ym. (2006) mukaan pitämään kiinni molemmista käyttäytymisterapian sitoumuksista, koska kyseisen sukupolven terapeutit perustivat terapeuttiset interventionsa kokeellisista käyttäytymistutkimuksista johdettuihin periaatteisiin. Jo tuolloin ymmärrettiin, että näiden periaatteiden tuli laajentua käsittämään operanttien ja klassisten ehdollistumisperiaatteiden lisäksi periaatteita, jotka kohdistuisivat ihmisen kognitiivisiin prosesseihin. Ensimmäisen sukupolven edustajat keskittyivät kuitenkin vain ulkoisesti havaittavaan käyttäytymiseen, eivätkä he täten onnistuneet tarjoamaan empiirisesti riittävää kognitioiden selitystä. Niinpä kognitioiden selitystä jouduttiin hakemaan kognitiivisista perusmalleista. KKT:n ja perinteisen kognitiivisen terapian (Beck ym., 1979) syntyvaiheiden aikaan dominoivat kognitiiviset perusmallit olivat kuitenkin joko mekanistisia informaation prosessoinnin malleja tai yksilön sisäsyntyiseen kehitykseen nojaavia, kognitiivis-kehityksellisiä malleja. Molemmat mallit keskittyvät lähinnä selvittämään kognitiivisten toimintojen luonnetta, kehitystä sekä näiden vaikutusta muihin toiminnan muotoihin. Näissä malleissa ei siis niinkään selvitetä niitä kontekstiin liittyviä tekijöitä, jotka säätelevät ja liittävät toisiinsa näitä psykologisia tapahtumia. Toisin sanoen, kognitiivisista malleista seuraavissa peruskäsitteissä, kuten kognitiivisissa skeemoissa (Piaget, 1964) keskitytään tarkastelemaan niiden sisällön organisoitumista, eikä niitä ympäristöön liittyviä tekijöitä, joihin vaikuttamalla itse sisältöönkin voitaisiin vaikuttaa.

Hayesin ym. (2006) mukaan kognitiivisten peruskäsitteiden heikko sovellettavuus käytännön terapiatyöhön johti käyttäytymisterapian toisen sukupolven, KKT:n syntyessä siihen, että kliinistä työtä tekevät terapeutit kehittivät omia kognitiivisiä mallejaan hoidon eteenpäin viemiseksi. KKT:n tutkijat esimerkiksi määrittivät ja mittasivat tietyille psykopatologian muodoille tyypillisiä kognitioita. Näitä kognitioita kuvaavat käsitteet olivat joko löyhästi tai eivät ollenkaan sidoksissa kognitiivisen psykologian perusteisiin. Tällöin muutosta aikaansaavat menetelmät olivat yhteydessä melko kapeisiin, kliinisessä käytännössä luotuihin teorioihin, eivät operationaalisesti määritellystä oppimisteoriasta luotuihin peruseräperiaatteisiin. Hayesin ym. mukaan seurauksena monista, erillisiin psykopatologian muotoihin keskittyvistä kliinisistä teorioista ja hoitoperiaatteista on vaikeus tietää, mikä on olennaista. Sitä vastoin, kliinisen käytännön yhdistäminen peruseräperiaatteisiin, kuten vahvistamiseen ja operanttiin oppimiseen mahdollistaa olennaisten ydinprosessien löytämisen niistä lukuisista menetelmistä, joita terapeuttinen luovuus synnyttää (ks. Harvey, Watkins, Mansell, & Shafraan, 2004).

Siinä missä ensimmäisen ja toisen sukupolven käyttäytymisterapiat keskittyivät sisällön muuttamiseen eli niin sanottuun ensimmäisen asteen muutokseen ja didaktisiin metodeihin, kolmannen sukupolven terapiamuodot, kuten Dialektinen käyttäytymisterapia (dialectical behavior therapy, DBT; Linehan, 1993), Tietoisuusperustainen kognitiivinen terapia (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) sekä Hyväksymis- ja omistautumisterapia (Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) keskittyvät psykologisten tapahtumien funktion muuttamiseen eli niin sanottuun toisen asteen muutokseen ja kokemuksellisiin metodeihin (Hayes, 2004). Nämä kolmannen sukupolven lähestymistavat myös toteuttavat käyttäytymisterapian pitkään toteuttamatta ollutta ensisijaista sitoumusta, hoidon perustamista perustutkimuksen pohjalta muodostettuihin käyttäytymisen peruseräisiin.

1.8 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Hayesin ym. (2006) mukaan käyttäytymisterapian toinen sukupolvi irtautui ensimmäisestä, koska klassiset ja ehdolliset oppimisperiaatteet eivät yksin kyenneet riittävästi selittämään inhimillistä kognitiota. Acceptance and Commitment Therapy eli ACT on pitkään kehitteillä ollut, moderni käyttäytymisanalyysin muoto, jonka taustalla olevaan teoriaan on onnistuttu lisäämään ihmisen kognitioiden lainalaisuuksien selittämiseen tarvittavat periaatteet. Steven Hayes yhdessä on yhdessä työryhmänsä kanssa kehittänyt hyväksymis- ja omistautumisterapian Pohjois-Amerikassa, Nevadan yliopistossa (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). Suomeksi terapiamuotoa kutsutaan yleisimmin hyväksymis- ja omistautumisterapiaksi eli HOT:ksi. Terapiamuodosta on Suomessa käytetty myös nimitystä hyväksymis- ja sitoutumisterapia. Tässä tutkielmassa terapiamuodosta käytetään koko nimellä puhuttaessa nimeä hyväksymis- ja omistautumisterapia ja lyhennettäessä terapimuodon kansainvälistä lyhennettä ACT. Seuraavassa terapiamuoto, sen filosofiset ja teoreettiset lähtökohdat sekä hoidon kannalta keskeiset lähtökohdat esitellään lyhyesti. Terapian tarkempi näkemys psykopatologiasta ja keskeiset työskentelytavat esitetään myöhemmin tässä tutkielmassa.

ACT:n filosofiset juuret ovat funktionaalisessa kontekstualismissa (Biglan & Hayes, 1996), jossa tavoitteena on yhtäältä ennustaa ihmisen ja häntä kulloinkin ympäröivän kontekstin välistä vuorovaikutusta ja toisaalta vaikuttaa tuohon vuorovaikutukseen (Hayes, 2004). Funktionaalisessa kontekstualismissa totta on se, mikä toimii (Hayes, 1993). Jotta tiedettäisiin, mikä toimii, on tiedettävä, mitä kohti toiminnalla pyritään. Toisin sanoen toiminnalla on oltava tavoite. ACT heijastaa filosofisia juuriaan monella tavalla (Hayes ym., 2006). Toimivuuden arvioinnin perustana ovat arvot, kaikki ACT:ssa tapahtuva toiminta tähtää asiakkaan kykyyn elää arvojensa mukaista elämää. ACT:ssa toiminnan keskipiste on tietoisesti kontekstuaalinen: terapiassa tehdään kausaalisia analyyseja ainoastaan sellaisista tapahtumista, jotka ovat suoraan manipuloitavissa. Näin menetellään siksi, että funktionaalisen kontekstualismin näkökulman mukaan ajatukset ja tunteet eivät sinällään aiheuta ulkoista, havaittavissa olevaa käyttäytymistä, vaan ainoastaan kontekstin säätelemänä (Biglan & Hayes, 1996). Täten tunteiden ja ajatusten sisältöä ei tarvitse muuttaa, jotta ulkoinen käyttäytyminen muuttuisi (Hayes, 2004). Sisällön muutosyritysten sijaan voidaan keskittyä muuttamaan sitä kontekstia, jossa tunteet ja ajatukset ilmenevät. Kognitioihin vaikuttaviin konteksteihin keskittyminen on Hayesin ym. (2006) mukaan perusteltua myös siksi, että asiakkaan toiminnan kontekstiin liittyvät muuttajat ovat ainoita, joita terapeutti pystyy kliinisessä työssään manipuloimaan.

ACT:n teoreettiset juuret ovat suhdekehysteoriassa (relational frame theory, RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Suhdekehysteoria on ihmiskielen ja kognition perusteoria, jonka mukaan ihmiskielen ja -kognition ydin on kyky liittää tapahtumia keinotekoisesti yhteen ja näihin yhteyksiin

perustuen muuttaa tapahtumien merkitystä eli funktiota (Hayes ym., 2006). Teorian mukaan kyky on opittu ja kontekstin kontrolloima. Tapahtumia voidaan liittää yhteen molemminpuolisesti (molemminpuolinen vastaavuus) ja johdetusti (johdettu vastaavuus) (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). Näiden niin sanottujen vaikutevastaavuuksien takia johonkin asiaan voidaan siis liittää yhteyksiä, joita asialla ei ennen ole ollut, ja täten asian merkitys muuntuu. Esimerkki vaikutevastaavuuden merkityksestä on sääntö, joka kieltää jonkin asia, esimerkiksi ”Minä en saa ajatella sitä, miten tyrin tänään” (kirjoittajan oma esimerkki). Molemminpuolisen vastaavuuden takia pelkkä sana, tässä tapauksessa tyriminen voi aiheuttaa samoja vaikutuksia kuin itse tapahtuma. Suhdekehysteorian yhteys psykopatologiaan näkyikin esimerkiksi siten, että teorian mukaan suorat yritykset muuttaa kognitiivisten verkostojen keskeisiä sisältöjä saattavat aiheuttaa verkoston laajentumisen kyseisellä alueella, lisätä sisältöjen funktionaalista merkitystä ja täten vahvistaa patologiksi koettujen ajatusten, tunteiden ja käyttäytymistapojen esiintymistä (Hayes ym., 2001). Koska teorian mukaan kontekstin vaikutus sisäisiin tapahtumiin, kuten ajatuksiin ja tunteisiin on suuri, negatiiviksi koettujen sisäisten tapahtumien vaikutusta on mahdollista muuttaa muuttamalla sitä kontekstia, jossa ne esiintyvät.

Kuten edellä esitetystä käy ilmi, sekä ACT:n filosofiset että teoreettiset lähtökohdat painottavat kontekstin merkitystä psykopatologian synnyssä. Hyväksymis- ja omistautumisterapian näkemyksen mukaan sananmukaisuuden, merkityksen antamisen ja kokemuksellisen kontrollin kontekstit vahvistavat kielellistä kontrollia alueilla, joilla kontrolli ei toimi (Hayes ym., 2006). Liiallisen kielellisen kontrollin ajatellaan aiheuttavan psykologista joustamattomuutta, jonka yhtenä ilmentymänä on se, että asiakas ei ole yhteydessä nykyhetkeen, vaan elää liiaksi ”pänsä sisällä” (Hayes ym., 2006, s. 7, suomennos kirjoittajan). Toisin sanoen, että ”asiakas on joutunut kielellisen systeemin ansaan.” (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004, s. 12). ACT-terapian tavoitteena onkin lisätä asiakkaan psykologista joustavuutta, ja täten mahdollistaa se, että asiakas kykenee elämään omien henkilökohtaisten arvojensa mukaista elämää (Hayes ym., 2006). Psykologista joustavuutta tavoitellaan ACT:n ydinprosessien avulla, jotka voidaan jakaa kahteen ryhmään: tietoisuus- ja hyväksyntäprosessit sekä omistautumis- ja käyttäytymismuutosprosessit. Terapia on työskentelytavaltaan erittäin kokemuksellinen, siinä käytetään paljon metaforia ja harjoituksia (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). Kokemuksellisuuden avulla pyritään tavoittamaan niitä asioita, jotka toimivat, eli joiden avulla asiakkaan haitalliseksi kokemiin ajatuksiin ja tunteisiin liittyviin konteksteihin kyetään vaikuttamaan ja asiakkaan kyky elää merkityksellistä, antoisaa ja arvojensa mukaista elämää lisääntyy.

1.9 Hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimustuloksia masennuksen hoidossa

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on sen nuoresta iästä huolimatta tutkittu jo melko paljon, ja vaikka tutkimusta ei ole tehty riittävän kauan, jotta voitaisiin sanoa mitään varmaa terapian vaikuttavuudesta, ovat tulokset tähän asti olleet lupaavia (ks. esim Hayes ym., 2006). Seuraavan tutkimuskatsauksen alkuun onkin koottu esittelynomainen, lyhyt katsaus, joka käsittelee ACT:n tehokkuutta psyykkisten häiriöiden hoidossa. Vaikka hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on kaiken kaikkiaan tutkittu jo melko runsaasti, ei sen tehokkuutta kuitenkaan spesifisti masennuksen hoidossa ole vielä tutkittu paljon. Seuraava tutkimuskatsaus sisältääkin ensisijaisesti masennuksen hoitoa koskevien tutkimustulosten lisäksi myös tutkimuksia, joissa masentuneisuutta on kartoitettu, vaikkei tutkimuksen kohde olisikaan ollut ensisijaisesti masennuksen hoito.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta käsittelevässä kirjallisuudessa on terapiamuodon tehokkuutta verrattu lukuisiin muihin hoitomuotoihin ja asetelmiin, ja sen tehokkuutta on satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten avulla tutkittu monien eri psyykkisten häiriöiden,

muun muassa depression, ahdistuksen, stressin, psykoosin, päihteiden käytön ja kroonisen kivun hoidossa. Hayes ym. (2006) ovat julkaisseet katsauksen, jossa on käyty läpi kaikki artikkelin kirjoittamiseen mennessä julkaistut kontrolloidut tutkimukset, joissa on suoraan arvioitu hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Verrattaessa hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta mihin tahansa muuhun hoitomuotoon tai asetelmaan, ACT-hoidon todettiin olevan jonkin verran muita hoitoja tehokkaampaa (ES hoidon päätyttyä 0.66 ja seurannan jälkeen 0.66). Tutkimusten seuranta-ajat vaihtelivat 8 ja 52 viikon välillä, ja seuranta-aikojen keskiarvo oli 19.2 viikkoa. ACT-hoito vaikutti olevan myös jonkin verran tehokkaampaa verrattuna muihin strukturoituihin hoitomuotoihin (ES hoidon päätyttyä 0.48 ja seurannan jälkeen 0.63). Verrattaessa hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta odotuslistamenettelyyn, tavanomaiseen hoitoon (TAU, treatment as usual) tai placebohoitoon ACT-hoito osoittautui selvästi tehokkaammaksi hoidon jälkeen (ES 0.99) ja jonkin verran tehokkaammaksi seurannan jälkeen (ES 0.71) arvioituna.

Zettle ja Hayes (1986) vertasivat satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kognitiiviseen terapiaan (Beck ym., 1979) masentuneiden potilaiden (n = 18) hoidossa. Tutkittavat jaettiin kolmeen kuuden hengen ryhmään, joista yhtä ryhmää hoidettiin hyväksymis- ja omistautumisterapialla. Kahta muuta ryhmää hoidettaessa terapiamenetelmänä oli kognitiivisen terapian keskeisiin menetelmiin lukeutuva kognitiivinen uudelleenstrukturointi. Toisen ryhmän kohdalla uudelleenstrukturointiin sisältyi etäännyttäminen, toisen kohdalla ei. Yksi terapeutti hoiti kaikkien kolmen ryhmän asiakkaita. Hoitajakso koostui 12:sta viikoittain pidetystä yksilötapaamisesta. Hoitotulosten arvioinnissa päämittarina käytettiin BDI-mittaria, ja tulokset osoittivat, että kummassakin ryhmässä masennusoirepisteet vähenivät hoidon aikana merkitsevästi. Kuitenkin, kun tuloksia analysoitiin jälkikäteen ES-lukujen avulla, hyväksymis- ja omistautumisterapia osoittautui tehokkaammaksi depression hoitomuodoksi kuin kognitiivinen terapia sekä hoidon (ES 1.23) että 12 viikon seurannan (ES 0.92) jälkeen arvioituna (Hayes ym., 2006).

Zettle ja Rains (1989) vertasivat niin ikään satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimuksella hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kognitiiviseen terapiaan masentuneiden potilaiden (n = 31) hoidossa. Tutkittavat satunnaistettiin kolmeen ryhmään, joista yhtä (n=10) hoidettiin kognitiivisella terapialla, toista (n = 10) kognitiivisella terapialla, johon ei kuulunut kognitiivista etäännyttämistä, ja kolmannen ryhmän (n = 11) hoitomuotona oli ACT. Hoitona oli 12 90 minuutin ryhmäterapiaistuntoa. Kaikissa hoitoryhmissä masennus väheni BDI:llä mitattuna hoitajakson aikana merkitsevästi, ja vaikutus säilyi kahden kuukauden seurannan ajan. Jälkikäteen, kun tuloksia analysoitiin jälkikäteen effect size -lukujen avulla, hyväksymis- ja omistautumisterapia osoittautui kognitiivista terapiaa jonkin verran tehokkaammaksi hoitomuodoksi sekä hoidon (ES = 0.53) että seurannan (ES = 0.75) jälkeen mitattuna. (Hayes ym., 2006).

McCracken, Vowles, & Eccleston (2005) tutkivat, millainen vaikutus 3-4 viikon hyväksyntään perustuvalla, monitieteellisen ryhmän antamalla hoidolla on kroonisista kiputiloista kärsiville sairaalapotilaille (n = 108). Hoito sisälsi paljon harjoituksia, muun muassa altistusta, tietoisuusharjoituksia sekä hyväksynnän opettelua ja rentoutumista yhdistäviä harjoituksia. Potilaiden emotionaalinen, sosiaalinen, ja fyysinen toimintakyky paranivat hoidon vaikutuksesta huomattavasti. Lisäksi potilaat käyttivät hoidon jälkeen vähemmän terveydenhuollon palveluja. Tutkittavien oireet vähenivät hoidon aikana seuraavasti: masentuneisuus, 41.2 %, fyysiset toimintavaikeudet, 25.0 %, psykososiaaliset toimintavaikeudet, 39.3 % ja kivun takia levossa vietetty aika, 61.8 %. Lisäksi potilaiden liikuntakykyä kartoittaneen suoritustestin tulokset paranivat hoidon aikana 48.2 %. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta lisää McCrackenin ym. mukaan yhtäältä se, että tutkittavien kipua, toimintakykyä ja kipuun liittyvää psykologista joustavuutta seurattiin ennen hoidon aloittamista keskimäärin 3.9 kuukautta, eikä tuona aikana havaittu merkitseviä

muutoksia, ja toisaalta se, että suurin osa hoidon tuloksista (mukaan lukien kipuun liittyvä psykologinen joustavuus) säilyi kolmen kuukauden seurannan ajan.

Bond ja Bunce (2000) tutkivat työpaikalla koettua stressiä. Tutkimuksessa 90 tutkittavaa satunnaistettiin saamaan joko hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (n = 30), Innovation Promotion Program (IPP)- terapiaa (n = 30) tai odotuslistamenettelyä (n = 30). IPP-terapia on behavioraalisesti orientoitunut terapiamuoto, jossa tavoitteena on rohkaista asiakasta tunnistamaan ja muuttamaan työympäristönsä stressiä aiheuttavia tekijöitä. Molemmat terapiahoidot koostuivat kolmesta kolmen tunnin mittaisesta ryhmäistunnosta, joista kaksi ensimmäistä toteutettiin viikon välein, ja kolmas 14 viikon kuluttua ensimmäisestä istunnosta. Harjoitukset olivat tärkeässä roolissa molemmissa ryhmissä: ACT-ryhmässä käytettiin paljon tietoisuus- ja hyväksyntäharjoituksia, joiden tavoitteena oli lisätä tutkittavien kykyä sietää ahdistavia ajatuksia, tunteita ja fyysisiä tuntemuksia. IPP-ryhmässä tehtyjen luovuus- ja brainstorming -harjoitusten tavoitteena oli lisätä tutkittavien kykyä muuttaa stressiä aiheuttavia tekijöitä. Molemmissa terapiaryhmissä psyykinen ja työhön liittyvä hyvinvointi lisääntyi hoidon aikana. ACT-hoidolla saatiin aikaan merkitsevästi muita ryhmiä suurempia muutoksia yleistä psyykkistä terveyttä mittaavalla General Health Questionnaire -mittarilla (GHQ, Goldberg, 1978) mitattuna. Ero oli nähtävissä sekä hoidon että kolmen kuukauden seurannan jälkeen. Molemmissa terapiaryhmissä tutkittavien BDI:llä arvioitu masentuneisuus väheni merkitsevästi ja taipumus toimia innovatiivisesti stressin vähentämiseksi lisääntyi merkitsevästi hoidon aikana.

1.10 Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua koskevia tutkimustuloksia

Hayesin ym. (2006) mukaan vain muutamassa tutkimuksessa on vertailtu kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai kognitiivista terapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (Block, 2002; Brantsetter, Wilson, Hildebrandt, & Mutch 2004; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989). Tutkimusten kontrolloidut ES-luvut olivat hoidon jälkeen mitattuna keskimäärin .73 (vaihteluväli .49 ja 1.23) ja seurannan jälkeen mitattuna keskimäärin .83 (vaihteluväli .79 ja .92) ACT-hoidon hyväksi. Tutkimuksista kaksi, Zettlen ja Hayesin (1986) sekä Zettlen ja Rainsin (1989) on esitelty tässä tutkielmassa toisaalla. Blockin (2002) ja Brantsetterin tutkimuksia ei ole ainakaan toistaiseksi julkaistu. Hayes ym. (2006) ovat kuitenkin esitelleet nämä tutkimukset, ja tässä tutkimuksista toinen esitellään.

Hayes ym. (2006) raportoivat Brantsetterin ym. (2004) julkaisemattoman tutkimuksen, jossa vertailtiin ACT-hoidon ja KKT-hoidon tehokkuutta loppuvaiheen syövän aiheuttaman hädän ja kärsimyksen lievittämisessä. Potilaat satunnaistettiin saamaan 12 kertaa joko ACT-hoitoa tai KKT-hoitoa, jossa keskityttiin rentoutumisen opetteluun ja kognitiiviseen uudelleenstrukturointiin. Terapiahoidot toteutettiin syöpähoitoon liittyneiden sairaalakäyntien aikana. Tulokset osoittivat, että hoidon loppuessa ACT-hoitoryhmään kuuluneiden ahdistus, hätä ja masennus olivat vähentyneet merkitsevästi KKT:lla hoidettuja potilaita enemmän. Tutkimuksen pääkysymyksen osalta raportoitiin myös effect size -vertailu: ACT-hoidolla kyettiin lievittämään syövän aiheuttamaa hätää ja kärsimystä selvästi KKT-hoitoa enemmän (kontrolloitu ES 0.90). Seuranta ei tutkimuksessa tehty, sillä potilaat kuolivat liian tiheään tahtiin.

Kun kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa vertailevissa tutkimuksissa on vertailtu ACT-mallin mukaisia muutosprosesseja koskevia tuloksia, on ryhmien välillä havaittu suuri ero hoidon jälkeen (ES = 3.32, n = 96) ja keskisuuri ero seurannan jälkeen (ES = .74, n = 39) mitattuna (Hayes ym., 2006). Tämä viittaa Hayesin ym. mukaan siihen, että KKT ja ACT vaikuttavat muutosprosesseihin erilaisesti, ja että ACT saattaisi olla tehokkaampi hoitomuoto.

Hayes ym. (2006) muistuttavat kuitenkin, että tutkittavien määrä on näissä tutkimuksissa ollut erittäin pieni, joten tutkimustulokset ovat hyvin alustavia. Lisäksi, vaikka tutkimuksia ovat tehneet hyvin koulutetut kognitiivisen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksen omaavat terapeutit (esim. Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989), hyväksymis- ja omistautumisterapiasta kiinnostuneet tutkijat ovat toimineet tutkimusten järjestäjinä, joten tutkijoiden vakaumus on Hayesin ym. mukaan saattanut vinouttaa tuloksia. Tarvitaankin suurempia ja laajempia tutkimuksia ennen kuin hyväksymis- ja omistautumisterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta voidaan luotettavasti vertailla. Hayesin ym. mukaan kahdessa alustavassa tutkimuksessa, jossa on satunnaistettu tutkittavia saamaan joko ACT- tai KKT-hoitoa, on saatu positiivisia tuloksia tutkittaessa edellä mainittuja asioita (Forman, Herbert, Yeomans, & Geller, 2004; Lappalainen ym., 2007).

Lappalaisen ym. (2007) tutkimuksessa 28 tutkittavaa, jotka kärsivät erilaisista psyykkisistä ongelmista, satunnaistettiin saamaan joko hyväksymis- ja omistautumisterapiaa tai kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Asetelma oli samankaltainen tässä tutkielmassa esiteltävän tutkimuksen kanssa siten, että terapeutteina toimivat loppuvaiheen psykologian opiskelijat. Tulokset osoittivat, että ACT-hoidolla saavutettiin parempia tuloksia kuin KKT-hoidolla. Ryhmien väliset ES-luvut olivat suuria tai keskisuuria ACT-hoidon hyväksi mitattaessa koettuja oireita, depressionia ja sosiaalista toimintakykyä. Prosessimuuttujista ACT-ryhmään kuuluneiden psykologinen joustavuus lisääntyi hoidon aikana KKT-ryhmää enemmän. Kuten aiemmin tässä tutkielmassa on mainittu, KKT-ryhmässä itseluottamus koheni ACT-ryhmää enemmän. Myös Tuomelan (2006) tutkimuksessa terapeutteina toimivat loppuvaiheen psykologian opiskelijat. Tutkimuksessa asiakkaat (n = 32) satunnaistettiin saamaan joko kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai KKT:n ja ACT:n yhdistelmähoitoa. Molemmissa ryhmissä asiakkaiden vointi parani terapian aikana, mutta yhdistelmäryhmässä asiakkaiden hyväksyntä lisääntyi hieman KKT-ryhmää enemmän ja hoidon vaikutus oli hieman suurempaa muun muassa depression osalta.

1.11 Hyväksymis- ja omistautumisterapian näkemys psykopatologiasta ja muutosprosessit terapian aikana

Hyväksymis- ja omistautumisterapian näkemyksen mukaan psykopatologian pääaiheuttaja on psykologinen joustamattomuus, jota aiheuttavat seuraavat kuusi prosessia: 1) kielellinen kontrolli 2) kokemuksellinen välttäminen, 3) heikko yhteys nykyhetkeen: käsitteellistetty menneisyys, pelätty tulevaisuus ja heikko itsetuntemus dominoivassa roolissa, 4) arvojen epäselvyys 5) lamaantuminen, impulsiivisuus tai sitkeä välttely sekä 6) kiinnittyminen käsitteellistettyyn minään (Hayes ym., 2006).

Kielellisellä kontrollilla tarkoitetaan liiallista tai sopimatonta käytöksen kontrollointia kielellisten prosessien, kuten sääntöjen tai johdettujen suhdeverkostojen avulla (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Tietyt sosiaalisen tai verbaalisen yhteisön ylläpitämät kontekstit johtavat siihen, että nämä verbaaliset, kognitiiviset sisällöt ja prosessit säätelevät käyttäytymistä epäsuotuisalla tavalla, ja heikentävät suoran kokemuksen vaikutusta käyttäytymiseen (Hayes ym., 2006). Kuten jo aiemmin tässä tutkielmassa on mainittu, tällaisia konteksteja ovat sananmukaisuuden, merkityksen antamisen ja kokemuksellisen kontrollin kontekstit. Sananmukaisuuden kontekstissa symbolit (esim. ajatus: ”elämä on toivotonta”, Hayes ym., 2006, s. 7, suomennos kirjoittajan) ja todellisuus (todella toivoton elämä) sekoittuvat. Merkityksen antamisen kontekstissa käyttäytymistä selitetään sisäisillä tapahtumilla (esim. ”En voi mennä juhliin, koska olen ahdistunut”, kirjoittajan oma esimerkki) ja kokemuksellisen kontrollin kontekstissa emotionaalisten ja kognitiivisten tilojen muuttamista pidetään erittäin tärkeänä (esim. ”Minun on lakettava pelkäämästä ennen kuin kaikki huomaavat sen”, kirjoittajan oma esimerkki). Nämä kontekstit ovat yhteydessä toisiinsa, ja auttavat selittämään,

miksi kielellinen kontrolli aiheuttaa kokemuksellista välttämistä. Kokemuksellisella välttämällä tarkoitetaan yritystä välttää joitain sisäisiä tapahtumia, kuten tunteita tai ajatuksia sekä pyrkimystä muuttaa näiden sisäisten tapahtumien sisältöä, esiintymistiheyttä tai ja niitä ulkoisia tai sisäisiä olosuhteita, jotka saavat ne aikaan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Valitettavasti yrityksillä välttää epämiellyttäviä sisäisiä tapahtumia on taipumus lisätä tapahtumien funktionaalista merkitystä (Hayes ym., 2006). Syynä tähän on yhtäältä se, että vältetyistä tapahtumista tulee silmiinpistävämpiä, ja toisaalta se, että tapahtumien kontrollipyrkimykset (esimerkiksi ”älä halua”, kirjoittajan oma esimerkki) yhdistyvät kielellisesti käsitteellistettyihin negatiivisiin seurauksiin – ja täten käyttäytyminen kaventuu pelättyjen seuraamusten estämiseksi.

Yksi keskeinen kysymys, jonka ACT-terapeutti kysyy asiakkaaltaan, on ”Haluatko olla oikeassa vai haluatko elää?” (Lappalainen, 2006, suullinen tiedonanto). Tähän kysymykseen liittyy kolmas psykologisen joustamattomuuden aiheuttaja, heikko yhteys nykyhetkeen (Hayes ym., 2006). Sosiaaliselle toiminnalle on tyypillistä tarve selittää ja ymmärtää asioita, esimerkiksi psykologisia tapahtumia silloinkin, kun tämä on tarpeetonta (Hayes, 2002). Kielellisillä selityksillä, ’päässä elämisellä’ on se varjopuoli, että ne vähentävät kontaktia nykyhetkeen: minä, menneisyys ja tulevaisuus käsitteellistetään, eikä nykyhetken kokemukselle jää sitä sijaa, mitä sille kuuluisi (Hayes ym., 2006). Oikeassa olemisesta voi tulla tärkeämpää kuin esteiden voittamisesta arvojen mukaisen elämän elämiseksi.

Jos psykopatologian pääaiheuttaja on psykologinen joustamattomuus, on varsin loogista, että terapiaprosessissa pyritään psykologisen joustavuuden lisäämiseen. Psykologisella joustavuudella tarkoitetaan kykyä olla täysin, tiedostavasti yhteydessä nykyhetkeen sekä kykyä tarpeen mukaan muuttaa tai olla muuttamatta käyttäytymistä arvojen mukaisten päämäärien saavuttamiseksi. (Hayes ym., 2006). Joustavuus saavutetaan ACT:n ajattelutavan mukaan kuuden ydinprosessin avulla, jotka ovat 1) hyväksyntä, 2) kielellisen kontrollin vähentäminen, 3) yhteys nykyhetkeen, 4) minän näkeminen kontekstina eli tilana tai paikkana 5) arvot ja 6) omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan (Hayes & Strosahl, 2005). Sen lisäksi, että nämä ydinprosessit ovat tapa estää psykopatologiaa, ne ovat itsessään positiivisia psykologisia taitoja, joiden avulla asiakkaan on mahdollista elää täyttä, arvojensa mukaista elämää (Hayes ym., 2006).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa hyväksyntää pidetään vaihtona kokemukselliselle välttämislle (Hayes ym., 2006). Vaikka hyväksyntä kielitieteellisesti, etymologisesti tarkoittaa ”ottaa mitä tarjotaan” (Hayes, 2004, s. 656, suomennos kirjoittajan), hyväksyntä ei ACT:n näkemyksen mukaan ole vain sietämistä, vaan aktiivista, tuomitsematonta nykyhetken tarjoaman kokemuksen vastaanottamista ja kokemista (Hayes, 2004). Hyväksyntä ei kuitenkaan ole mahdollista ilman kielellisen kontrollin heikentämistä. Sananmukaisuuden kontekstissa sanat usein toimivat johdettujen vastaavuuksien ja muunnettujen merkitysten ansiosta niin, että ne näyttävät olevan sitä mitä ne sanovat olevansa. Kielellisen kontrollin heikentämiseen tähtäävät tekniikat pyrkivät vähentämään sanojen ja ajatusten kirjaimellisia merkityksiä muuttamalla sanojen kontekstia. Pyrkimyksenä ei siis ole sanojen sisällön tai esiintymistiheyden muuttaminen.

Esimerkki kielellisen kontrolliin vähentämiseen pyrkivästä harjoituksesta on maito-maito -harjoitus. Tässä harjoituksessa tutkitaan ensin sanan kaikkia ominaisuuksia, jonka jälkeen sanaa toistetaan nopeasti noin minuutin ajan (Hayes & Strosahl, 2005). Tässä nopean toistamisen kontekstissa sanan kaikki merkitykset häviävät noin neljänkymmenen toiston jälkeen, ja sana muuttuu vain äännejoukoksi (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). Maidon tai mehun sijaan sanana voidaan terapatilanteessa käyttää asiakkaan kannalta olennaista, hänen ongelmalliseksi kokemaansa sanaa, kuten paha, arvoton ja niin edelleen (ks. Masuda ym., 2004). Tavoitteena harjoituksessa on asiakkaan kokemus siitä, että sanat eivät itse asiassa ole sitä mitä ne sanovat olevansa, vaan että

kokemus eli todellisuus on jotain muuta kuin kielellistä (Hayes, 2004; Hayes ym., 2006). Irtautuminen sanojen kirjaimellisuuden kontekstista mahdollistaa sen, että asiakas ei enää pidä sanoja todellisuuden peilikuvana ja sanat menettävät uskottavuuttaan. Myös tietoisuusharjoitusten ajatellaan ACT:ssa vähentävän kielellistä kontrollia. Tietoisuusharjoitukset lisäävät kykyä kokea nykyhetki ilman tuomitsevaa, arvioivaa kielenkäyttöä (Kabat-Zinn, 1994).

