

**KIELEN PIMEÄ PUOLI MASENNUKSEN HOIDOSSA:
HYVÄKSYNTÄÄN JA TIETOISUUTEEN LIITTYVIEN
TERAPIAMENETELMIEN VAIKUTUKSET
KOGNITIIVISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN
HOITOTULOKSIIN**

**Anna Joensuu
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Tampereen yliopisto
Huhtikuu 2009**

JOENSUU, ANNA: Kielen pimeä puoli masennuksen hoidossa: hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien terapiamenetelmien vaikutukset kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksiin
Pro gradu -tutkielma, 36 s., 2 liites.
Ohjaaja: Raimo Lappalainen
Psykologia
Huhtikuu 2009

TIIVISTELMÄ

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (Acceptance and commitment therapy, ACT) on yksi uusista terapiamuodoista, joissa käytetään enemmän kokemuksellisia terapiamenetelmiä kuin kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa pyritään psykologisen joustavuuden lisäämiseen hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien sekä omistautumiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen liittyvien terapiamenetelmien avulla.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien vaikutusta kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan masennuksen hoitotuloksiin sekä psykologisen joustavuuden yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksen molemmissa hoitoryhmissä käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja arvotyöskentelyä, mutta vain toisessa hoitoryhmässä käytettiin hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä. Tutkimuksen terapeutit olivat psykologian loppuvaiheen opiskelijoita.

Masennuksen hoitotuloksia arvioitiin terapian lopussa sekä noin kuuden kuukauden kuluttua järjestetyssä seurannassa. Psyykkistä tilaa arvioitiin seuraavilla menetelmillä: DSM IV -kriteereihin perustuva vakavan masennusjakson diagnostinen haastattelu, BDI-depressiomittari, psyykkisiä oireita kartoittava SCL-90-oirekyselykaavake, psykologista joustavuutta mittaavaa AAQ-8-mittari, sosiaalista toimintakykyä mittaavaa JES-lomake, Ojasen itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavat 0-100 skaalat sekä elämänlaatua kartoittava Rand-36-kysely. Lisäksi kiinnostuksen kohteena ollut terapiaprosessia, psykologista joustavuutta, mitattiin jokaisen terapiakerran jälkeen.

Kummassakin hoitoryhmässä masentuneisuus ja muut psyykkiset oireet vähenivät merkittävästi terapian aikana, ja nämä tulokset säilyivät tai jopa paranivat kuuden kuukauden kuluttua terapian jälkeen. Tulokset viittasivat myös siihen, että hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä tapahtui enemmän positiivisia muutoksia elämänlaadun ja toimintakyvyn kohenemisen kohdalla seurannassa.

Psykologinen joustavuus kohosi molemmissa hoitoryhmissä terapian aikana. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä psykologinen joustavuus kasvoi vielä terapian päättymisen jälkeen, mitä ei tapahtunut toisessa hoitoryhmässä. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät menetelmät vaikuttivat myös hoitotuloksiin psykologisen joustavuuden prosessien kautta ja psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin lisääntyi hoidon jälkeen vain hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä. Tuloksia pohdittiin masennuksen hoitotulosten, hyväksymis- ja omistautumisterapian prosessien ja tulevien tutkimusten haasteiden valossa.

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
1.1 Kolmannen aallon terapiamuodot.....	2
1.2 Kielen pimeä puoli: hyväksymis- ja omistautumisterapia masennuksen hoidossa.....	3
1.3 Psykologisen joustavuuden prosessit masennuksen hoidossa.....	4
1.4 Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuus masennuksen hoidossa.....	7
1.5 Psykologisen joustavuuden prosessit hyväksymis- ja omistautumisterapian hoitotuloksissa.....	9
1.6 Yhteenveto.....	10
1.7 Tutkimuksen tavoitteet.....	11
2. MENETELMÄT.....	12
2.1 Tutkittavat.....	12
2.2 Tutkimusasetelma.....	13
2.3 Arviointimenetelmät.....	15
2.4 Aineiston analyysi.....	16
3. TULOKSET.....	17
3.1 Hoitojen päätulokset.....	17
3.2 Kliinisiä hoitotuloksia.....	20
3.3 Psykologisen joustavuuden muutokset ja niiden yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin.....	20
3.4 Terapiatyytyväisyys ja hoitoon hakeutuminen seurannassa.....	24
4. POHDINTA.....	25
LÄHTEET.....	31
LIITTEET.....	37

1. JOHDANTO

Hyväksymis- ja omistautumisterapia eli Acceptance and commitment therapy, ACT, on yksi uusista terapiamuodoista, joissa käytetään enemmän kokemuksellisia terapiamenetelmiä kuin perinteisissä käyttäytymisterapioissa, kognitiivisessa terapiassa tai kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (Hayes, 2004a, 2004b; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004). Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa pyritään psykologisen joustavuuden lisäämiseen, johon käytetään hyväksyntään ja tietoisuuteen sekä omistautumiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen liittyviä arvotyöskentelyn menetelmiä (Hayes, 2004a; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Tähänastiset tutkimustulokset ACT:n psykologisen joustavuuden prosesseista viittaavatkin siihen, että ACT vaikuttaa psyykkisten ongelmien hoitotuloksiin nimenomaan psykologisen joustavuuden prosessien kautta (Hayes ym., 2006).

Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvillä ACT:n menetelmillä pyritään masennuksen hoidossa muun muassa vaikuttamaan kokemuksellisen välttämisen prosessiin, jolloin ihmistä rohkaistaan kokemaan epämiellyttäviä ajatuksia ja tunteita hyväksynnän kautta (Zettle, 2007). Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät menetelmät eroavat perinteisistä kognitiivis-behavioraalista menetelmistä siinä, että niiden avulla pyritään heikentämään kielellisiä prosesseja. Kliinisen työn kannalta yksi mielenkiintoinen kysymys onkin se, voiko hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvillä menetelmillä parantaa perinteisiin kognitiivisiin ja behavioraalisiin terapiamenetelmiin perustuvien hoitojen tuloksia.

Tietoa hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuudesta masennuksen hoitotuloksiin on varsin vähän verrattuna vanhempien terapiamuotojen tutkimustuloksiin. Psykologisen joustavuuden yksittäisiin prosesseihin liittyvien menetelmien vaikutuksista on myös vähän tutkimustietoa. Lisäksi ACT:n hoitojen pitkäaikaisvaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin tulisi tulevaisuudessa tutkimuksissa seurata enemmän.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin ACT:n hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien vaikutuksia kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) pohjautuvan masennuksen hoitotuloksiin. Tutkimuksen hoito oli kymmenen terapiakäynnin pituinen ja tutkimuksen terapeutit olivat psykologian loppuvaiheen opiskelijoita. Tämä mahdollisti pohtimaan myös sitä, kuinka hyviä masennuksen hoitotuloksia voi saada lyhyellä kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien hoidoilla, jotka eivät perustu terapeutin pitkään kokemukseen.