Vaikeat ajatukset, tunteet ja muut sisäiset tapahtumat siis luovat illuusion, että ne ovat, mitä sanovat olevansa, ja täten ne saattavat vaikuttaa uhkaavilta ja kahlitsevilta (Hayes, 2004). Psykologisen joustavuuden neljäs osaprosessi, minän kokeminen tilana tai paikkana on yksi tapa saavuttaa turvapaikka, josta vaikeat ajatukset ja tunteet voidaan turvallisesti kokea. Tarkkailijaharjoitus on eräs tärkeimmistä ACT-harjoituksista, jonka tavoitteena on saada asiakas kokemaan, kuinka hänen tietoinen minänsä (jota harjoituksessa nimitetään tarkkailijaksi) on jatkuva, muuttumaton ja täten erillinen vaihtuvista ajatuksista, tunteista, rooleista ja fyysisistä tiloista. Näiden erillisten kokemisen alueiden läpikäyminen auttaa asiakasta ymmärtämään, että asiat, joiden kanssa hän on kamppailut ja joita hän on yrittänyt muuttaa, eivät sittenkään ole hän. ACT-metaforaa lainatakseni ne auttavat asiakasta näkemään, että ”Sinä olet talo, mutta et huonekalut. Ajatuksesi ja tunteesi ovat huonekalut. Samoin kuin huonekalut eivät ole talo, ajatuksesi ja tunteesi eivät ole sinä. ne ovat kokemuksia, joita sinulla on, samoin kuin huonekalut” (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004, s. 135.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ei ole kyse loputtomasta emotionaalisesta rypemisestä, vaan siitä, että otetaan vastaan se, mitä oma historia ja omat kokemukset tarjoavat prosessissa, jossa päämääränä on yhä enemmän elää omien, ainutlaatuisten arvojen mukaista elämää (Hayes, 2004; Hayes ym., 2006). Omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan on hyväksymis- ja omistautumisterapian lopullinen tavoite, ja sen toteuttamiseksi terapiassa pyritään oppimaan joustavia, laajoja käyttäytymismalleja. Arvot ovat elämälle valittu suunta, joita ei koskaan voida täydellisesti saavuttaa. Arvojen painotus on tekijä, joka erottaa hyväksymis- ja omistautumisterapian monista muista terapiamuodoista. Ainoastaan arvojen kontekstissa hyväksyntä, kielellisen kontrollin vähentäminen ja toiminta muodostavat järkevän, mielekkään kokonaisuuden. Hyväksyntä ei ole itsetarkoitus, samoin ei kielellisen kontrollin vähentäminen. Ne ovat keinoja, joilla voidaan kulkea kohti päämäärää, arvojen mukaista elämää. Vaikka arvoja ei voida koskaan saavuttaa, voidaan arvojen pohjalta laatia konkreettisia, saavutettavissa olevia lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita. Tavoitteiden saavuttamisen esteet liittyvät usein psykologista joustamattomuutta ilmentäviin sisäisiin tapahtumiin, ja näiden esteiden poistamiseen käytetään hyväksyntää ja kielellisen kontrollin heikentämistä.

Seuraavassa tutkimuskatsauksessa käyn ensin läpi psykologisen joustavuuden ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyttä koskevia, pääosin korrelatiivisia tutkimustuloksia, ja tämän jälkeen tarkastelen hieman hyväksymis- ja omistautumisterapian komponenttitutkimusta. Lopuksi esittelen muutamia välittäviä mekanismeja tarkemmin selvittäneitä tutkimuksia, joiden kohdalla osassa tutkimuksia tarkempi analyysi on tehty vasta jälkikäteen. Näissä tapauksissa tutkimus on esitelty alkuperäisartikkelin mukaisesti tämän tutkielman hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta käsittelevässä kappaleessa, ja tässä kohden esittelen jälkikäteen tehdyn analyysin. Katsauksessa tarkastellaan sellaisia tutkimuksia, jotka käsittelevät hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosmekanismien ja masentuneisuuden yhteyttä, joskaan tutkimusten pääkohde ei näissäkään ole usein ollut masennus. Lisäksi kaksi tutkimusta, Bachin ja Hayesin (2002) sekä Gaudianon ja Herbertin (2006) tutkimukset on esitelty vaikeivätkin ne kosketa masennusta, koska niiden antama tieto katsottiin tärkeäksi ACT:n muutosmekanismien toimivuuden validoimisen kannalta.

1.12 Hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosprosesseihin liittyvää tutkimusta

Kuten edellä on esitetty, hyväksymis- ja omistautumisterapian tavoitteena on lisätä psykologista joustavuutta, ja tätä joustavuutta tavoitellaan ACT:n kuuden ydinprosessin avulla. Ydinprosesseja kartoittamaan kehitettiin Acceptance and Action Questionnaire eli AAQ (Hayes ym., 2004). AAQ kehitettiin siten, että ACT-terapeutit kokosivat yhteen joukon ACT:n ydinprosesseja koskevia kyselyn osioita. Tuloksena oli väline, joka mittaa sitä, paljonko henkilö sulautuu yhteen ajatustensa kanssa, välttää tunteita ja kuinka kyvytön hän on toimimaan vaikeiden sisäisten tapahtumien aikana. Täten, vaikka AAQ:ta pidetään yleisesti kokemuksellisen välttämisen mittarina, se kartoittaa Hayesin ym. (2006) mukaan laajemmin ja yleisemmin psykologiseen joustavuuteen liittyviä ACT-prosesseja. Seuraavassa tutkimuskatsauksessa AAQ:lla mitattaviin prosesseihin viitataan kuitenkin siten kuin kussakin artikkelissa on tehty.

Hayes ym. (2006) kokosivat meta-analyysiinsä korrelatiivisia tutkimuksia, joissa kartoitettiin AAQ:n ja erilaisten, muun muassa elämänlaatua ja psykopatologiaa kartoittavien mittareiden välistä yhteyttä. Tutkimuksia oli yhteensä 32, ja tutkittavia 6628. Aineistolle tehtiin useita erillisiä meta-analyysejä, joissa koottiin yhteen tiettyä ongelmaa käsitelleet tai tiettyä mittaria käyttäneet tutkimukset. Tutkimuksista laskettiin otoskoon mukaan painotettuja effect size -lukuja käyttäen Pearsonin korrelaatiokerrointa. Yhteensä laskettiin 74 korrelaatiota, ja painotetulla korrelaatiokertoimella arvioitu effect size -luku oli .42. Täten suurempi psykologinen joustavuus näyttää korrelatiivisten tutkimusten valossa olevan yhteydessä parempaan elämänlaatuun ja vähäisempään psykopatologiaan.

Hayesin ym. (2006) katsauksen mukaan useissa tutkimuksissa on tutkittu BDI:n ja AAQ:n välistä yhteyttä (Bond & Bunce, 2000; Dysktra & Follette, 1998; Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Hayes ym., 2004; Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004; Polusny, Rosenthal, Aban, & Follette, 2004; Strosahl, Hayes, Bergan, & Romano, 1998). Tutkimusten keskimääräinen ES-luku oli .50 korrelaatioiden vaihdellessa .36–.72 välillä. Korrelaatiot viittaavat siihen, että psykologinen joustavuus on yhteydessä vähäisempään masentuneisuuteen. Kolmessa tutkimuksessa on Hayesin ym. (2006) mukaan tutkittu yhteyttä AAQ:n ja erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita kartoittavan Symptom Checklist-90-R:n (SCL-90, Derogatis, 1994) välillä (Cook, 2004; Polusny ym., 2004; Toarmino, Pistorello, & Hayes, 1997). Korrelaatiot AAQ:n ja SCL-90-R:n välillä vaihtelivat näissä tutkimuksissa .49 ja .56 välillä keskimääräisen ES-luvun ollessa .53. Korrelaatiot viittaavat siihen, että mitä suurempaa psykologinen joustavuus on, sitä vähäisempiä ovat koetut oireet.

Plumb ym. (2004) raportoivat kolme tutkimusta, joissa he tutkivat, ennustaako kokemuksellinen välttäminen traumaattisen tapahtuman jälkeistä psykologista toimintakykyä. Yhdessä tutkimuksista, jossa tutkittiin PTSD:n oireiden takia sairaalahoidossa olevia sotaveteraaneja (n = 37), tarkasteltiin myös masentuneisuuden ja kokemuksellisen välttämisen yhteyttä. Tuloksissa havaittiin, että kokemuksellinen välttäminen oli yhteydessä sekä PTSD-oireiden vakavuuteen että depressioniin. AAQ-8:n ja BDI:n korrelaatio oli 0.50 viitaten siihen, että mitä enemmän asiakas oli taipuvainen kokemukselliseen välttämiseen, sitä masentuneempi hän oli. AAQ-pisteiden havaittiin tässäkin tutkimuksessa selittävän PTSD-oireiden vakavuutta enemmän kuin trauman vakavuus, eli tässä tapauksessa Combat Exposure Scale -asteikolla (CSE, Lund, Foy, Sipperelle, & Strachnan, 1984) kartoitetut taistelukokemukset. AAQ-8:n avulla voitiin selittää 13 % PTSD-oireiden vaihtelusta ja 28 % depression vaihtelusta.

Tässä tutkielmassa aiemmin esitellyssä McCrackenin ym. (2005) tutkimuksessa hyväksyntään perustuneen hoidon tarkoituksena oli lisätä kroonisesta kivusta kärsineiden potilaiden psykologista

joustavuutta, eli halukkuutta kohdata epämiellyttäviä ajatuksia, tunteita ja fyysisiä tuntemuksia sekä kykyä toimia henkilökohtaisten arvojen mukaisesti kivusta riippumatta. Kipuun liittyvää psykologista joustavuutta arviotiin kipupotilaille sovelletun AAQ-version, The Chronic Pain Acceptance Questionnaire:n (CPAQ, Geiser, 1992) avulla. Tutkittavien kipuun liittyvä psykologinen joustavuus lisääntyi hoidon aikana merkitsevästi, ja joustavuuden lisääntyminen korreloi merkitsevästi tulosmuuttujien kanssa siten, että suurempi psykologisen joustavuuden muutos oli yhteydessä vähäisempään fyysiseen ($r = -0.32$) ja psykososiaaliseen ($r = -0.46$) toimintakyvyn rajoittuneisuuteen sekä vähäisempään masentuneisuuteen ($r = -0.60$) ja kipuun liittyvään ahdistukseen ($r = -0.61$). (McCracken ym., 2005).

Bach ja Hayes (2002) tutkivat satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessaan positiivisista psykoottisista oireista, kuten hallusinaatioista ja harhaluuloista kärsiviä sairaalapotilaita ($n = 80$), jotka satunnaistettiin saamaan joko tavanomaista TAU-hoitoa (Treatment as usual) tai TAU-hoitoa ja 4 x 45 minuuttia hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Kummassakin ryhmässä oli 40 tutkittavaa. ACT-tapaamisissa pyrittiin muun muassa lisäämään oireiden sisäisen kokemuksen hyväksyntää sekä korostettiin sen tärkeyttä, että tunnistaa eron itsensä ja ajatustensa välillä ja sitoutuu arvojen mukaiseen toimintaan. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saaneet joutuivat huomattavasti (50%) kontrolliryhmää vähemmän sairaalaan ja uskoivat oireisiinsa vähemmän neljän kuukauden seurannan jälkeen mitattuna. Paradoksaalista kyllä, suurempi osa ACT-ryhmään kuuluneista myönsi oireet seurannan jälkeen, ja tässä ryhmässä niillä henkilöillä, jotka myönsivät oireet, oli pienin todennäköisyys joutua uudelleen sairaalaan. Yksikään niistä henkilöistä, jotka myönsivät oireet ja uskoivat oireisiinsa vähemmän, ei joutunut sairaalaan.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian sisältämien komponenttien tehokkuutta on tutkittu useissa tutkimuksissa (Hayes ym., 2006). Tähän asti tehdyissä komponenttianalyyseissä on saatu näyttöä hyväksynnän ja kielellisen kontrollin heikentämisen vaikuttavuudesta. Arvokeskustelun vaikutusta on vasta alettu tutkia, ja muiden yksittäisten ACT-komponenttien vaikutusta ei ole vielä tutkittu. Tässä yhteydessä käydään tarkemmin läpi yksi tutkimus, jossa tarkasteltiin masennuksen keskeisiä ongelma-alueita. Masudan ym., (2004) tutkimuksessa ($n = 8$) tarkasteltiin kielellisen kontrollin heikentämiseen tähtäävän sanantoistoharjoituksen vaikutusta itseä koskeviin, negatiivisiin ajatuksiin. Harjoitus oli muunnelma maito-maito -harjoituksesta (Hayes & Strosahl, 2005; Lappalainen ym., 2004), ja siinä toistettavat sanat olivat tutkittavien itsensä nimeämiä, negatiiviseksi koettuja sanoja (esim. lihava). Tutkimus oli luonteeltaan yhden tapauksen kokeellinen tutkimus, eli koehenkilöt arvioivat ajatusten uskottavuutta ja epämiellyttävyttä kolmen koeolosuhteen, sanantoistoharjoituksen, ajatusten kontrollointiin tähtäävän intervention sekä häirintätehtävän (Japania koskevan artikkelin lukeminen) yhteydessä. Tutkimuksessa todettiin, että sanantoistoharjoituksella saatiin aikaan suurempia muutoksia itseä koskevien, negatiivisten ajatusten uskottavuudessa ja epämiellyttävyudessa kuin muilla interventioilla. Lisäksi tutkimuksen kontrollikokeessa todettiin, että sanantoistoharjoituksen sisältämän, kielellisen kontrollin heikentämiseen tähtäävän toimintamekanismin selittäminen tutkittaville ei yksin aiheuttanut muutosta, vaan harjoituksilla oli ratkaiseva rooli koeolosuhteiden välisten erojen syntymisessä.

Lopuksi käydään läpi joitakin tutkimuksia, joissa on selvitetty tuloksia välittäviä mekanismeja Baronin ja Kennyn (1986) tai MacKinnonin (2003) askeleiden mukaan. Osaa näistä tutkimuksista on tarkasteltu tässä tutkielmassa jo aiemmin, mutta eri näkökulmasta. Gaudiano ja Herbert (2006) ovat toistaneet Bachin ja Hayesin (2002) tutkimuksen tuloksen tutkiessaan sairaalapotilaita, joilla oli todettu primaari psykoottinen häiriö tai psykoottisia oireita sisältävä mielialahäiriö. Tässä tutkimuksessa tutkittavat ($n = 29$) satunnaistettiin saamaan joko parannettua tavanomaista hoitoa (ETAU), jota oli parannettu siten, että terapeuttikontakti oli kontrolloitu tai ETAU-hoitoa ja 3 tapaamista hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Kun tutkimukseen osallistuneita arvioitiin heidän

kotiutuessaan sairaalasta, havaittiin, että ACT-ryhmään kuuluneiden affektiiviset oireet olivat lieventyneet, yleistila ja sosiaalinen toimintakyky parantuneet sekä hallusinaatioihin liittyvä ahdistus vähentynyt merkitsevästi ETAU-ryhmää enemmän. Lisäksi ACT-ryhmään kuuluneista huomattavasti (38 %) pienempi määrä joutui uudelleen sairaalaan neljän kuukauden seurannan aikana, mutta ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tutkimuksen prosessimittarina pidettiin tutkittavien arviota harhaluulojen ja hallusinaatioiden uskottavuudesta. Hoidon loppuessa vain ACT-ryhmään kuuluneet raportoivat uskovansa harhaluuloihin ja hallusinaatioihin alkutilannetta vähemmän. Baronin ja Kennyn (1986) esittämien askeleiden mukaan tehty välittävien tekijöiden analysointi osoitti, että hoidon jälkeen arvioitu hallusinaatioiden uskottavuus välitti hallusinaatioiden määrän ja niitä koskevan ahdistuksen suhdetta.

Bondin ja Buncen (2000) tutkimuksen päätarkoitus oli tarkastella, mitkä tekijät välittävät muutosta, kun onnistutaan vähentämään työpaikalla koettua stressiä. Muutoksia tulosmuuttujissa välittivät oletetut, ryhmien välillä toisistaan poikkeavat mekanismit. ACT-ryhmässä muutoksia tulosmuuttujissa välitti muutos epämiellyttävien tunteiden ja ajatusten hyväksynnässä, ei niiden esiintymistiheydessä. Hyväksyntää arvioitiin AAQ:n avulla. IPP-ryhmässä muutoksia innovaatiotaipumuksessa välitti asenne, joka rohkaisee heitä muuttamaan työympäristöään, työssä käytettäviä menetelmiä ja toimenpiteitä, joihin he ryhtyvät kohdatessaan stressiä aiheuttavia tekijöitä työssään. Tätä asennetta mitattiin kyseistä tutkimusta varten kehitetyllä Work Change -asteikolla. Yksittäisistä analyyseistä mainittakoon, että ACT-ryhmän sisällä BDI:n ES-luku väheni 78 %, kun AAQ:n vaikutus kontrolloitiin, eikä muutos masentuneisuudessa enää ollut tilastollisesti merkitsevä. Kaikki tutkittavat huomioiden AAQ:n ja BDI:n korrelaatio tässä tutkimuksessa oli 0.66 viitaten siihen, että mitä joustavampi asiakas on psykologisesti, sitä vähemmän hän on masentunut. Lisäksi Bond ja Bunce arvioivat Baronin ja Kennyn (1986) esittämien askeleiden mukaan, kuinka paljon AAQ ja Work Change -mittari selittivät ryhmien välisiä eroja hoitotuloksessa. AAQ:n todettiin välittävän ryhmien välisiä eroja yleistä psyykkistä terveydentilaa kartoittavan GHQ-mittarin osalta. Hayes ym. (2006) analysoivat Bondin ja Buncen (2000) tutkimusta jälkikäteen selvittääkseen tarkemmin psykologisen joustavuuden (AAQ) välittävää roolia tuloksissa. Hayesin ym. mukaan AAQ:n rooli välittävänä tekijänä täytti kaikkien MacKinnonin (2003) esittämien askelten vaatimukset, kun hoidon jälkeisiä AAQ-tuloksia tarkasteltiin välittävänä tekijänä ja seurannan jälkeisiä tuloksia GHQ:ssa sekä innovaatiotaipumuksessa hoitotuloksina.

Hayes ym. (2006) analysoivat jälkikäteen Zettlen ja Hayesin (1986) tutkimuksen muutosmekanismeja MacKinnonin (2003) askelten mukaan. Välittävänä tekijänä pidettiin hoidon keskivaiheessa kartoitetun kielellisen kontrollin määrää. Kontrollia arviotiin Automatic Thoughts Questinnaire-Believability -mittarin (ATQ-B) avulla. ATQ-B on muokattu versio automaattisia ajatuksia kartoittavasta Automatic Thoughts Questinnaire- mittarista (ATQ, Hollon & Kendall, 1980). Tulosmuuttujina pidettiin hoidon jälkeisiä tuloksia BDI-mittarissa sekä seurannan jälkeisiä tuloksia HRSD-mittarissa. MacKinnonin esittämä välittävien tekijöiden analysointi osoitti, että ATQ-B pisteet välittivät muutoksia molemmissa hoitotulosta kartoittaneissa mittareissa. ACT-ryhmän ATQ-B pisteet viittasivat hoidon keskivaiheessa merkitsevästi KT-ryhmää vähäisempään kielelliseen kontrolliin, ja täten suurempi muutos depressiolle tyypillisissä ajatuksissa (ATQ-B) välitti ACT-hoidolla saavutettuja, KT-ryhmää parempia hoitotuloksia.

1.13 Yhteenveto

Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, että kognitiivisen käyttäytymisterapian tehosta masennuksen hoidossa on olemassa vahvaa näyttöä (ks esim. Churchill ym., 2001; Gloaguen ym., 1998). Tutkimustulosten valossa vaikuttaa siltä, että KKT:lla ja lääkehoidolla saavutetaan yhtä hyviä tuloksia masentuneita asiakkaita hoidettaessa. Joidenkin analyysien tulokset puhuvat sen

puolesta, että KKT saattaa olla jopa lääkehoitoa tehokkaampi hoitomuoto (ks. esim. Gloaguen ym., 1998). KKT:lla vaikuttaa olevan myös masennuksen uusiutumista ehkäisevä vaikutus, ja tämä vaikutus näyttää olevan jopa kaksi kertaa lääkehoitoa suurempaa (ks. esim. Hollon ym., 2005). Muihin terapiamuotoihin verrattaessa KKT vaikuttaa olevan tehokkaampi hoitomuoto masentuneiden henkilöiden hoidossa, lukuun ottamatta interpersoonallista terapiaa ja käyttäytymisterapiaa. (ks. esim. Churchill ym., 2001). Kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuudesta huolimatta sen hoitotuloksia välittävät muutosprosessit ovat yhä epäselviä. Beckin ym., (1979) esittämä kognitiivisen välittämisen hypoteesi ei tutkimuksissa ole saanut riittävästi tukea, jotta voitaisiin sanoa sen välittävän muutoksia masennuksen ja muiden psyykkisten häiriöiden hoitoon kohdistuvissa, kognitiivisesti painottuneissa terapioissa (ks. esim. Burns & Spangler, 2001; Gortner ym. 1998; Jacobson ym., 1996).

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on nuori terapiamuoto, eikä sitä vielä ole ehditty tutkia riittävän kauan, jotta voitaisiin luotettavasti arvioida terapian tehokkuutta masennuksen tai muiden psyykkisten häiriöiden hoidossa. Kuitenkin, tähän mennessä tulokset terapian tehokkuudesta ovat olleet lupaavia (ks. esim. Haeyns ym., 2006). ACT:n ja KKT:n tehokkuutta ei ole vertailtu kuin muutamissa tutkimuksissa. Näiden muutamien tutkimusten valossa vaikuttaa siltä, että ACT saattaisi olla KKT:aa tehokkaampi hoitomuoto muun muassa masentuneiden henkilöiden hoidossa. (ks. esim. Zettle & Hayes, 1986; Hayes ym., 2006.) Hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosprosesseja on tutkittu useissa tutkimuksissa. Tähän mennessä saadut tulokset viittaavat siihen, että psykologinen joustavuus, sen sisältämät osa-alueet, ovat hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta pitkälti selittäviä muutosprosesseja. (ks. esim. Bond & Bunce, 2000; Gaudiano & Herbert, 2006; Hayes ym., 2006.) Kaikki hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevat tulokset ovat kuitenkin hyvin alustavia, ja tarvitaankin pitkäjänteistä tutkimusta, jotta tämän uuden terapiamuodon vaikutuksista tehtyjä päätelmiä voidaan pitää luotettavina.

1.14 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen päätarkoitus oli tarkastella psykologisen joustavuuden yhteyttä hoitotulokseen masentuneita henkilöitä hoidettaessa. Tätä tarkoitusta varten tutkittiin ensinnäkin, saadaanko kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian yhdistämällä (KKT + ACT) parempia hoitotuloksia kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian ja arvokeskustelun yhdistämällä (KKT + arvot). Ryhmiä erotteleva tekijä oli se, että KKT + ACT -hoidossa käsiteltiin kaikkia ACT-teorian mukaisia psykologisen joustavuuden osa-alueita. Tässä ryhmässä tehtiin esimerkiksi hyväksyntäharjoituksia, kun taas KKT+arvot hoidossa näin ei menetelty. Samalla tavoitteena oli saada tietoa siitä, pystyvätkö psykologian opiskelijat hoitamaan masentuneita asiakkaita näillä menetelmillä lyhyen menetelmäkoulutuksen jälkeen. Tutkimuksen pääkysymykseen liittyen haluttiin toiseksi selvittää, lisääntykö psykologinen joustavuus enemmän KKT:n ja ACT:n ja yhdistelmähoitossa kuin KKT:aa ja arvokeskustelua yhdistävässä hoidossa? Kolmanneksi pääkysymykseen liittyen selvitettiin, onko psykologisessa joustavuudessa hoidon aikana tapahtunut muutos ylipäättään yhteydessä hoitotulokseen, riippumatta hoitoryhmästä? Prosessimittausten osalta tutkittiin lisäksi, lisääntykö itseluottamus enemmän KKT:n ja arvokeskustelun yhdistelmähoitossa verrattuna KKT:n ja ACT:n yhdistelmään? Lisäksi osa terapiaistunnoista nauhoitettiin, ja nauhoituksista poimitun otoksen avulla haluttiin selvittää toimivatko terapeutit tapaamisen aikana eri tavalla kun he käsittelevät kaikkia psykologisen joustavuuden osa-alueita? Onko hoitoryhmien välillä eroja esimerkiksi harjoitusten määrässä? Entä onko harjoitusten määrän tai niihin käytetyn ajan ja hoitotuloksen välillä yhteyttä? Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin asiakkaiden kokemuksia terapiasta.

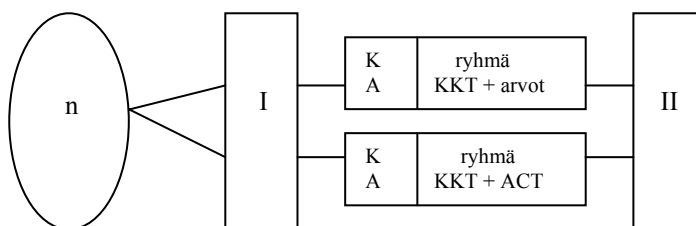
2 MENETELMÄT

2.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetuslinikassa syksyllä 2006. Tampereen ilmaisjakelulehdessä (TampereLaininen) oli 9.9.2006 ilmoitus, jossa haettiin masentuneita asiakkaita opetuslinikassa tehtävään tutkimukseen. Asiakkaat ilmoittautuivat terapiaan puhelimitse. Yhteydenottoja tuli 27 ja kaikki soittaneet kutsuttiin haastatteluun. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, täyttivätkö mahdolliset terapia-asiakkaat DSM-IV -luokituksen mukaiset vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit (liite 6). Kaikki kutsutut henkilöt saapuivat haastatteluun. Yksi henkilö ilmoitti haastattelun yhteydessä, ettei hän halua tulla valituksi terapia-asiakkaiden joukkoon. Jäljelle jääneet 26 asiakasta valittiin mukaan tutkimukseen. Tutkimuksessa psykologian opiskelijat toimivat terapeuteina, ja tässä tutkimuksessa heistä käytetään 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 samanikäiset, samaa sukupuolta olevat asiakkaat muodostivat parin. Näin saatiin kolmetoista paria. Yhteen asiakkaaseen ei kuitenkaan haastattelun jälkeen saatu yhteyttä, ja näin ollen yhdestä asiakasparista toinen jäi pois tutkimuksesta. Asiakkaiden määräksi muodostui täten 25. Asiakkaalle arvottiin järjestys parin sisällä, minkä jälkeen järjestyksessä ensimmäisenä olleelle arvottiin terapiamuoto. Täten parista toinen päätyi KKT + arvot -ryhmään, jossa käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmistä arvotyöskentelyä ja toinen yhdistelmäryhmään, jossa käytettiin sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että hyväksymis- ja omistautumisterapian (ACT) menetelmiä. Seuraavaksi parit arvottiin terapeuteille, joita oli yhteensä 13. Terapeutti hoiti toista asiakasta KKT-menetelmillä sekä arvotyöskentelyllä ja toista asiakasta KKT- ja ACT -menetelmillä. Tämän menettelyn avulla terapeutin vaikutus hoidon tuloksiin kontrolloitiin pois tutkimusasetelmasta.

Kuviossa 1 on esitetty tutkimusasetelma, josta näkyvät tutkimuksen vaiheet. Kuviossa n on kaikkien asiakkaiden määrä ennen ryhmiin satunnaistamista. I on asiakkaiden alkumittaus, KA tarkoittaa käyttäytymisanalyysiä, joka tehtiin molempien ryhmien asiakkaille ja II on loppumittaus, joka toteutettiin noin 2 kuukauden kuluttua terapioiden alkamisesta.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma

2.2 Tutkittavat henkilöt

Tutkimukseen osallistui 25 terapia-asiakasta, joista 17 (68 %) oli naisia ja 8 (32 %) miehiä. Taulukkoon 1 on koottu yhteenveto asiakkaiden taustatiedoista. Asiakkaat olivat iältään 28–71 -vuotiaita. KKT + arvot -ryhmän keski-ikä oli 48 vuotta ja yhdistelmäryhmän 47 vuotta. Yksin ja parisuhteessa elävien määrä jakautui siten, että kummassakin ryhmässä suurempi osa tutkittavista

oli naimattomia tai eronneita kuin avo- tai avioliitossa eläviä. Yksin eli 18 (72 %) tutkittavaa, 8 KKT + arvot -ryhmästä ja 10 KKT + ACT -ryhmästä. 7 (28 %) tutkittavaa eli parisuhteessa, heistä 4 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 3 KKT + ACT -ryhmään. 14 tutkittavalla (56 %) oli lapsia ja lasten lukumäärä vaihteli yhden ja viiden välillä. Asiakkaiden koulutus jakautui siten, että perusasteen koulutus oli yhdellä (4 %) asiakkaalla (kansakoulu, keskikoulu ja peruskoulu), keskiasteen koulutus 13 (52 %) asiakkaalla (ammattikoulu, ammatillinen opisto, lukio) ja kolmannen asteen koulutus (korkeakoulutaso) 11 (44 %) asiakkaalla (ammattikorkeakoulu, korkeakoulu ja yliopisto). Terapian alussa asiakkaiden työtilanne oli seuraava: asiakkaista 14 (56 %) oli työssäkäyviä, 1 (4 %) oli koti-äitinä, 1 (4 %) opiskeli, 6 (24 %) asiakasta oli eläkkeellä ja 3 (12 %) oli työttömänä. Yksi asiakas vaihtoi terapian aikana työpaikkaa, ja kaksi asiakasta, yksi terapian alussa työttömänä ollut ja yksi kotiäitinä ollut hakeutui terapian aikana vapaaehtoistyöhön. Asiakkaiden työtilanteessa ei tapahtunut muita muutoksia terapian aikana.

Aiempaa masennukseen liittyvää psykologista (terapiaa / muuta psykologista hoitoa) tai lääkehoitoa oli saanut 22 (88 %) asiakasta, 11 asiakasta kummastakin ryhmästä. Aiemmin psykoterapiahoidossa olleita oli 8 (32 %), heistä 6 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 2 yhdistelmäryhmään. Terapian alussa 12 (48 %) asiakkaalla oli käytössä mielialalääkitys, heistä 4 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 8 yhdistelmäryhmään. 2 (8 %) asiakasta aloitti mielialalääkityksen terapiajakson aikana, yksi kummastakin ryhmästä, ja yksi (4 %) asiakas aloitti mielialalääkityksen hoidon aikana, mutta lopetti sen kuukauden käytön jälkeen, ennen terapian loppumista. Muiden asiakkaiden kohdalla ei tapahtunut muutoksia lääkityksessä terapian aikana. Tutkittavista 13 (52 %) oli aiemmin saanut psykiatrisen diagnoosin ja heistä kolmella oli useampi kuin yksi psykiatrisen diagnoosi. Masennusdiagnoosin oli aiemmin saanut 12 (48 %) tutkittavaa. Seuraavia, aiemmin saatuja diagnooseja oli yksi kutakin: kaksisuuntainen mielialahäiriö, alkoholiriippuvuus, epävakaa persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuushäiriö, estynyt persoonallisuushäiriö ja pitkään jatkunut masentuneisuus. Diagnoosin saaneet henkilöt jakautuivat tutkimusryhmittäin tasaisesti. KKT + arvot -ryhmässä aiemman psykiatrisen diagnoosin saaneita oli 6 ja yhdistelmäryhmässä diagnoosin saaneita oli 7.

Taulukko 1. Tutkittavien taustatiedot hoitoryhmittäin.*

	KKT + arvot n = 12	KKT + ACT n = 13
Ikä	48.08 (11.94)	46.69 (12.29)
Naisia/Miehiä	8 / 4	9 / 4
Parisuhteessa/yksin	4 / 8	3 / 10
Saanut aiemmin masennukseen liittyvää hoitoa.	11	11
Saanut aiempaa psykoterapiahoitoa.	6	2
Mielialalääkitys käytössä tutkimuksen aikana	5	10
Täyttää DSM-IV:n mukaiset masennuksen kriteerit terapian alkaessa.	6	9

* Iän kohdalla on ilmaistu keskiarvo sekä keskihajonta (suluissa).

Asiakkaille tehtiin ennen hoidon aloittamista ja välittömästi hoidon loppumisen jälkeen, viimeisen tapaamisen yhteydessä haastattelu. Loppuhaastattelun suorittivat opiskelijat, jotka eivät olleet toimineet asiakkaan terapeutteina. Haastatteluiden tarkoituksena oli selvittää, täyttivätkö asiakkaat DSM-IV -luokituksen mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit (APA, 1994). Alkuhaastattelussa

15 (60 %) asiakasta täytti kriteerit. Heistä 6 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 9 yhdistelmäryhmään. KKT + ACT -ryhmässä suurempi osa siis täytti vaikean masennusjakson diagnostiset kriteerit terapian alkaessa. Ryhmät eivät kuitenkaan Khiin neliötestillä testattuna eronneet toisistaan kriteerien täyttymisen suhteen [$X(1) = .96, p > .05$]. Yhdistelmäryhmän tutkittavilla oli terapian alkaessa myös enemmän yksittäisiä masennusoireita, kuten univaikeuksia, keskittymis- ja päätöksentekovaikeuksia ja itsemurhaan liittyviä ajatuksia, suunnitelmia tai tekoja. Taulukkoon 2 on koottu yhteenveto DSM-IV -kriteerien täyttymisestä ennen hoidon aloittamista. Kriteerien sisällöt on taulukossa mainittu lyhyesti. Tarkemmat kriteerien sisällöt ja vakavan masennusjakson kriteerien täyttymisvaatimukset esitetään tämän pääluvun ”arviointimenetelmät” -alaluvussa.

Taulukko 2. DSM-IV:n mukaisten vakavan masennusjakson kriteerien täytyminen ennen hoidon aloittamista.

	KKT + arvot n = 12	KKT + ACT n = 13
DSM-IV:n mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit täyttyvät	6	9
Kriteeri 1: Masentunut mieliala	10	11
Kriteeri 2: Kiinnostuksen tai mielihyvän puute	6	7
Kriteeri 3: Ruokahalun/ painon (tahaton) muutos	4	4
Kriteeri 4: Univaikeudet	8	12
Kriteeri 5: Psykomotorinen hitaus tai kiihtyneisyys	1	5
Kriteeri 6: Uupumus	8	11
Kriteeri 7: Arvottomuuden tai syyllisyyden kokemukset	6	7
Kriteeri 8: Keskittymis-/pätöksentekovaikeudet	5	11
Kriteeri 9: Itsemurha-ajatukset/-suunnitelmat/-yritykset	4	7
Lisäkriteeri (Masennus haittaa työntekoa tai ihmissuhteita)	10	10

Kaikkien tutkittavien BDI- pistemäärä viittasi ennen terapian alkua masentuneisuuteen. Yhdeksällä asiakkaalla masennus oli BDI-pistemäärän mukaan lievää, eli pisteet sijoittuivat 10 ja 19 väliin. Heistä 6 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 3 yhdistelmäryhmään. Yhdeksällä tutkittavalla pistemäärä oli 20–29, joka viittaa keskivaikeaan masennukseen. Heistä 3 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 6 yhdistelmäryhmään. Seitsemällä asiakkaalla BDI -pistemäärä oli 30 tai enemmän, joka viittaa vakavaan masennukseen. Heistä 3 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 4 yhdistelmäryhmään.

Tutkittavien masennus oli siis terapian alkaessa pääosin keskivaikeaa tai vaikeaa. Myös SCL-90:n avulla kartoitetut oireet olivat erityisesti KKT+ACT -ryhmässä vaikeita: oireiden vakavuutta kuvaava GSI-indeksi ($M = 1.59, SD = .48$) viittasi yhtä vaikeisiin oireisiin kuin Holin (2003) raportoima, suomalaisten psykiatrisen poliklinikan asiakkaiden ($n = 249$) vastaava indeksi ($M = 1.56, SD = .61$), ja oli huomattavasti korkeampi kuin Holin (2003) raportoima, suomalaisen väestötöksen ($n = 337$) GSI-pistemäärän keskiarvo ($M = 0.60, SD = 0.44$). Myös KKT + arvot -ryhmän oireet olivat huomattavasti normiväestöä korkeammat ($M = 1.30, SD = .46$). Mainittakoon

lopuksi, että kaksi (15 %) KKT + ACT -ryhmän tutkittavista eli koko hoidon ajan vakavassa kriisitilanteessa. Näin ei tietävästi ollut yhdenkään KKT + arvot -ryhmän tutkittavan kohdalla.

2.3 Terapeutit

Terapia-asiakkaita hoitaneet 13 terapeuttia olivat opintojensa loppuvaiheessa olevia psykologian opiskelijoita. Terapeutit olivat opiskelleet psykologiaa 3.5–8 vuotta, keskimäärin psykologian opintoja oli terapeuteilla takana 5.4 vuotta. Yksi terapeuteista oli mies, ja täten loput 12 terapeuttia olivat naisia. Iältään terapeutit olivat 24–33 -vuotiaita iän keskiarvon ollessa 28 vuotta. Terapiaprojekti oli osa psykologian ammatillisten opintojen interventiokurssia. Terapeuteille annettiin ennen terapioiden alkua 10 tuntia koulutusta sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien käytöstä. Yhteensä opetusta annettiin siis 20 tuntia. KKT-menetelmistä koulutuksessa käytiin läpi eniten empiiristä tukea saaneet menetelmät (ks. esim. Jacobson ym., 1996; Nathan & Gorman, 2002): käyttäytymisanalyysi, itsehavainnot, ongelmanratkaisumenetelmä, altistus, sosiaaliset taidot ja käyttäytymisen aktivointi. ACT-menetelmien osalta käytiin läpi arvotyöskentely, hyväksyntämenetelmät, kielellisyyden heikentämiseen, kontrollin vähentämiseen ja minäkäsityksen muuttamiseen tähtäävät menetelmät sekä tietoisuutta käsittelevät menetelmät. Koulutuksessa annettuun opetukseen sisältyi luentoja, harjoituksia ja tapersimerkkien läpikäymistä. Koulutuksen menetelmiin antoi kaksi opetusklinikan psykologia, joista toinen toimi myös terapeuttien työnohjaajana. Lisäksi terapeuteilla oli käytössään kolme terapiamenetelmää käsittelevää käsikirjaa: ”Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä” -käsikirja (Lehtonen, Lappalainen, 2005), ”Sosiaaliset taidot -työkirja” (Lappalainen, Lehtonen, Hynninen ym., 2004) ja ”Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiantyydyssä” -käsikirja (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). Aiempien opintojensa aikana terapeuteille oli kertynyt hieman kokemusta käyttäytymisanalyysistä ja asiakastyöstä. Yhdelläkään terapeutilla ei ollut aiempaa terapiakoulutusta, eikä kukaan ollut toiminut aiemmin terapeutina. Terapeuteista 4 ilmoitti käyneensä itse terapiassa.

Terapeuteilta tiedusteltiin ennen terapioiden alkua edellä mainittujen taustatietojen lisäksi terapiaa koskevia asenteita ja mielipiteitä VAS (visuaalis-analogisten) -asteikkojen sekä avointen ja strukturoitujen kysymysten avulla (liite 18). VAS-asteikoilla arvioitaessa kysyttyä asiaa tai ominaisuutta arvioidaan asteikolla 0–10 (0 = ei yhtään, 10 = erittäin paljon) merkitsemällä pystyviiva 10 senttimetrin mittaiselle janalle. Taulukkoon 3 on koottu yhteenvedo terapeuttien taustatiedoista sekä heidän terapiaa koskevista asenteista ja mielipiteistään.

Taulukko 3. Terapeuttien taustatiedot sekä terapeuttien terapiaa koskevat asenteet.*

Arvioitava asia	
Ikä	28.00 (3.39)
Naisia/Miehiä	12 / 1
Kuinka monta vuotta opiskellut psykologiaa	5.46 (1.39)
Ollut itse terapiassa	4
Kiinnostus terapiatyöskentelystä	7.86 (1.86)
Pelko terapioiden alkamisesta	4.43 (1.81)
Innostus terapioiden alkamisesta	7.39 (1.97)
Kokemus KKT-menetelmien hallitsemisesta	4.80 (1.68)
Kokemus ACT-menetelmien hallitsemisesta	4.46 (1.62)

* Taulukossa on ilmoitettu muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat, pois lukien terapeuttien sukupuolta omaa terapiakokemusta koskevat muuttujat.

Kuten taulukosta 3 havaitaan, terapeutit olivat ennen terapioiden alkua kiinnostuneita terapiasta. VAS-asteikolla mitattuna kiinnostus vaihteli 3.2 ja 9.9 välillä. Terapeutit pelkäsivät terapioiden alkua jonkin verran, ja pelokkuuden määrää kuvaavat VAS-arvot vaihtelivat 1.9 ja 7.2 välillä. Lievästä pelosta huolimatta terapeutit olivat innostuneita terapian alkamisesta. Innostuksen määrää kuvaavat VAS-arvot vaihtelivat 3.0 ja 9.8 välillä. Lievää epävarmuutta terapeutit kokivat myös menetelmien hallitsemisen suhteen terapioiden alkaessa. KKT-menetelmien osalta varmuus vaihteli 2.4 ja 8.0 välillä ja ACT-menetelmien kohdalla vastaava vaihteluväli oli 1.9 – 6.7. Kaikki terapeutit uskoivat ennen terapioiden alkua, että menetelmien avulla voidaan auttaa asiakasta, ja kaikki uskoivat menetelmien yhdistämisen olevan toimiva ratkaisu. Kysyttäessä, kumpaa terapiamenetelmää, KKT:aa vai ACT:a pitää tehokkaampana, terapeutit olivat varovaisia kannanotoissaan. Ainoastaan kahdella terapeutilla oli selkeä mielipide siitä, kumpi menetelmä on tehokkaampi. He uskoivat hyväksymis- ja omistautumisterapian olevan tehokkaampi terapiamenetelmä. Suurin osa terapeuteista uskoi, että menetelmien tehokkuus riippuu tilanteesta, eli olennaisinta tehokkuuden kannalta on terapeutin tilanneherkkyys, kyky soveltaa oikeaa menetelmää oikeaan tilanteeseen.

Terapeutit saivat terapioiden aikana viikoittain työnohjausta 6–7 hengen pienryhmissä. Työnohjaustapaamisen kesto oli 3 tuntia ja yhteensä työnohjausta annettiin terapioiden aikana 27 tuntia kullekin ryhmälle. Terapeutit merkitsivät työnohjaustapaamisissa myös muistiin, kuinka kauan he olivat saaneet työnohjausta asiakasta kohden (liite 19). Työnohjaajana toimi psykologian laitoksella työskentelevä psykologi, jolla oli vaativan erityistason psykoterapeuttikoulutus, ja joka oli perehtynyt molempiin tässä tutkimuksessa sovellettuihin terapiamuotoihin. Taulukkoon 4 on koottu terapeutti- ja asiakaskohtaiset työnohjausajat.

Taulukko 4. Työnohjaukseen käytetty aika terapeutti- ja asiakaskohtaisesti.

Terapeutti nro	KKT + arvot -asiakas	KKT + ACT -asiakas
1	ei asiakasta	110 min
2	87 min	95 min
3	110 min	125 min
4	140 min	112 min
5	75 min	114 min
6	110 min	113 min
7	90 min	125 min
8	108 min	113 min
9	121 min	93 min
10	90 min	110 min
11	113 min	125 min
12	110 min	100 min
13	111 min	99 min

Terapeutit saivat keskimäärin lähes yhtä paljon työnohjausta kummankin hoitoryhmän asiakasta kohden (KKT + arvot: $M = 105.42$, $SD = 17.42$, KKT + ACT: $M = 110.33$, $SD = 11.47$). Terapeuttien saama työnohjausaika ei eronnut hoitoryhmien välillä myöskään tilastollisesti merkitsevästi, kun eroja työnohjausajoissa testattiin Wilcoxon -testillä ($Z = -.824$, $p = .410$).

2.4 Arviointimenetelmät

Terapia-asiakkaiden psyykkistä vointia kartoitettiin ennen terapioiden alkua ja terapioiden loppuessa erilaisilla mittareilla sekä DSM-IV -luokituksen mukaisesti vakavan masennusjakson

kriteereihin pohjautuvalla haastattelulla. Koska tutkimuksen päätarkoitus oli tarkastella hoitojen tehokkuutta masennuksen hoidossa, olisi tutkimuksessa voitu käyttää ainoastaan spesifisti masennusta kartoittavia mittareita. Asiakkaiden psyykkistä vointia haluttiin kuitenkin tutkia aajemmin, ja täten mittareita valittaessa pyrkimyksenä oli valita mittarit siten, että ne kartoittaisivat asiakkaiden psyykkistä tilaa mahdollisimman monipuolisesti, ja että psyykkisessä tilassa tapahtuvien muutosten seuraaminen onnistuisi. Mittarit olivat itsearviointiin perustuvia. Tutkimuksessa käytettiin seuraavia mittareita: BDI (Beck Depression Inventory) -depressioasteikko, jolla mitataan masennuksen astetta (Beck ym., 1961), SCL-90 (Symptom Checklist) -oirekyselylomake, joka kartoittaa erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita (Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998), psykologista joustavuutta mittaava AAQ-8 -mittari (Acceptance and action questionnaire, Hayes ym., 2004), sosiaalista toimintakykyä ja elämästä selviytymistä kartoittava JES-lomake (Bosc, Dubini ja Polin, 1997), terveyttä ja elämänlaatua kartoittava RAND-36 -kyselykaavake (Hays, Sherbourne, & Mazel, 1993) sekä itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavat 0–100-asteikot (Ojanen & Seppälä, 1997; Ojanen, 2001). Mittarit ovat liitteessä 5. Asiakkaat täyttivät kaikki itsearviointilomakkeet sekä ennen terapioiden alkamista että ennen viimeistä tapaamista. Nämä kaksi mittausta, alku- ja loppumittaus olivat tässä tutkimuksessa terapian tuloksellisuutta mittaavia tulosmittareita.

Alku- ja loppumittausten lisäksi asiakkaiden psykologista joustavuutta ja itseluottamusta arvioitiin jokaisen terapiakerran jälkeen AAQ-8:lla ja 0–100 -asteikkojen itseluottamus-asteikolla. Näiden mittausten tarkoituksena oli tutkia terapiaprosessia, eli AAQ-8 ja itseluottamusasteikko toimivat tässä tutkimuksessa myös prosessimittareina. AAQ-8 valittiin prosessimittariksi, koska sen avulla haluttiin tutkia, toteutuuko tässä tutkimuksessa aiemmissä tutkimuksissa tehty havainto, jonka mukaan hyväksymis- ja omistautumisterapialla saavutetaan suurempia muutoksia psykologisessa joustavuudessa kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla. (ks. esim. Zettle & Hayes, 1986; Lappalainen ym., 2007). Itseluottamus valittiin prosessimittariksi, koska haluttiin tutkia, kyetäänkö tässä tutkimuksessa toistamaan aiemmin havaittu tutkimustulos, jonka mukaan kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä hoidettujen terapia-asiakkaiden itsetunto lisääntyi hyväksymis- ja omistautumisterapialla hoidettuja asiakkaita enemmän (ks. Lappalainen ym., 2007). Itseluottamuksen valinta KKT:n terapiaprosessia kartoittavaksi prosessimittariksi on Lappalaisen ym., (2007) mukaan perusteltua siksi, että perinteisessä KKT:ssa pyritään muokkaamaan negatiivisia itsearviointeja, ja itseluottamusta voidaan pitää yhtenä yleisenä, tätä prosessia kartoittavana mittarina. Prosessimittauksiin liittyen on huomattava, että tämän tutkimuksen asetelma oli aiemmista tutkimuksista poikkeava siten, että kummankin tutkimusryhmän hoidossa käytettiin molempien terapiamuotojen (KKT ja ACT) menetelmiä. Täten terapiamuotojen vaikutukset eivät olleet puhtaita, ja tämä seikka tulee ottaa huomioon prosessimittausten tuloksia arvioitaessa.

BDI-asteikko sisältää 21 väittämäsarjaa, jotka kartoittavat masennuksessa tyypillisesti esiintyviä oireita asteikolla 0-3. Suuri pistemäärä viittaa vakavaan masennukseen. Masennuksen aste tulkitaan pistemäärien pohjalta seuraavasti: alle 10 pistettä = ei masennusta, 10–19 pistettä = lievä masennus, 20–29 = keskivaikea masennus, yli 30 pistettä = vakava masennus.

SCL-90 -mittari on erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita monipuolisesti kartoittava kyselylomake, jota on tutkittu kansainvälisesti paljon. Mittari sisältää 90 kysymystä, ja kysymyksistä kukin kartoittaa yhtä oiretta. Suuri pistemäärä viittaa oireiden paljouteen ja täten hyvinvoinnin heikkenemiseen. SCL-90 -mittarin pisteet ilmoitetaan tavallisesti oireiden määrää kuvaavana GSI-indeksinä (General Severity Index, ks. esim. Hayes ym., 2006). Näin tehdään myös tässä tutkimuksessa. GSI-indeksi lasketaan jakamalla tutkittavan saama pistemäärä kysymysten määrällä, eli 90:llä.

AAQ-8-mittari on muokattu alkuperäisestä 16-osioisesta versioista (Hayes ym., 2004). AAQ-8 mittaa kahdeksan väitteen avulla psykologista joustavuutta. Mittari sisältää kahdeksan väitettä, joista kutakin arvioidaan asteikolla 1-7 (1 = ei pidä koskaan paikkansa, 7 = pitää aina paikkansa). AAQ-8-mittari sisältää seuraavat väitteet: 1) Jatkan yleensä elämäni tavalliseen tapaan, enkä painiskele murheideni tai onnettoman oloni kanssa. 2) Vaikka joskus olenkin 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. Väitteet 6 ja 8 on muodostettu siten, että suuri pistemäärä viittaa psykologiseen joustamattomuuteen ja pieni pistemäärä psykologiseen joustavuuteen. Psykologista joustavuutta mitattaessa näiden väitteiden pistemäärät lasketaan käännetysti. Vastaavasti psykologista joustamattomuutta mitattaessa kaikki muut väittämät paitsi väittämät 6 ja 8 lasketaan käännetysti. Suuri pistemäärä psykologista joustavuutta mitattaessa viittaa parempaan ajatusten, tunteiden, asioiden ja tilanteiden hyväksyntään, eli siihen, että suostuu niiden kokemiseen ilman että yrittäisi muuttaa, vältellä tai kontrolloida niitä, sekä kykyyn toimia vaikeista ajatuksista ja tunteista huolimatta.

JES (Jokapäiväisestä elämästä selviytyminen) -kyselylomake kartoittaa tutkittavan kokemaa elämänlaatua seuraavilla jokapäiväisen elämän alueilla: kiinnostus työhön ja vapaa-aikaan, perhe- ja muiden sosiaalisten suhteiden laatu sekä sosiaalinen toimintakyky. Kysymyksiä on 21 ja jokainen niistä pisteytetään asteikolla 0-3. Suurempi pistemäärä viittaa parempaan selviytymiskykyyn jokapäiväisessä elämässä ja parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn.

Itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavissa 0–100-asteikoissa suurempi pistemäärä viittaa siihen, että mitattavaa ominaisuutta on paljon. Asteikot sisältävät sanallisen kuvauksen kuhunkin kymmenlukuun liittyen. Tutkittavan tehtävänä on vetää poikkiviiva häntä parhaiten kuvaavaan kohtaan janalla.

RAND-36 on kyselylomake, joka kartoittaa tutkittavan terveyttä yhdeksällä osa-alueella: fyysinen terveys, fyysisen terveyden aiheuttamat ongelmat arkielämässä emotionaalisten ongelmien aiheuttamat ongelmat arkielämässä, energisyys/uupumus, emotionaalinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, kipu, kokemus omasta terveydentilasta sekä koettu terveydentilan muutos. Kyselyn tuloksia ei tarkastella kokonaisuutena, vaan tarkastelu tapahtuu edellä mainittujen osa-alueiden mukaan, niistä muodostetuilla 9 muuttujalla. Pistemäärät vaihtelevat kunkin muuttujan kohdalla 0 ja 100 välillä, ja suurempi pistemäärä viittaa aina parempaan terveyteen tai elämän laatuun riippumatta muuttujan nimen sisällöstä (vrt. esim. kipu ja sosiaalinen toimintakyky).

Tutkittaville henkilöille tehtiin ennen terapioiden alkua ja terapioiden loputtua, välittömästi viimeisen terapiatapaamisen jälkeen diagnostinen haastattelu, jonka tarkoituksena oli selvittää, täyttävätkö tutkittavat DSM-IV -luokituksen mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit (liite 6). Tässä tutkimuksessa tehdyn diagnoosihaastattelun kysymykset pohjautuivat DSM-IV -luokituksen mukaisiin vakavan masennusjakson diagnostisiin kriteereihin, jotka ovat seuraavanlaiset: (1) masentunut mieliala, (2) kiinnostuksen tai mielihyvän puute, (3) tahaton painon lasku, nousu tai muutos ruokahalussa, (4) nukkumattomuus tai liiallinen nukkuminen, (5) psykomotorinen kiihtyneisyys tai hitaus, jonka myös muut havaitsevat, (6) voimavarojen vähäisyys, uupumus, (7) kohtuuttomat arvottomuuden tai syyllisyyden tunteet, (8) keskittymis-, ajattelu- tai päätöksentekovaikeudet ja (9) itsemurha-ajatukset, -suunnitelmat tai -yritykset. Luokitus sisältää myös lisäkriteerin, jossa kartoitetaan sitä, häiritsevätkö oireet henkilön toimintakykyä työssä, ihmissuhteissa ja vapaa-ajalla. DSM-IV -luokituksen mukaisen vakavan masennusjakson

diagnoosin saaminen edellyttää, että henkilö täyttää vähintään viisi kriteeriä, joista yhden pitää olla joko masentunut mieliala (kriteeri 1) tai kiinnostuksen / mielihyvän puute (kriteeri 2). Lisäksi diagnoosin saamiseksi edellytetään, että kriteerien mukaiset oireet ovat jatkuneet vähintään diagnoosihaastattelua edeltäneet kaksi viikkoa ja että niitä on esiintynyt lähes päivittäin tai suurimman osan päivästä. Oireiden on myös tullut häiritä toimintakykyä työssä, ihmissuhteissa ja vapaa-ajalla vähintään diagnoosihaastattelua edeltäneet kaksi viikkoa.

Loppuhaastattelun yhteydessä asiakkaat myös arvioivat terapiaa VAS-asteikkojen avulla (liite 16). Asiakkailta tiedusteltiin VAS-asteikkojen avulla arvioita terapiasta. Asteikkojen avulla tiedusteltiin muun muassa asiakkaiden kokemuksia siitä, kuinka paljon terapiassa oli käsitelty tärkeitä tai vaikeita asioita, kuinka kuulluksi ja ymmärretyksi he olivat tulleet terapiakeskusteluissa sekä terapiasta koettua hyötyä. Lisäksi haastattelussa tiedusteltiin, oliko asiakkaan lääkitys tai työtilanne muuttunut terapian aikana sekä sitä, aikoiko asiakas hakeutua jatkohoitoon. Loppuhaastattelun lopuksi asiakkaat saivat yksityisesti, haastattelijan poistuttua huoneesta täyttää toisen terapiaa koskevan arviointilomakkeen, jossa kysyttiin yleisarviota terapiasta viisiportaisella asteikolla (1 = erittäin tyytymätön, 5 = erittäin tyytyväinen), sekä sitä, suosittelisiko asiakas terapiaa muille (liite 17).

2.5 Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden valinta tapahtui seuraavasti: Tampereen ilmaisjakelulehdessä (Tamperelainen) olleen lehti-ilmoituksen perusteella soittaneille henkilöille lähetettiin kutsukirje, jossa heidät kutsuttiin haastatteluun sekä pyydettiin täyttämään BDI-lomake ja palauttamaan lomake alkuhaastatteluun. Kaikki kutsutut henkilöt saapuivat haastatteluun. Haastattelut tehtiin viikkojen 39 ja 40 aikana. Haastattelussa asiakkaan tuli ensin täyttää taustatietolomake (liite 4) sekä alkumittauslomakkeet (SCL-90, AAQ-8, JES, 0–100- asteikot itseluottamus, mieliala ja tyytyväisyys elämään sekä BDI, mikäli asiakas ei ollut sitä ennen haastatteluun tuloa täyttänyt, liite 5). Lomakkeiden täytön jälkeen asiakas haastateltiin. Haastattelu sisälsi depressiodiagnoosihaastattelu -osion ja depressiohaastattelun lisäkysymyksiä -osion (liite 7). Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, kuinka moni tutkittavista asiakkaista täytti DSM-IV-luokituksen mukaiset vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit, sekä selvittää heidän mielenterveyshistoriaansa. Alkuhaastattelun jälkeen asiakkaille ilmoitettiin, että heihin otetaan yhteyttä viikolla 40. Terapeutit saivat asiakkaidensa yhteystiedot viikolla 39.

Ensimmäiset terapiatapaamiset olivat viikolla 40. Ennen ensimmäistä tapaamista terapeuteilla oli työnohjaus, jossa heille annettiin ohjeet terapian aloittamiseksi. Ensimmäisellä tapaamiskerralla terapeutti kävi asiakkaan kanssa läpi tutkimustiedotteen (liite 1). Lisäksi terapeutti kertoi asiakkaalle terapian kulusta, ja asiakas sai allekirjoitettavakseen terapiasopimuksen, jossa hän ilmaisi suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen (liite 2). Ensimmäisen tapaamisen jälkeen asiakkaat saivat kotitehtäväksi RAND-36 -lomakkeen täyttämisen. Kahdella ensimmäisellä terapiakerralla kaikille asiakkaille tehtiin käyttäytymisanalyysi (Haynes & O'Brien, 1990). Kolmannella tapaamiskerralla terapeutti ja asiakas laativat yhdessä tavoitteet terapiatyöskentelylle. Tavoitteet kirjattiin hoitosopimukseen ja sopimus allekirjoitettiin (liite 3). Tämän jälkeen alkoi varsinainen terapiatyöskentely. Terapiakerroista kolme, pääsääntöisesti kerrat 5, 6 ja 7 nauhoitettiin 90 minuutin c-kaseteille. Terapiatapaamiset olivat tavallisesti kerran viikossa. Myös työnohjausryhmät, joissa terapeutit saivat ohjeistusta seuraavaa terapiatapaamista varten, kokoontuivat kerran viikossa. Terapeuteilla oli mahdollisuus saada työnohjausta myös työnohjaustapaamisten ulkopuolella, mikäli he kokivat siihen olevan tarvetta. Jokaisen terapiaistunnon lopussa asiakas täytti AAQ-8- ja itseluottamus -lomakkeet (lukuun ottamatta ensimmäistä terapiaistuntoa, koska alkumittauslomakkeet toimivat ensimmäisenä mittauksena, sekä

toista istuntoa, jolloin lomake annettiin kotitehtäväksi). Terapeutit täyttivät koko terapian ajan menetelmäpäiväkirjoja (liitteet 8 ja 9), joihin he kirjasivat terapioiden aikana käyttämänsä menetelmät. Toiseksi viimeisen tapaamiskerran jälkeen asiakkaat saivat täytettäväksi loppumittauslomakkeet, jotka olivat samat kuin asiakkaan alussa täyttämät lomakkeet (myös RAND-36). Välittömästi kymmenennen tapaamiskerran jälkeen asiakkaille tehtiin loppuhaastattelu.

2.6 Hoitomenetelmät

Kahden ensimmäisen käyntikerran aikana tehty käyttäytymisanalyysi on menetelmä, jossa tarkastellaan yksilön tilannetta laajasti (Haynes, O'Brien, 1990). Analyysissä on pyrkimys tarkastella, kuinka ihmiset oppivat heille tyypillisiä tapoja käyttäytyä, ja kuinka elämäntapahtumat vaikuttavat käyttäytymiseen. Käyttäytymisanalyysiin kuuluu ongelmaluettelon laatiminen ja graafisen analyysikuvion piirtäminen. Ongelmaluetteloon kootaan asiakkaan sillä hetkellä ongelmallisiksi kokemat asiat. Ongelmaluetteloon laaditaan myös ongelmiin liittyviä käyttäytymiskuvauksia, jolloin tarkastellaan ongelmallista käyttäytymistä ajatusten, sanojen, tekojen ja käyttäytymiseen vaikuttavien tilannetekijöiden tasoilla.

Kolmannesta kerrasta eteenpäin toista tutkittavien asiakkaiden ryhmää hoidettiin KKT:n menetelmillä sekä arvokeskustelulla, joka on ACT:n menetelmä (KKT + arvot -ryhmä). Toista asiakasryhmää hoidettiin sekä KKT:n että ACT:n menetelmillä (KKT + ACT -ryhmä tai yhdistelmäryhmä). Taulukoissa 5 ja 6 on esitetty terapioiden käytetyt menetelmät terapeuttien ilmoittamina. Liitteessä 22 on esitetty hoitomenetelmien kuvaukset.

Taulukko 5. Terapeuttien käyttämät menetelmät KKT + arvot -hoidossa yhteensä ja kotitehtävinä (suluissa).

KKT-menetelmät ja arvokeskustelu	
Altistus ulkoisille kohteille	5 (2)
Altistus sisäisille kohteille	16 (3)
Itsehavainnointi	70 (28)
Käyttäytymisen aktivointi	28 (7)
Ongelmanratkaisumenetelmä	27 (6)
Sosiaaliset taidot	40 (14)
Rentoutuminen	23 (10)
Arvot	46 (8)
Muut	43 (11)
Käytetyt menetelmät yhteensä	298 (89)

Kuten taulukosta 5 voidaan havaita, KKT + arvot -ryhmässä terapeutit ilmoittivat käyttäneensä eniten itsehavainnointia, arvokeskustelua ja sosiaalisia taitoja. Muita kuin menetelmäpäiväkirjoissa mainittuja KKT-menetelmiä käytettiin tässä ryhmässä myös paljon, yhteensä 43 kertaa. Esimerkiksi asiakkaan ongelmaan liittyvä, tunteita ja ajatuksia käsittelevä kirje itselle tai jollekin toiselle henkilölle oli melko paljon käytetty KKT-menetelmä, jota ei erikseen mainittu menetelmäpäiväkirjassa (ks. Holmberg, Karila, Kähkönen ym., 2001). Tarkasteltaessa terapiaistunnoissa ja kotitehtävinä käytettyjä menetelmiä erikseen todettiin, että terapiaistuntojen aikana käytettiin eniten itsehavainnointia sekä arvokeskustelua. Kotitehtävinä käytettiin ylivoimaisesti eniten itsehavainnointia. Vähiten käytetty menetelmä niin kokonaisuutena kuin terapiaistuntojen ja kotitehtävien kohdalla erikseen tarkasteltuna oli altistus ulkoisille kohteille. Terapeuttien merkintöjen mukaan menetelmiä käytettiin KKT + arvot -hoidossa yhteensä 298 kertaa, joista 88 kertaa kotitehtävinä.

Kuten taulukosta 6 voidaan havaita, yhdistelmähoidossa, jossa terapeutit saivat käyttää vapaasti sekä KKT:n että ACT:n menetelmiä, käytettiin menetelmäpäiväkirjojen mukaan enemmän ACT-menetelmiä kuin KKT-menetelmiä. Eniten käytettyjä ACT-menetelmiä olivat terapeuttien merkintöjen mukaan arvot, metaforat sekä keskustelu hallinnasta ja hyväksynnästä. Muita kuin menetelmäpäiväkirjalomakkeessa mainittuja ACT-menetelmiä käytettiin terapeuttien mukaan 26 kertaa, ja näistä käytetyimpiä olivat ACT-käsikirjan sisältämät harjoitukset (muut kuin tarkkailija- ja tietoisuusharjoitukset, jotka mainittiin menetelmäpäiväkirjassa erikseen.) Tarkasteltaessa terapiaistunnoissa ja kotitehtävinä käytettyjä menetelmiä erikseen havaittiin, että kokonaisuutena eniten käytetyt menetelmät eli arvot, metaforat ja keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä olivat käytetyimpiä menetelmiä myös terapiaistunnoissa. ACT-menetelmiin pohjautuvia kotitehtäviä ei annettu kovin paljon, ainoastaan 25 kappaletta. Näistä suurin osa käsitteli arvoja. Kun tarkasteltiin käytettyjä menetelmiä kokonaisuutena sekä pelkästään terapiaistunnoissa käytettyinä havaittiin, että vähiten käytetty menetelmä oli tietoisuusharjoitukset. Useaa ACT-menetelmää ei käytetty kotitehtävänä ollenkaan.

Taulukko 6. Terapeuttien käyttämät menetelmät KKT + ACT -hoidossa yhteensä ja kotitehtävinä (suluissa).

KKT-menetelmät		ACT-menetelmät	
Altistus ulkoisille kohteille	3 (1)	Tavoitteiden selventäminen	28 (2)
Altistus sisäisille kohteille	15 (1)	Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen sekä toimimattomista luopuminen	26
Itsehavainnointi	59 (32)	Arvot	63 (16)
Käyttäytymisen aktivointi	38 (21)	Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä	49
Ongelmanratkaisumenetelmä	14 (2)	Käsitys itsestä - keskustelu	24
Sosiaaliset taidot	49 (11)	Metaforat	52
Rentoutuminen	18 (8)	Kielen merkityksen käsittely	27 (1)
Muut	27 (15)	Tarkkailijaharjoitus	20
		Tietoisuusharjoitukset	18 (3)
		Muut	26 (3)
Käytetyt menetelmät yhteensä	223 (91)		333 (25)

Yhdistelmäryhmässä käytetyimpiä KKT-menetelmiä olivat itsehavainnointi, sosiaaliset taidot ja käyttäytymisen aktivointi. Muita kuin menetelmäpäiväkirjalomakkeessa mainittuja KKT-menetelmiä käytettiin myös tässä ryhmässä melko paljon, 27 kertaa, ja tämänkin ryhmän kohdalla kirje oli suosittu menetelmä. Erikseen terapiaistuntojen ja kotitehtävien sisältämiä menetelmiä tarkasteltaessa havaittiin, että terapiaistunnoissa eniten käytettiin sosiaaliset taidot -menetelmää ja itsehavainnointia. Kotitehtävien kohdalla käytettiin huomattavasti enemmän KKT-menetelmiä kuin ACT-menetelmiä: KKT-menetelmiin pohjautuvia kotitehtäviä käytettiin yli 3.5 kertaa enemmän kuin ACT-kotitehtäviä. Kuten KKT + arvot -ryhmässä, itsehavainnointi oli tässäkin ryhmässä ylivoimaisesti käytetyin menetelmä kotitehtävien osalta, ja niin ikään KKT + arvot -ryhmän tapaan vähiten käytetty KKT-menetelmä oli altistus ulkoisille kohteille sekä kokonaisuutena että terapiaistunnoissa ja kotitehtävinä käytettyjä menetelmiä erikseen tarkasteltaessa.

2.7 Hoitomenetelmien käyttöä koskevien merkintöjen luotettavuuden arviointi

Menetelmäpäiväkirjojen merkintöjen luotettavuuden arvioimiseksi kolme terapiakäyntiä, pääosin käynnit 5, 6 ja 7 nauhoitettiin 90 minuutin c-kaseteille. Kultakin asiakkaalta yksi nauhoitetuista käynneistä satunnaistettiin arpomalla analysoitavaksi, ja analysoinnin perusteella laskettiin nauhojen arvioitsijan ja terapeuttien merkintöjen välinen reliabiliteetti (liitteet 12 ja 13) Cohenin

kappa-arvon avulla. Cohenin kappa on korrelaatiokerroin, jolla voidaan laskea nominaaliasteikollista muuttujaa koskeva, kahden toisistaan riippumattoman arvioitsijan havaintojen välinen reliabiliteetti. Kappan arvot vaihtelevat välillä -1 ja 1, ja mitä suurempi arvo on, sitä yksimielisempiä arvioitsijat ovat. Kappa-arvon etuna esimerkiksi prosenttiluvulla arvioitavaan havaintojen yhdenmukaisuuteen on se, että siinä eliminoidaan sattuman rooli saada yhtäpitäviä havaintoja. (ks. Cohen, 1960.)

Osa tässä tutkimuksessa analyysiin satunnaistetuista nauhoista kuului erittäin huonosti, ja osassa nauhoituksen laatu heikkeni äkillisesti kesken nauhoituksen. Satunnaistaminen tapahtui tällöin uudestaan jäljelle jääneiden kahden nauhoituskerran välillä. Yhden asiakkaan kohdalla kumpikaan satunnaistamisessa valituksi tulleista nauhoista ei kuulunut. Yksi nauhoituksista kuitenkin kuului, ja se analysoitiin. Yhteensä analysoitiin 25 istuntoa. Analysointi tapahtui siten, että nauhat kuunneltiin kokonaan kahteen kertaan, ja kuullun perusteella kirjattiin ylös käytetyt menetelmät (liitteet 10 ja 11). Käytetyistä menetelmistä arvioitiin myös, oliko kyseessä harjoitus vai keskustelu. Lisäksi kirjattiin ylös harjoitusten sekä koko nauhoituksen kesto. Näiden asioiden osalta ei laskettu reliabiliteettia terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan merkintöjen välille, sillä terapeutit eivät merkinneet erikseen, oliko menetelmää käytetty keskustelussa, vai oliko siihen liittyen tehty harjoituksia (ellei menetelmäpäiväkirjassa erikseen viitattu keskusteluun, esim. keskustelu hallinnasta ja hyväksynnästä, ks. menetelmäpäiväkirjat).