1.1 Kolmannen aallon terapiamuodot

Kolmannen aallon uudet terapiamuodot haastavat perinteisten kognitiivis-behavioraalisten terapiamuotojen näkemyksen psyykkisten ongelmien hoidosta (Hayes, 2004a, 2004b). Näihin uusiin terapiamuotoihin luetaan Hayesin (2004b) mukaan muun muassa hyväksymis- ja omistautumisterapia (Hayes, Storsahl, & Wilson, 1999), dialektinen käyttäytymisterapia (Linehan, 1993), funktionaalis-analyttinen psykoterapia (Kohlenberg & Tsai, 1991) ja tietoisuuteen perustuva kognitiivinen terapia (Segal, Teasdale, & Williams, 2004). Kolmannen aallon terapiamenetelmät, joita ovat muun muassa tietoisuuteen, hyväksyntään, arvoihin, dialektisuuteen ja hengellisyyteen liittyvät menetelmät, ovat enemmän kokemuksellisia ja epäsuoria kuin pedagogisia ja suoria (Hayes 2004a, 2004b). Määritelmät kyseisistä terapiamenetelmistä kuitenkin vaihtelevat. Esimerkiksi tietoisuus voidaan käsittää niin prosessina, hoitotuloksena kuin terapiamenetelmänäkin (Fletcher & Hayes, 2005). Vaikka kolmannen aallon terapiamuotoja ei pidetä yksimielisesti erillisenä kognitiivisen käyttäytymisterapian sukupolvesta, uusien terapiamenetelmien vaikutuksia perinteisten kognitiivisten ja behavioraalisten hoitojen tuloksiin on suositeltu tutkimaan (Hofmann & Asmundson, 2008).

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (ACT), joka on yksi uusista terapiamuodoista, eroaa kognitiivisesta terapiasta, perinteisistä käyttäytymisterapioista ja monista muista lähestymistavoista siinä, että hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ei yritetä muuttaa henkilökohtaista kokemusta, vaan kokemuksen merkitystä (Lappalainen ym., 2004a, s.11). Taustalla oleva filosofia funktionaalista kontekstualismista (Binglan & Hayes, 1996) heijastuu ACT:iin muun muassa siten, että ACT:ssä tehdyt ratkaisut perustuvat niiden toimivuuteen ja toiminnan positiivisiin seurauksiin sekä siten, että ACT:ssä korostetaan henkilökohtaisten arvojen merkitystä terapiassa tapahtuvan muutoksen pohjalla ja vältetään mekaanisia tulkintoja käyttäytymisen syistä ja seurauksista (Binglan & Hayes, 1996; Hayes, 2004b; Hayes, Storsahl, & Wilson, 1999).

ACT kritisoi perinteisiä terapiamuotoja siitä, että niiden teoriat on kehitetty pääosin kliinisen työn kokeilujen ja empiiristen tutkimusten perusteella (Hayes, 2004b). Hyväksymis- ja omistautumisterapian psykopatologian ja terapiamenetelmien taustalla on pitkäjänteinen kielellinen kehitystyö, joka perustuu suhdekehysteoriaan (Hayes, Barne-Holmes, & Roche, 2001). Suhdekehysteorian mukainen käsitys psyykkisestä kärsimyksestä poikkeaa perinteisestä diagnostisesta ajattelutavasta (Hayes ym., 1999). ACT:n ja suhdekehysteorian mukaan inhimillisen kärsimyksen perussyö on se, että kielellisiä ongelmaratkaisumenetelmiä käytetään sellaisiin asioihin ja kysymyksiin, joissa kielellinen ratkaisu ei toimi (Lappalainen ym., 2004a). ACT:n kehittäjät

kutsuvat kielellisten prosessien estämää kykyä muuttaa käyttäytymistä psykologiseksi joustamattomuudeksi, johon ACT:ssä pyritään vaikuttamaan psykologisen joustavuuden prosesseihin liittyvien terapiamenetelmien kautta (Hayes, 2004a; Hayes ym., 2006).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian prosesseja koskeva tutkimustieto on tarjonnut lupaavaa näyttöä siitä, että se toimii ainakin osittain erilaisten prosessien kautta kuin perinteiset kognitiivis-behavioraaliset terapiamuodot (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes ym., 2006). Se, voiko hyväksymis- ja omistautumisterapian prosesseilla lisätä perinteisten kognitiivis-behavioraalisten terapiahoitojen positiivisia vaikutuksia, onkin mielenkiintoinen kysymys. ACT:n menetelmien vaikutuksia perinteisiin kognitiivisiin ja behavioraalisiin menetelmiin perustuvien hoitojen tuloksiin ei ole tutkittu vielä juuri ollenkaan, vaikka terapiatyössä uusia ja vanhempia kognitiivisia ja behavioraalisia terapiamenetelmiä käytetään samanaikaisesti. Tässä tutkimuksessa selvitettiin ACT:n hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien vaikutuksia kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin perustuvan masennuksen hoitotuloksiin.

1.2 Kielen pimeä puoli: hyväksymis- ja omistautumisterapia masennuksen hoidossa

ACT:n edustajat esittävät, että psyykkisten oireiden määrän ja luokittelun sijaan tulisi etsiä niitä prosesseja, jotka ylläpitävät ja aiheuttavat psyykkisiä ongelmia (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Storsahl, 1996). Yksi tärkeä ja tunnettu psyykkisen kärsimyksen taustalla oleva prosessi on kokemuksellinen välttäminen (Hayes ym., 1999). Välttämiseen liittyvien selviytymiskeinojen onkin todettu ennustavan monia psyykkisiä ongelmia, kuten masentuneisuutta (DeGenova, Patton, Jurich, & MacDermid, 1994; Bruder-Mattson & Hovanitz, 1990). Tietoiset yritykset tukahduttaa ajatuksia ja tunteita voivat tutkimustulosten mukaan lisätä niiden määrää ja vaikutusta käyttäytymiseen (Cioffi & Holloway, 1993; Clark, Ball, & Pape, 1991; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Ajatusten ja tunteiden tukahduttamisen on myös todettu lisäävän murehtimisen määrää (Wenzlaff & Luxton, 2003). Sisäisten kokemusten kontrollointi nähdään siis ongelmana eivätkä perinteiset kognitiivis-behavioraaliset terapiat ole löytäneet ACT:n mukaan riittävää keinoa sisäisten kokemusten kontrolloinnin heikentämiseksi (Hayes ym., 2004b).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa kokemuksellinen välttäminen ja kieli liittyvät toisiinsa. Zettle (2007) kuvaa hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmaa masennukseen niin, että mielialan vaihtelu on sinänsä normaali, inhimillinen ja jopa suojaava ilmiö. Se, mikä tekee surullisuuden tunteiden kokemuksen haitalliseksi, on se, kun ”puhdas kipu” muuttuu

traumaattiseksi, epäpuhtaaksi kivuksi. Tämä merkitsee muun muassa haluttomuutta kokea kipua ja näin ollen pyrkimystä välttää, paeta ja kontrolloida kivun tunteita. Ihmisen ensisijainen kärsimyksen syy voikin olla haluttomuus kokea kipeitä asioita.

Vaikka myös kognitiivisessa terapiassa pyritään vähentämään välttämiskäyttäytymistä (Lehtonen & Lappalainen, 2005), sen lähestymistapa ja hoito välttämiseen eroaa jonkin verran ACT:stä. Kun välttämistä pyritään vähentämään kognitiivisessa terapiassa käyttäytymisen aktivoinnilla, ACT:ssä välttämisen purkaminen tapahtuu siihen liittyvien kielellisten prosessien heikentämisellä (Kanter, Baruch, & Gaynor, 2006).

ACT:ssä korostetaan sitä, että masentuneen ihmisen luomat syyt masennukselle ovat osa ongelmaa (Zettle, 2007). ACT:ssä voidaankin kysyä, haluaako asiakas olla oikeassa, vai elää (Hayes ym., 1999). Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaalla saattaa olla elämäntarina valmiina siitä, miksi hän on masentunut (Zettle, 2007). Masennus ei parane, jos elämäntarina ei muutu. ACT:ssä pyritään heikentämään asiakkaan antamia kielellisiä selityksiä masennukseen liittyville ongelmille.