Ennen nauhojen varsinaista kuuntelua nauhojen arvioitsija kävi läpi yhdessä nauhojen toisen arvioitsijan kanssa menetelmien käytön kriteerit. Kriteereiksi sovittiin ensinnäkin, että käsikirjojen sisältämät menetelmät merkittäisiin käytetyksi vain, mikäli niitä oli käytetty käsikirjojen esittämällä tavalla (kuvaukset menetelmistä, ks. liite 22 ja käsikirjat: Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004; Lappalainen, Lehtonen, Hynninen, ym., 2004; Lehtonen, & Lappalainen, 2005). Käytöksi laskettiin sekä menetelmään kuuluvien harjoitusten tekeminen sekä tehdyistä harjoituksista ja yleisesti menetelmästä keskustelu. Harjoituksiksi määriteltiin KKT-menetelmien osalta käsikirjoissa olevien lomakkeiden täyttäminen (esimerkiksi itsehavainnointilomakkeet, ongelmanratkaisulomake ja sosiaalisten taitojen harjoitteluun tarkoitetut lomakkeet), rooliharjoitukset sekä altistusharjoitukset (ks. Lehtonen, & Lappalainen, 2005; Lappalainen, Lehtonen, Hynninen, ym., 2004). Lisäksi KKT-harjoituksiksi katsottiin kuuluvaksi muihin kuin käsikirjoissa esitettyihin KKT:n menetelmiin pohjautuvat harjoitukset, kuten elämänviivan tekeminen ja kirjeen kirjoittaminen kuvitellulle ystävälle, joka kärsii samasta ongelmasta, kuin asiakas itse todellisuudessa (ks. Holmberg, Karila, Kähkönen ym., 2001). ACT-menetelmien osalta harjoituksiksi määriteltiin käsikirjassa esitetyjen harjoitusten tekeminen, lomakkeiden täyttäminen sekä metaforien lukeminen (ks. Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). ACT-menetelmien osalta sovittiin lisäksi, että metaforat ja muut harjoitukset merkitään harjoitukseksi sen menetelmän kohdalle, johon ne liittyvät (esimerkiksi metafora 28 liittyy hallintaan ja hyväksyntään, rasti kohtaan 'hallinta ja hyväksyntä, harjoitus'.)

Kriteerien sopimisen jälkeen terapeuttien merkintöjen reliabiliutta arvioinut tutkija harjoitteli nauhojen analysointia kuuntelemalla kolme terapiaistuntoa. Toinen arvioitsija kuunteli yhden näistä nauhoituksista. Tätä seurasi nauhojen arvioitsijoiden välinen keskustelu esiin tulleista ongelmakohdista, jonka jälkeen alkoi nauhojen varsinaisen kuuntelu. Nauhoitusten arviointi tapahtui riippumattomasti siten, että nauhojen kuuntelija ei nähnyt terapeuttien menetelmäpäiväkirjoihin kirjaamia merkintöjä käytetyistä menetelmistä nauhojen analysointivaiheessa. Taulukkoihin 7 ja 8 on koottu yhteenveto terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan koskevien arviointien yhtäpitävyydestä reliabiliteettiruudukon muodossa. Reliabiliteetin laskeminen Cohenin kappa-arvon avulla tapahtui näiden taulukoiden avulla. Reliabiliteettiruudukko ei ole aivan yhtä helposti luettavissa kuin tavanomainen taulukko, mutta ruudukkoa päädyttiin käyttämään

havainnollistamistapana, koska se osoittautui yksiselitteisimmäksi tavaksi kuvata havaintojen yhdenmukaisuutta.

Taulukko 7. Kuunnelluissa terapiaistunnoissa käytetyt KKT-menetelmät terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan arvioimina.*

	Altistus ulk.koht.	Altistus sis.koht.	Itseha- vainnointi	Käytt. aktiv.	Ong.ratk men.	Sos. taidot	Rentou- tuminen	Muu	Ei	Yht.
Altistus ulk. koht.	2	1								3
Altistus sis. koht.		3								3
Itseha- vainnointi			16							16
Käyttäyt. aktivointi				15						15
Ongelman ratk. men.					4			1	2	7
Sosiaaliset taidot						13			2	15
Rentou- tuminen							12			12
Muu								7	2	9
Ei			2		1	1		3		7
Yhteensä	2	4	18	15	5	14	12	11	6	72 / 87

* Taulukkoja luetaan seuraavasti: diagonaalin kohdalle sijoittuvat, tummennetut luvut ilmaisevat, kuinka monta kertaa terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan merkinnät olivat yhtä pitäviä kyseisen menetelmän kohdalla. Diagonaalien ulkopuolella olevat luvut kertovat arviointien eriävyydestä. Taulukon yläreunasta alaspäin luettaessa merkinnät koskevat nauhojen arvioitsijan havaintoja ja vasemmasta laidasta oikealle luettaessa merkinnät koskevat terapeuttien havaintoja. Taulukon oikeassa alakulmassa olevista luvuista ensimmäinen on diagonaalilla olevien lukujen summa. Luvuista toinen on alalaidan ja oikean laidan lukujen summa (kumpaakin kautta laskettaessa tulee sama tulos), ja se viittaa reliabiliteettiin vaikuttavien tilanteiden yhteismäärään, eli siihen, kuinka monta kertaa jompikumpi arvioitsijoista on arvioinut menetelmiä käytetyn kuunteluun tulleissa terapiaistunnoissa.

Kuten taulukosta 7 havaitaan, terapeutit ja nauhojen arvioitsija olivat 72:ssa tilanteessa 87:stä yksimielisiä käytetystä KKT-menetelmästä. Arvioinnit olivat täysin yksimielisiä käyttäytymisen aktivoinnin ja rentoutumisen käytöstä, ja yksimielisyyden aste oli korkea myös monen muun menetelmän, kuten itsehavainnoinnin ja sosiaalisten taitojen käytön kohdalla. Eniten eroja arvioinneissa oli ongelmanratkaisumenetelmän ja muiden kuin menetelmäpäiväkirjoissa mainittujen KKT- menetelmien käytön kohdalla.

Kuten taulukosta 8 havaitaan, ACT-menetelmien osalta terapeutit ja nauhojen arvioitsija olivat arvioinneissaan täysin yksimielisiä useiden menetelmien käyttöä koskevissa merkinnöissä. Tavoitteiden selventämisen sekä muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittamisen ja toimimattomista luopumisen osalta arvioinnit erosivat eniten, ja muista menetelmistä eroja arvioinneissa oli arvojen sekä hallintaa ja hyväksyntää koskevan keskustelun kohdalla.

Taulukko 8. Kuunnelluissa terapiaistunnoissa käytetyt ACT-menetelmät terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan arvioimina.

	Tav. selv.	Muut... yrit.kart.	Arvo- kesk.	Kesk. hall.&hyv.	Käs.Its. -kesk.	Meta- forat	Kiel.Mer. -kesk.	Tark harj	Tiet harj	Muu	Ei	Yht.
Tavoitteiden selventäm.	1		1								1	3
Muut- ja ratk.yr.kart.		0									2	2
Arvo- keskustelu			5								1	6
Kesk. hall.&hyv.				9								9
Käs.Its. -kesk.					3							3
Meta- forat						14						14
Kiel.Merk. -kesk.							3					3
Tarkkailija- harjoitus								3				3
Tietoisuus- harjoitus									1			1
Muu										4		4
Ei	1		1	1								3
Yhteensä	2	0	7	10	3	14	3	3	1	4	4	43/51

Otokseen tulleiden terapianauhoitusten perusteella laskettu nauhojen arvioitsijan ja terapeuttien välinen reliabiliteetti Cohenin kappa-arvolla arvioituna oli KKT-menetelmien osalta oli .80 ja ACT-menetelmien osalta .82. Ei ole olemassa virallisia kriteerejä sen suhteen, miten korkea Cohenin kappa-arvon tulee olla, jotta voidaan sanoa arvioitsijoiden olevan riittävän yksimielisiä arvioinneissaan. Fleiss (1981) on kuitenkin esittänyt yhden tulkintamallin: hänen mukaansa välillä .40 ja .60 olevat kappa-arvot ovat kohtuullisia, välillä .60 ja .75 olevat arvot hyviä ja .75 ylittävät kappa-arvot erinomaisia. Fleissin (1981) esittämän tulkintamallin mukaan tässä tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä koskevat, satunnaistamalla kuunteluun valittuihin terapiaistuntoihin pohjautuvat reliabiliteetit terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan välillä ovat erinomaisia.

Tarkasteltaessa käytettyjä menetelmiä koskevien arviointien eroja terapeuttien ja nauhojen arvioitsijan välillä, havaittiin muutama, terapiamenetelmien käytön kriteereihin liittyvä syy arviointien eroavuudelle. Yksi yleinen syy arviointien eroon oli se, että toisin kuin nauhojen arvioitsija, osa terapeuteista ei merkinnyt tiettyyn menetelmään pohjautuvaan harjoitukseen tai yleisesti menetelmään liittyvää keskustelua menetelmän käytöksi. Toiseksi, terapeuttien kanssa ei ennen terapiaa oltu sovittu, kuinka paljon tarkalleen menetelmää tulisi käyttää, jotta menetelmän voisi merkitä käytetyksi. Terapeuteille oli annettu ainoastaan yleinen ohje, jonka mukaan heidän tuli kunkin terapiaistunnon jälkeen kirjata ylös käyttämänsä menetelmät. Tulevissa tutkimuksissa tulisikin terapiaa edeltävässä koulutuksessa tarkemmin sopia menetelmien käytön kriteerit, jotta välttyttäisiin tässä tutkimuksessa esiin tulleilta, tarkkojen yhteisten kriteerien puuttumisesta johtuneilta arviointien eroavuuksilta. Voidaankin sanoa, että kun huomioidaan tarkkojen kriteerien puuttumisesta johtuvat arviointien eroavuudet, nauhojen arvioitsijan ja terapeuttien merkintöjen välinen reliabiliteetti oli jopa hämmästyttävän korkea.

Nauhojen arvioitsijoiden välinen reliabiliteetti laskettiin niin ikään Cohenin kappa-arvon (Cohen, 1960) avulla siten, että kumpikin nauhojen arvioitsija kuunteli samat kolme terapiaistuntoa, asiakkaiden 4, 11 ja 21 istunnot, ja kirjasi ylös käytetyt menetelmät, jonka jälkeen arvioitsijoiden välinen reliabiliteetti laskettiin (liitteet 14 ja 15). Arvioitsijat arvioivat nauhoja niin ikään riippumattomasti, eli arvioitsijat eivät nähneet toistensa merkintöjä käytetyistä menetelmistä ennen reliabiliteetin laskemista. Taulukoihin 9 ja 10 on koottu nauhojen arvioitsijoiden merkintöjen yhdenmukaisuutta kuvaavat reliabiliteettiruudukot.

Taulukko 9. Nauhojen arvioitsijoiden reliabiliteettikuunteluissa esiintyneet KKT-menetelmät kummankin nauhojen arvioitsijan arvioimana.

	Itsehav. kesk.	Itsehav. harj.	Käyt. akt. kesk.	Käyt. akt. harj.	Sos.taidot kesk.	Sos.taidot harj.	Muut kesk.	Yhteensä
Itsehav. kesk.	1							1
Itsehav. harj.		2						2
Käyt. akt. kesk.			1					1
Käyt. akt. harj.				1				1
Sos.taidot kesk.					1			1
Sos.taidot harj.						2		2
Muut kesk.							3	3
Yhteensä	1	2	1	1	1	2	3	11 / 11

Kuten taulukosta 9 voidaan havaita, nauhojen arvioitsijat olivat täysin yksimielisiä käytetyistä KKT-menetelmistä, ja täten nauhojen arvioitsijoiden välinen, kolmea yhteisesti kuunneltua terapiaistuntoa koskeva reliabiliteetti oli KKT-menetelmien osalta 1.

Taulukko 10. Nauhojen arvioitsijoiden reliabiliteettikuunteluissa esiintyneet ACT-menetelmät kummankin nauhojen arvioitsijan arvioimana.

	Arvot kesk.	Hall. ja hyv. kesk.	Hall. ja hyv. harj.	Käsitys itsestä harj.	Kielen merk. harj.	Yhteensä
Arvot kesk.	2					2
Hall. ja hyv. kesk.		2				2
Hall. ja hyv. harj.			3			3
Käsitys itsestä harj.				1		1
Kielen merk. harj.				1		1
Yhteensä	2	2	3	2	0	8 / 9

ACT-menetelmien osalta arvioissa oli ero yhden metaforan osalta: toinen arvioitsija arvioi kyseisen metaforan kuuluvan käsitys itsestä -menetelmään, kun taas toinen arvioitsija arvioi kyseisen menetelmän kuuluvan kielen merkitys -menetelmään. ACT-menetelmien osalta arvioitsijoiden välinen reliabiliteetti Cohenin kappa-arvolla arvioituna oli .85.

2.8 Tilastolliset menetelmät

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelman versiolla 13.0. Ryhmien sisäisessä analysoinnissa käytettiin Wilcoxon-testiä, sillä parametriset tilastomenetelmät ovat alttiimpia virhevaikutuksille otosten ollessa pieniä. Kuitenkin, koska nonparametrisiä testejä käytetään hyvin vähän terapiahoitoa koskevissa tutkimuksissa, aineistoa analysoitiin myös kovarianssianalyysin avulla. Niinpä ryhmien väliset vertailut tehtiin pääosin kovarianssianalyysillä, joskin ryhmien alkutilannetta vertailtiin Mann-Whitney -testin avulla. Lisäksi käytettiin korrelaatioanalyysiä.

3 TULOKSET

3.1 Alku- ja loppumittaukset

Ryhmiä välillä ei Mann-Whitney -testillä testattuna ollut tilastollisesti merkitseviä eroja minkään mittarin osalta ennen terapioiden alkamista (taulukko 11, alkumittaus). Kuitenkin, masentuneisuuden osalta ero oli melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä (BDI: $Z = -1.694$, $p = .090$). Täten alkutilanne viittasi siihen, että KKT + ACT -ryhmässä tutkittavien masennus oli terapian alkaessa KKT + arvot -ryhmää vaikeampaa, eikä satunnaistaminen siis vaikuttanut täysin onnistuneelta. Taulukossa 11 on esitetty asiakkaiden alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin. RAND-36 -mittarin tulokset on esitetty muuttujittain.

Taulukko 11. Alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin.

Mittari / muuttuja	KKT + arvot -ryhmä n = 12		KKT + ACT -ryhmä n = 13	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
BDI	21.25 (9.67)	13.67 (5.81)*	25.92 (6.33)	15.54 (6.73)*
SCL-90 (GSI)	1.30 (.46)	.88 (.29)*	1.59 (.48)	1.18 (.60)*
AAQ-8	33.25 (6.24)	37.58 (8.30)*	29.62 (5.94)	33.92 (7.95)
JES	33.75 (5.77)	34.75 (6.74)	34.15 (5.57)	36.62 (7.01)
Itseluottamus	58.50 (22.15)	62.67 (17.30)	46.69 (16.19)	57.38 (14.62)*
Mieliala	46.50 (24.67)	50.17 (21.10)	38.81 (18.13)	50.31 (17.55)*
Tyytyväisyys elämään	43.92 (14.02)	49.58 (14.44)	41.38 (18.50)	52.46 (20.60)
Fyysinen toimintakyky	81.25 (18.60)	84.58 (20.39)	79.23 (24.14)	80.38 (22.86)
Fyys. terv. aih. ong. arkielämässä	41.67 (43.08)	52.08 (48.22)	44.23 (44.67)	44.23 (37.02)
Emot. ong. aih. vaik. arkieläm.	19.42 (33.23)	30.50 (38.84)	30.69 (31.86)	38.46 (38.19)
Energia/Uupumus	31.67 (23.29)	43.75 (14.32)	31.15 (21.03)	37.31 (16.54)
Emotionaalinen hyvinvointi	41.33 (15.48)	54.00 (13.80)*	42.77 (20.94)	53.54 (17.25)*
Sosiaalinen toimintakyky	51.33 (26.86)	58.50 (22.18)	50.38 (29.91)	58.00 (21.45)
Kipu	53.50 (22.38)	63.17 (24.91)	58.31 (21.56)	59.08 (20.78)
Kokemus omasta terveydentilasta	40.00 (14.62)	49.58 (18.76)*	40.00 (23.98)	44.62 (23.58)
Koettu terveyden- tilan muutos	33.33 (19.46)	39.58 (16.71)	38.46 (26.25)	42.31 (18.78)

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

Ryhmiä sisäisissä tarkasteluissa havaittiin seuraavaa: KKT + arvot -ryhmässä tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos alku- ja loppumittauksen välillä masentuneisuuden (BDI: $Z = -2.442$, $p = .015$), koettujen oireiden (SCL-90: $Z = -2.510$, $p = .012$), psykologisen joustavuuden (AAQ-8: $Z = -2.349$, $p = .019$) sekä RAND-36 -kyselyn sisältämistä muuttujista emotionaalisen hyvinvoinnin ($Z = -2.638$, $p = .008$) ja koetun terveydentilan ($Z = -2.010$, $p = .044$) kohdalla. Lisäksi tässä ryhmässä RAND-36 -kyselyn energia-muuttujassa tapahtui lähes tilastollisesti merkitsevä muutos terapian aikana ($Z = -1.843$, $p = .065$). KKT + ACT -ryhmässä havaittiin

tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä masentuneisuudessa (BDI: $Z = -3.064$, $p = .002$), koetuissa oireissa (SCL-90: $Z = -2.482$, $p = .013$), itseluottamuksessa ($Z = -1.995$, $p = .046$), mielialassa ($Z = -2.170$, $p = .030$) ja RAND-36 -kyselyn muuttujista emotionaaliossa hyvinvoinnissa ($Z = -2.084$, $p = .037$). Lisäksi yhdistelmäryhmässä havaittiin lähes tilastollisesti merkitsevä muutos tyytyväisyys elämään -asteikolla ($Z = -1.922$, $p = .055$) sekä JES-mittarissa ($Z = -1.781$, $p = .075$).

Ryhmien välisiä eroja arvioitiin kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina käytettiin tutkittavien alkumittauksia. Kovarianssianalyysin mukaan ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja loppumittauksissa minkään mittarin osalta, kun analyysissä huomioitiin tutkittavien alkutilanne. Molemmat terapia- ja hoito- muodot olivat siis kovarianssianalyysin mukaan yhtä tehokkaita.

Ryhmien tuloksia vertailtiin myös effect size -parametrin (Butler, 2006, Roth & Fonagy, 2005, Öst, 2006) avulla (Effect Size Calculator, <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escalc3.htm>). Taulukossa 12 on esitetty ryhmien väliset, kontrolloidut effect size (ES) -luvut. ES-luvut laskettiin siten, että ryhmä 1 oli KKT + ACT -ryhmä (hoitoryhmä/treatment) ja ryhmä 2 oli KKT + arvot -ryhmä (kontrolli/control). Luvut onkin esitetty taulukossa niin, että KKT + ACT -ryhmän tulokset ovat vertailun lähtökohta.

Taulukko 12. Ryhmien väliset, terapiahoitojen tehokkuutta vertailevat effect size -luvut.*

Mittari / muuttuja	Cohenin d Loppumittaus
BDI	-0.30
SCL-90	-0.64
AAQ-8	-0.45
JES	0.27
Itseluottamus	-0.33
Mieliala	0.01
Tyytyväisyys elämään	0.16
Fyysinen toimintakyky	-0.19
Fyysisen terveyden aiheuttamat ongelmat arkielämässä	0.18
Emotionaalisten vaikeuksien aiheuttamat ongelmat arkielämässä	0.21
Energia/Uupumus	-0.42
Emotionaalinen hyvinvointi	-0.03
Sosiaalinen toimintakyky	-0.02
Kipu	-0.18
Kokemus omasta terveydentilasta	-0.23
Koettu terveydentilan muutos	0.15

*Positiiviset ES-luvut viittaavat KKT + ACT -hoidon suurempaan vaikuttavuuteen, negatiiviset ES-luvut viittaavat KKT + arvot -hoidon suurempaan vaikuttavuuteen.

Taulukossa 12 esitettyjen ES-lukujen perusteella voidaan todeta, että loppumittauksien tuloksissa havaittiin keskiarvoero KKT + arvot -ryhmän hyväksi koettujen oireiden (SCL-90) ja pieni ero masennuksen (BDI), psykologisen joustavuuden (AAQ-8), itseluottamuksen, energisyyden ja koetun terveydentilan kohdalla. JES-mittarin ja emotionaalisten tekijöiden aiheuttamien arkielämän ongelmien loppumittauksissa oli pieni ero KKT + ACT -ryhmän hyväksi. Muilla mittareilla mitattuihin asioihin hoidot vaikuttivat ES-lukujen perusteella yhtäläisesti. (ks. Cohen, 1988.)

Taulukossa 13 on esitetty ryhmien sisäiset, hoidon vaikuttavuutta kuvaavat ES-luvut. Taulukossa esitettyjen tulosten perusteella voidaan sanoa, että hoidon vaikutus oli KKT + arvot -ryhmän sisällä keskiuurta masennuksen (BDI), koettujen oireiden (SCL-90) ja emotionaalisen hyvinvoinnin osalta sekä pientä psykologisen joustavuuden (AAQ-8), energisyyden ja koetun terveydentilan kohdalla. Hoidolla ei KKT + arvot ryhmän kohdalla ollut ES-lukujen mukaan ollut vaikutusta muilla mittareilla ja RAND-kyselyn muuttujilla arvioituihin asioihin. KKT + ACT -ryhmän sisällä hoidon vaikutus oli ES-lukujen mukaan suurta masennuksen (BDI) kohdalla ja pientä koettujen oireiden (SCL-90), psykologisen joustavuuden (AAQ-8), itseluottamuksen, mielialan, tyytyväisyys elämään -mittarin ja emotionaalisen hyvinvoinnin osalta. Hoidolla ei tässä ryhmässä ollut ES-lukujen mukaan vaikutusta muihin mitattuihin asioihin (ryhmien sisäiset ES-luvut, ks. Öst, 2006.)

Taulukko 13. Hoidon vaikuttavuutta ryhmien sisällä kuvaavat effect size -luvut.

Mittari / muuttuja	KKT + arvot -ryhmä n = 12	KKT + ACT -ryhmä n = 13
BDI	0.95	1.59
SCL-90	1.08	0.75
AAQ-8	0.59	0.61
JES	0.16	0.39
Itseluottamus	0.21	0.69
Mieliala	0.16	0.67
Tyytyväisyys elämään	0.40	0.57
Fyysinen toimintakyky	0.17	0.05
Fyysisen terveyden aiheuttamat ongelmat arkielämässä	0.23	0.00
Emotionaalisten vaikeuksien aiheuttamat ongelmat arkielämässä	0.31	0.22
Energisyys	0.62	0.33
Emotionaalinen hyvinvointi	0.86	0.56
Sosiaalinen toimintakyky	0.29	0.29
Kipu	0.41	0.04
Kokemus omasta terveydentilasta	0.57	0.19
Koettu terveydentilan muutos	0.34	0.17

3.2 Diagnostiset alku- ja loppuhaastattelut

Alkuhaastattelussa 15 asiakasta (60 %) täytti DSM-IV -luokituksen mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit. Heistä 6 kuului KKT + arvot -ryhmään ja 9 yhdistelmäryhmään. Yhdistelmäryhmän alkutilanne vaikutti siis kriteerien täyttymisen valossa KKT + arvot -ryhmää vaikeammalta, joskaan Khiin neliö -testin mukaan ryhmien välillä ei ollut eroa kriteerit täyttäneiden määrässä [$X(1) = .96, p > .05$]. Loppuhaastattelussa 6 asiakasta (24 %) täytti kriteerit, kolme kummastakin ryhmästä. Yhdistelmäryhmässä siis useamman asiakkaan masentuneisuus helpotti terapian aikana kriteerien täyttymisen perusteella. Khiin neliö -testin mukaan ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut eroa, kun tarkasteltiin alku- ja loppuhaastattelun välillä tapahtunutta muutosta kriteerit täyttäneiden määrässä [$X(1) = .17, p > .05$]. Taulukkoon 14 on koottu yhteenveto kriteerien täyttymisestä alku- ja loppuhaastattelussa hoitoryhmittäin.

Taulukko 14. DSM-IV:n mukaisten vakavan masennusjakson kriteerit täyttäneiden määrät ja prosenttiosuudet ennen hoitoa ja hoidon jälkeen hoitoryhmittäin.

Kriteeri	KKT + arvot -ryhmä n = 12		KKT + ACT -ryhmä n = 13	
	Alkuhaastattelu	Loppuhaastattelu	Alkuhaastattelu	Loppuhaastattelu
Diagnoosi	6 (50 %)	3 (25 %)	9 (69 %)	3 (23 %)
1: Mas. mieliala	10 (83 %)	7 (58 %)	11 (85 %)	8 (62 %)
2: Kiinnostuksen tai mielihyvän puute	6 (50 %)	3 (25 %)	7 (54 %)	4 (31 %)
3: Ruokahalun/ painon tahaton muutos	4 (33 %)	3 (25 %)	4 (31 %)	4 (31 %)
4: Univaikkeudet	8 (67 %)	8 (67 %)	12 (92 %)	11 (85 %)
5: Psykomotorinen hitaus tai kiihtyneisyys	1 (8 %)	0 (0 %)	5 (38 %)	0 (0 %)
6: Uupumus	8 (67 %)	3 (25 %)	11 (85 %)	5 (38 %)
7: Arvottomuuden tai syyllisyyden kokemukset	6 (50 %)	3 (25 %)	7 (54 %)	4 (31 %)
8: Keskittymis-/päättöksentekovaikkeudet	5 (42 %)	4 (33 %)	11 (85 %)	5 (38 %)
9: Itsetuhoajatukset /-suunnitelmat /-teot	4 (33 %)	4 (33 %)	7 (54 %)	2 (15 %)
Lisäkriteeri: (Masennus haittaa arkielämää)	10 (83 %)	7 (58 %)	10 (77 %)	8 (62 %)

Diagnoosi = täyttää DSM-IV:n mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit haastattelun perusteella.

Kuten yllä olevasta taulukosta voidaan todeta, että asiakkaiden masennusoireet vähenivät alku- ja loppuhaastattelun välillä usealla alueella. Tutkimusryhmittäin tarkasteltuna yllä olevasta taulukosta voidaan todeta, että KKT + arvot -ryhmässä eniten vähenivät uupumus (kriteeri 6) sekä arvottomuuden ja syyllisyyden kokemukset (kriteeri 7) kiinnostuksen ja mielihyvän (kriteeri 2) vastaavasti lisääntyessä eniten. KKT + ACT -ryhmässä itsetuhoajatukset (kriteeri 9), uupumus, psykomotorinen hitaus tai kiihtyneisyys (kriteeri 5) sekä keskittymis- ja päättöksentekovaikkeudet (kriteeri 8) vähenivät eniten. Myös tässä ryhmässä kiinnostus ja mielihyvä lisääntyi lähes puolella terapian aikana. Usean kriteerin kohdalla muutoksia tapahtui suunnilleen yhtä paljon kummassakin ryhmässä. Kuitenkin, yhdistelmäryhmässä keskittymis- ja päättöksentekovaikkeudet ja itsetuhoisuus vähenivät terapian aikana huomattavasti KKT + arvot -ryhmää enemmän. Myös psykomotoriset poikkeamat vähenivät yhdistelmäryhmässä huomattavasti KKT + arvot -ryhmää enemmän, joskin KKT + arvot -ryhmässä ei tällaisia vaikeuksia juuri ollut edes terapian alkaessa. Tutkimusryhmästä riippumaton yhteenveto kriteerit täyttäneiden määrästä on esitetty liitteessä 20.

3.3 Psykologisen joustavuuden ja itseluottamuksen muutokset terapiaprosessin aikana

Terapiaprosessia tutkittiin tässä tutkimuksessa psykologista joustavuutta mittaavan AAQ-8:n (ks. Hayes ym., 2004) ja Markku Ojosen kehittämän, itseluottamusta kartoittavan 0–100 -asteikon avulla (ks. Ojanen, 2001). Asiakkaiden psykologista joustavuutta ja itseluottamusta arvioitiin ensimmäisen kerran ennen terapian alkua, osana laajempaa alkumittausta (ks. tulokset yllä) ja toinen arviointikerta toteutettiin kotitehtävänä toisen terapiatapaamisen jälkeen. Kolmannesta tapaamisesta eteenpäin asiakkaiden psykologista joustavuutta ja itseluottamusta arvioitiin terapiatapaamisen lopussa. Mainittakoon, että tämän analyysin yhdeksäs mittausta tehtiin pääsääntöisesti yhdeksännen terapiatapaamisen lopussa, ennen kotitehtävänä täytettyjä loppumittauslomakkeita. Loppumittausten

ajoituksen vuoksi kymmenennen tapaamiskerran lopussa tehtyjä mittauksia ei huomioitu analyysissä. Aineistoa tiivistettiin analyysiä varten siten, että kummankin prosessimuuttujan tuloksista muodostettiin kolme keskiarvoa: käyttäytymisanalyysivaihe = KA (tapaamiset 1 & 2), keskivaihe (tapaamiset 3–6) ja loppuvaihe (tapaamiset 7–9). Taulukkoon 15 on koottu prosessimuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin eri hoitovaiheissa.

Taulukko 15. Psykologisessa joustavuudessa ja itseluottamuksessa tapahtuneet muutokset terapian aikana hoitoryhmittäin.

	KKT + arvot -ryhmä n = 12			KKT + ACT -ryhmä n = 13		
	KA	Keskivaihe	Loppuvaihe	KA	Keskivaihe	Loppuvaihe
AAQ-8	33.42(6.91)	33.40(7.69)	35.39(7.62)	28.96(4.58)	32.37(5.97)	34.79(6.15)
Itseluot- tamus	58.46(20.48)	55.31(17.85)	60.28(18.60)	47.38(16.86)	50.56(16.85)	55.03(14.71)

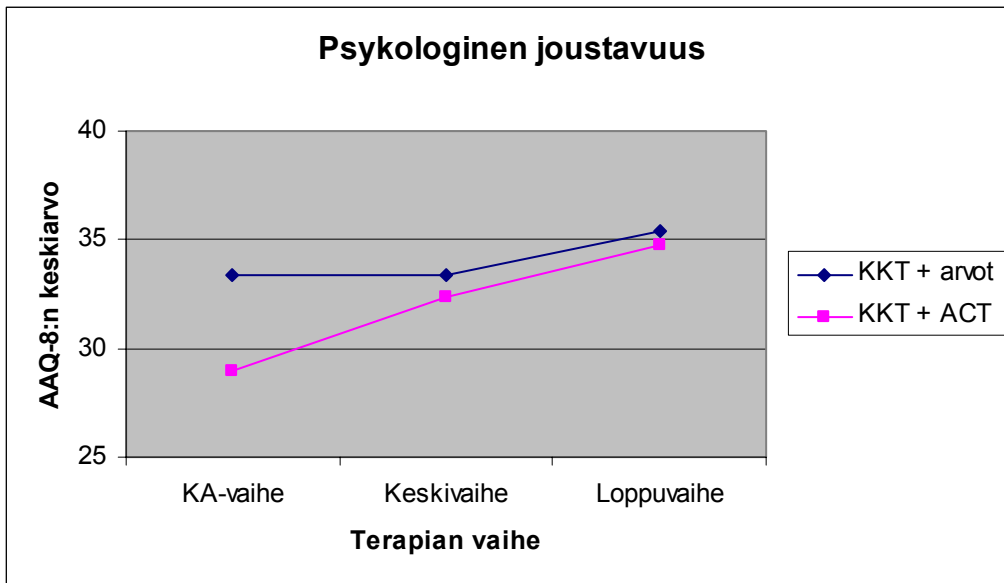
KA = käyttäytymisanalyysivaihe

Keskivaihe = tapaamiset 3-6

Loppuvaihe = tapaamiset 7-9

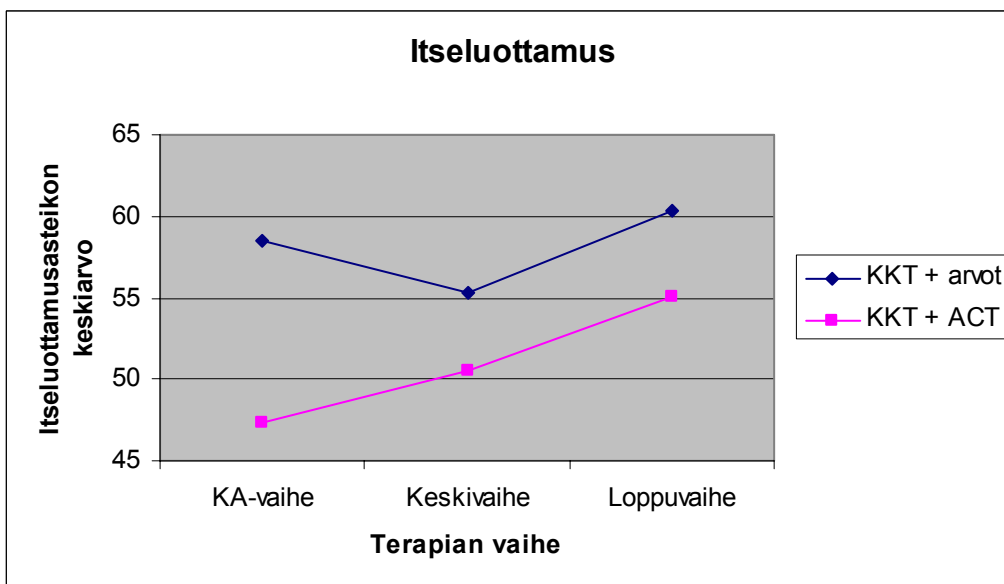
Ryhmien välillä ei kovarianssianalyysin perusteella ollut tilastollisesti merkitseviä eroja kummankaan prosessimuuttujan kohdalla. Kuitenkin, psykologisen joustavuuden (AAQ-8) käyttäytymisanalyysin ja keskivaiheen välisessä muutoksessa oli lähes tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä ($F(1,22) = 4.245, p = .051$) yhdistelmähoidon hyväksi, eli psykologinen joustavuus näytti lisääntyneen KKT + ACT -ryhmässä nopeammin kuin KKT + arvot -ryhmässä. Tätä tulosta voidaan pitää suuntaa antavana.

Ryhmien sisällä tapahtui Wilcoxon-testin perusteella tilastollisesti merkitseviä muutoksia molemmissa prosessimuuttujissa. KKT + arvot -ryhmässä havaittiin tilastollisesti merkitsevä muutos keskivaiheen ja loppuvaiheen välillä sekä psykologisen joustavuuden (AAQ: $Z = -2.080, p = .038$) että itseluottamuksen osalta ($Z = -2.312, p = .021$). Lisäksi psykologisen joustavuuden lisääntyminen käyttäytymisanalyysivaiheen ja loppuvaiheen välillä oli melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ($Z = -1.728, p = .084$). KKT + ACT -ryhmässä tilastollisesti merkitseviä muutoksia havaittiin psykologisen joustavuuden (AAQ-8) kohdalla käyttäytymisanalyysivaiheen ja keskivaiheen ($Z = -2.413, p = .016$) sekä käyttäytymisanalyysivaiheen ja loppuvaiheen välillä ($Z = -2.727, p = .006$), ja näiden lisäksi keski- ja loppuvaiheen välillä tapahtui melko lähelle tilastollista merkitsevyyttä yltänyt muutos ($Z = -1.748, p = .081$). Itseluottamuksen osalta tilastollisesti merkitsevä ero yhdistelmäryhmässä oli käyttäytymisanalyysivaiheen ja loppuvaiheen välillä ($Z = -2.201, p = .028$). Lisäksi itseluottamuksessa tapahtui keski- ja loppuvaiheen välillä lähes tilastollisesti merkitsevä muutos ($Z = -1.922, p = .055$). Kuvioissa 2 ja 3 on esitetty kummankin prosessimuuttujan muutokset hoitoryhmittäin eri hoitovaiheissa.



Kuvio 2. Psykologisessa joustavuudessa terapiaprosessin aikana tapahtuneet muutokset hoitoryhmittäin.

Kuten kuviosta 2 voidaan havaita, psykologisessa joustavuudessa tapahtui muutoksia siten, että KKT + arvot -ryhmässä psykologinen joustavuus pysyi lähes samana terapiaprosessin alku- ja keskiosan, mutta lisääntyi lopussa hieman. KKT + ACT -ryhmän osalta psykologinen joustavuus lisääntyi terapian alussa selkeästi, mutta muutosvauhti hidastui terapian loppuvaiheessa.



Kuvio 3. Itseluottamuksessa terapiaprosessin aikana tapahtuneet muutokset hoitoryhmittäin.

Kuten kuviosta 3 havaitaan, itseluottamuksessa tapahtui terapiaprosessin aikana muutoksia siten, että KKT + arvot ryhmässä itseluottamus laski terapian keskivaiheessa, ja nousi sen jälkeen hieman ollen korkeimmillaan terapian loppuvaiheessa. Yhdistelmäryhmässä itseluottamus lisääntyi koko terapiaprosessin ajan muutosvauhdin lisääntyessä aavistuksen terapiaprosessin loppuvaiheessa.

3.4 Psykologinen joustavuus ja hoitotulos

Aiemmissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että psykologisella joustavuudella on positiivinen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin (ks. esim. Hayes ym., 2006). Myös tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko psykologisella joustavuudella yhteyttä hoitotulokseen. Arvioitaessa AAQ-8:lla mitatun psykologisen joustavuuden yhteyttä masentuneisuuteen ja koettuihin oireisiin ennen hoidon aloittamista havaittiin, että suurempi psykologinen joustavuus oli yhteydessä vähäisempään masentuneisuuteen ja koettuihin oireisiin. AAQ-8:n ja BDI:n välinen korrelaatio oli $-.63$ ollen tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = .001$), ja AAQ-8:n ja SCL-90:n välinen korrelaatio oli $-.46$ ollen tilastollisesti merkitsevä ($p = .022$).

Seuraavaksi selvitettiin, oliko psykologisen joustavuuden muutos yhteydessä hoitotulokseen. Tätä tutkittiin laskemalla korrelaatiot AAQ-8 -muutoksen ja muiden mittareiden muutosten välille. Muutospisteet laskettiin mittareiden alku- ja loppumittaustulosten erotuksena. Korrelaatioita tarkasteltaessa havaittiin, että psykologisen joustavuuden muutos oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä useissa mittareissa tapahtuneeseen muutokseen: psykologisen joustavuuden muutos ja masentuneisuus (BDI) korreloivat positiivisesti [$r = .401$ ($n = 25$), $p = .047$], samoin psykologisen joustavuuden muutos ja SCL-90:llä kartoitetut koetut oireet [$r = .688$ ($n = 25$), $p = .000$]. Niin ikään positiivisesti psykologisen joustavuuden muutoksen kanssa korreloivat JES-pisteiden muutos [$r = .638$ ($n = 25$), $p = .001$], itseluottamuksen muutos [$r = .585$ ($n = 25$), $p = .002$] ja tyytyväisyydessä elämään tapahtunut muutos [$r = .575$ ($n = 25$), $p = .003$]. Taulukossa 16 on korrelaatiomatriisi, jossa on esitetty mittareiden muutospisteiden väliset korrelaatiot (lukuun ottamatta RAND-36 -kyselyn muuttujia, jonka yhteydet psykologiseen joustavuuteen on esitetty taulukossa 17).

Taulukko 16. Psykologisen joustavuuden muutoksen yhteys tulosmittareissa hoidon aikana tapahtuneisiin muutoksiin.

	AAQ-8	BDI	SCL-90	JES	Itseluottamus	Mieliala	Tyytyväis. elämään
AAQ-8	1	.40*	.69**	.64**	.59**	.39	.58**
BDI	.40*	1	.76**	.39	.59**	.55**	.60**
SCL-90	.69**	.76**	1	.57**	.72**	.47*	.71**
JES	.64**	.39	.57**	1	.53**	.41*	.42*
Itseluottamus	.59**	.59**	.72**	.53**	1	.43*	.46*
Mieliala	.39	.55*	.47*	.41*	.43*	1	.69**
Tyytyväisyys elämään	.58**	.60**	.71**	.42*	.46*	.69**	1

* * tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .01$

* tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .05$

Tarkasteltaessa psykologisen joustavuuden muutoksen ja RAND-36 -kyselyn sisältämien muuttujien muutoksen välisiä korrelaatioita havaittiin seuraavaa: muutos psykologisessa joustavuudessa korreloi positiivisesti ja tilastollisesti merkitsevästi emotionaalisten tekijöiden aiheuttamien ongelmien muutoksen kanssa [$r = .455$ ($n = 25$), $p = .022$], emotionaalisen hyvinvoinnin muutoksen kanssa [$r = .536$ ($n = 25$), $p = .006$] sekä koetun terveydentilan muutoksen kanssa [$r = .517$ ($n = 25$), $p = .008$]. Taulukossa 17 on korrelaatiomatriisi, jossa on esitetty RAND-36 -kyselyn sisältämien muuttujien muutoksen ja psykologisessa joustavuudessa tapahtuneiden muutosten väliset korrelaatiot.

Muiden mittareiden välisistä korrelaatioista voidaan todeta, että monet mittarit korreloivat keskenään positiivisesti, esimerkiksi laajasti erilaisia oireita kartoittava SCL-90 ja itseluottamus

korreloivat positiivisesti ja tilastollisesti merkitsevästi kaikkien taulukon 17 mittareiden ja useiden RAND-kyselyn muuttujien kanssa. RAND-kyselyn muuttujista emotionaalisten tekijöiden aiheuttamat ongelmat arkielämässä, energisyys, emotionaalinen hyvinvointi sekä kokemus omasta terveydentilasta korreloivat useiden muiden RAND-muuttujien ja muidenkin mittareiden kanssa tilastollisesti merkitsevästi. Kaikkien mittareiden väliset korrelaatiot on esitetty liitteessä 21.

Taulukko 17. Psykologisen joustavuuden yhteys RAND-kyselyn muuttujissa hoidon aikana tapahtuneisiin muutoksiin.

	AAQ-8	Rand 1	Rand 2	Rand 3	Rand 4	Rand 5	Rand 6	Rand 7	Rand 8	Rand 9
AAQ-8	1	.30	-.21	.46*	.29	.54**	.19	.07	.04	.52**
Rand 1	.30	1	.32	.40*	-.02	-.07	-.08	.38	.17	.42*
Rand 2	-.21	.32	1	.07	.08	-.07	-.18	.42*	.00	.21
Rand 3	.46*	.40*	.07	1	.42*	.57**	.36	-.10	.19	.61**
Rand 4	.29	-.02	.08	.42*	1	.78**	.65**	.19	.31	.61**
Rand 5	.54**	-.07	-.07	.57**	.78**	1	.56**	-.05	.23	.67**
Rand 6	.19	-.08	-.18	.36	.65**	.56**	1	.11	.58**	.33
Rand 7	.07	.38	.42*	-.10	.19	-.05	.11	1	.26	.12
Rand 8	.04	.17	.00	.19	.31	.23	.58**	.26	1	.07
Rand 9	.52**	.42*	.21	.61**	.61**	.67**	.33	.12	.07	1

* * tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .01$

* tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .05$

Rand 1 = fyysinen toimintakyky

Rand 2 = fyysisen terveyden aiheuttamat ongelmat arkielämässä

Rand 3 = emotionaalisten vaikeuksien aiheuttamat ongelmat arkielämässä

Rand 4 = energian/uupumuksen määrä

Rand 5 = emotionaalinen hyvinvointi

Rand 6 = sosiaalinen toimintakyky

Rand 7 = kipu

Rand 8 = kokemus omasta terveydentilasta

Rand 9 = koettu terveydentilan muutos

Yhteenvedona voidaan todeta korrelaatioiden viittaavan siihen, että mitä enemmän psykologinen joustavuus lisääntyy hoidon aikana, sitä enemmän masennus ja koetut oireet vähenevät ja sitä enemmän asiakkaan itseluottamus, toimintakyky ja emotionaalinen hyvinvointi kohenevat ja sitä enemmän asiakas kokee terveytensä kohentuneen. Sitä, onko yhteys kausaalinen vai onko muutoksen aiheuttajana jokin kolmas, väliin tuleva muuttuja, ei korrelaatioiden perusteella voida tehdä johtopäätöksiä.

Seuraavaksi tarkasteltiin toisen korrelatiivisen otteen avulla psykologisessa joustavuudessa hoidon aikana tapahtuneen muutoksen yhteyttä hoitotulokseen. Aineisto jaettiin mediaanin perusteella suuren ja pienen psykologisen joustavuuden muutoksen ryhmiin. Suuren psykologisen joustavuuden muutoksen ryhmässä psykologinen joustavuus oli lisääntynyt vähintään kolme pistettä AAQ-8:lla mitattuna. Pienen psykologisen joustavuuden muutoksen ryhmässä psykologinen joustavuus oli lisääntynyt korkeintaan kaksi pistettä AAQ-8:lla mitattuna tai vähentynyt.

Ryhmien välillä ei (Mann-Whitney testillä testattuna) ollut tilastollisesti merkitseviä eroja minkään mittarin osalta alkutilanteessa. Taulukkoon 18 on koottu suuren ja pienen psykologisen joustavuuden muutosryhmän alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat.

Taulukko 18. Alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat psykologisen joustavuuden muutosryhmissä

Mittari	Negatiivinen tai pieni positiivinen muutos psykologisessa joustavuudessa n = 12		Suuri positiivinen muutos psykologisessa joustavuudessa n = 13	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
BDI	21.58 (7.62)	16.50 (6.75)*	25.62 (8.69)	12.92 (5.44)*
SCL-90 (GSI)	1.46 (.47)	1.27 (.52)	1.44 (.52)	.82 (.36)*
JES	32.33 (4.23)	33.33 (4.25)	35.46 (6.33)	37.92 (8.07)
Itseluottamus	49.67 (18.46)	53.83 (13.00)	54.85 (21.40)	65.54 (16.63)*
Mieliala	39.92 (16.07)	45.75 (16.57)	44.38 (25.97)	54.38 (20.63)
Tyytyväisyys elämään	40.50 (14.86)	43.25 (20.00)	44.54 (17.74)	58.31 (11.64)*
Fyysinen toimintakyky	85.00 (14.14)	87.92 (11.17)	75.77 (25.97)	77.31 (27.20)
Fyys. terv. aih. ong. arkieläm.	33.33 (35.89)	47.92 (40.53)	51.92 (48.37)	48.08 (45.03)
Emot. ong. aih. vaik. arkieläm.	19.42 (26.49)	27.75 (27.93)	30.69 (37.19)	41.00 (45.47)
Energisyys	27.92 (20.61)	34.58 (12.70)	34.62 (22.96)	45.77 (16.44)
Emotionaalinen hyvinvointi	39.33 (15.99)	47.00 (14.38)*	44.62 (20.26)	60.00 (13.95)*
Sosiaalinen toimintakyky	46.33 (27.53)	52.33 (19.07)	55.00 (28.68)	63.69 (22.60)
Kipu	53.17 (21.48)	56.42 (20.71)	58.62 (22.31)	65.31 (23.98)
Kokemus omasta terveydentilasta	37.50 (18.28)	46.25 (21.33)	42.31 (21.27)	47.69 (21.76)
Koettu terv. tilan muutos	35.42 (19.82)	41.67 (16.28)	36.54 (26.25)	40.38 (19.20)

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

Ryhmässä, jossa psykologinen joustavuus oli lisääntynyt paljon hoidon aikana, tilastollisesti merkitseviä eroja alku- ja loppumittauksen välillä havaittiin masentuneisuudessa (BDI: $Z = -2.982$, $p = .003$), koetuissa oireissa (SCL-90: $Z = -2.970$, $p = .003$), itseluottamuksessa ($Z = -2.158$, $p = .031$), tyytyväisyydessä elämään ($Z = -2.377$, $p = .017$) ja RAND-kyselyn muuttujista emotionaalisisessa hyvinvoinnissa ($Z = -2.345$, $p = .019$). Myös mieliala koheni tässä ryhmässä hoidon aikana lähes tilastollisesti merkitsevästi ($Z = -1.779$, $p = .075$). Ryhmässä, jossa psykologinen joustavuus oli hoidon aikana lisääntynyt vähän tai laskenut, havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja alku- ja loppumittauksen välillä masentuneisuuden (BDI: $Z = -2.601$, $p = .009$) ja RAND-kyselyn muuttujista emotionaalisen hyvinvoinnin ($Z = -2.247$, $p = .025$) osalta. Lisäksi seuraavissa mittareissa terapian aikana tapahtunut muutos oli melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä: SCL-90 ($Z = -1.883$, $p = .060$), mieliala ($Z = -1.688$, $p = .091$) ja RAND-kyselyn muuttuja kokemus omasta terveydentilasta ($Z = -1.688$, $p = .091$). Voidaankin todeta, että ryhmässä, jossa psykologinen joustavuus lisääntyi paljon terapian aikana, psykologinen hyvinvointi lisääntyi ja psykologinen pahoinvointi vähentyi useammalla hyvinvoinnin osa-alueella kuin ryhmässä, jossa psykologinen joustavuus lisääntyi terapiaprosessin aikana vähän tai laski.

Ryhmien välisiä eroja hoidon tuloksellisuudessa selvitettiin kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina oli alkupistemäärä. Kovarianssianalyysin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti

merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä koettujen oireiden (SCL-90: $F(1,22) = 10.79, p = .003$), tyytyväisyys elämään -mittarin ($F(1,22) = 5.49, p = .029$) ja emotionaalisen hyvinvoinnin ($F(1,22) = 4.50, p = .045$) kohdalla. Ryhmien välinen ero oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä itseluottamuksen ($F(1,22) = 3.85, p = .062$) ja masennuksen (BDI: $F(1,22) = 3.49, p = .075$) osalta. Näitä tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Toisin sanoen ryhmässä, jossa psykologinen joustavuus lisääntyi paljon hoidon aikana, koetut oireet olivat hoidon loppuessa vähäisempiä ja vastaavasti elämään oltiin tyytyväisempiä ja emotionaalinen hyvinvointi koettiin paremmaksi kuin ryhmässä, jossa psykologinen joustavuus lisääntyi vähän tai laski hoidon aikana. Lisäksi tulokset antavat viitteitä siitä, että psykologisen joustavuuden suurella muutoksella hoidon aikana on vaikutusta myös vähäisempään masentuneisuuteen ja parempaan itseluottamukseen.

3.5 Nauhoitukset

Tässä tutkimuksessa haluttiin myös tutkia, erosivatko terapiamenetelmät toisistaan harjoitusten määrässä tai niihin käytetty ajassa sekä oliko terapiassa käytettyjen harjoitusten määrä tai aika yhteydessä hoitotulokseen. Tätä tarkoitusta varten nauhoituksista rekisteröitiin tehtyjen harjoitusten määrä ja aika. Nauhoitusten analysointi osoitti, että KKT + ACT -ryhmässä tehtiin terapiaistunnoissa määrällisesti enemmän harjoituksia kuin KKT + arvot -ryhmässä, kun asiaa analysoitiin Mann-Whitney -testillä ($Z = -2.685, p = .007$). Myös ajallisesti yhdistelmäryhmässä tehtiin hieman enemmän harjoituksia, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Taulukkoon 19 on koottu yhteenveto nauhoitusten sisällöstä ja sisältöjen keskiarvot hoitoryhmittäin.

Taulukko 19. Kuunneltujen terapiaistuntojen harjoitusten sisältöjen summat ja keskiarvot (suluissa) hoitoryhmittäin.

Havainnoitava asia	KKT + arvot -ryhmä n = 12	KKT + ACT -ryhmä n = 13
Harj. määrä terapiassa yht.	7 (0.58)	26 (2.00)*
Harj.määrä kotona yht.	18 (1.50)	18 (1.38)
Harj.määrä yht.	24 (2.00)	44 (3.38)
Harj.kesto terapiassa yht.	2h 28min 24s (12 min 24s)	2h 50min 21s (13min 6s)
Nauhan kesto	12h 56min 24s (64min 43s)	13h 48min 0s (63min 43s)
KKT-harj. määrä terapiassa	7 (0.58)	5 (0.38)
KKT-harj.määrä kotona	18 (1.50)	17 (1.31)
KKT-harj. määrä yhteensä	25 (2.09)	22 (1.69)
KKT-harj. kesto terapiassa	2h 28min 24s (21min 12s**)	1h 55min 0s (23min 0s**)
ACT-harj. määrä terapiassa	0	21 (1.62)
ACT-harj. määrä kotona	0	1
ACT-harj. määrä yhteensä	0	22 (1.69)
ACT-harj.kesto terapiassa	0 min	55min 22s (2min 38s**)

* tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä Mann-Whitney -testillä testattuna.

** Keskiarvo on laskettu tehtyjen harjoitusten, ei ryhmien lukumäärän perusteella.

Kuten taulukosta 19 havaitaan, KKT-harjoituksia tehtiin terapiaistuntojen aikana kutakuinkin saman verran kummassakin ryhmässä. Ero ryhmien välille tuli ACT-harjoituksista, joita tehtiin ainoastaan yhdistelmäryhmässä, ja jossa valtaosa (81 %) harjoituksista oli ACT-harjoituksia. Kun huomioidaan ryhmien välinen selkeä ero terapiassa tehtyjen harjoitusten määrässä, vaikuttaa melko yllättävältä, että ryhmien välillä ei juuri ollut eroa harjoituksiin käytetyssä ajassa. Syynä pieneen eroon oli se, että yksittäiseen ACT-harjoitukseen käytettiin terapiaistunnossa vain vähän aikaa verrattuna KKT-harjoituksiin. Kotona tehtyjen harjoitusten määrässä ei ollut eroa ryhmien välillä, kaikki tehtävät yhtä ACT-tehtävää lukuun ottamatta olivat KKT-menetelmiin perustuvia.

3.5.1 Terapiaistunnoissa tehtyjen harjoitusten määrän yhteys hoitotulokseen

Tässä tutkimuksessa haluttiin siis myös selvittää, oliko kuunnelluissa terapiaistunnoissa käytettyjen harjoitusten määrällä tai niihin käytetyllä ajalla yhteyttä hoitotulokseen. Ensin tutkittiin tehtyjen harjoitusten määrän yhteyttä hoitotulokseen. Tätä tarkoitusta varten aineisto jaettiin mediaanin perusteella vähän ja paljon harjoituksia käyttäneiden ryhmiin. Kuunnelluissa terapiaistunnoissa tehtyjen harjoitusten mediaani oli 1. Kun aineistoa tarkasteltiin, havaittiin, että tutkittavat jakautuivat ryhmiin epätasaisesti, sillä kahdeksassa istunnossa harjoituksia ei ollut tehty yhtään, ja kahdeksassa niitä oli tehty yksi. Täten tarkasteluun tuleva ryhmäjako oli seuraava: yhteen ryhmään kuului 8 asiakasta, eli asiakkaat, joiden istunnossa ei ollut käytetty yhtään harjoitusta. Toiseen ryhmään kuului 17 asiakasta, eli asiakkaat, joiden istunnossa harjoituksia oli käytetty yksi tai enemmän. Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero alkutilanteessa masentuneisuuden ($Z = -2.400$, $p = .016$) osalta, ja koettujen oireiden ero oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä (SCL-90: $Z = -1.806$, $p = .071$). Alkutilanteen tarkastelu siis osoitti, että ryhmässä, jossa tehtiin harjoituksia, asiakkaat olivat masentuneempia. Taulukkoon 20 on koottu asiakkaiden alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat harjoitusryhmittäin.

Taulukko 20. Alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat harjoitusryhmittäin.

Mittari/muuttuja	Harjoituksia ei käytetty terapiassa n = 8		Harjoituksia käytetty terapiassa n = 17	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
BDI	18.00 (6.12)(*)	14.50 (6.76)	26.35 (7.92)	14.71 (6.20)*
SCL-90 (GSI)	1.18 (.39)	.81 (.35)*	1.58 (.48)	1.15 (.52)*
AAQ	34.50 (6.14)	38.38 (9.91)	29.88 (5.88)	34.41 (7.19)*
JES	35.25 (5.78)	36.63 (7.37)	33.35 (5.51)	35.29 (6.72)
Itseluottamus	58.75 (23.47)	62.13 (18.19)	49.35 (17.81)	58.88 (15.12)*
Mieliala	49.75 (24.74)	55.13 (25.63)	38.71 (19.55)	47.94 (15.24)*
Tyytyväisyys elämään	45.00 (7.86)	50.00 (18.91)	41.47 (19.05)	51.59 (17.54)*
Fyysinen toimintakyky	86.25 (17.47)	90.63 (13.21)	77.35 (22.72)	78.53 (23.64)
Fyys. terv. aih. ong. arkieläm.	37.50 (42.26)	43.75 (47.72)	45.59 (44.40)	50.00 (40.51)
Emot. ong. aih. vaik. arkieläm.	20.75 (35.32)	29.13 (37.57)	27.41 (31.76)	37.24 (38.93)
Energisyys	34.38 (24.41)	41.88 (18.31)	30.00 (20.92)	39.71 (14.63)
Emotionaalinen hyvinvointi	46.00 (13.69)	54.50 (19.24)*	40.24 (20.02)	53.41 (13.86)*
Sosiaalinen toimintakyky	56.50 (27.49)	64.25 (27.14)	48.18 (28.52)	55.41 (18.28)
Kipu	49.38 (22.08)	58.00 (25.47)	59.12 (21.36)	62.47 (21.60)
Kokemus omasta terveydentilasta	40.00 (17.32)	52.50 (22.52)	40.00 (21.14)	44.41 (20.61)
Koettu terv. tilan muutos	34.38 (22.90)	40.63 (18.60)	36.76 (23.58)	41.18 (17.55)

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

(*) tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä alkumittauksessa Mann-Whitney -testillä testattuna.

Kun tarkasteltiin ryhmien sisäisiä eroja alku- ja loppumittausten välillä, havaittiin, että ryhmässä, jossa harjoituksia käytettiin kuunnellen analysoidussa terapiaistunnossa, tapahtui tilastollisesti

merkitseviä muutoksia masentuneisuudessa (BDI: $Z = -3.518$, $p = .000$), koetuissa oireissa (SCL-90: $Z = -2.865$, $p = .004$), psykologisessa joustavuudessa (AAQ-8: $Z = -2.333$, $p = .020$), itseluottamuksessa ($Z = -2.014$, $p = .044$), mielialassa ($Z = -2.096$, $p = .036$), tyytyväisyydessä elämään ($Z = -2.273$, $p = .023$) ja RAND-kyselyn muuttujista emotionaalisisessa hyvinvoinnissa ($Z = -2.643$, $p = .008$). Myös energisyydessä hoidon aikana tapahtunut muutos oli melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ($Z = -1.685$, $p = .092$). Ryhmässä, jossa harjoituksia ei käytetty terapiaistunnon aikana, tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä oli koettujen oireiden (SCL-90: $Z = -2.100$, $p = .036$) ja RAND-kyselyn muuttujista emotionaalisen hyvinvoinnin kohdalla ($Z = -1.973$, $p = .049$). Lisäksi kokemuksessa omasta terveydentilasta tapahtui lähes tilastollisesti merkitsevä muutos hoidon aikana ($Z = -1.895$, $p = .058$). Voidaankin todeta, että ryhmässä, jossa harjoituksia käytettiin osana analysoitua terapia-istuntoa, psykologinen hyvinvointi lisääntyi ja psykologinen pahoinvointi vähentyi useammalla hyvinvoinnin osa-alueella kuin ryhmässä, jossa harjoituksia ei terapiakäynnin aikana käytetty.

Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin kovarianssianalyysin avulla. Kun asiakkaiden alkumittaukset toimivat kovariaatteina, eli asiakkaiden alkutilanteen erot huomioitiin, ei minkään mittarin tai muuttujan kohdalla tullut esiin tilastollisesti merkitseviä eroja. Täten kovarianssianalyysin tulokset viittaavat siihen, että tulokset olivat samankaltaisia sekä ryhmässä, jossa harjoituksia käytettiin terapiaistunnon aikana että ryhmässä, jossa harjoituksia ei käytetty.

3.5.2 Terapiaistunnoissa tehtyihin harjoituksiin käytetyn ajan yhteys hoitotulokseen

Seuraavaksi haluttiin selvittää, kuinka harjoituksiin käytetty aika ja hoitotulokset liittyvät yhteen. Jaettaessa aineisto kahteen osaan harjoituksiin käytetyn ajan mediaanin perusteella, vähän tai ei lainkaan harjoituksia käyttäneiden ryhmään sijoittuivat ne tutkittavat, joiden istunnossa harjoituksia oli tehty 7.42 minuuttia tai vähemmän. Paljon harjoituksia käyttäneiden ryhmään tulivat tutkittavat, joiden kohdalla harjoituksia oli käytetty 8.50 minuuttia tai enemmän. Alkutilanteessa ryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi useiden mittareiden osalta siten, että ryhmässä, jossa harjoituksia käytettiin paljon, asiakkaiden tilanne oli terapian alkaessa vaikeampi useilla alueilla: BDI ($Z = -1.967$, $p = .049$), SCL-90 ($Z = -2.421$, $p = .015$), AAQ-8 ($Z = -2.099$, $p = .036$), JES ($Z = -2.376$, $p = .017$). Lisäksi ryhmien välinen ero mielialassa oli melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ($Z = -1.742$, $p = .082$). Taulukkoihin 21 ja 22 on koottu alku- ja loppumittauksen keskiarvot ja keskihajonnat vähän tai ei ollenkaan harjoituksiin aikaa käyttäneiden ja paljon harjoituksiin aikaa käyttäneiden ryhmissä.

Taulukko 21. Alku- ja loppumittauksen keskiarvot ja keskihajonnat harjoitusryhmittäin

Mittari	Harjoituksiin käytetty aikaa vähän tai ei ollenkaan terapiassa n = 12		Harjoituksiin käytetty aikaa paljon terapiassa n = 13	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
BDI	20.17 (6.28)*	15.58 (6.27)*	26.92 (8.79)	13.77 (6.34)*
SCL-90 (GSI)	1.21 (.48)*	.95 (.53)	1.67 (.39)	1.12 (.46)*
AAQ	34.25 (5.23)*	37.67 (8.28)*	28.69 (6.06)	33.85 (7.93)
JES	36.58 (5.73)*	37.25 (6.68)	31.54 (4.27)	34.31 (6.87)*
Itseluottamus	57.67 (21.40)	58.42 (19.54)	47.46 (17.61)	61.31 (12.18)*
Mieliala	49.42 (23.18)	53.08 (25.20)	35.62 (18.17)	47.62 (10.88)*
Tyytyväisyys elämään	43.58 (19.06)	49.33 (21.89)	41.69 (13.82)	52.69 (13.22)*

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

(*) tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä alkumittauksessa Mann-Whitney -testillä testattuna.

Taulukko 22. Alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat harjoitusryhmittäin RAND-36 kyselyn sisältämissä muuttujissa.

Mittari/muuttuja	Harjoitukseen käytetty aikaa vähän tai ei ollenkaan terapiassa n = 12		Harjoitukseen käytetty aikaa paljon terapiassa n = 13	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
Fyysinen toimintakyky	82.50 (25.98)	83.75 (24.69)	78.08 (16.53)	81.15 (18.73)
Fyys. terv. aih. ong. arkieläm.	45.83 (43.74)	45.83 (45.02)	40.38 (43.94)	50.00 (40.83)
Emot. ong. aih. vaik. arkieläm.	30.50 (38.84)	27.75 (39.80)	20.46 (25.64)	41.00 (36.48)*
Energisyys	35.83 (24.85)	38.75 (18.84)	27.31 (18.33)	41.92 (12.34)*
Emotionaalinen hyvinvointi	48.33 (17.84)	53.67 (19.18)	36.31 (17.09)	53.85 (11.62)*
Sosiaalinen toimintakyky	55.42 (30.74)	63.75 (23.60)	46.62 (25.49)	53.15 (18.49)
Kipu	53.83 (22.26)	62.08 (24.63)	58.00 (21.74)	60.08 (21.24)
Kokemus omasta terveydentilasta	43.75 (21.23)	53.33 (22.40)*	36.54 (18.19)	41.15 (18.84)
Koettu terv. tilan muutos	41.67 (26.83)	39.58 (16.71)	30.77 (18.13)	42.31 (18.78)

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

(*) tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä alkumittauksessa Mann-Whitney -testillä testattuna.

Ryhmien sisäisiä muutoksia tarkasteltaessa todettiin, että ryhmässä, jossa harjoitukseen käytettiin paljon aikaa, oli tilastollisesti merkitsevä muutos alku- ja loppumittauksen välillä seuraavien mittareiden kohdalla: BDI ($Z = -3.182$, $p = .001$), SCL-90 ($Z = -2.901$, $p = .004$), JES ($Z = -1.972$, $p = .049$) itseluottamus ($Z = -2.521$, $p = .012$), mieliala ($Z = -2.591$, $p = .010$), tyytyväisyys elämään ($Z = -2.447$, $p = .014$) ja RAND-kyselyn muuttujista emotionaalisten tekijöiden aiheuttamat ongelmat ($Z = -1.980$, $p = .048$), energisyys ($Z = -1.998$, $p = .046$) ja emotionaalinen hyvinvointi ($Z = -2.950$, $p = .003$). Lisäksi tässä ryhmässä tapahtui hoidon aikana lähes tilastollisesti merkitsevä muutos sekä psykologisessa joustavuudessa ($Z = -1.885$, $p = .059$) että kokemuksessa omasta terveydentilasta ($Z = -1.890$, $p = .059$). Ryhmässä, jossa harjoitukseen käytettiin aikaa vähän tai ei ollenkaan, todettiin tilastollisesti merkitsevä muutos alku- ja loppumittauksen välillä BDI:n ($Z = -2.156$, $p = .031$) ja AAQ-8:n ($Z = -1.994$, $p = .046$) sekä RAND-kyselyn osalta kokemus omasta terveydentilasta -muuttujan ($Z = -2.007$, $p = .045$) kohdalla. Lisäksi SCL-90:ssä tapahtunut muutos oli tilastollisen merkitsevyyden rajalla ($Z = 1.962$, $p = .050$), ja emotionaalisisessa hyvinvoinnissa muutos oli melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ($Z = -1.655$, $p = .098$). Toisin sanoen myös tämä tarkastelutapa osoitti, että ryhmässä, jossa harjoitukseen käytettiin paljon aikaa kuuntelemalla analysoidussa terapiaistunnossa, psykologinen hyvinvointi lisääntyi ja psykologinen pahoinvointi vähentyi useammalla osa-alueella kuin ryhmässä, jossa harjoitukseen käytettiin terapiassa vähän tai ei ollenkaan aikaa.

Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin kovarianssianalyysin avulla. Alkumittaus toimi kovariaattina, eli analyysissä huomioitiin tutkittavien alkutilanteen erot. Ryhmien välillä ei loppumittauksessa havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja minkään muuttujan kohdalla. Kuitenkin, ryhmien välillä oli kovarianssianalyysin mukaan melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä oleva ero itseluottamuksessa ($F(1,22) = 3.35$, $p = .081$).

3.6 ”Tuhannen taalarin paikka” – asiakkaiden kokemuksia terapiasta ja havainnollistuksia terapiavuorovaikutuksesta

Tässä tutkimuksessa oltiin myös kiinnostuneita siitä, millaisena asiakkaat kokivat terapian. Kun asiakkaiden tyytyväisyyttä terapiaan arvioitiin loppuhaastattelussa kyselylomakkeiden avulla, kaikki asiakkaat ilmoittivat voivansa suositella saamaansa terapiaa muille. Arvioitaessa tyytyväisyyttä terapiaan viisiportaisella asteikolla, 14 asiakasta (56 %) ilmoitti olevansa erittäin tyytyväinen terapiaan, 10 asiakasta (40 %) oli melko tyytyväinen terapiaan, ja yksi asiakas (4 %) ilmoitti, ettei ollut tyytyväinen eikä tyytymätön terapiaan. Asiakkaat arvioivat terapiaa loppuhaastattelussa myös VAS-asteikkojen (0-10) avulla. Arvioitavia asioita olivat negatiivisten ja positiivisten tunteiden määrä, tärkeiden ja vaikeiden asioiden käsittelyn määrä, terapiasta koettu hyöty, terapian ja terapiakeskustelujen miellyttävyys, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, halu samantyyppisiin keskusteluihin jatkohoidossa ja valmius työskennellä oman tilanteen parantamiseksi. Ryhmien välillä ei Mann-Whitney -testillä testattuna havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa yhdenkään terapiaa koskevan arvioinnin osalta. Taulukkoon 23 on koottu asiakkaiden VAS-asteikoilla arvioitujen, terapiaa koskevien arviointien keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin.