ACT eroaa ohjatusta kysymisestä, mallintamisesta, rooliharjoituksista ja muista kognitiivisista ja behavioraalisisista menetelmistä myös siinä, että ACT:ssä ei ole ohjetta sille, miten käyttäytymistä muutetaan, vaan käyttäytymisen muutos perustuu ACT:ssä aina valituille arvoille (Hayes ym., 1999). ACT:ssä pyritään muuttamaan käyttäytymistä halukkuusharjoituksilla, jotka pohjautuvat valituille arvoille.

1.3 Psykologisen joustavuuden prosessit masennuksen hoidossa

Hyväksymis- ja omistautumisterapian mukaan psyykkisten ongelmien taustalla on siis psykologinen joustamattomuus, johon ACT:ssä pyritään vaikuttamaan psykologisen joustavuuden menetelmillä (Hayes ym., 2006). ACT:n mallia on tutkittu eniten psykologista joustavuutta mittavalla AAQ-mittarilla (Acceptance and action questionnaire) (Hayes ym., 2004b). AAQ-mittarissa on kysymyksiä muun muassa siitä, kuinka paljon ihminen hyväksyy tunteitaan ja kykenee toimimaan vaikeista tunteistaan huolimatta. Aiemmat tutkimustulokset ovat osoittaneet, että mitä enemmän ihmisellä on psykologista joustavuutta, sitä vähemmän hänellä on psyykkisiä ongelmia tai sitä enemmän psyykkistä hyvinvointia (Hayes ym., 2006). Psykologista joustavuutta mittaavat AAQ-pisteet ovat korreloineet muun muassa masennusta mittaaviin BDI-pisteisiin (Bond & Bunce, 2000; Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004) sekä SCL-90-oirekyselykaavakkeen pisteisiin (Polusny, Rosenthal, Aban, & Follette, 2004) niin, että mitä

enemmän tutkittavilla oli psykologista joustavuutta, sitä vähemmän heillä oli psyykkisiä oireita. Psykologisen joustavuuden on todettu myös ennustavan psyykkisen hyvinvoinnin määrää vuoden kuluttua (Bond & Bunce, 2003). Psyykkisen hyvinvoinnin määrä ei sen sijaan ennustanut psykologisen joustavuuden määrää. Psykologisen joustavuuden merkitys voi siis olla tärkeä myös psyykkisen hyvinvoinnin ennustajana. Vaikka psykologinen joustavuus on todettu tärkeäksi prosessiksi masentuneisuudessa, sen yhteys masennuksen oireiden määrään oli korrelaatiokertoimella luettuna keskimäärin vain 0.50 Hayesin ym. (2006) tutkimuskatsauksen mukaan.

ACT:ssä pyritään psykologisen joustavuuden kasvuun usein erilaisten harjoitusten avulla. Sen tavoitteet voidaan jakaa myös kolmeen osaan: Hyväksy, omistaudu ja toimi arvojesi mukaan (Lappalainen ym., 2004a). Hayes (2004a) sekä Hayes ym. (2006) esittelevät ACT:n teoriaa psykologisesta joustavuudesta seuraavasti. Psykologisella joustavuudella tarkoitetaan kykyä olla kontaktissa vallitsevan hetken kanssa kokonaisvaltaisesti ja kykyä muuttaa käyttäytymistä valittujen arvojen mukaiseksi. Psykologisen joustavuuden prosessin kasvuun pyritään ACT:ssä kuuden teoreettisen ydinprosessin avulla. Nämä prosessit jaetaan hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviin prosesseihin sekä omistautumiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen liittyviin prosesseihin.

Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät prosessit ovat hyväksyntä, kielellisen kontrollin heikentäminen, yhteys vallitsevaan hetkeen sekä itsensä kokeminen tilana tai paikkana (Hayes ym., 2006). Hayesin ym. (1999) mukaan kaikissa terapioissa pyritään hyväksyntään. ACT:ssä hyväksynnällä tarkoitetaan kuitenkin laajemmin pyrkimystä purkaa vanhoja muutospyrkimyksiä, jotka saattavat aiheuttaa tai ylläpitää vallitsevia ongelmia. Hyväksyntä on halukkuutta kokea sisäiset kokemukset ilman niiden välttämistä, muuttamista tai kontrollointia. Tämä ei tarkoita ”kaiken hyväksymistä”, vaan halukkuutta kokea epämiellyttäviä tunteita, minkä jälkeen valittujen arvojen mukainen elämänmuutos voi olla mahdollinen. Masentuneisuus voi ACT:n teorian mukaan johtua epäsuotavien ajatusten ja tunteiden tukahduttamisesta, jolloin hyväksynnällä pyritään kokemuksellisen välttämisen vähentämiseen (Zettle, 2007).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa pyritään myös heikentämään negatiivisten kokemusten merkitystä (Hayes ym., 2006). Kielellisen kontrollin heikentämisen tuloksena on yleensä se, että kokemus asioiden totuudenmukaisuudesta tai tärkeydestä heikkenee. Masennuksen hoidossa tämä merkitsee esimerkiksi sitä, että tehdään näkyväksi niitä itseä koskevia negatiivisia arvioita, jotka ovat vain arvioita, eikä pyritä arvioiden uudelleenarviointiin (Zettle, 2007). Tämä eroaa paljon esimerkiksi kognitiivisen terapian hoidosta, jossa pyritään muokkaamaan negatiivisten ajatusten sisältöä (Karila, 2001).

Ydinprosesseista yhteys vallitsevaan hetkeen ja itsensä kokeminen tilana tai paikkana kuuluvat molempiin prosessiryhmiin, sillä ACT:n mukaan tiedostavien ihmisten kaikki psykologinen aktiviteetti käsittää näihin prosesseihin liittyvän nykyhetken (Hayes ym., 2006). Yhteys vallitsevaan hetkeen ja itsensä kokeminen tilana tai paikkana auttavat asiakasta tiedostamaan kokemusten virran ilman kiintymystä tai sitoutumista niihin. Näin pyritään heikentämään kieleen sitoutuneiden epäsuotavien kokemusten merkitystä ja vaalimaan niiden hyväksyntää. Prosesseja harjoitellaan muun muassa tietoisuusharjoituksilla, metaforilla ja kokemuksellisilla menetelmillä. Yhteys vallitsevaan hetkeen voi auttaa masentunutta asiakasta vähentämään menneisyyteen ja tulevaisuuteen liittyviä negatiivisia ajatuksia (Zettle, 2007). Itsensä kokeminen tilana tai paikkana voi auttaa asiakasta kokemaan itseensä kohdistuvia ajatuksia niin, että kokemus niiden pysyvyydestä tai totuudenmukaisuudesta heikkenee.

Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien vaikutusta masennuksen hoitotuloksiin ei ole tutkittu erikseen. Tutkimustuloksia hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvistä menetelmien vaikutuksesta muihin psyykkisiin ongelmiin on jonkin verran. Muun muassa kielellisen kontrollin heikentämisen menetelmän on todettu vähentävän enemmän itseä kohtaan koettujen negatiivisten tunteita kuin kontrolliin perustuvat menetelmät (Masuda, Hayes, Sackett, & Twohing, 2004). Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien on todettu myös vaikuttavan kivun kokemuksen suurempaan sietämiseen (Masedo & Esteve, 2007; Takahashi, Muto, Tada, & Sugiyama, 2002) sekä paniikkihäiriöstä kärsivien ihmisten halukkuuteen kokea ahdistusta (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004) enemmän kuin kontrolliin perustuvat menetelmät. Masennuksen hoidon suhteen nämä tulokset vaikuttavat lupaavilta, sillä masennuksen hoidossa tulisi ACT:n mukaan lisätä halukkuutta kokea epämiellyttäviä ajatuksia, tunteita ja muistoja (Zettle, 2007).

Omistautumiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen liittyviin prosesseihin kuuluvat arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan (Hayes ym., 2006). Arvot ovat päämäärään johtavan toiminnan valittuja ominaisuuksia, joita ei määritellä ulkoisen päämäärän mukaan, vaan asiakkaan itsensä valitsemina elämän suuntina. ACT:ssä käytetään harjoituksia, joilla autetaan asiakasta valitsemaan elämän suunta sen eri osa-alueista. Lopuksi ACT:n tehtävänä on rohkaista asiakasta toimimaan yhä tehokkaammin niin, että toiminnasta tulee johdonmukaista valittujen arvojen kanssa. Omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan tarkoittaa siis konkreettisten tekojen toteuttamista niin, että ne ovat sidoksissa valittuihin arvoihin. Käyttäytymisen muuttamisen esteitä käsiteltäessä palataan taas aiempiin prosesseihin, kuten hyväksyntään ja kielellisen kontrollin heikentämiseen. Tutkimus arvojen merkityksestä psyykkisten ongelmien hoitotuloksiin on vasta alussa.

ACT:n mukaan psykologisen joustavuuden prosessit eivät ole aina masennuksen taustalla (Zettle, 2007). Masennuksen syy voi olla esimerkiksi sosiaalisten taitojen puute, jolloin sosiaalisten

taitojen harjoittelu voi olla olennaista masennuksesta paranemiselle. Tärkeää onkin ACT:n mukaan selvittää masennuksen taustalla olevia prosesseja ja kohdistaa masennuksen hoito niiden mukaan.

1.4 Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuus masennuksen hoidossa

Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikutuksia diagnosoituihin psyykkisiin häiriöihin on tutkittu hyvin vähän. Tässä yhteydessä tarkastellaan hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikutuksia masennuksen ja muiden psyykkisten oireiden vähenemiseen ja tämän lisäksi sellaiseen psyykkiseen toimintaan, jota voidaan pitää merkityksellisenä ACT:n teorian valossa. Esimerkiksi kohentunutta elämänlaatua ja positiivisia muutoksia käyttäytymisessä voidaan pitää tärkeinä ACT:n hoidon mittareina, koska ACT:n tarkoitus on muuttaa käyttäytymistä positiiviseen suuntaan ja vaikuttaa suhtautumiseen sisäisiä kokemuksia kohtaan (Hayes ym., 1999).

Kontrolloiduissa kokeellisissa tutkimuksissa ACT on vaikuttanut hoidon päätyttyä vähintään yhtä paljon masennuksen oireiden vähenemiseen kuin kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot (Bond & Bunce, 2000; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Raines, 1989). Tutkimustuloksia on myös ACT:n paremmista vaikutuksista masennuksen hoitotuloksiin verrattuna kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksiin. Syöpää sairastavilla ACT:n hoitoa saaneilla havaittiin enemmän masennuksen, ahdistuneisuuden ja stressin vähenemistä verrattuna kognitiivisen käyttäytymisterapiaa saaneisiin tutkittaviin terapian lopussa (Branstetter, Wilson, Hildebrandt, & Mutch, 2004).

Vain muutamissa tutkimuksissa on verrattu ACT:n pitkäaikaisvaikutuksia toisen hoidon pitkäaikaisvaikutuksiin. ACT on vähentänyt masennuksen oireita tai muita psyykkisiä oireita vähintään yhtä paljon kuin kognitiivis-behavioraalinen hoitomuoto seurantaan mennessä (Bond & Bunce, 2000; Zettle & Raines, 1989). Lisäksi ACT:n vaikutukset masennuksen oireiden vähenemiseen hoitojen seurannassa on todettu paremmiksi verrattuna kognitiivisen terapian hoitotuloksiin (Zettle & Hayes, 1986).

Lappalaisen ym. (2007) tutkimuksessa ACT:n tulokset olivat parempia sekä terapian lopussa että kuuden kuukauden seurannassa psyykkisten oireiden vähenemisen suhteen kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotulokset. Toisessa Lappalaisen tutkimusryhmän tutkimuksessa ACT:n menetelmien ei kuitenkaan todettu lisäävän kognitiivisen käyttäytymisterapian positiivisia vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin terapian lopussa tai seurannassa (Heinonen, 2007; Tuomela,

2006). Lappalaisen ym. aiemmissä tutkimuksissa ongelmana oli kuitenkin se, että terapia-asiakkaat eivät muodostaneet tietystä psyykkisestä häiriöstä kärsivää hoitoryhmää. Kaiken kaikkiaan masennuksen hoitoa ja hoidon pitkäaikaisvaikutuksia ACT:n menetelmillä on tutkittu hyvin vähän tähän asti.

Muutamit tutkimustulokset viittaavat siihen, että ACT vaikuttaa enemmän positiivisiin muutoksiin elämänlaadussa ja käyttäytymisen muutoksissa kuin kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot. Esimerkiksi Lappalaisen ym. (2007) tutkimuksessa ACT:iä saaneilla asiakkailla elämänlaatu ja sosiaalinen toimintakyky kohenivat hieman enemmän kuin kognitiivista käyttäytymisterapiaa saavassa hoitoryhmässä sekä hoidon lopussa että kuuden kuukauden seurannassa. ACT ei kuitenkaan parantanut kognitiivisen käyttäytymisterapian positiivisia vaikutuksia elämänlaadun kohenemisessä, kun ACT:n menetelmiä lisättiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Heinonen, 2007; Tuomela, 2006). Formanin ym. (2007) tutkimuksessa ei myöskään havaittu eroja muutoksissa elämänlaadussa ACT:iä ja kognitiivista terapiaa saaneiden hoitoryhmien välillä hoidon päättyessä. Kyseisessä tutkimuksessa ei kuitenkaan seurattu hoitojen pitkäaikaisvaikutuksia.

Terapian jälkeen järjestetyssä seurannassa on havaittu positiivisia muutoksia stressin vähenemisen ja hyvinvoinnin kohenemisen kohdalla enemmän työntekijöillä, jotka saivat ACT:n menetelmiin perustuvaa hoitoa kuin heillä, joiden hoito perustui behavioraaliseen työhyvinvointiohjelmaan (Bond & Bunce, 2000). ACT:n on todettu myös vaikuttavan sosiaaliseen ahdistukseen liittyvään positiiviseen käyttäytymiseen enemmän kuin kognitiivis-behavioraalinen hoitomuoto, vaikka hoitomuodot vähensivät ahdistuksen määrää yhtä paljon (Block, 2002). Tutkimustietoa ACT:n vaikutuksista elämänlaatuun ja käyttäytymisen muuttumiseen on kuitenkin melko vähän. Näyttöä etenkin ACT:n pitkäaikaisvaikutuksista elämänlaatuun ja käyttäytymisen muuttumiseen tarvitaan lisää.

Myös Öst (2008) on kritisoinut ACT:n tutkimuksia siitä, että niissä ei ole joko tehty seurantoja tai seuranta-ajat ovat jääneet tutkimuksissa liian lyhyiksi. Psykologinen joustavuus on ACT:n mukaan prosessi, joka voi kehittyä vielä terapeuttisen hoidon päättymisen jälkeen. Seuraavaksi tarkastellaankin tutkimustuloksia ACT:n vaikutuksista psykologisen joustavuuden prosessiin.

1.5 Psykologisen joustavuuden prosessit hyväksymis- ja omistautumisterapian hoitotuloksissa

Lappalaisen ym. tutkimuksissa psykologinen joustavuus lisääntyi hoidon aikana hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saavissa hoitoryhmissä, mutta ei pelkkää kognitiivista käyttäytymisterapiaa saavissa hoitoryhmissä (Heinonen 2007; Lappalainen ym., 2007; Tuomela, 2006). Psykologisen joustavuuden todettiin kuitenkin lisääntyvän terapian alusta seurantaan myös kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytettäessä (Heinonen 2007; Lappalainen ym., 2007).

Kiinnostuksen kohteena olevaa terapiaprosessia tulisi kuitenkin mitata hoidon aikana, kun halutaan selvittää sen vaikutuksia hoitotuloksiin (Murphy, Cooper, Hollon, & Fairburn, 2009). Näin voidaan selvittää sitä, vaikuttaako terapia tietyn prosessin kautta sen hoitotuloksiin. ACT:n prosesseja terapiahoidon aikana on tutkittu melko vähän, mutta joitakin mielenkiintoisia tutkimustuloksia on psykologisen joustavuuden yhteyksistä hoitotuloksiin. Zettlen ja Hayesin (1986) tutkimuksen tulokset osoittivat, että ACT:iä saavassa hoitoryhmässä masennukseen liittyvät uskottavuuden tunteet, jotka liittyvät hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviin prosesseihin, vähenivät terapian keskivaiheessa enemmän kuin kognitiivista terapiaa saavassa hoitoryhmässä (Hayes ym., 2006). Tämän lisäksi terapian keskivaiheessa mitatut masennukseen liittyvät uskottavuuden tunteet olivat yhteydessä sekä hoidon lopussa että hoidon seurannassa vähempään määrään masennuksen oireita ainoastaan ACT:iä saavassa hoitoryhmässä. Myös työhyvinvointiin liittyvässä tutkimuksessa havaittiin, että terapian lopussa mitattu psykologinen joustavuus ennusti hyvinvointia kolmen kuukauden seurannassa ainoastaan ACT:iä saavassa hoitoryhmässä (Bond & Bunce, 2000). Psykologisen joustavuuden prosessien on myös todettu olevan yhteydessä terapian lopussa mitattuun masentuneisuuteen, sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun ACT:iä saavassa hoitoryhmässä, mutta ei kognitiivista terapiaa saavassa hoitoryhmässä (Forman ym., 2007). Nämä havainnot viittaavat siihen, että ACT vaikuttaa psykologisen joustavuuden prosessien kautta sen hoitotuloksiin.

Lisäksi kroonisen kivun hoitoon liittyvässä tutkimuksessa terapian alusta terapian loppuun sekä terapian alusta kolmen kuukauden seurantaan mitatun psykologisen joustavuuden muutoksen todettiin olevan yhteydessä psyykkisen hyvinvoinnin muutokseen, kun oli käytetty kaikkia ACT:n menetelmiä (Vowles & McCracken, 2008). Kyseisen tutkimuksen tulokset osoittivat, että hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät prosessit olivat yhteydessä muun muassa vähempään määrään masentuneisuutta ja kipuun liittyvää ahdistuneisuutta hoidon päättyessä. Arvojen mukaiset teot olivat voimakkaammin yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin terapian kolmen kuukauden seurannassa kuin mitä ne olivat hoidon lopussa. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien prosessien

yhteys psyykkiseen hyvinvointiin oli jokseenkin sama hoidon päättyessä ja seurannassa. Voikin olla, että ACT:n prosessien yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin muuttuvat vielä hoidon päättymisen jälkeen, minkä takia ACT:n prosesseja olisi hyvä tutkia myös hoitojen seurannassa.

1.6 Yhteenveto

Psykologisen joustavuuden prosessit tarjoavat mielenkiintoisen ja uuden näkökulman masennuksen hoitoon. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien ACT:n menetelmien vaikutuksia on tutkittu jonkin verran muiden psyykkisten ongelmien hoitotuloksiin, mutta ei masennuksen hoitotuloksiin. Tähän asti on tutkittu muutenkin melko vähän masennuksen hoitotuloksia hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä.

ACT:n mukaan psykologisen joustavuuden prosessit eivät ole aina masennuksen taustalla (Zettle, 2007). Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, voiko perinteisemmän kognitiivisen käyttäytymisterapian masennuksen hoitotuloksia parantaa hyväksymis- ja omistautumisterapian hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvillä menetelmillä. Aiemmat tutkimustulokset ovat viitanneet siihen, että ACT parantaa elämänlaatua, toimintakykyä tai käyttäytymistä enemmän kuin perinteinen kognitiivis-behavioraalinen terapiamuoto (Block, 2002; Bond & Bunce, 2000; Lappalainen ym., 2007). Myös tässä tutkimuksessa selvitettiin hoitojen vaikutuksia psyykkisen hyvinvoinnin eri alueisiin. Tutkimuksessa selvitettiin myös psykologisen joustavuuden merkitystä psyykkiseen hyvinvointiin.

Kummassakin tutkimuksen hoitoryhmässä käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä (Lehtonen & Lappalainen, 2005), jotka on osoitettu useissa tutkimuksissa tehokkaiksi masennuksen hoitomenetelmiksi (esim. Butler, Champmann, Forman, & Beck, 2006; Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2006). Lisäksi ACT:n arvotyöskentelyä (arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan) käytettiin molemmissa hoitoryhmissä. Hoitojen perustaso oli hoitoryhmissä sama, mutta vain toisessa hoitoryhmässä käytettiin hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä, niin kuin uusien terapiamenetelmien vaikutusta perinteisten terapiamuotojen hoitotuloksiin on suositeltukin tutkimaan (Hoffmann & Asmundson, 2008).

Öst (2008) on kritisoinut ACT:n tutkimuksia siitä, että niissä samat terapeutit ovat hoitaneet asiakkaitaan eri hoitoryhmissä. Tämä voi olla ongelma hoitotulosten manipuloinnin kannalta. Tässä tutkimuksessa terapeutit olivat loppuvaiheen psykologian opiskelijoita, jotka saivat vain yhden asiakkaan kummastakin tutkimuksen hoitoryhmästä. He olivat kokemattomia käyttämään sekä

hyväksymis- ja omistautumisterapian että kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä. Aiemmissä tutkimuksissa on käytetty terapeutteina kokemattomampia opiskelijoita ja näissä tutkimuksissa hoitojen tulokset ovat olleet varsin lupaavia (Forman ym., 2007; Lappalainen ym., 2007).

1.7 Tutkimuksen tavoitteet

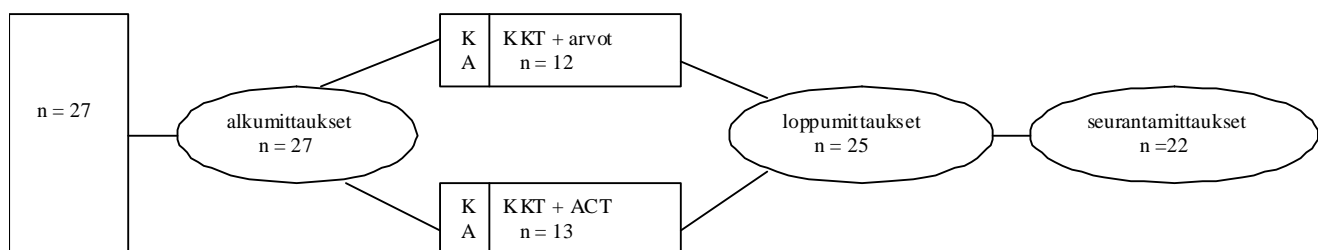
Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, parantavatko hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät menetelmät kognitiivisen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan masennuksen lyhythoidon tuloksia. Lisäksi selvitetään psykologisen joustavuuden muutoksia ja niiden yhteyttä masennukseen ja psyykkiseen hyvinvointiin.