Taulukko 23. Asiakkaiden terapiaa koskevien arvioiden keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin.

Arvioitava asia	KKT + arvot -ryhmä	KKT + ACT -ryhmä
Negatiiviset tunteet	3.58 (2.90)	4.02 (3.24)
Positiiviset tunteet	7.25 (1.77)	6.97 (2.17)
Tärkeiden asioiden käsittely	8.83 (.71)	7.52 (1.97)
Vaikeiden asioiden käsittely	7.19 (2.69)	7.39 (1.76)
Terapiasta koettu hyöty	7.86 (1.57)	6.94 (2.95)
Terapian miellyttävyys	8.96 (1.01)	7.96 (2.23)
Kuulluksi tuleminen	9.14 (.81)	8.53 (1.59)
Ymmärretyksi tuleminen	9.08 (.73)	8.71 (1.18)
Keskustelujen miellyttävyys	8.36 (1.32)	8.58 (1.45)
Halu samantyyppisiin keskusteluihin jatkohoidossa	8.53 (1.29)	7.49 (3.37)
Muutosvalmius	7.99 (1.89)	8.88 (1.39)

Asiakkaat saivat loppuhaastattelussa arvioida terapiaa myös vapaasti kirjoittamalla. Monet asiakkaat olivat kokeneet terapian erittäin tärkeänä ja asioita avaavana. Tämän kappaleen otsikko on peräisin erään asiakkaan terapiaa koskevasta arviosta. Kyseinen asiakas painotti arviossaan voimakkaasti sitä, kuinka terapia oli ollut hänelle ”tuhannen taalarin paikka”, ja kuinka oli erittäin tärkeää, että tämä kirjattaisiin ylös.

Terapiakokemuksia ja terapiavuorovaikutusta tarkasteltiin myös nauhoitusten avulla, ja tätä tarkoitusta varten nauhoista kirjattiin muistiin poimintoja terapeuttien ja asiakkaiden keskusteluista. Seuraavassa esitän muutamia poimintoja keskusteluista. Ensimmäisessä keskustelunpöytäkirjassa keskustelu perustuu funktionaaliseen ketjuanalyysiin. Kuten aiemmin tässä tutkielmassa on mainittu, kaikkien tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden kanssa tehtiin kahden ensimmäisen tapaamisen aikana käyttäytymisanalyysi (Haynes & O'Brien, 1990). Käyttäytymisanalyysin pohjalta useissa terapiakeskusteluissa tarkennettiin myöhemmin asiakkaan keskeisiä, ongelmallisiksi kokemia asioita funktionaalisen ketjuanalyysin avulla. Ketjuanalyysissä tarkasteltavaa käyttäytymistä, esimerkiksi murehtimista, tarkastellaan etenevänä tapahtumien ketjuna. Toisin sanoen pyritään saamaan selville, mikä edeltää käyttäytymistä (mikä johtaa

käyttäytymiseen), mitä ajatuksia, tunteita ja ympäristötekijöitä itse käyttäytymiseen liittyy, ja lopuksi, mitä seurauksia käyttäytymisestä on. Ketjuanalyysin pohjalta mietitään, mihin ketjun osaan vaikuttamalla saataisiin muutettua asiakkaan haitalliseksi kokemaa käyttäytymistä tai sen funktiota. Seuraavassa siis osia KKT +arvot -ryhmään kuuluvan asiakkaan ja terapeutin keskustelusta, jossa asiakkaan ongelmana ovat väkivaltaiset ajatukset.

T: Elikkä tästä sun mekaniismista. Kun sä tulit tänne, niin sun päällimmäisenä tavoitteena oli saada selville, että miten tämä mekaniismi toimii. No, ainakin jos vähän yksinkertaistetaan tätä tilannetta, niin mun mielestä se on aika selkeä se mekaniismi, ja musta tuntuu että sä itekin oot kyllä sen aika selvästi sanonut. Eli tulee nämä yhteiskunnalliset asiat. Kun katsotaan näitä edellisiä tehtäviä (viittaa kotitehtäviin, joissa asiakas arvioi tunnetilaansa erilaisten tekemisten yhteydessä), niin yhdessä viidestä tapauksesta joku spontaani tapahtuma on herättänyt näin voimakkaita tunteita. Kaikissa muissa tapauksissa ne on lähteneet siitä liikkeelle, että sä olet katsonut jotain ohjelmaa.

A: Niin, kyllä.

T: Eli niissä ohjelmissa on ollut joku tapahtuma, mikä sulle tulee mieleen. Se herättää sussa niitä tunteita, ja ne tunteet jatkuu vielä sen jälkeenkin. Varsinkin jos sä jäät niitä pohtimaan, kehittelet niitä ajatuksia, lamaannut ja passivoidut niin sit tulee niitä väkivaltaisia ajatuksia, jotka jatkuu, kunnes ne sitten pikku hiljaa lähtee pois.

A: Joo, kyllä.

T: No, se näkökulma mikä tässä meillä on, puhutaan kognitiivisesta terapiasta, on se, että ajattelu on tavallaan opittua. Se on kokemuksellista sitä kautta, että sä tavallaan opit tiettyjä asioita..

A: Niin, opin valitsemaan niitä.

T: Niin, että siinä mielessä ajattelu on opittua. Mutta se, mikä siinä on hyvä puoli, on se, että siitä voi tietyllä tavalla myös oppia pois. Se, mitä mä näillä (tehtävillä) olen yrittänyt ajaa takaa, on se, että jos otetaan joku yksi tapahtuma, tehdään siitä sellanen tarkka analyysi. Otetaanko vaikka se viimeinen?

---- Keskustelevat tarkasti tilanteesta, ketjun etenemisestä sekä siitä, mihin kohtaan ketjussa voitaisiin vaikuttaa. Keskustelu etenee asiakaslähtöisesti siten, että erilaisia valintoja, kohtia, tapoja, joilla ketjun voisi katkaista, pohditaan asiakkaan arvoista käsin. Keskustelun lopussa arvojen merkitys korostuu.

T: Ymmärrän, että sä koet, että sun oma kärsimys on toissijainen, mutta ei sun oma kärsimys näitä asioita eteenpäin vie. Nyt sä sanot, että oman kärsimyksen kautta tulee toivottomuutta, joka saa sut ehkä vielä enemmän toimimaan siten, että sä et vaikuta asioihin. Mutta jos sä itse pystyisit elämään niin, että tunnetila on plussan puolella, niin sulla on ehkä enemmän resursseja vaikuttaa. Kun sä oot puhunut sun arvoista, niin oot sanonut, että yhteys lapsiin on ensisijainen, ja tärkeitä arvoja on myös yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja toiminta. Eli kun sä oot kotona, yksin, katsot ohjelmaa, jäät miettimään ja koet toivottomuutta, niin se ei edesauta kumpaakaan arvoa.

A: Niin, ei..

----Keskustelevat lisää asiakkaan toivottomuudesta, selviytymiskeinoista ja palaavat sitten arvoihin.

T: Miten sä koet tällä hetkellä, että sulla on mun mielestä paljon annettavaa yhteiskunnalle, ja tietysti tärkeimpänä omille lapsillesi ja lapsenlapsillesi.

A: No se on tietysti, että mä annan esimerkin lapsilleni ja lastenlapsilleni, (eli mulla ei ole oikeutta tehdä itsemurhaa.)

T: Joo, sä ootkin esimerkki, eli silloin kun tulee huonoja hetkiä, niinkun sanoit, niin on paljon hyvääkin. Se, että sulla on näitä negatiivisia tunteita, niin kyllähän niitä saa olla elämässä, mutta jos kuitenkin pystyisit toimimaan niiden omien arvojen mukaisesti. Ja eihän me tässä ihanteeseen

päästä (tunnetila erilaisten tekemisten yhteydessä), mutta jos saatais se sinne plussan puolelle. Ja esimerkiksi se suhde lapsiin, niin vaikka se sun oma hyvinvointi ei ole sulle keskeistä, niin se on kuitenkin työkaluna sille, että mitä sä voit muuta tehdä, niin se oma hyvinvointi on tarpeellinen...

A: Välttämätön, joo.

Keskustelussa lähdetään liikkeelle asiakkaan lähtökohdista ja tavoitteista, hänen halustaan ymmärtää ongelmalliseksi kokemansa mekanismi, jonka tuloksena ovat väkivaltaiset ajatukset, toivottomuus ja lamaan tuminen. Kokemuksen merkitys muutoksessa tuodaan myös esiin. Lopussa käyty arvokeskustelu sisältää vahvan motiivoinnin elementin osoittamalla, kuinka olennaista asiakkaalle vaikealta tuntuvien tekojen toteuttaminen on hänen arvojensa, arvoista nousevien tavoitteiden toteutumisen ja sitä kautta asiakkaan hyvän elämän kannalta.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa toteutettavien sisältöjen, kuten kielellisyyden heikentämisen, hyväksynnän lisäämisen ja minäkäsityksen muuttamisen tavoitteena on psykologisen joustavuuden lisääminen (ks. Hayes ym. 2006). Terapian ajatukset ja toimintatavat saattavat aluksi kuitenkin tuntua vierailta ja vaikeilta, sillä ne poikkeavat monilta osin totutusta tavastamme ajatella (ks. Lappalainen ym., 2004). Seuraava katkelma käsittelee halukkuutta, jota pidetään hyväksymis- ja omistautumisterapiassa hyväksynnän ehdottomana edellytyksenä (ks. Lappalainen ym., 2004). Katkelmaa edeltäneessä keskustelussa asiakas ja terapeutti ovat keskustelleet asiakkaan masennukseen johtaneista syistä.

T: Miten sä muuten arvioisit, kun me puhuttiin halukkuudesta myöntää tämä tilanne ja asiat, jotka siihen on johtanut ja ne tunteet, jotka siitä nousee. Niin onko se mitenkään, onko mitään muuttunut?

A: Joo, on jotain sillai, en mä osaa.. Jotenkin mun mielestä jotain on liikahtanut sillain. Kun aikaisemmin, kun on ollut masentunut, niin on ollut semmonen kummallinen väsymys. Niinku ois joku paino koko ajan päällä, ja sitten ei jaksa mitään. Niin nyt muutamana aamuna, kun on herännyt, niin ei oo ollut ihan semmonen se olo. Jotenkin tuntuu et se kauhee väsymys olis jotenkin muuttanut muotoaan.

T: Mitä sä luulet, että mikä siihen olis voinut vaikuttaa?

A: Mä ajattelen, että tässä on varmaan monta juttua. Eli tietenkin tämä, että kun mä oon käynyt täällä ja saanut kertoa nämä asiat sulle, ja sä oot kuunnellut, etkä oo mitätöinyt. Ja sitten kun mä oon joutunut tällasia lappuja täytteleen, niin jotenkin mä ajattelen, että vaikka mä en sitä tiedosta, niin se on, se on täällä mielessä tehnyt jotain muutoksia. Ja kun ei oo väheksytty sitä mun asiaa, että sitä on kuunneltu.. ja sitten, että näin on käynyt (viittaa masennukseen), mutta sitten että siitä VOI jatkaa eteenpäin. Mut sit mä pelkään, että kun nyt on ollut vähän aikaa hyvä olla, niin pelottaa että mitä jos taas tulee semmonen kauheen katkera ja...

T: Niin, tota mä just itse asiassa haen, toi on just sitä mistä ollaan puhuttu. Eli että mikä on se suhtautuminen, eli se halukkuus siihen, että oletko sä valmis ottamaan vastaan tunteita, kun ne tulee – että sä oikeesti oot, että antaa tulla vaan. Et tartu niihin, et ala miettimään, vaan että jos tuntuu, että se paha olo iskee, niin se iskee sitten vaan, ja sä pystyt vähän niin kuin menemään kauemmas ja kattamaan sitä. Eli että on tunteita, niitä tulee ja menee. Ja ne ajatukset, että ne vaan on. Ajatukset, jotka vaan tapahtuu tuolla, ne vaan tapahtuu. Sä voit tunnistaa pelon, sen että sua pelottaa tulevaisuus nyt, tässä hetkessä. Voit antaa vaan tapahtua, mitä tapahtuu. Ja kun tulee uusia tilanteita, uusia tunteita, niin sä voit olla valmiimpi siihen, hyväksyä sen, että tunne tulee. Ja että se on VAAN tunne. Ja se voi sitten itse asiassa myös vähentää sitä todennäköisyyttä, että se tunne tulee, kun sen tuleminen ei ole enää kiellettyä.

Katkelman alussa asiakas tuo kauniisti esiin terapeutin empaattisen läsnäolon olennaisen merkityksen terapiaprosessissa. Halukkuudesta puhuttaessa terapeutti johdattelee asiakasta oivaltamaan, että halukkuudessa todella on kyse siitä, että kaikista tunteista tulee sallittuja, ja sitä

kautta vähemmän toimintaa ohjaavia. Terapeutin sanoessa ” ja että se on VAAN tunne” painotus VAAN viittaa siihen, kuinka olennaista ja samalla vaikeaa on tehdä ero itsen ja tunteiden välillä, eli irrottaa itsensä tunteista, kokea olevansa jotain muuta kuin tunne. Tällä terapeutti viittaa hyväksymis- ja omistautumisterapian käsitykseen itsestä, jonka mukaan ”sinulla on tuo tunne, mutta et ole yhtä kuin se” (Lappalainen ym., 2004, s. 84). Tämä uudenlainen tapa nähdä itsensä mahdollistaa terapeutin mainitseman siirtymisen kauemmas tunteesta, ja tätä kautta tunteen sallitukseksi, vähemmän pelottavaksi tulemisen.

Edellisen katkelman asiakas mainitsi myös tehtävien, ”lappujen täyttämisen”, kuten hän asian ilmaisi, merkityksen terapiaprosessissa. Tässä tutkimuksessa toteutettuun terapiaan harjoitukset, niin kotona kuin terapiassa tehdyt, kuuluivat olennaisena osana. Aiemmin tässä tutkielmassa niiden positiivisesta merkityksestä terapiaprosessissa on esitetty myös kvantitatiivisia viitteitä. Seuraavaa katkelmaa edeltäneessä keskustelussa asiakas ja terapeutti ja asiakas ovat miettineet, miten terapiassa on edetty. Terapeutti haluaa myös kuulla, millaisina asiakas on kokenut käytetyt menetelmät

A: Toimintatapojen monipuolisuus täällä on ollut mulle hirveen sopiva. Mä tykkään enemmän semmosesta mikä on selkeempää ja ehkä myös sitten ohjaavampaa (asiakas vertaa toimintatapaa siihen, että terapeutti vain kuuntelisi). Se antaa niinkun virikkeitä ja enemmän ajateltavaa. Nää systeemit kaikki, mitä täällä on tähän mennessä jo tullut – erilaiset kotitehtävät. Yleensä kotitehtävien teko jo, plus sitten se, että millaisia ne kotitehtävät on. Ne on ollut musta hirveen sellasia konkreettisia ja ne on johtanut siihen, että on pitänyt ajatella tässä välilläkin (terapiakertojen välillä) ja miettiä uudenlaisia asioita. Eli on ollut musta sillä lailla kauheen mielenkiintoista. Ja sit just tämmösten kaavioiden rakentaminen ja näin, että pistetään oikein visuaaliseksi malliksi se, että mitä tää voi olla (viittaa käyttäytymisanalyysikuviioon, joka tehty kahden ensimmäisen terapiakerran aikana). Mun tyyppiselle ihmiselle tää konkretisoi tätä asiaa tosi paljon selkeemmin. Ja sit kattomalla tämmöstä paperia pääsee taas tavallaan kiinni siihen, että hei, mikäs se tilanne silloin on ollut – entä nyt – kuvaako se kuvio nykyistä tilannetta.

T: Hyvä kuulla. No, mites, onko siinä nyt kun katselet sitä kuviota, niin onko jotain mikä olisi jäänyt vähän taka-alalle tai unohduksiin – tai onko joku mikä olis helpottanut ajan myötä tai tullut korostuneemmaksi? Tai onko jotain, mihin haluaisit keskittyä?

--- Asiakas kertoo ajatuksistaan, ja tavoitteisiin liittyvä keskustelu jatkuu.

T: Osaisitko sillä lailla karkeesti laittaa tärkeysjärjestykseen tavoitteita, jotka tällä hetkellä tuntuu tärkeiltä?

--- Asiakas pohtii tavoitteiden tärkeysjärjestystä, ja keskustelu jatkuu.

Kuten aiemmin esitetyn katkelman asiakas, myös edellä esitetyssä katkelmassa asiakas tuo varsin selkeästi esiin tehtävien merkityksen terapiaprosessissa. Asiakas kokee myös käyttäytymisanalyysin graafisen kaavion visuaalisuuden tarjoavan lisää selkeyttä, ja mahdollisuuden tarkastella oman prosessin etenemistä. Loppuosan keskustelusta valitsin osaksi katkelmaa, koska siinä tulee selkeästi näkyviin terapian asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyys on kognitiivisesti painottuneissa terapioissa empaattisen reflektion ja tutkivan yhteistyösuhteen ohella keskeisiä lähtökohtia terapiatyöskentelylle (ks. Holmberg, Karila, & Kähkönen, 2001).

4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen päätarkoitus oli tutkia psykologisen joustavuuden yhteyttä hoitotulokseen. Tätä tarkoitusta varten haluttiin ensinnäkin tutkia, saavutetaanko ryhmässä, jossa käsitellään kaikkia psykologisen joustavuuden osa-alueita (KKT+ACT -ryhmä) parempia tuloksia masennuksen hoidossa kuin ryhmässä, jossa psykologisen joustavuuden osa-alueista käsitellään vain arvoja (KKT + arvot -ryhmä). Samalla haluttiin saada tietoa loppuvaiheen psykologian opiskelijoiden kyvystä hoitaa masentuneita asiakkaita lyhyen menetelmäopetuksen jälkeen.

Vastoin oletusta tuloksissa ei havaittu selkeää eroa ryhmien välillä, vaan kummassakin ryhmässä asiakkaiden masennus ja muut psyykkiset oireet vähenivät hoidon aikana merkitsevästi. Muutos masentuneisuudessa tuli esiin sekä itsearviointimittarin (BDI) että DSM-IV -luokituksen mukaisen diagnostisen haastattelun avulla asiaa arvioitaessa: suurin osa tutkittavista täytti DSM-IV:n mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit ennen hoidon aloittamista, mutta terapian loppuessa vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit täyttävien määrä oli pudonnut alle puoleen alkutilanteeseen verrattuna. BDI:n osalta molempien ryhmien tutkittavien keskiarvot viittasivat hoidon alussa keskivaikeaan masennukseen, ja hoidon päättyessä masennus oli BDI-pistemäärien pohjalta tulkittuna lievää molemmissa ryhmissä. Muutokset olivat tilastollisesti merkitseviä kummankin ryhmän osalta. Kaiken kaikkiaan tulokset siis osoittivat, että ensimmäistä kertaa terapiatyötä tekevät psykologian opiskelijat kykenivät hoitamaan masentuneita asiakkaita tehokkaasti 10 kerran terapialla, lyhyen menetelmäopetuksen jälkeen:

Tutkimuksen pääkysymykseen liittyen haluttiin seuraavaksi selvittää, lisääntyykö psykologinen joustavuus enemmän KKT + ACT -ryhmässä kuin KKT + arvot -ryhmässä. Ryhmien välillä ei vastoin oletusta ollut selkeää eroa terapiaprosessin aikaisissa muutoksissa, vaan psykologinen joustavuus lisääntyi kummassakin ryhmässä merkitsevästi terapiaprosessin aikana. Tulokset tosin viittasivat siihen, että psykologinen joustavuus lisääntyi yhdistelmäryhmässä nopeammin kuin KKT + arvot -ryhmässä.

Kolmantena asiana pääkysymykseen liittyen haluttiin tarkastella, onko psykologisessa joustavuudessa hoidon aikana tapahtunut muutos ylipäätään yhteydessä hoitotulokseen, riippumatta hoitoryhmästä. Psykologisen joustavuuden lisääntymisen havaittiin oletusten mukaisesti olevan merkitsevästi yhteydessä suurempaan masentuneisuuden (BDI) ja muiden psykologisten oireiden vähenemiseen hoidon aikana korrelaatioiden avulla asiaa tarkasteltaessa. Kun hoitotulosta tarkasteltiin jakamalla asiakkaat ryhmiin psykologisessa joustavuudessa hoidon aikana tapahtuneen muutoksen suuruuden perusteella, havaittiin ryhmien välillä suuntaa antava, lähes merkitsevä ero masentuneisuuden osalta suuren muutoksen ryhmän hyväksi. Lisäksi hoitotulos oli suuren muutoksen ryhmässä merkitsevästi parempi useilla muilla mittareilla mitattuna: koetuissa oireissa havaittiin ryhmien välillä merkitsevä ero, samoin itseluottamuksessa, emotionaalisessa hyvinvoinnissa sekä tyytyväisyydessä elämään. Mainittakoon, että kun tarkasteltiin absoluuttisia eroja ryhmien välillä, havaittiin, että suuren muutoksen ryhmässä masennus oli lieventynyt selkeästi pienen muutoksen ryhmää enemmän. Tilastollisen merkitsevyyden puuttumista vaikuttikin selittävän lähinnä se, että ryhmien sisäiset hajonnat olivat suuria.

Prosessimittausten osalta haluttiin myös tutkia, lisääntyykö itseluottamus enemmän KKT:n ja arvokeskustelun yhdistelmähoitossa verrattuna KKT:n ja ACT:n yhdistelmään. Näin ei havaittu olevan: muutoksissa ei ollut selkeitä eroja ryhmien välillä, vaan kummassakin ryhmässä itseluottamus lisääntyi merkitsevästi terapian aikana.

Edellä esitettyjen seikkojen lisäksi tutkimuksessa selvitettiin kuunteluotoksen avulla sitä,

toimivatko terapeutit tapaamisen aikana eri tavalla kun he käyttävät laajemmin psykologisen joustavuuden lisääntymiseen tähtäviä menetelmiä. Oltiin ensinnäkin kiinnostuneita siitä, onko hoitoryhmien välillä eroja esimerkiksi harjoitusten määrässä. Nauhojen analysointi osoitti, että yhdistelmähoidossa tehtiin määrällisesti merkitsevästi enemmän harjoituksia kuuntelemalla analysoitujen terapiaistuntojen aikana. Sen sijaan harjoituksiin käytetyn ajan välillä ei ollut eroa ryhmien välillä. Lisäksi kuuntelutotosta koskevat analyysit viittasivat siihen, että terapeutit tekivät harjoituksia enemmän vaikeammista ongelmista kärsivien asiakkaiden kohdalla.

Lopuksi nauhoitusten perusteella haluttiin selvittää, oliko harjoitusten määrän tai niihin käytetyn ajan ja hoitotuloksen välillä yhteyttä. Tulosten perusteella ryhmien välillä ei ollut eroa hoitotuloksissa, kun tutkittavat jaettiin ryhmiin sen perusteella, oliko kuuntelemalla analysoidussa istunnossa käytetty harjoituksia vai ei. Kuitenkin, ryhmien sisäisissä vertailuissa havaittiin, että ainoastaan ryhmässä, jossa harjoituksia oli käytetty, masentuneisuus väheni merkitsevästi hoidon aikana, ja positiivisia muutoksia havaittiin usean muunkin mittarin kohdalla. Tarkasteltaessa harjoituksiin käytetyn ajan ja hoitotuloksen välistä yhteyttä havaitut tulokset olivat pitkälti edellä esitetyn kaltaisia, ja tässä ryhmässä havaittiin myös yksi lähes merkitsevä ero ryhmien välillä: itseluottamus näytti lisääntyneen enemmän ryhmässä, jossa terapiaistunnoissa tehtiin harjoituksiin käytettiin paljon aikaa.

Tutkimuksessa oltiin myös kiinnostuneita asiakkaiden terapiakokemuksista. Kokemukset vaikuttivat sekä kyselylomakkeiden että kuunteluotoksen perusteella myönteisiltä. Kaikki asiakkaat ilmoittivat voivansa suositella terapiaa muille. Ryhmien välillä ei ollut eroja terapiaprosessin kokemisessa.

Tässä tutkimuksessa saatiin siis korrelatiivista, aiempia tutkimustuloksia (ks. esim. Hayes ym., 2006; McCracken ym., 2006) tukevaa näyttöä siitä, että psykologisen joustavuuden suurempi lisääntyminen hoidon aikana on positiivisesti yhteydessä suurempaan masentuneisuuden ja muiden psyykkisten oireiden vähenemiseen ja vastaavasti lisääntyneeseen hyvinvointiin. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat myös siihen, että lyhyellä, kokemattomien terapeuttien antamalla hoidolla on vaikutusta asiakkaiden masentuneisuuteen. Tulokset ovat yhtäpitäviä aiempien, samankaltaista asetelmaa käyttäneiden tutkimusten kanssa. (Lappalainen, Lehtonen, Skarp & Taubert, 2005; Tuomela, 2006). Tutkimuksessa saadut tulokset puoltavat myös muiden aiempien tutkimusten tuloksia kognitiivisen käyttäytymisterapian (ks. esim. Butler, 2006; Öst, 2006; Gloaguen ym., 1998) ja hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuudesta masennuksen hoidossa (ks. esim. Haeyns ym., 2006; Zettle & Hayes, 1986). Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma oli kuitenkin sellainen, että kummassakin hoitoryhmässä käytettiin molempien terapiamuotojen (KKT ja ACT) menetelmiä. Täten hoitomuotojen vaikutukset eivät tässä tutkimuksessa olleet puhtaita, vaan kummassakin ryhmässä tuloksiin vaikutti molempien terapiamuotojen käyttö.

Kaiken kaikkiaan hoitoryhmien tuloksissa ei tässä tutkimuksessa havaittu suuria eroja, ja tutkimuksen tuloksia voidaan tulkita monin tavoin. Yhtäältä tulokset vaikuttavat ymmärrettäviltä, jos tarkastellaan aiemmissä tutkimuksissa (ks. esim. Hayes ym., 2006) ja tässäkin tutkimuksessa saatuja tuloksia, joiden mukaan psykologinen joustavuus on positiivisesti yhteydessä hoitotuloksiin masennusta hoidettaessa: koska tässä tutkimuksessa havaittiin molempien hoitojen lisänneen psykologista joustavuutta, eikä vaikutuksen suuruudessa havaittu eroa, yhtäläisten tulosten voidaan katsoa olleen odotettuja. Yllättävää sen sijaan oli se, ettei psykologinen joustavuus lisääntynyt enempää ryhmässä, jossa käytettiin laajemmin psykologisen joustavuuden lisääntymiseen tähtäviä menetelmiä. Aiemmissä tutkimuksissa ei tosin ole tarkasteltu, saavutetaanko hoidolla parempia tuloksia, jos hoidossa käsitellään ja pyritään vaikuttamaan psykologisen joustavuuden kaikkiin komponentteihin tai vain joihinkin, eikä sitä, lisääntyykö joustavuus tuolloin enemmän. Täten

tämän tutkimuksen tuloksia ei näiltä osin voida verrata muihin tutkimuksiin. Kuitenkin, kun hyväksymis- ja omistautumisterapian teorian mukaan psykologinen joustavuus on psyykkisen hyvinvoinnin edellytys, ja tuota hyvinvointia tavoitellaan kuuden ydinprosessin avulla (ks. Hayes & Stroshal, 2005; tämän tutkielman johdanto -luku), vaikuttaa teorian valossa yllättävältä, ettei ryhmien välillä tässä tutkimuksessa havaittu eroa psykologisen joustavuuden muutoksissa eikä hoitotuloksissa, eivätkä Baronin ja Kennyn (1986) esittämät, terapian muutosprosesseja koskevat kaksi ensimmäistä askelta täten täyttyneet, vaan ainoastaan kolmas psykologisen joustavuuden korreloidessa positiivisesti hoitoryhmästä riippumatta. Näyttääkin siltä, että emme onnistuneet varioimaan tutkittavaa muuttujaa riittävästi, ja tähän liittyen pohditaan joitakin seikkoja seuraavassa.

On ensinnäkin huomattava, että terapiamuodolle spesifisiä muutosprosesseja ei voitu varsinaisesti selvittää Baronin ja Kennyn (1986) tai MacKinnonin (2003) esittämien askeleiden mukaan, sillä kuten aiemmin tässä luvussa on mainittu, molemmissa tutkimusryhmissä hyödynnettiin sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä, eivätkä hoitojen vaikutukset täten olleet puhtaita. Toiseksi on muistettava, että arvotyöskentely, jonka tavoitteena on asiakkaan henkilökohtaisten arvojen selvittäminen sekä näiden arvojen mukainen, sitoutunut toiminta, muodostaa tärkeän osan ACT:n ydinprosesseista, joiden avulla psykologista joustavuutta ja tämän kautta psykopatologian vähenemistä tavoitellaan: kaikki ACT-terapiassa tehtävä työ tähtää asiakkaan kykyyn elää arvojensa mukaista elämää. Täten tässä tutkimuksessa tehty havainto, jonka mukaan psykologisessa joustavuudessa tapahtui yhtä selkeä muutos kuin KKT + arvot -ryhmässä, mutta muutos sijoittui vasta terapiaprosessin loppuvaiheeseen, voisi selittyä seuraavasti: onnistunut arvotyöskentely saattaa johtaa siihen, että vaikka muita psykologisen joustavuuden osa-alueita, kuten hyväksyntää ja kielellisen kontrollin heikentämistä ei suoraan käsiteltäisi, näillä osa-alueilla tapahtuu ajan mittaan joitakin muutoksia arvojen mukaisten tekojen lisääntyessä asiakkaan arjessa. Tällä en toki tarkoita, etteikö muihin psykologisen joustavuuden tavoittelussa keskeisiksi arvioitujen ydinprosessien keskittyminen terapiassa olisi hyödyllistä, onhan esimerkiksi hyväksynnän ja kielellisen kontrollin merkityksestä saatu jo lupaavia tuloksia (ks. esim. Masuda ym., 2004). Vielä ei kuitenkaan tiedetä, kuinka merkittävässä roolissa arvotyöskentely on psykologisen joustavuuden lisääntymisessä, sillä arvotyöskentelyä koskevat komponenttitutkimukset ovat vasta alkamassa (Hayes ym., 2006). Kaiken kaikkiaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskeva komponenttitutkimus on vasta alkamassa, sillä teorian kuudesta psykologisen joustavuuden ydinprosessista on toistaiseksi tutkittu vasta edellä mainittujen hyväksynnän ja kielellisen kontrollin merkitystä. Tulevien tutkimusten avulla tullaankin varmasti saamaan tärkeää lisätietoa psykologiseen joustavuuteen vaikuttavista komponenteista ja niiden keskinäisistä suhteista.

Tutkimuksen tuloksia voidaan tarkastella myös vertailemalla käytettyjä terapiamuotoja, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja niissä käytettyjä menetelmiä. Tällöin tutkimuksen tuloksia voidaan tulkita siten, että koska KKT:n osalta oli pyritty valitsemaan tehokkaimmat, paljon empiiristä tukea saaneet menetelmät (Jacobson ym., 1996; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 2005), niin sanotun nollatuloksen voidaan katsoa antavan lisänäyttöä nuoren ACT-terapiamuodon tehokkuudesta, sillä toista ryhmää hoidettiin pääosin KKT:n menetelmillä. Toisaalta, aiemmissa samankaltaista tutkimusasetelmaa käyttäneissä tutkimuksissa (Lappalainen ym., 2007; Tuomela, 2006) on hyväksymis- ja omistautumisterapialla tai ACT:n ja KKT:n yhdistämisellä saavutettu hieman parempia hoitotuloksia kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla. Tämä tutkimus erosi kuitenkin edellisistä siten, että puhdasta kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä hoidettua ryhmää ei ollut, vaan pääosin KKT:n menetelmillä hoidettua ryhmää hoidettiin myös arvokeskustelulla, joka siis on yksi keskeisimmistä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmistä (ks. Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym., 2004). Täten tämän

tutkimuksen tuloksia voidaan tulkita myös siten, että arvokeskustelun lisääminen vaikutti hoitotulokseen, ja tämä tulkinta viittaisi hyväksymis- ja omistautumisterapian, sekä erityisesti edelläkin esiin nostetun arvotyöskentely -menetelmän tehokkuuteen. Tulkinnassa tulee lisäksi huomioda pieni otoskoko, jonka vaikutuksia käsitellään hieman myöhemmin tässä luvussa (ks. myös Jacobson ym., 1996).

Tutkittavien psyykkisten oireiden lähtötason huomioiminen on tutkimuksessa tärkeää (ks. esim. Churchill ym., 2001). Vaikka tässä tutkimuksessa tutkimusryhmät eivät eronneet toisistaan alkutilanteessa tilastollisesti merkitsevästi masentuneisuuden tai muiden psyykkisten oireiden osalta (masennuksen osalta tästä tosin saatiin viitteitä), absoluuttiset erot olivat paikoin kliinisesti merkittäviä: masentuneisuuden osalta puolet enemmän yhdistelmäryhmän tutkittavista täytti DSM-IV -luokituksen mukaiset, vakavan masennusjakson kriteerit verrattuna KKT + arvot -ryhmään. Alkutilanteen BDI-pistemäärät viittasivat samaan suuntaan: keskivaikeasti tai vaikeasti masentuneita oli KKT + ACT -ryhmässä lähes kaksinkertaisesti KKT + arvot -ryhmään verrattuna. Myös koetuissa oireissa oli alkutilanteessa selkeä, lähes 30 raakapisteen ero ryhmien välillä. Yhdistelmäryhmän oireet olivat yhtä vaikeat kuin Holin (2003) tutkimuksen psykiatrisen poliklinikan potilaiden, kun taas KKT + arvot -ryhmän oireet sijoittuivat normiotoksen ja psykiatrisen poliklinikan potilasotoksen välimaastoon, jos toki lähemmäksi psykiatrisen poliklinikan potilasotoksen arvoja.