2. MENETELMÄT

2.1 Tutkittavat

Terapia-asiakkaat haettiin tutkimukseen lehti-ilmoituksella, joka oli paikallisessa ilmaisjakelulehdessä. Asiakkaat ilmoittautuivat terapiaan puhelimitse. Kuviossa 1 on esitelty terapia-asiakkaiden määrä kussakin tutkimuksen vaiheessa. Ilmoittautuneita oli yhteensä 27 henkilöä, joista terapian kävi loppuun 25 tutkittavaa. Kuuden kuukauden seurantaan osallistui 22 tutkittavaa, 11 tutkittavaa kummastakin hoitoryhmästä. Tutkittavat, jotka olivat tutkimuksessa mukana seurantaan asti, muodostivat tutkimusjoukon.

Tutkittavat satunnaistettiin iän ja sukupuolen mukaan ennen hoitojen alkua kahteen hoitoryhmään, KKT + arvot-ryhmään ja KKT + ACT-ryhmään. Taulukossa 1 on kuvattu terapia-asiakkaiden taustatietoja hoitoryhmittäin. DSM IV -kriteereihin perustuvan haastattelun perusteella KKT + arvot-ryhmän asiakkaista vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit (APA, 1994) täyttyivät viidellä asiakkaalla (45.5 %) ja KKT + ACT-ryhmän asiakkaista seitsemällä (63.6 %) asiakkaalla. BDI-pisteiden (Beck, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) perusteella kaikilla asiakkailla oli terapian alussa vähintään lievää masennusta. Asiakkaat jakautuivat hoitoryhmiin melko tasaisesti kaikkien taustamuuttujien suhteen. Iän vaihteluväli oli 28 – 71 ja keskiarvo 46.77 (sd=12.35) koko tutkimusjoukossa.



KUVIO 1. Tutkimuksen kulku. KA = käyttäytymisanalyysi, KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia, ACT = hyväksymis- ja omistautumisterapia.

TAULUKKO 1. Terapia-asiakkaiden taustatiedot.

	KKT + arvot-ryhmä (n=11)	KKT + ACT-ryhmä (n=11)
Ikä (ka))	47.82 (sd=12.50)	45.73 (12.72)
Naisia / Miehiä	7 / 4	7 / 4
Parisuhteessa / yksin	4 / 7	3 / 8
Lapsia / ei lapsia	6 / 5	5 / 6
Koulutus		
perusaste	1 (9.1 %)	0 (0 %)
keskiaste	3 (27.3 %)	3 (27.3 %)
korkea-aste	7 (63.6 %)	8 (72.7 %)
Työtilanne		
työelämässä tai opiskelija	7 (63.6 %)	7 (63.6 %)
työelämän ulkopuolella	4 (36.4 %)	4 (36.4 %)
Aiempi masennukseen liittyvä hoito	10 (90.9 %)	9 (81.8 %)
Aiempi psykoterapiahoito	5 (45.5 %)	2 (18.2 %)
Aiemmin tehty depressiodiagnoosi	5 (45.5 %)	6 (54.5 %)
Mielenterveyteen liittyvä lääkitys tällä hetkellä	5 (45.5 %)	7 (63.6 %)
Masennuksen aste BDI-pisteiden perusteella		
Ei masennusta (0-9 p.)	0 (0 %)	0 (0%)
Lievä masennus (10-16 p.)	5 (45.5 %)	2 (18.2 %)
Keskivaikea masennus (16-29 p.)	3 (27.3 %)	5 (45.5 %)
Vakava masennus (≥ 30 p.)	3 (27.3 %)	4 (36.4 %)
Vakavan masennusjakson kriteerit (DSM IV) täyttyvät	5 (45.5 %)	7 (63.6 %)

2.2 Tutkimusasetelma

Tutkimuksen terapiat järjestettiin syksyllä 2006 ja terapiaoihin liittyvät seurantakäynnit keväällä 2007 Tampereen yliopiston psykologian opetus- ja tutkimuslinikalla. Tutkimuksen terapeutit olivat psykologian opiskelijoita, joilla oli opintovuosia takanaan keskimäärin 5.46 (sd=1.39) vuotta. Terapeutit saivat menetelmäopetusta sekä luettavakseen kolme menetelmiä opettavaa työkirjaa: ”Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä” -käsikirja (Lehtonen & Lappalainen, 2005), ”Sosiaaliset taidot -työkirja” (Lappalainen ym., 2004b) ja ”Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä” -käsikirja (Lappalainen ym., 2004a). Jokainen terapeutti sai yhden asiakkaan kummastakin hoitoryhmästä. Työnohjausta oli kerran viikossa yhteensä yhdeksän kertaa ja yksi työnohjauskerta kesti noin kolme tuntia.

Terapiat aloitettiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan kuuluvalla käyttäytymisanalyysillä, joka tehtiin molempien hoitoryhmien asiakkaille kahdella ensimmäisellä tapaamiskerralla. Käyttäytymisanalyysin jälkeen aloitettiin terapiat, jotka olivat noin tunnin mittaisia käyntejä. Terapiakertoja käyttäytymisanalyysikerrat mukaan luettuna oli molemmissa hoitoryhmissä yhteensä kymmenen kertaa. Yksi terapiakerta maksoi 12 euroa.

KKT + arvot-ryhmässä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmistä käytettiin ulkoista ja sisäistä altistusta, itsehavainnointia, käyttäytymisen aktivointia, ongelmanratkaisumenetelmää (Lehtonen & Lappalainen, 2005), rentoutusharjoitusta ja sosiaalisten taitojen menetelmiä (Lappalainen ym., 2004b). Lisäksi KKT + arvot-ryhmässä käytettiin hyväksymis- ja omistautumisterapiaan kuuluvaa arvotyöskentelyä (Lappalainen ym., 2004a).

KKT + ACT-ryhmässä käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian ja ACT:n arvotyöskentelyn lisäksi ACT:n hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä, joita olivat tavoitteiden selventäminen, muutos - ratkaisuyritysten kartoittaminen ja toimimattomista luopuminen, keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä, käsitys itsestä -keskustelu, metaforat, kielen merkityksen käsittely, tarkkailijaharjoitus ja tietoisuusharjoitukset (Lappalainen ym., 2004a). Molemmissa hoitoryhmissä terapiamenetelmiä käytettiin myös kotitehtävien ja lomakkeiden muodossa. Terapeutit kirjasivat ylös jokaisen terapiakerran jälkeen käyttämänsä terapiamenetelmät menetelmäpäiväkirjoihin. Taulukossa 2 on esitelty terapiamenetelmien määrät hoitoryhmittäin.

TAULUKKO 2. Terapiamenetelmien määrät hoitoryhmittäin.

Hoitoryhmä	KKT - menetelmät	Arvotyöskentely	Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät menetelmät	Yhteensä
KKT + arvot	286 (87 %)	44 (13 %)	0 (0 %)	330
KKT + ACT	206 (41 %)	54 (11 %)	238 (48 %)	498

Huom. KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia, ACT = hyväksymis- ja omistautumisterapia.

2.3 Arviointimenetelmät

Tutkittavien tiedot kerättiin kolmessa vaiheessa: terapian alussa järjestetyssä alkuhaastattelussa ja alkumittauksissa, terapian lopussa sekä noin kuukauden kuluttua järjestetyllä seurantakäynnillä. Tutkimuksessa käytettiin kahdeksaa eri itsearviointiin perustuvaa psyykkisen tilan mittaria. Lisäksi tutkittaville tehtiin DSM IV -kriteereihin (APA, 1994) perustuva vakavan masennusjakson diagnostinen haastattelu jokaisessa mittausvaiheessa. Mittaukset ja haastattelut teki muu tutkimusryhmän jäsen kuin asiakkaan oma terapeutti.

Vakavan masennusjakson diagnostinen haastattelu perustui DSM IV -luokitukseen (APA, 1994). Haastattelijä kävi läpi strukturoidun haastattelulomakkeen avulla DSM IV -kriteerit ja jokaisen kriteerin kohdalla haastattelijä selvitti, täytyikö tutkittavalla kyseinen kriteeri vai ei. DSM IV -luokittelun perusteella jokaisen asiakkaan kohdalla arvioitiin, täytyivätkö hänellä vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit.

Tutkittavien masentuneisuuden astetta mitattiin myös BDI-depressiomittarilla (Beck depression inventory; Beck ym., 1961). Mittarin pisteet vaihtelevat 0-43 ja niiden perusteella masennuksen aste voidaan luokitella seuraavasti: 0-9 = ei masennusta, 10-16 = lievä masennus, 16-29 = keskivaikea masennus ja vähintään 30 = vakava masennus.

Fyysisiä ja psyykkisiä oireita kartoitettiin SCL-90-oirekyselykaavakkeella (Symptom Checklist-90; Holi, Sammallahti, & Aalberg, 1998). Kyselylomakkeessa on lueteltuna 90 psyykkistä oiretta, joiden vakavuutta tutkittava arvioi kuluneen viikon aikana asteikolla 0 – 4 (0 = ei ollenkaan, 4 = erittäin paljon). Oireista voidaan muodostaa yhdeksän alaluokkaa: somatisaatio, obsessiivisuus-kompulssiivisuus, interpersoonallinen herkkyys, masennus, ahdistuneisuus, vihamielisyys, foobinen ahdistus, paranoidiset ajatukset ja psykoottisuus. Tässä tutkimuksessa käytettiin kuitenkin vain pisteistä laskettua oireiden yleisindeksiä, GSI-pistemäärää (global severity index), jonka vaihteluväli on 0 - 4. (Holi, 2003).

Psykologista joustavuutta mitattiin AAQ-8-mittarilla (Tuomisto, 2003), joka on muokattu Hayesin ym. kehittämästä AAQ-16-versiosta (Hayes ym., 2004). AAQ-8-mittarin vaihteluväli on 8 – 56. AAQ-8-mittarin kysymykset ovat seuraavat: 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 yleensä tekemään sen loppuun, 6) En pysty huolehtimaan velvollisuuksistani, kun olen masentunut tai ahdistunut, 7) Murehdin harvoin sitä, pystynkö hallitsemaan tunteitani, huoliani ja ahdistavia

asioita, ja 8) Näyttää siltä kuin muut selviytyisivät elämässä paremmin kuin minä, jos vertaan itseäni muihin ihmisiin. AAQ-lomakkeet kerättiin alkumittausten, loppumittausten ja seurantamittausten lisäksi myös jokaisen terapiakerran jälkeen.

Sosiaalista toimintakykyä arvioitiin JES-mittarilla (The Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS; Bosc, Dubini, & Polin, 1997). JES-mittarin vaihteluväli on 0 - 43 pistettä ja siinä on 21 kysymystä, joissa arvioidaan masennukseen liittyvää sosiaalista motivaatiota ja käyttäytymistä.

Ojaseen mittareilla tutkittiin mielialaa, itseluottamusta sekä tyytyväisyyttä elämään 0 – 100-asteikolla (Ojanen, 2001). Myös itseluottamus -lomakkeet kerättiin alkumittausten, loppumittausten ja seurantamittausten lisäksi jokaisen terapiakerran jälkeen, mutta tässä tutkimuksessa ei analysoitu itseluottamuksen kehittymistä terapian aikana.

Rand-36 on elämänlaatua mittaava kyselylomake, jonka pisteistä muodostetaan yhdeksän muuttujaa (The RAND 36-item Health Survey; Hays, Sherbourne, & Mazel, 1993). Rand-36-mittarin muuttujat ovat suomenneittuina seuraavat: 1) Koettu terveys (KoTe), 2) Fyysinen toimintakyky (FyTo), 3) Psykkinen hyvinvointi (PsHy), 4) Sosiaalinen toimintakyky (SoTo), 5) Tarmokkuus (Tarmo), 6) Kivuttomuus (KiVu), 7) Roolitoiminta/fyysinen (RoFy), 8) Roolitoiminta/psykkinen (Rops) ja 9) Koettu terveydentilan muutos verrattuna vuoden takaiseen terveyteen (KoMu) (Aalto, Aro, & Teperi 1999). Kaikkien muuttujien vaihteluväli on 0 - 100, ja jokaisen muuttujan kohdalla korkeampi pistemäärä viittaa parempaan elämänlaatuun.

Asiakkaiden terapiakokemuksia kysyttiin sekä loppuhaastattelun että seurantakerran yhteydessä. Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain seurannassa kerätyt tiedot terapiakokemuksista ja hoitoon hakeutumisesta terapioiden päättymisen jälkeen.

2.4 Aineiston analysointi

Tilastollisen aineiston käsittelyssä käytettiin SPSS-ohjelman 13.0 versiota. Tutkimuksen pienen aineistokoon vuoksi ryhmien sisäisiä muutoksia tutkittiin epäparametrisin testein (Mannin-Whitney-Wilcoxonin testi). Hoitoryhmien välisiä eroja terapian lopussa tai seurannassa mitatuissa pisteissä tutkittiin kovarianssianalyysillä niin, että otettiin huomioon alkumittauspisteet (kovariaatti) (Metsämuuronen, 2003). Lisäksi psykologisen joustavuuden yhteyttä psykkineseen hyvinvointiin mitattiin pearssonin korrelaatiokertoimella sekä korrelaatioiden välisiä eroja Fisherin transformaation avulla (Manninen & Ylén, 2000).

3. TULOKSET

3.1 Hoitojen päätulokset

Hoitoryhmien väliset alkumittauspisteet eivät eronneet toisistaan terapian alussa (Mann Whitney U -testi). Taulukossa 3 on alkumittaus-, loppumittaus- ja seurantamittauspisteiden keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin.

TAULUKKO 3. Alku-, loppu- ja seurantamittausten keskiarvot ja -hajonnat hoitoryhmittäin sekä loppu- ja seurantamittausten tilastollinen ero alkumittauksiin.

Mittari	Hoitoryhmä	Alkumittaus M (sd)	Loppumittaus M (sd)	Seurantamittaus M (sd)
BDI	KKT + arvot	21.64 (10.04)	13.55 (6.07)*	10.64 (4.11)*
	KKT + ACT	25.91 (6.94)	14.55 (6.74)**	11.73 (7.93)**
GSI	KKT + arvot	1.29 (0.48)	0.85 (0.28)*	0.78 (0.34)*
	KKT + ACT	1.57 (0.44)	1.08 (0.55)**	0.86 (0.61)**
AAQ-8	KKT + arvot	32.55 (6.02)	37.27 (8.63)*	36.09 (6.93)
	KKT + ACT	29.00 (6.23)	33.82 (8.57)	37.36 (11.55)
JES	KKT + arvot	33.82 (6.05)	34.55 (7.03)	36.09 (5.19)
	KKT + ACT	32.91 (4.35)	36.18 (6.91)*	38.55 (8.57)*
Itseluottamus	KKT + arvot	55.73 (20.93)	60.91 (16.98)	63.91 (19.28)
	KKT + ACT	44.64 (13.69)	57.82 (10.46)*	60.45 (14.71)**
Mieliala	KKT + arvot	43.45 (23.39)	47.27 (19.47)	53.18 (18.57)
	KKT + ACT	34.73 (14.35)	49.45 (14.41)*	56.55 (23.47)**
Tyytyväisyys elämään	KKT + arvot	43.36 (14.56)	49.45 (15.14)	52.82 (21.69)
	KKT + ACT	41.64 (9.50)	54.64 (16.26)*	64.18 (16.42)**

Huom. BDI = Beck-depressiomittari, GSI = SCL-90-oirekyselykaavakkeen globaalit psyykkiset oireet, AAQ = psykologinen joustavuus, JES = Jokapäiväisessä elämässä selviytyminen.