Tutkimusryhmien lähtötason erot ansainnevat hieman tarkastelua erityisesti tulkittaessa effect size -parametrin avulla tehtyjä ryhmien välisiä vertailuja hoitotuloksissa (ks. Cohen, 1988). Ryhmien välisten effect size -lukujen mukaan KKT + arvot -hoito oli jonkin verran tehokkaampi hoitomuoto masentuneisuuden ja myös joidenkin muiden tulosmittareiden, kuten koettujen oireiden osalta. On kuitenkin huomattava, että kun ryhmien välisiä eroja hoidon tuloksellisuudessa arvioidaan effect size -lukujen avulla, tarkastelun kohteena ovat ainoastaan hoidon jälkeisten mittausten tulokset (ks. Cohen, 1988). Alkuarviointien eroja ei tässä analyysitavassa siis huomioda. Kun tarkastellaan ryhmien välisiä eroja alkutilanteessa, näyttäytynee esimerkiksi masennusta ja koettuja oireita koskeva, ryhmien välinen ES-luku hieman uudessa valossa. Tätä tulkintamallia vahvistavat osaltaan myös kovarianssianalyysin tulokset, joiden mukaan ryhmien välillä ei ollut eroa hoidon tuloksellisuudessa, kun huomioitiin tutkittavien erot alkutilanteessa. Yksi viite KKT + ACT -ryhmän tuloksellisuudesta ovat ryhmien sisäiset effect size -luvut: KKT + ACT -hoidon vaikuttavuus masentuneisuuteen oli suurta, kun se KKT + arvot ryhmässä oli keskisuurta (ks. Öst, 2006).

Aiempien tutkimusten pohjalta voidaan todeta, että KKT:n muutosprosessit ovat vielä hyvin epäselviä (ks. esim. Jacobson ym., 1996, Gortner ym., 1998). Tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti pyritty selvittämään näitä tämän tutkielman johdannossakin lyhyesti esiteltyjä epäselvyyksiä. Kuitenkin, tämän tutkimuksen tulokset tukivat Jacobsonin ym., (1996) tutkimuksessa tehtyjä havaintoja, joiden mukaan suoraan kognitiivisten rakenteiden muokkaamiseen tähtäävät interventiot eivät ole välttämättömiä masennuksen lievittämisessä, kuten Beck ym., (1979) ovat esittäneet, vaan masennusta voidaan lievittää tehokkaasti myös behavioraalisemmin painottuneen hoidon avulla. Jacobsonin ym., (1996) tutkimuksessa behavioraalisesti painottuneeseen hoitotapaan sisältyneet KKT-menetelmät olivat pitkälti samoja kuin Lappalaisen ym., Tuomelan sekä tässä tutkimuksessa käytetyt KKT-menetelmät, ja sisälsivät muun muassa käyttäytymisen aktivointia, itsehavainnointia sekä sosiaalisten taitojen harjoittelua.

KKT:n muutosprosessit eivät olleet tämän tutkimuksen tarkastelun keskiössä: molemmissa ryhmissä terapeutit saivat käyttää vapaasti KKT:n menetelmiä, eikä tutkimuksessa täten pyritty varioimaan oletettuja muutosprosesseja, kuten psykologisen joustavuuden kohdalla meneteltiin.

Koska aiemmin osittain samankaltaista tutkimusasetelmaa käyttäneessä tutkimuksessa (Lappalainen ym., 2007) kuitenkin oltiin havaittu itseluottamuksen lisääntyneen enemmän kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä hyödyntäneessä terapiahoidossa, haluttiin tässä tutkimuksessa selvittää, havaitaanko ryhmässä, jossa asiakkaita hoidetaan KKT:n ja arvokeskustelun yhdistelmällä, suurempia muutoksia itseluottamuksessa kuin KKT + ACT -ryhmässä. Kuten tämän tutkielman johdannossa mainittiin, itseluottamus ei ole perinteinen KKT:n muutosprosesseja kartoittava mittari, Lappalainen ym., perustelivat itseluottamuksen valintaa KKT:n terapiaprosessia kartoittavaksi mittariksi siten, että perinteisessä KKT:ssa pyritään muokkaamaan negatiivisia itsearviointeja, ja itseluottamusta voidaan pitää yhtenä yleisenä, tätä prosessia kartoittavana mittarina. Tässä tutkimuksessa Lappalaisen ym., (painossa) havainnolle ei saatu tukea, vaan ryhmien sisäiset analyysit viittasivat jopa siihen, että KKT + ACT -hoidolla oli suurempi itseluottamusta lisäävä vaikutus kuin KKT + arvot -hoidolla. Tässä on kuitenkin muistettava edellä todettu seikka: hoitojen vaikutukset eivät olleet puhtaita, sillä toisin kuin Lappalaisen ym., (2007) tutkimuksessa, tässä tutkimuksessa kummassakin ryhmässä käytettiin molempia hoitomuotoja, ja kummassakin ryhmässä terapeutit saivat käyttää vapaasti KKT:n menetelmiä. Terapeuttien merkintöjen mukaan hoitoryhmät eivät todella suuresti eronneet toisistaan käytettyjen KKT-menetelmien määrän osalta: KKT + arvot ryhmässä KKT-menetelmiä käytettiin ainoastaan noin 25 % enemmän kuin yhdistelmäryhmässä, ja koska terapeuttien merkinnät vaikuttivat kuunteluotoksen perusteella reliaabeileilta, voidaan näitä lukuja myös pitää luotettavina. Täten, vaikka tämän tutkimuksen tulokset eivät siis suoranaisesti vahvistaneet ajatusta, jonka mukaan itsetunnon vahvistuminen olisi yksi mahdollinen muutosprosessi kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa, ei kyseinen hypoteesi tämän tutkimuksen tulosten perusteella ole mitenkään mahdotonkaan. Lopuksi huomattakoon vielä, että ACT-terapiassa rohkaistaan toimimaan ja elämään täysipainoista elämää vaikeista tunteista huolimatta, ja tämä saattaa osaltaan vahvistaa itseluottamusta, uskoa siihen, että kykenee hallitsemaan omaa elämäänsä ja toteuttamaan tavoitteitaan tilanteessa kuin tilanteessa. Saattaakin olla mahdollista, että kummankin menetelmän käyttö lisää itseluottamusta, ja että molempien menetelmien yhtäaikainen käyttö lisää itseluottamusta enemmän kuin kummankaan käyttö yksinään. Tätä voitaneen pitää eräänä mielenkiintoisena tulevan tutkimuksen kohteena.

Jos pohditaan hieman edellä esitettyä hypoteesia, jonka mukaan itseluottamuksen avulla kyetään kartoittamaan KKT:n tehokkuutta selittäviä muutosprosesseja, sen voitaneen ajatella olevan yhteydessä tämän tutkielman johdannossa esitettyyn Jacobsonin ym., (1996) pohdintaan, joka käsitteli käyttäytymisen aktivoinnin tehokkuuden mahdollisia syitä. Jacobsonin ym., tutkimuksessa käyttäytymisen aktivointi -ryhmässä (BA-ryhmä) muutos attribuutiotyyleissä ennusti myöhempää masennuksen lievenemistä. Näin ei tapahtunut koko KKT:n hoitopakettia käyttäneessä ryhmässä, jossa pyrittiin suoraan negatiivisten kognitiivisten ajattelumallien ja rakenteiden muuttamiseen. Jacobson ym., esittivät pohdinnassaan hypoteesin, jonka mukaan käyttäytymisen aktivoinnin vääristyneitä attribuutiomalleja vähentävä vaikutus saattaisi toteutua siten, että luonnollisissa ympäristöissä ja tilanteissa saatava vahvistus aikaansaa muutoksen negatiivisissa ajatusmalleissa, ja tämä taas vaikuttaa masennukseen sitä lieventävästi. Lienee todennäköistä, että näiden negatiivisten ajatusten väheneminen on yhteydessä itseluottamuksen lisääntymiseen. Yhteys voisi olla esimerkiksi sellainen, että muuttuneet ajatusmallit lisäävät itseluottamusta. Toisaalta voisi olla niin, että vahvistuksen ansiosta itseluottamus lisääntyy, ja tämä osaltaan aikaansaa muutoksen negatiivisissa ajatusmalleissa. Kolmantena ja ehkäpä luonnollisimmalta tuntuvana vaihtoehtona yhteydelle voisi olla molemminpuolinen kausaalinen yhteys, eli vähentyneet negatiiviset ajatukset ja lisääntynyt itsetunto saattavat vaikuttaa toisiinsa vastavuoroisen kausaalisesti. Jacobson ym., (1996) esittävät pohdinnassaan myös toisen hypoteesin koskien käyttäytymisen aktivoinnin ja muuttuneiden attribuutiotyyliden välistä suhdetta. Tämän hypoteesin mukaan luonnollinen vahvistus ei ehkä suoraan muutakaan negatiivisia ajatusmalleja, vaan muuttuneet attribuutiotyylit voisivat olla seurausta käyttäytymisen aktivoinnin aikaansaamista muuttuneista odotuksista koskien

tulevaisuutta. Tällöin positiivinen vahvistus muuttaisi tapahtumille annettuja merkityksiä: se esimerkiksi lisäisi uskoa siihen, että asiat voivat mennä hyvin, että kaikki ei aina olisi omaa syytä. Tässä ollaan käsittäakseni jo melko läheisesti tekemisissä itseluottamuksen käsitteen kanssa. Oli miten oli, Jacobsonin ym., (1996) esittämät kaksi hypoteesia ovat kuitenkin näkemykseni mukaan siten lähellä toisiaan, että jos ajatukset tapahtumien syistä muuttuvat vähemmän minäkielteisiksi (hypoteesi 2), on tuolloin jo kyse itseä koskevien negatiivisten ajatusten vähenemisestä (hypoteesi 1). Edellä esitettyihin spekulatioihin liittyvä tutkimus luonnollisissa, arkipäivän tilanteissa saatavan vahvistuksen, itseluottamuksen ja laajempien negatiivisten ajatusmallien yhteydestä voisi olla mielenkiintoinen tulevan kokeellisen tutkimuksen kohde.

Puhuessaan luonnollisissa, jokapäiväisen elämän tilanteissa saatavasta vahvistuksesta Jacobson ym. (1996) viittaavat toimintaan, tekoihin, jotka heidän tutkimuksessaan ja terapiaan liitettynä yleisemminkin pohjautuvat usein kotitehtäviin, uudenlaisen toimintatavan harjoitteluun terapiaistunnoissa sovitulla tavalla. Niin olennaista kuin näiden arjen positiivisten kokemusten merkityksen tutkiminen onkin, tässä tutkimuksessa haluttiin suunnata katse terapiaistuntoihin, niiden toiminnallisuuden, kokemuksellisuuden eli harjoitusten mahdollisiin vaikutuksiin. Terapiaistuntojen aikana tehtyjen harjoitusten ja hoitotuloksen yhteyttä ei juuri ole tutkittu kokeellisesti, vaikka monissa aiemmissa tutkimuksissa, joissa on raportoitu hyviä hoitotuloksia, interventiot ovat sisältäneet sekä terapiaistunnoissa että kotitehtävinä tehtyjä harjoituksia (ks. esim. Bond & Bunce, 2000; McCracken ym., 2006). Yksi poikkeus löytyy Masudan ym. (2004) tutkimuksesta, jossa todettiin, että pelkkä keskustelu ei riittänyt, vaan terapiassa tehdyt harjoitukset olivat ratkaisevan tärkeitä itseä koskevien, negatiivisten ajatusten vähenemisessä. Myöskään tämän tutkimuksen asetelma ei harjoitusten käytön suhteen ollut kokeellinen, vaan terapeutit käyttivät harjoituksia asiakkaan tilanteen mukaan. Nauhoituksia analysoitaessa havaittiinkin, että terapeutit tekivät otoksen perusteella enemmän harjoituksia vaikeammista ongelmista kärsivien asiakkaiden kohdalla. Lisäksi harjoitusten käyttöä analysoitiin erittäin suppean otoksen avulla (kultakin asiakkaalta analysoitiin vain yksi terapiaistunto, 10–11 % istunnoista). Täten tämän tutkimuksen harjoituksia koskevia tuloksia, joiden mukaan KKT:n ja ACT:n yhdistelmähoidossa tehtiin määrällisesti enemmän harjoituksia kuin KKT:aa ja arvokeskustelua yhdistävässä hoidossa, ja joissa ryhmien sisäiset vertailut (jaettaessa tutkittavat ryhmiin tehtyjen harjoitusten määrän perusteella) viittasivat siihen, että terapiaistunnoissa tehtävien harjoitusten tekeminen on yhteydessä laajempaan psykopatologian vähenemiseen ja psyykkisen hyvinvoinnin, erityisesti itseluottamuksen lisääntymiseen hoidon aikana, on pidettävä erittäin alustavina. Tulevaisuudessa olisikin tärkeää tehdä satunnaistettuja kontrolloituja kokeita harjoitusten ja hoitotuloksen yhteydestä sekä tutkia, eroavatko terapiamenetelmät toisistaan terapiassa käytettyjen harjoitusten määrän tai niihin käytetyn ajan suhteen, tai havaitaanko terapiaistunnoissa tehtyjen harjoituksen ja hoitotuloksen välillä yhteyttä, kun asiaa tutkitaan laajemmalla kuunteluotoksella. Nähdäkseni olisi erittäin tärkeää selvittää luotettavasti, millainen – jos millainenkaan – yhteys terapiassa tehdyillä harjoituksilla, niiden tuottamilla kokemuksilla on asiakkaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Mikäli kokeellisissa tutkimuksissa kyettäisiin toistuvasti osoittamaan, että harjoitusten lisääminen terapeutin keskustelun rinnalle parantaa hoitotulosta, olisi tämä merkittävä havainto, jonka todentaminen kliinisessä käytännössä voisi suurestikin vaikuttaa monien ihmisten elämänlaatuun.

Tässä tutkimuksessa oli myös joitakin selkeitä rajoituksia. Ehkäpä selkein rajoitus oli tutkimusotoksen pieni koko, ja siitä seuraavat ongelmat, kuten niin kutsuttu tilastollisen voiman puute (ks. esim. Jacobson, 1996). Tilastollisten merkitsevyyksien tarkoituksenahan on varmistaa, ettei tutkimusten pohjalta tehdä perusteettomia yleistyksiä tutkittavasta populaatiosta. Oskoon ollessa pieni yleistysten tekeminen, ja täten tilastollisten merkitsevyyksien saavuttaminen on vaikeaa. Pienet otoskoot ovat myös alttiita virhevaikutuksille: esimerkiksi keskiarvosta selkeästi poikkeavat arvot saavat suuren painoarvon, sillä ne lisäävät keskihajontaa huomattavasti, ja tämä

vaikeuttaa tilastollisen merkitsevyyden saavuttamista, vaikka ryhmien välillä olisi absoluuttisissa pisteissä suuri ero. Vaikka osa analyyseistä tehtiin tässä tutkimuksessa nonparametrisin menetelmin virhevaikutusten välttämiseksi, tehtiin ryhmien välisiä vertailuja pääosin parametrinen menetelmän avulla. Tällöin, esimerkiksi tutkittaessa psykologisessa joustavuudessa hoidon aikana tapahtuneen muutoksen yhteyttä masennuksen lievenemiseen ongelma tuli esiin: kuten jo aiemmin tässä luvussa mainittiin, ryhmien välillä oli kyllä selkeä absoluuttinen piste-ero suuren psykologisen joustavuuden muutosryhmän hyväksi, mutta ryhmien keskihajontojen ollessa suuria ei tilastollista merkitsevyyttä saavutettu. Myös muissa, esimerkiksi terapiassa tehtyjen harjoitusten ja hoitotuloksen yhteyttä tarkastelleissa analyyseissä havaittiin samankaltainen ilmiö. Olisikin tärkeää tutkia, toistuvatko tämän tutkimuksen tulokset suuremmassa otoksessa. Kuuntelemalla analysoiduissa terapiaistunnoissa pieni otoskoko oli ikään kuin kaksinkertainen ongelma, sillä kuten edellä on mainittu, tutkittavien pienen määrän lisäksi analysoitu otos oli erittäin pieni, vain yksi kymmenestä terapiaistunnosta. Tutkimusasetelman huonona puolena voidaan pitää myös sitä, että osa käytetyistä menetelmistä oli samoja molemmissa ryhmissä. Toisaalta, tämä asetelma lisää tutkimuksen kliinistä validiteettia (ks. Roth & Fonagy, 2005; McCracken ym., 2006). Tutkimusasetelmassa oli myös hyviä puolia: tutkimuksessa käytettiin kontrolliryhmää, tutkittavat satunnaistettiin ryhmiin ja terapeutin vaikutus kontrolloitiin pois siten, että sama terapeutti hoiti molempien ryhmien asiakkaita, mutta käyttäen eri menetelmiä.

Tämä tutkimus ei asetelmaltaan ollut tyypillinen efficacy-tutkimus, joissa terapeutteina toimii yleensä muutama tutkittavan terapiamuodon erityisosaaja ja terapiaa toteutetaan manuaalin mukaan. Tässä tutkimuksessa terapeutteina toimi verraten suuri joukko kokemattomia terapeutteja ja terapeutit saivat (tutkimusryhmälle sallittujen hoitomenetelmien rajoissa) käyttää menetelmiä vapaasti asiakkaan tilanteen mukaan. Lisäksi KKT-menetelmistä terapeuteille opetettiin vain eniten empiiristä tukea saaneet menetelmät, jolloin joitain keskeisiä KKT:n sisältämiä menetelmiä, kuten kognitiivista restrukturointia (ks. Beck ym., 1979) ei opetettu. Tutkimus muistutti kuitenkin joitain osin Shadishin ym., (2000) esittämää, kliinisesti edustavissa olosuhteissa tehtyä efficacy-tutkimusta. Toisaalta tutkimus oli luonteeltaan melko lähellä myös hoitomuotojen kliinistä tehokkuutta kartoittavaa, kontrolloitua effectiveness-tutkimusta. Tyypillisestä effectiveness -tutkimuksesta tämä tutkimus erosi kuitenkin muun muassa siten, että tutkittaviksi pyrittiin valikoimaan masentuneita asiakkaita. (ks. Roth & Fonagy, 2005.) Tutkimusasetelman melko epätavallisen luonteen vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää laajalti. Ei esimerkiksi tiedetä, millaisia tuloksia kokeneiden terapeuttien antamalla terapialla olisi vastaavassa tilanteessa saavutettu. Myöskään ei tiedetä, miten hoidon manualisointi olisi vaikuttanut tuloksiin. Tosin tällaisten yleistysten tekeminen ei ollut tämän tutkimuksen tarkoituksaan. Sen sijaan tutkimusten tulokset ja asiakkaiden kokemukset sekä tässä tutkimuksessa että aiemmissa kahdessa tutkimuksessa (Lappalainen ym., 2007, Tuomela, 2006) annetusta terapiasta puhuvat sen puolesta, että terapeutteina kokemattomien psykologian opiskelijoiden hoidolla on vaikutusta asiakkaiden masentuneisuuden ja muiden psyykkisten oireiden vähenemiseen ja vastaavasti psyykkisen hyvinvoinnin lisääntymiseen. Tämän tutkimuksen tulosten arvoa lisää se, että tutkittavien ryhmä oli aiempia vuosia vaikeampi usealla mittarilla mitattuna (aiemmat tutkimukset, ks. Lappalainen ym., 2007, Tuomela, 2006), ja täten voidaankin todeta, että ensikertalaiset terapeutit kykenivät lyhyen menetelmäopetuksen, käsikirjojen ja tiiviin työnohjauksen tukemina saamaan aikaan muutoksia jopa vaikeasta masennuksesta kärsivien asiakkaiden tilanteessa. Näin siitäkin huolimatta, että terapeutit olivat ennen terapian alkua hieman pelokkaita kyvyistään toimia terapeutteina, eivätkä kokeneet kovin hyvin hallitsevansa käytettyjä terapiamenetelmiä.

Kokemattomat terapeutit ovat nyt siis toistuvasti pystyneet hoitamaan asiakkaita tehokkaasti aiemmissakin tutkimuksissa tehokkaaksi todetuilla menetelmillä. Tämän tosiseikan valossa APA:n (1993) selvityksen sisältämä tieto siitä, että terapiamenetelmiä ei juuri opeteta psykologian

perustutkinto-opiskelijoille, on omiaan herättämään joitain ajatuksia terapiamenetelmien opettamisen eettisyydestä ja tarpeellisuudesta. Terapiamenetelmien opettamisen tarpeellisuutta on jo pohtinut aiemmin samankaltaista tutkimusasetelmaa käyttäneen tutkimuksen tiimoilta Tuomela (2006). Tuomelan tutkimuksen tulokset puhuvat hänen mukaansa sen puolesta, että terapiamenetelmien opettaminen psykologian perustutkinto-opiskelijoille on suositeltavaa ja eettisesti perusteltua, ja että lyhyelläkin koulutuksella on mahdollista kouluttaa psykoterapiaa antamaan kykenevää hoitohenkilöstöä, ainakin jos koulutus on osa psykologin peruskoulutusta. Niinpä, kun on erittäin todennäköistä, että psykologiopiskelijat tulevat asiakastyössään hyötymään terapeuttisista taidoista, ja koska psykoterapeutin koulutus on kallis ja pitkäkestoinen koulutus, johon kaikilla psykologiksi valmistuvilla ei ehkä ole mahdollisuuksia osallistua, on psykoterapiamenetelmien opettaminen osana psykologin perustutkintoa Tuomelan mukaan omiaan lisäämään tulevien psykologien ammatillisia valmiuksia. (Tuomela, 2006.) Tämän tutkimuksen tulosten voidaan katsoa vahvistavan Tuomelan (2006) näkemyksiä psykologian opiskelijoille suunnatun terapiaopetuksen eettisyydestä.

Kun kokemattomien terapeuttien kyky hoitaa asiakkaita on nyt toistettu kolme kertaa, voitaneen kysymyksen asettelua jopa kääntää, ja pohtia, onko olemassa perusteita sille, että terapiataitoja ei opetettaisi psykologian perustutkinto-opiskelijoille. Tosiasia on, että useat suuret työllistäjät, kuten kaupunkien mielenterveystoimistot odottavat psykologien olevan kykeneviä psykoterapeuttiseen työskentelyyn, ja vaikka psykologin peruskoulutuskin sisältää paljon tietoa psyyken kehityksestä, toiminnasta ja haavoittuvuudesta, ei pelkkä tieto näistä lainalaisuuksista välttämättä yksinään riitä synnyttämään terapeuttista osaamista. Tässäkin tutkimuksessa terapeuteille opetetut menetelmät ovat työkaluja, välineitä, joiden avulla terapeuttinen työskentely, jossa psyyken ongelmakohtia pyritään selvittämään ja muuttamaan, voi uskoakseni huomattavasti tehostua ja helpottua. Tilannetta voisi löyhän analogian avulla verrata tilanteeseen, jossa talonrakentaja kyllä tietää, kuinka talosta tehdään vahva, ja mistä yleisimmät ongelmat johtuvat, mutta häneltä on eväty työkalupakki, jolla voisi ryhtyä työskentelemään suunnitelman toteuttamiseksi. Tämä analogia on kömpelö, eikä toki tarkoita sitä, ettei psykologian opiskelu itsessään antaisi valmiuksia auttaa rasittunutta tai murtunutta psyykettä. Ehkäpä kuitenkin jotain edellä mainitun kaltaista psykoterapiamenetelmien opettaminen psykologian perustutkinto-opiskelijoille voisi merkitä.

Lyhyenä yhteenvetona voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa saatiin aiempia tutkimustuloksia tukevaa näyttöä siitä, että psykologinen joustavuus on yhteydessä hoitotulokseen masentuneita henkilöitä hoidettaessa. Ryhmässä, jossa käsiteltiin psykologisen joustavuuden kaikkia osa-alueita, ei kuitenkaan vastoin odotuksia saavutettu parempia hoitotuloksia kuin ryhmässä, jossa joustavuuden osa-alueista käsiteltiin vain arvoja. Hyväksymis- ja omistautumisterapian komponenttitutkimukset ovat kuitenkin monien osa-alueiden, kuten arvokeskustelun osalta vasta alkamassa, joten tulevaisuudessa tullaan varmasti saamaan tärkeää tietoa eri komponenttien merkityksestä psykologisen joustavuuden ja sitä kautta hyvinvoinnin lisääntymisessä. Tutkimuksen tulokset puhuvat myös sen jo kahdessa aiemmassakin tutkimuksessa (ks. Lappalainen ym., 2007; Tuomela, 2006) todetun seikan puolesta, että psykologian opiskelijat kykenevät hoitamaan tehokkaasti psyykkisistä ongelmista, tässä tutkimuksessa erityisesti masennuksesta kärsiviä asiakkaita, ja täten psykoterapiamenetelmien opetus psykologian perustutkinto-opiskelijoille vaikuttaa eettisestikin perustellulta.

LÄHTEET

- American Psychological Association (APA). (1993). Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. A report to the Division 12 Board of the American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.painos). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150.
- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W.G. (1997). A cost effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.
- 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.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T., & Haaga, D.A.F. (1992). The future of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 29, 34-38.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Becker, L. A. (2007). Effect Size Calculator. Haettu 18.01.2007 osoitteesta <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escalc3.htm>.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research of human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Blackburn, I. M., Euson, K., & Bishop, S. (1986). A 2-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Bondi, C.M., & Sanislow, C.A. III. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Unpublished 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.
- 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, S57-S70.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients. Cognitive therapy plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry, 156*, 73-78.
- Brantsetter, A. D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer: ACT and CBT. Paper presented at the *Association for the 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
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. A., & Wessley, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatment for depression. *Health Technology Assessment, 5*, 35.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement, 20*, 37-46.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cook, D. (2004). *Culture and acceptance and control-based strategies: Predictors of psychological adjustment among Asian Americans and Caucasian Americans*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno, NV.
- Craighead, W.E., Hart, A.B., Wilcoxon Craighead, L., & Ilardi, S.S. (2002). Psychosocial treatments for major depressive disorder. Teoksessa P.E. Nathan & J.M. Gorman (toim.) *A guide to treatments that work*. 2. Painos. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 409-416.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414-419.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Teoksessa K.S. Dobson (toim.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2.painos. New York: Guilford Press.

- Dykstra, T. A., & Follette, W. C. (1998). An agoraphobia scale for assessing the clinical significance of treatment outcome. Unpublished manuscript.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., & Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 841-847.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, S. D., Imber, S.M., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., & DeRubeis, R. J. ym. (1992). Differential relapse following therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry, 49*, 802-808.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. 2. painos. New York: Wiley.
- 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 the 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*, 851-870.
- Franks, C. M., & Wilson, G. T. (1974). *Annual review of behavior therapy: Theory and practice*. New York: Brunner / Mazel.
- Friedman, M. A., Detweiler-Bedell, J. B., Leventhal, H.E., Horne, R., Keitner, G.I., & Miller, I.W. (2004). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, II*, 47-68.
- 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*, 415-437.
- Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Unpublished Doctoral Dissertation, University on Nevada, Reno.
- Greenberg, L. S., Pinsof, W. M. (1985). Process research: current trends and future perspectives. Teoksessa L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (toim.) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59-72.

- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N.S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 377-384.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-62.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hays, R. D., Sherbourne, C.D., & Mazel R. (1993). The RAND 36-item Health Survey 1.0. *Health Economics 2*, 217-277.
- Hautamäki, A. (2006). *Mahdollinen masennus. Eettinen työ valistusteksteissä*. Pro gradu - tutkielma. Helsingin yliopiston sosiologian laitos.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. Teoksessa S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (toim.) *Varieties of scientific contextualism* (s. 11-27). Reno, NV: Context press.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. (2002). *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 58-66.
- 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, Barnes-Holmes & Roche, (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- 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. (2005). *A practical guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dysktra, 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. *The Psychological Record, 54*, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.

- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behaviour therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649 – 668.
- Holi, M. M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic Dissertation, Department of Psychiatry, Helsinki University.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51, 1025-1030.
- Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. Teoksessa A. E. Bergin & S. L. Garfield (toim.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4.painos. New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Holmberg, N., Karila, I., & Kähkönen, S. (toim.) (2001). *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Shea, T., Elkin, I., Collins, J. F., Leber, W. R., Glass, D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 352-359.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness and meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Lappalainen, R. (2006). Suullinen tiedonanto luennon *Hyväksymis- ja omistautumisterapia yhteydessä*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S.C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K., Afari, N., & McCurry, S.M. (2004). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia 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 kehittämisyksikön julkaisuja.5/2004. Tampere: Tampereen yliopisto, Psykologian laitos.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., & Taubert, E., Ojanen, M. & Hayes, S.C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31, 488-511.

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

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Lund, M., Foy, D., Sipperelle, C., & Strachnan, A. (1984). The Combat-Exposure Scale: A systematic assessment of trauma in the Vietnam War. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1323-1328.

MacKinnon, D. P. (2003). Mediator and moderator methods. Paper presented at the *Association for the Advancement of Behavior Therapy meeting*, Boston, Massachusetts.

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

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335-1346.

Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2003). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95, 1475-1490.

Miller, I. W., Norman, W., Keitner, G. ym., (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy*, 20, 25-47.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (toim.). (2005). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.

Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa S. Salo (toim.). *Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen*. Turku: KELAn Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 207-225.

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

Olfson, M., & Klerman, G.L. (1993). Trends in the prescription of antidepressants by office-based psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 150, 571-577.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (toim.) (2002). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.

Parker, G., Roy, K., & Eyers, K. (2003). Cognitive therapy for depression? Choose horses for courses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 825-834.

- Piaget, J. (1964). Development and learning. Teoksessa R. E. Ripple, & V. N Rockcastle (Toim.) *Piaget rediscovered*. Ithaca: Cornell University Press.
- 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 Behaviour Therapy and Experimental Psychology*, 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.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205-214.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2. Painos. New York: Guilford Press.
- Rush, A. J., Beck, A.T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive therapy and research*, 1, 17-37.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Sheldon, T., Gong, F., & Davey-Smith, G. (1993). Critical appraisal of medical literature: How to address whether health-care interventions do more good than harm. Teoksessa M. Drummond, & A. Maynard (toim.) *Purchasing and Providing Cost-Effectiveness Health Care*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- Simons, A. D., Murphy, G. D., & Levine, J. L. ym., (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over 1 year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- 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.
- Toarmino, D., Pistorello, J., & Hayes, S. C. (1997). *Validation of the Acceptance and Action Questionnaire*. Unpublished manuscript.
- Tuomela, H-R. (2006). *Hyväksymis- ja omistautumisterapian yhdistäminen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan sekä hyväksynnän muutoksen yhteys hoitotulokseen*. Pro Gradu -tutkielma, Tampereen yliopiston psykologian laitos.
- Tuomisto, M. T. (2006). Kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) vaikuttavuus. Julkaisematon luentomateriaali. Tampereen Yliopisto, Tampere.

Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 688-701.

Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy for depression. *Psychological Bulletin, 114*, 248-265.

Wilson, G. T. (1995). Empirically validated treatments as a basis for clinical practice: Problems and prospects. Teoksessa S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (toim.) *Scientific standards of psychological practice*. Reno: Context Press.

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*, 436-445.

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

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 _____ / _____ 2006

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 ____ / ____ 2006 saakka.

Tampereella ____ / ____ 2006

Asiakkaan allekirjoitus

Koulutusterapeutin allekirjoitus

Nimi painokirjaimin

Nimi painokirjaimin

TAUSTATIETOLOMAKE

NRO _____
Pvm _____._____.2006

Yhteystiedot

Nimi: _____

Osoite: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

Ikä _____ vuotta

Koulutus

- Kansakoulu Keskikoulu Peruskoulu
 Ammattikoulu Ammatillinen opisto Lukio
 Ammattikorkeakoulu Korkeakoulu Yliopisto
 Jokin muu, mikä _____

Ammattini on _____

Työtilanteeni tällä hetkellä

- Töissä Sairauslomalla Työtön (kesto _____)
 Opiskelija Kotiäiti tai -isä Eläkkeellä
 Jokin muu, mikä _____

Siviilisääty 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

Nro _____

BDI-Beckin depressioasteikko

Nimi _____

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

Päiväys / / _____

- 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 mitään.
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 rangaisteen.
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 tappa itseni.
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
2 Haluaisin tappa 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 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.
- 11 0 En ole nyt sen ärtynempi kuin yleensäkin.
1 Ärtynyn nykyisin helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 asiat, jotka ennen hävostivät minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.
- 12 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyisin vähemmän kuin aikaisemmin.
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muista ihmisistä kohtaan ovat miltei kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
- 13 0 Pystyn tekemään päätöksiä kureni aina ennenkin.
1 Lykkään päätöksen ottaa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
- 14 0 Mietteissäni ulkomaailmaa ei ole muuttanut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viihdyttävältä.
2 Ulkomaailmassa on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
- 15 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vastii minulta yhä enemmän voimavaroja.
2 Voidakseni tehdä jotakin 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, enkä pääse uudelleen untaan.
- 17 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
2 Väsyn lähes tyhjäksi.
3 Olen liian väsynyt tehdekseni 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 ____

- 10
- 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
 - 1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: särkyistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
 - 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.

Etunimi _____ Lomakkeen täytöpvm. _____

SCL-90-OIREKYSELYLOMAKE**TÄYTTÖOHJEET**

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

Luettuanne 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>	<u>Ei lainkaan</u>	<u>Melko vähän</u>	<u>Jonkin verran</u>	<u>Melko paljon</u>	<u>Erittäin paljon</u>
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 tuntemanne arvostelunhalu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Ajatus, että joku voi säädellä ajatuksianne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Tunne siitä, että muut ovat syyppäitä useimpiin vaikeuksiinne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Vaikeus muistaa asioita	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Pelko, että olette huolimaton tai pöytäamaton	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Tunne, että ärsyyntyyte tai suututte 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. Itkuherkkyys	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Ujous tai vaivautuneisuus vastakkaisen suku- puolen seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Tunne, että olette umpikujassa tai loukussa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Pelästyminen äkillisesti 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 -jykytykset	(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)

	3				
<u>MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT</u>	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittain 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 pelkääte matkustaa bussissa, metrossa tai junassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
48. Hengenhädistys	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
49. Kuumat tai kylmät aallot	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
50. Se että joudutte vilttelemään 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, laskeminen tai peseminen)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
66. Levoton ja katkonainen uni	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
67. Pakonomainen halu rikkoa tai paistaa esineitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
68. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
69. Häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(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 pakokaahun puunkat	(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 saavutuksilenne					
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olette toisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	(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. Halu 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 kustannuksellanne, 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 tehtävänne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
87. Tunne, että jotakin on vakavasti vialla ruumiissanne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
88. Tunne, ettette koskaan ole olleet läheinen kenenkään kanssa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
89. Syyllisyydentunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
90. Tunne, että "päässä on jotain vikaa"	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Tarkistaisitteko vielä ystävällisesti, että olette muistanut vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄ

Nro _____

Suomenkielinen versio: Matti T. Tuomisto 2003

Nimi: _____

Täytöspäivämäärä: _____

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 vääriä 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 onnetoman 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 tytäpalkkia?

Kyllä Ei

Jos kyllä

2a: Kuinka kiinnostunut olet työstäsi?

Erittäin kiinnostunut Melko kiinnostunut
 En kovinkaan kiinnostunut En lainkaan

Jos ei

2b: Kuinka kiinnostunut olet kotiaskareitasi?

Melko kiinnostunut En lainkaan

3. Teetkö töitäsi / askareitasi:

Hyvin innostuneesti
 Melko innostuneesti
 Vain hieman innostuneesti
 En lainkaan innostuneesti

4. Oletko kiinnostunut harrastuksista/ vapaa-ajan vieteistä?

Erittäin kiinnostunut Melko kiinnostunut
 En kovinkaan kiinnostunut En lainkaan

5. Miten arvioit vapaa-aikasi laatua:

Eriomainen Hyvä
 Melko hyvä Epätyydyttävä

6. Kuinka usein otat yhteyttä oman perheen jäseniin (puhiloosi, lapsiin, vanhempiin jne.)?

Hyvin usein Usein Harvoin En koskaan

7. Ovatko ihmissuhteet kotona:

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:

Eriomainen Hyvä
 Kohtalaiset Riittämättömät

11. Minkä arvon annat ihmissuhteillesi?

Arvostan suuresti Arvostan jossain määrin
 Arvostan vain hieman En arvosta

NIMI: _____
 päivämäärä: _____

12. Kuinka usein omaan elämänpäiäsi kuuluvat ihmiset lähestyvät sinua?

Hyvin usein Usein Harvoin Ei koskaan

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

Aina Lähes aina
 Harvoin En koskaan

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

Työillä Kohtalaisesti
 Harvoin En lainkaan

15. Otatko mielelläsi selvää asiasta, tilanteista ja ihmisistä, jotta ymmärtäisit niitä paremmin?

Erittäin mielelläni Melko mielelläni
 En kovinkaan mielelläni En lainkaan mielelläni

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

Erittäin kiinnostunut Melko kiinnostunut
 En kovinkaan kiinnostunut En lainkaan

17. Miten usein sinusta on vaikea ilmaista mielipiteesi muille?

Aina Usein
 Joskus Ei koskaan

18. Kuinka usein tunnet itsesi lähipiirisi hylkämäksi 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 taloudellista vaikeuksia?

Aina Usein
 Joskus Ei koskaan

21. Pystytkö järjestelemään oman ympäristösi mielihalujesi ja tarpeitteesi mukaisesti?

Kyllä varmasti Melkoisella varmuudella
 En kovin varmasti En lainkaan

Nimi _____

Pv _____

ITSELUOTTAMUS

Alla oleva jana kuvaa itsetuottamuksen vaihtelua. Itsetuottamuksella tarkoitetaan uskoa omiin mahdollisuuksiin ja varmuutta siitä, että selviytyy vaativistaakin tehtävistä. Valitsee niistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa itsetuottamusta. Luo kaikki vaihtoehdot ja valitsee niistä se, joka parhaiten vastaa omaa kääntymistä. Vedä janan yli lyhyt poikkeuksella siihen kohtaan, joka on osuvim. Poikkeuksellisen voi vetää kahden kuvauksen välisiin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat lähes yhtä hyviltä.

ERITTÄIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	100	En koskaan epäile mahdollisuuksiani ja edellytyksiani, vaan luotan aina itseeni. Mihin todella paneudun ja kokoon voimani, silloin tunnen onnistuvani. Vaikka epäonnistuisinkin jossakin asiassa, se ei vaikuta itsetuottamukseen.
HYVIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	90	Itsetuottamukseni voi joskus hetken horjua, mutta epävarmuus ei koskaan kestä kauan, vaan voin taas kohta rohkeasti kohdata elämän tuomia haasteita.
VAHVA ITSELUOTTAMUS	80	Suhtaudun mahdollisuuksiini ja kykyihini luottavasti. En toki gysty mihin tahansa, mutta yleensä onnistun siinä, minkä koen mielekkääksi ja itsetuottavaksi. Epäonnistuminen voi olla kiusallista, mutta voin silti luottaa itseeni.
MELKO VAHVA ITSELUOTTAMUS	70	Itsetuottamukseni on yleensä melko vahva. Voin luottaa siihen, että selviydyn aika hyvin niistä asioista ja tehtävistä, joihin joudun vastaamaan. Ajottain tunnen itsetuottavaksi epävarmaksi, mutta se on sittenkin ohimenevä.
	60	Itsetuottamukseni ei ole vahva, mutta silloin on kuitenkin enemmän tujutta kuin heikkoutta. Epävarmuus vahvaa minua aika ajoin, mutta sitten olen häikäisi saavista ja käyn luottavasti aloihin kinni.
KOHTALAINEN ITSELUOTTAMUS	50	Itsetuottamukseni horjhtelee ylös ja alas. Joskus luotan itseeni, joskus taas en. Tunnen kuin olen kahluudalla, joka välillä nousee ja välillä laskee.
	40	Itsetuottamukseni ei lähde kestä, vaan se turhaan painottuvan tiukan "pakkaan puolelle". En oikein jaksaa uskoa itseeni, vaikka tiedänkin, että yhä jos toista olen saanut aikaan.
MELKO HEIKKO ITSELUOTTAMUS	30	En oikein luota itseeni, vaan suhtaudun epäillen mahdollisuuksiini. Haluan olla varovainen, koska epäonnistumisen vaara on olemassa.
HEIKKO ITSELUOTTAMUS	20	Itsetuottamuksen puute on minulle tavallista. En ole haasteita vastaan, vaan kiertelen ja kiertelen ja vasta pitkän jatkailun jälkeen uskallan ryhtyä johonkin.
HYVIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	10	Itsetuottamukseni ovat vain rippeet jäljellä. Ehkä en kuulu kukaan "toivottomimpiin tunaraihin", mutta paljon ei puuta.
ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	0	Minulla on tunne, etten pysty juuri mihinkään. Epäonnistun kuitenkin kaikessa mihin ryhdyn.

Nimi _____

Pv _____

MIELIALA

Milainen mielialaasi on? Oletko toinen ja hyväntuulinen vai enko sinulla taipumusta synkkyyteen ja huonotuulaisuuteen? Arvioi oheisen lainan avulla mielialaasi. Älä arvioi mielialaasi juuri sillä hetkellä, vaan anna yleistä kuva siitä, millainen mielialaasi yleensä on. Vedä pallokuulua siihen kohtaan, joka kuvaa mielialaasi parhaiten. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pysäytyksellä jaksalla.

ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA	100	Olen lähes aina toinen ja hyväntuulinen. En ole käyttänyt nollia koskaan huonolla tuulella.
OKEN HYVÄ MIELIALA	90	Olen useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olen miel masassa. Jos huonotuulaisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
HYVÄ MIELIALA	80	Mielialani on yleensä valoisa ja myönteinen. Vaikka tiedän, mitä synkkyyttä tai huonotuulisuutta on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei siitä juuri ole merkitystä elämässäni.
MELKO HYVÄ MIELIALA	70	Enimmäkseen mielialani on myönteinen. Vaikka minulla on hukan taipumusta synkkyyteen, se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
	60	Vaikka huonotuulisuutta joskus esiintyy, on parempia hetkiä siltäkin enemmän. Synkkyyttä ei ole niin voimakasta, että se häiritseisi elämääni merkittävästi. Mielialani on pikemminkin hyvä kuin huono.
KOHTALAINEN MIELIALA	50	Tunnen itseni välillä huonotuulisemmaksi mutta sitten taas on aikoja, jolloin olen hyvällä tuulella. Mielialani ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
MELKO HUONO MIELIALA	40	Vaikka olen taipuvainen synkkyyteen, tulen jotenkin sen kanssa toimeen. Työhöni huonotuulisuudella ja synkkyydellä ei ole suurta vaikutusta.
	30	Työni ja elämäni hoidan kohtuullisesti, mutta synkkistä ajatuksistani on taido päästä eroon. Hyvikin hetkiä on aika ajoin, mutta viime aikoina minulla on ollut taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen.
HUONO MIELIALA	20	Synkkä mieliala ei taida häiritä. Aivan hetimitään tuntuu siltä, kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se laskee osaan. Työstäni ja arkisista asioista selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvasti huono.
OKEN HUONO MIELIALA	10	Olen hyvin vahvasti synkkyyteen taipuva. En ole aivan masassa, mutta paljon ei puutu. Kaikki näyttää synkkältä ja toivotomalta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain valvon.
ERITTÄIN HUONO MIELIALA	0	Mielialani on erittäin synkkä ja reake. Olen on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kulaan. 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 elämäsi alla olevalla asteikolla. Vedä lyhyt poikkiviiva tyytyväisyyden janan yllä siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkoviivat voi vetää kahden kussakin välissä.

ERITTÄIN TYTYVÄINEN	100	Olen erittäin tyytyväinen elämäni. Asiani eivät voisi olla paremmat. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.
HYVIN TYTYVÄINEN	80	Olen hyvin tyytyväinen elämäni. Minun on vaikea keksiä, mitä vielä toivon tai haluan.
TYTYVÄINEN	60	Olen tyytyväinen elämäni. On vain muutamia asioita, joihin en ole tyytyväinen. Niistä ei ole minulle paljon harmia.
	70	Olen elämäni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kieltäviä asioita.
MELKO TYTYVÄINEN	80	Enkä kieltäviä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani positiiviseksi.
KOHTALAISEN TYTYVÄINEN	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämäni ja ovat omalle tavallaan tasapainossa. Joitakin asioita olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvasti tyytymättömyyttä.
	40	Enkä myönteisiä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani positiiviseksi.
VELKO TYTYMÄTÖN	30	Olen melko tyytymätön elämäni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydyttäviä asioita.
TYTYMÄTÖN	20	Olen tyytymätön elämäni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät kovin paljon minua häiritse.
HYVIN TYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämäni. Minun on vaikea keksiä asioita, joihin olen tyytyväinen.
ERITTÄIN TYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämäni. Elämässäni ei olekaan mitään ole kohdallani.

Päivämäärä _____ .200_____

Nimi _____

RAND-36 Terveys ja elämänlaatu**1. Onko terveydentilasi yleisesti ottaen:**

1. erinomainen
2. varsin hyvä
3. hyvä
4. tyydyttävä
5. huono

2. Jos vertaat nykyistä terveydentilaasi vuoden takaiseen, onko terveytesi yleisesti ottaen

1. tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten
2. tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
3. suunnilleen samanlainen
4. tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
5. tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten

Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilasi nykyisin suoriutumistasi seuraavista päivittäisistä toiminnoista?
Jos rajoittaa, niin kuinka paljon?

	kyllä rajoittaa paljon	kyllä rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
3. huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esimerkiksi juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
4. kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot, kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
5. ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
6. nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
7. nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3
8. vartalon taivuttaminen, polvistuminen, kumartuminen	1	2	3
9. noin kahden kilometrin matkan kävely	1	2	3
10. noin puolen kilometrin matkan kävely	1	2	3
11. noin 100 metrin matkan kävely	1	2	3
12. kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

Onko sinulla viimeisen 4 viikon aikana ollut ruumiillisen terveydentilasi takia alla mainittuja ongelmia työssäsi tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissäsi?

		kyllä	ei
13.	vähensit työhön tai muihin tehtäviin käyttämäsi aikaa	1	2
14.	sait aikaiseksi vähemmän kuin halusit	1	2
15.	terveydentilasi asetti sinulle rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä	1	2
16.	töistäsi tai tehtävistäsi suoriutuminen tuotti vaikeuksia (olet joutunut esim. ponnistelemaan tavallista enemmän)	1	2

Onko sinulla viimeisen 4 viikon aikana ollut tunne-elämään liittyvien vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja ongelmia työssäsi tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissäsi?

		kyllä	ei
17.	vähensit työhön tai muihin tehtäviin käyttämäsi aikaa	1	2
18.	sait aikaiseksi vähemmän kuin halusit	1	2
19.	et suorittanut töitäsi tai muita tehtäviäsi yhtä huolellisesti kuin tavallisesti	1	2

20. Missä määrin ruumiillinen terveydentilasi tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista) toimintaasi perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?

1. ei lainkaan
2. hieman
3. kohtalaisesti
4. melko paljon
5. erittäin paljon

21. Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja sinulla on ollut viimeisen 4 viikon aikana?

1. ei lainkaan
2. hyvin lieviä
3. lieviä
4. kohtalaisia
5. voimakkaita
6. erittäin voimakkaita

22. Kuinka paljon kipu on häirinnyt tavanomaista työtäsi (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana?

1. ei lainkaan
2. hieman
3. kohtalaisesti
4. melko paljon
5. erittäin paljon

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä sinusta on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Merkitse kunkin kysymyksen kohdalle se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksiasi.

Kuinka suuren osan ajasta olet viimeisen 4 viikon aikana -

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomatavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
23. tuntenut olevasti täynnä elinvoimaa	1	2	3	4	5	6
24. ollut hyvin hermostunut	1	2	3	4	5	6
25. tuntenut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää	1	2	3	4	5	6
26. tuntenut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3	4	5	6
27. ollut täynnä tarmoa	1	2	3	4	5	6
28. tuntenut itsesi alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3	4	5	6
29. tuntenut itsesi "loppuunpalaneeksi"	1	2	3	4	5	6
30. ollut onnellinen	1	2	3	4	5	6
31. tuntenut itsesi väsyneeksi	1	2	3	4	5	6

32. Kuinka suuren osan ajasta ruumiillinen terveydentilasi ja tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaasi (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)?

1. koko ajan
2. suurimman osan aikaa
3. jonkin aikaa
4. vähän aikaa
5. ei lainkaan

Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa kohdallasi?

	pitää ehdottomasti paikkansa	pitää enimmäkseen paikkansa	en osaa sanoa	enimmäkseen ei pidä paikkansa	ehdottomasti ei pidä paikkansa
33. minusta tuntuu, että sairastun jonkin verran helpommin kuin muut ihmiset	1	2	3	4	5
34. olen vähintään yhtä terve kuin kaikki muutkin tuntemani ihmiset	1	2	3	4	5
35. uskon, että terveyteni tulee heikkenemään	1	2	3	4	5
36. terveyteni on erinomainen	1	2	3	4	5

... (1)

DEPRESSIODIAGNOOSILOMAKE

Vakavan masennustilajakson kriteerit: vähintään viisi seuraavista oireista on esiintynyt kahden viikon jakson aikana, ja ne ilmentävät muutosta aikaisempaan toimintaan nähden; vähintään yksi oireista on joko masentunut mieliala (1) tai mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen (2).

1. Masentunut mieliala, joka vallitsee suurimman osan päivästä ja lähes joka päivä, ja jota osoittaa joko oma ilmoitus (surullinen tai tyhjä olo) tai muiden huomiot (esim. näyttää itkuiselta).

KYSY: Kuluneen kahden viikon aikana

Oletko ollut masentunut tai allapäin lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä: (jokin seuraavista kohdista)

Voitko kuvata asiaa vähän tarkemmin?

Millaista se on?

Miltä se tuntuu?

Kuinka kauan sitä on kestänyt? _____

Jopa kaksi viikkoa tai pidempään? Kyllä _____ Ei _____

KYSY:

Merkitse rastilla (x), jos asiakas ilmoittaa:

Surullinen olo _____

Tyhjä olo _____

KYSY:

Merkitse rastilla (x), jos asiakas ilmoittaa:

Vallitsee suurimman osan päivästä?

Kyllä _____ Ei _____

Lähes päivittäin

Kyllä _____ Ei _____

2. Merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä kaikissa tai lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa; ilmenee miltei päivittäin (tulee esiin joko itse todettuna tai muiden huomioina).

KYSY: Kuluneen kahden viikon aikana

Oletko huomannut kadottaneesi kiinnostuksen lähes kaikkiin asioihin? Tai huomannut, että et enää tunne mielihyvää samoin tai samoista asioista kuin aikaisemmin? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä

Onko siltä tuntunut lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

Onko vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä esiintynyt tai ilmennyt kahden viikon ajan tai pidempäänkin? Kyllä _____ Ei _____

Kuinka kauan sitä on kestänyt? _____

3. Merkittävä tahaton painon nousu tai lasku (esim. 5 %:n muutos kuukauden aikana) tai vähentynyt tai lisääntynyt ruokahalu, joka ilmenee lähes joka päivä. (Esimerkki 60 kg henkilö +3kg)

KYSY: Oletko laihtunut tai lihonut tämän kahden viikon aikana jolloin olet tuntenut itsesi masentuneeksi?

Kyllä _____
 Ei _____ (siirry kohtaan ”Jos Ei”)
 En osaa sanoa _____

Kuinka paljon? _____
 Yrititkö tarkoituksellisesti pudottaa painoasi? _____

Jos Ei: Millainen ruokahalusi on?

Onko sinun täytynyt pakottautua syömään? Kyllä _____ Ei _____
 Oletko syönyt vähemmän tai enemmän kuin tavallisesti? Kyllä _____ Ei _____

Onko ruokahalun vähentymistä tai lisääntymistä ilmennyt lähes joka päivä? Kyllä _____ Ei _____

4. Unettomuutta tai liiallista nukkumista lähes päivittäin**KYSY:** Kuinka olet nukkunut kahden viimeisen viikon aikana?

Kuinka monta tuntia yössä olet nukkunut? _____

Onko sinulla ollut vaikeuksia uneen pääsemisessä?	Kyllä _____	Ei _____
Oletko heräillyt toistuvasti?	Kyllä _____	Ei _____
Onko sinun ollut vaikea pysytellä unessa?	Kyllä _____	Ei _____
Oletko herännyt liian aikaisin?	Kyllä _____	Ei _____
Oletko nukkunut liikaa?	Kyllä _____	Ei _____

Jos Kyllä johonkin yllä olevaan ongelmaan

Onko sellaista lähes joka yö (siis yllä kuvattuja ongelmia)? Kyllä _____ Ei _____

5. Psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hitautta melkein päivittäin (muiden havaittavissa, ei pelkästään subjektiivinen kokemus rauhattomuudesta tai hidastuneisuudesta).**KYSY:** Oletko kahden viime viikon aikana ollut niin rauhaton tai hermostunut että et ole kyennyt istumaan paikallasi? Kyllä _____ Ei _____**Jos Kyllä**

Huomasivatko muut sen?	Kyllä _____	Ei _____
Esiintyikö sitä lähes päivittäin?	Kyllä _____	Ei _____

Jos Ei: entä päinvastaista: oletko puhunut tai liikkunut hitaammin kuin tavallisesti? Kyllä _____ Ei _____**Jos Kyllä**

Oliko se niin ilmeistä, että muutkin sen huomasivat?	Kyllä _____	Ei _____
Onko sitä esiintynyt lähes päivittäin?	Kyllä _____	Ei _____

HUOM! Huomioi myös käytös haastattelun aikana.**Onko asiakkaassa haastattelun aikana havaittavissa**

Kiihtyneisyys	Kyllä _____	Ei _____
Hitaus	Kyllä _____	Ei _____

6. Väsymystä tai voimattomuutta lähes joka päivä.

KYSY: Millaiset voimasi tai energiasi ovat olleet kahden viime viikon aikana?

Oletko ollut uupunut, väsynyt tai voimaton koko ajan? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä

Onko tätä esiintynyt lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

7. Arvottomuuden tunteita tai kohtuuttomia tai aiheettomia syyllisyyden tunteita (voi olla harhaluuloisuuden asteista) lähes joka päivä (ei pelkästään itesyytöksiä tai syyllisyyttä sairaudesta).

KYSY: Kuinka olet suhtautunut itseesi kahden viime viikon aikana?

Oletko kokenut olevasi arvoton? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä

Onko tältä tuntunut lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

Onko sinulla ollut syyllisyyden tunteita? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä

Onko näitä syyllisyyden tunteita ollut lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

8. Ajattelukyvyyn heikkoutta, keskittymiskyvyttömyyttä tai päättämättömyyttä lähes joka päivä (itse todettu tai muiden havainto)

KYSY: Onko sinun ollut kahden viime viikon aikana vaikea keskittyä tai ajatella? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä

Millaisissa asioissa huomasit vaikeuksia?

Ilmenikö tätä lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

Jos Ei: Oliko sinun vaikea tehdä aivan jokapäiväisiä päätöksiä? Kyllä _____ Ei _____

(esim. ottaako ruuan kanssa maitoa vai vettä, tai pukeutuako punaiseen vai siniseen puseroon)

Jos kyllä

Ilmenikö tätä lähes päivittäin? Kyllä _____ Ei _____

9. Toistuva kuoleman ajattelu (ei pelkästään kuolemanpelko), toistuvat itsemurha-ajatukset ilman suunnitelmaa tai itsemurhayritys tai – suunnitelma.

HUOM! Kysy kaikki kohdat, vaikka asiakas vastaa ei johonkin kohtaan

KYSY: Onko sinusta tuntunut niin pahalta, että olisitte kahden viime viikon aikana ajatellut kuolemaa tai olisit suorastaan toivonut olevasi kuollut? Kyllä _____ Ei _____

Entä oletko ajatellut vahingoittavasi itseäsi? Kyllä _____ Ei _____

Onko sinulla suunnitelmaa missä ja miten vahingoittaisit itseäsi? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä: Voitko kertoa mitä olet suunnitellut?

Oletko kahden viime viikon aikana vahingoittanut itseäsi tai yrittänyt itsemurhaa? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä: Voitko kertoa mitä teit?

Lisäkriteeri: Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

Onko masennus kahden viime viikon aikana vaikeuttanut tai haitannut työnteokoasi, toimintakykyäsi tai ihmissuhteitasi? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä: Millä tavalla?

Depressiohaastattelun lisäkysymyksiä

Oletko ollut masennuksesi vuoksi yhteydessä lääkäriin, mielenterveystoimistoon?

Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä, Mihin olet ollut yhteydessä ja milloin?

Onko sinulla masennusdiagnoosi? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä, koska diagnoosi on tehty? _____

Missä diagnoosi on tehty? _____

Kuka diagnoosin on tehnyt? _____

Onko sinulla muita psykiatrisia diagnooseja? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä, voitko kertoa mitä diagnooseja ja koska ne on tehty?

Onko sinulla tällä hetkellä käytössä masennuslääkitys? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä: Kuinka kauan sinulla on ollut masennuslääkitys?

Mikä masennuslääkitys sinulla on?

Jos ei: Onko sinulla koskaan ollut masennuslääkitystä? Kyllä _____ Ei _____

Jos Kyllä: Koska?

Onko masennustasi hoidettu jollain tavalla? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä, miten, missä ja koska?

Oletko ollut terapiassa masennuksesi vuoksi? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä, missä ja koska?

Mikä terapia oli kyseessä?

- Psykoanalyttinen/psykodynaaminen terapia
- Kognitiivinen terapia tai kognitiivinen käyttäytymisterapia
- Supporttiivinen terapia
- Ratkaisukeskeinen terapia
- NLP
- Muu, mikä?

Saatko tällä hetkellä masennukseesi jotain hoitoa? Kyllä _____ Ei _____

Jos kyllä, missä ja mitä hoitoa?

Onko kahden viimeisen kuukauden aikana tapahtunut jotain, joka saattaisi vaikuttaa tai joka on aiheuttanut masennuksen?

Onko sinulla tällä hetkellä masennuksen lisäksi muita ongelmia?

**TERAPIANAUHOJEN KOODAUSLOMAKE – KKT + ARVOT
KÄYTETYT MENETELMÄT**

ASIAKASNUMERO _____

TAPAAMISKERTA /PVM _____

	Keskustelu	Harjoitus	Kesto
ALTISTUS ULKOISILLE KOHTEILLE			
ALTISTUS SISÄISILLE KOHTEILLE			
ITSEHAVAINNOINTI			
KÄYTTÄYTYMISEN AKTIVOINTI			
ONGELMANRATKAISUMENETELMÄ			
SOSIAALISET TAIDOT			
RENTOUTUMINEN			
ARVOT			
KOTITEHTÄVÄT			
MUU, MIKÄ			

**TERAPIANAUHOJEN KOODAUSLOMAKE ACT/HOT
KÄYTETYT MENETELMÄT:**

ASIAKASNUMERO _____

TAPAAMISKERTA/PVM _____

	Keskustelu	Harjoitus	Kesto
TAVOITTEIDEN SELVENTÄMINEN			
MUUTOS- JA RATKAISUYRITYSTEN KARTOITTAMINEN			
ARVOT			
HALLINTA JA HYVÄKSYNTÄ			
KÄSITYS ITSESTÄ			
METAFORA; MIKÄ METAFORA			
KIELEN MERKITYKSEN KÄSITTELY			
HARJOITUS, esim. tarkkailija			
KOTITEHTÄVÄT			
MUU, MIKÄ			

TERAPIAN ARVIOINTILOMAKE

Pvm _____

Nro _____

1. Negatiivisten tunteiden määrä hoidon aikana

0 **10**
vähän **paljon**

2. Positiivisten tunteiden määrä hoidon aikana

0 **10**
vähän **paljon**

3. Terapiassa käsiteltiin Sinulle tärkeitä asioita

0 **10**
vähän **paljon**

4. Terapiassa käsiteltiin Sinulle vaikeita asioita

0 **10**
vähän **paljon**

5. Terapiasta oli tilanteessani hyötyä

0
vähän **10**
paljon

6. Terapia oli mielestäni

0
epämiellyttävä **10**
miellyttävä

7. Terapiakeskusteluissa tunsin tulevani kuulluksi

0
en laisinkaan **10**
hyvin

8. Terapiakeskusteluissa koin tulevani ymmärretyksi

0
en laisinkaan **10**
hyvin

9. Miten miellyttävinä koin terapiakeskustelut

0
epämiellyttävinä **10**
miellyttävinä

10. Onko työtilanteesi muuttunut terapian aikana? Miten?

11. Onko lääkityksesi muuttunut terapian aikana? Miten?

12. Oletko menossa johonkin jatkohoitapaikkaan? Minne?

13. Haluaisitko saman tyyppisiä keskusteluja myös jatkohoidossa

0
en haluaisi

10
haluaisin

14. Kuinka valmis olet tekemään muutoksia, jotta tilanteesi parantuisi?

0
vähän

10
paljon

Koulutuspsykoterapia slk 2006/arviointi

Asiakas numero/etunimi _____

Päiväys _____

Merkitse rastilla (x) sopivaan kohtaan

Voitko suositella samaasi 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?

Terapeuttien alkuhaastattelukysymykset

Nro _____
Pvm ____ . ____ 2006

1. Kuinka paljon aikaisempaa terapiakokemusta, -koulutusta tai – tietämystä sinulla on?

2. Oletko joskus itse ollut terapiassa? Jos olet, minkälaisessa hoidossa ja kuinka kauan?

3. Kuinka kiinnostunut olet terapiatyöskentelystä?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

4. Minkälaiset odotukset sinulla on terapioiden suhteen?

5. Minkälaisia ongelmia odostat?

6. Kuinka paljon pelkää terapioiden alkamista?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

7. Mitä pelkää/miksi et pelkää?

8. Kuinka ahdistunut olet terapioiden alkamisesta?

0 10
En ollenkaan Hyvin ahdistunut

9. Mikä ahdistaa?

10. Kuinka paljon jännität asiakkaiden tapaamista?

0 10
En ollenkaan Hyvin paljon

11. Mitä jännität?

12. Kuinka innostunut olet alkavista terapioiden alkamisesta?

0 10
En ollenkaan Hyvin innostunut

13. Mitä odotat oppivasi tästä koulutuksesta?

14. Millä tavalla luulet pystyväsi auttamaan asiakasta?

15. Kuinka hyvin mielestäsi osaat terapiatyöskentelyn?

16. Kuinka hyvin tunnet osaavasi kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

17. Kuinka hyvin tunnet osaavasi ACT:n menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

18. Uskotko, että menetelmien avulla voit auttaa asiakasta?

19. Kumpi menetelmä (KKT/ACT) on mielestäsi tehokkaampi? Miksi?

20. Mitä ajattelet menetelmien yhdistämisestä?

Asiakkaiden DSM-IV -luokituksen mukaisten vakavan masennusjakson kriteerien täytyminen alku- ja loppuhaastattelussa, kun asiaa tarkasteltiin riippumatta hoitoryhmästä.

Taulukko i. DSM-IV:n mukaisten vakavan masennusjakson kriteerien täytyminen alussa ja lopussa ,kun tutkittavia tarkastellaan kokonaisuutena

	Alku	Loppu
DSM-IV:n mukaiset vakavan masennusjakson kriteerit täyttyvät	15 (60 %)	6 (24 %)
Kriteeri 1: Masentunut mieliala	21 (84 %)	15 (60 %)
Kriteeri 2: Kiinnostuksen tai mielihyvän puute	13 (52 %)	7 (28 %)
Kriteeri 3: Ruokahalun/ painon (tahaton) muutos	8 (32 %)	7 (28 %)
Kriteeri 4: Univaikeudet	20 (80 %)	19 (76 %)
Kriteeri 5: Psykomotorinen hitaus tai kiihtyneisyys	6 (24 %)	0 (0 %)
Kriteeri 6: Uupumus	19 (76 %)	8 (32 %)
Kriteeri 7: Arvottomuuden tai syyllisyyden kokemukset	13 (52 %)	7 (28 %)
Kriteeri 8: Keskittymis-/päättöksentekovaikeudet	16 (64 %)	9 (36 %)
Kriteeri 9: Itsemurha-ajatukset/-suunnitelmat/-yritykset	11 (44 %)	6 (24 %)
Lisäkriteeri (Masennus haittaa työntekoa tai ihmissuhteita)	20 (80 %)	15 (60 %)

Kuten taulukosta havaitaan, asiakkaiden masennusoireet vähenivät usealla alueella. Selkeitä muutoksia tapahtui yksittäisten kriteerien osalta energian lisääntymisen (kriteeri 6), keskittymiskyvyn paranemisen (kriteeri 8), itsemurhaan liittyvien ajatusten, suunnitelmien tai yritysten (kriteeri 9) sekä arvottomuuden - ja syyllisyyden tunteiden (kriteeri 7) vähenemisen, lisääntyneen mielihyvän ja kiinnostuksen kokemusten (2) sekä psykomotoristen poikkeavuuksien (kriteeri 5) osalta.

Taulukko ii. Kaikkein tulosmittareiden väliset korrelaatiot.

	BDI	SCL-90	AAQ-8	JES	IL	MA	TE	Rand 1	Rand 2	Rand 3	Rand 4	Rand 5	Rand 6	Rand 7	Rand 8	Rand 9
BDI	1	.76**	.40*	.39	.59**	.55**	.60**	-.28	-.21	.29	.68**	.63**	.38	-.17	.06	.27
SCL-90	.76**	1	.69**	.57**	.72**	.47*	.71**	-.03	-.17	.43*	.60**	.66**	.31	-.08	.17	.46*
AAQ-8	.40*	.69**	1	.64**	.59**	.39	.58**	.30	-.21	.46*	.29	.54**	.19	.07	.04	.52**
JES	.39	.57**	.64**	1	.53**	.41*	.42*	.52**	.21	.60**	.35	.49*	.18	.06	.11	.54**
Itseluottamus	.59**	.72**	.59**	.53**	1	.43*	.46*	.19	-.25	.40*	.45*	.43*	.13	-.09	-.02	.47*
Mieliala	.55**	.47*	.39	.41*	.43*	1	.69**	-.02	-.10	.58**	.61**	.74**	.28	-.05	-.11	.53**
Tyytyväisyys elämään	.60**	.71**	.58**	.42*	.46*	.69**	1	-.10	-.24	.47*	.43*	.69**	.23	-.11	.07	.42*
Rand 1	-.28	-.03	.30	.52**	.19	-.02	-.10	1	.32	.40*	-.02	-.07	-.08	.38	.17	.42*
Rand 2	-.21	-.17	-.21	.21	-.25	-.10	-.24	.32	1	.07	.08	-.07	-.18	.42*	.00	.21
Rand 3	.29	.43*	.46*	.60**	.40*	.58**	.47*	.40*	.07	1	.42*	.57**	.36	-.10	.19	.61**
Rand 4	.68**	.60**	.29	.35	.45*	.61**	.43*	-.02	.08	.42*	1	.78**	.65**	.19	.31	.61**
Rand 5	.63**	.66**	.54**	.49*	.43*	.74**	.69**	-.07	-.07	.57**	.78**	1	.56**	-.05	.23	.67**
Rand 6	.38	.31	.19	.18	.13	.28	.23	-.08	-.18	.36	.65**	.56**	1	.11	.58**	.33
Rand 7	-.17	-.08	.07	.06	-.09	-.05	-.11	.38	.42*	-.10	.19	-.05	.11	1	.26	.12
Rand 8	.06	.17	.04	.11	-.02	-.11	.07	.17	.00	.19	.31	.23	.58**	.26	1	.07
Rand 9	.27	.46*	.52**	.54**	.47*	.53**	.42*	.42*	.21	.61**	.61**	.67**	.33	.12	.07	1

** tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .01$

* tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .05$

IL = itseluottamus

MA = mieliala

TE = tyytyväisyys elämään

Rand 1 = fyysinen toimintakyky

Rand 2 = fyysisen terveyden aiheuttamat ongelmat arkieläm.

Rand 3 = emot. vaikeuksien aiheuttamat ongelmat arkieläm.

Rand 4 = energian/uupumuksen määrä

Rand 5 = emotionaalinen hyvinvointi

Rand 6 = sosiaalinen toimintakyky

Rand 7 = kipu

Rand 8 = kokem. omasta terv.tilasta

Rand 9 = koettu terv. tilan muutos

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 totumisen 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 ensin kartoitetaan 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 minä - käsityksen 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 kielen käyttäytymistä 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 ja tavoitteiden, tekojen ja esteiden tunnistamiseen.