* $p < .05$ ero alkumittauspisteisiin, ** $p < .01$ ero alkumittauspisteisiin.

KKT + arvot-ryhmässä masentuneisuutta mittaavat BDI-pisteet ($Z=-2.32$, $p=.020$) ja asiakkaiden kokemat psyykkiset oireet eli GSI-pisteet ($Z=-2.40$, $p=.016$) laskivat merkitsevästi hoitajakson aikana. BDI-pisteet ($Z=-2.43$, $p=.015$) ja GSI-pisteet ($Z=-2.31$, $p=.021$) olivat myös seurannassa merkitsevästi matalammat kuin terapian alussa. Psykologista joustavuutta mittaavat AAQ-pisteet nousivat merkitsevästi terapian aikana (-2.35 , $p=.019$), mutta seurannassa AAQ-pisteet eivät enää eronneet merkitsevästi alkumittauspisteistä. Jokapäiväisessä elämässä selviytymistä mittaavat JES-pisteet sekä itseluottamus, mieliala ja tyytyväisyys elämään eivät muuttuneet merkitsevästi koko tutkimuksen aikana.

KKT + ACT-ryhmässä BDI-pisteet ($Z = -2.81$, $p=.005$) ja GSI-pisteet ($Z=-2.67$, $p=.008$) laskivat merkitsevästi hoitajakson aikana. Myös seurannassa BDI-pisteet ($Z=-2.81$, $p=.005$) ja GSI-pisteet (-2.93 , $p=.003$) olivat matalammat kuin terapian alussa. Jokapäiväisessä elämässä selviytymistä mittaavat JES-pisteet ($Z=-2.33$, $p=.020$) sekä itseluottamus ($Z=-2.14$, $p=.032$), mieliala ($Z=-2.22$, $p=.026$) ja tyytyväisyys elämään ($Z=-1.96$, $p=.050$) nousivat merkitsevästi terapian aikana. Seurannassa JES-pisteet (-2.54 , $p=.011$), itseluottamus ($Z=-2.65$, $p=.008$), mieliala ($Z=-2.81$, $p=.005$) ja tyytyväisyys elämään ($Z=-2.94$, $p=.003$) olivat edelleen korkeammat kuin terapian alussa.

Kovarianssianalyysin avulla tutkittiin ryhmien välisiä eroja terapian lopussa ja seurannassa mitatuissa pisteisissä niin, että kovariaattina käytettiin alkumittauspisteitä. Kovarianssianalyysin perusteella ryhmien välillä ei ollut eroja terapian lopussa tai seurannassa.

Taulukkoon 4 on koottu Rand-36-mittarista muodostettujen yhdeksän muuttujan keskiarvot ja -hajonnat hoitoryhmittäin. KKT + arvot-ryhmässä ainoastaan psyykkinen hyvinvointi nousi merkitsevästi terapian aikana ($Z=-2.50$, $p=.012$). Psyykkinen hyvinvointi oli myös seurannassa korkeampi ($Z=-2.30$, $p=.036$). Seurannassa asiakkaiden kokema terveydentila ($Z=-2.10$, $p=0.35$), tarmokkuus ($Z=-2.10$, $p=.036$) sekä kokemus terveydentilan muutoksesta verrattuna vuoden takaiseen terveydentilaan ($Z=-2.33$, $p=.020$) olivat kohonneet KKT + arvot-ryhmässä.

KKT + ACT-ryhmässä ei tapahtunut merkitseviä muutoksia yhdenkään Rand-36-muuttujan kohdalla terapian aikana. Sen sijaan koettu terveys ($Z=-2.96$, $p=.003$), psyykkinen hyvinvointi ($Z=-2.82$, $p=.005$), sosiaalinen toimintakyky ($Z=-2.20$, $p=.028$), tarmokkuus ($Z=-2.94$, $p=.003$), psyykkinen roolitoiminta ($Z=-2.54$, $p=.011$) ja kokemus terveydentilan muutoksesta verrattuna vuoden takaiseen terveydentilaan ($Z=-2.23$, $p=.026$) olivat merkitsevästi korkeammat seurannassa kuin terapian alussa.

Kovarianssianalyysillä mitattuna Rand-36-mittarin muuttujat eivät eronneet terapian lopussa tai seurannassa ryhmien välillä, kun kovariaattina käytettiin alkumittauspisteitä.

TAULUKKO 4. Alku-, loppu- ja seurantamittausten keskiarvot ja -hajonnat hoitoryhmittäin Rand-36-mittarin yhdeksän muuttujan kohdalla sekä loppu- ja seurantamittausten tilastollinen ero alkumittauksiin.

Rand-36 Muuttujat	Hoitoryhmä	Alkumittaus M (sd)	Loppumittaus M (sd)	Seurantamittaus M (sd)
KoTe	KKT + arvot	39.55 (15.24)	48.64 (19.38)	50.91 (18.82)*
	KKT + ACT	41.36 (25.41)	45.00 (23.77)	55.00 (26.17)**
FyTo	KKT + arvot	84.09 (16.56)	85.91 (20.83)	80.91 (24.06)
	KKT + ACT	84.55 (15.88)	86.82 (12.30)	88.18 (11.89)
PsHy	KKT + arvot	41.45 (16.23)	54.55 (14.34)*	59.45 (9.38)*
	KKT + ACT	44.00 (21.54)	55.64 (16.91)	65.82 (21.19)**
SoTo	KKT + arvot	53.73 (26.80)	59.27 (23.09)	64.77 (13.48)
	KKT + ACT	55.82 (28.65)	58.27 (23.30)	76.14 (25.89)*
Tarmo	KKT + arvot	32.73 (24.12)	44.09 (14.97)	49.55 (10.60)*
	KKT + ACT	33.64 (21.34)	40.00 (14.66)	58.41 (16.29)**
KiVu	KKT + arvot	56.27 (21.20)	64.82 (25.42)	62.50 (26.95)
	KKT + ACT	59.55 (22.19)	60.45 (22.28)	69.32 (18.44)
RoFy	KKT + arvot	45.45 (43.04)	56.82 (47.55)	52.27 (46.71)
	KKT + ACT	47.73 (46.71)	50.00 (37.08)	59.09 (45.10)
RoPs	KKT + arvot	21.18 (34.25)	33.27 (39.47)	48.55 (43.17)
	KKT + ACT	30.27 (34.88)	45.45 (37.43)	72.73 (36.02)*
KoMu	KKT + arvot	36.36 (17.19)	40.91 (16.85)	54.55 (26.97)*
	KKT + ACT	38.64 (28.20)	43.18 (19.66)	65.91 (30.15)*

Huom. KoTe = Koettu terveys, FyTo = Fyysinen toimintakyky, PsHy = Psykkinen hyvinvointi, SoTo = Sosiaalinen toimintakyky, Tarmo = Tarmokkuus, KiVu = Kivuttomuus, RoFy = Roolitoiminta/fyysinen, RoPs = Roolitoiminta/psykkinen, KoMu = Koettu terveydentilan muutos verrattuna vuoden takaiseen terveyteen.

* $p < .05$ ero alkumittauspisteisiin, ** $p < .01$ ero alkumittauspisteisiin.

3.2 Kliinisiä hoitotuloksia

Tutkimuksen alussa kaikilla asiakkailla oli vähintään lievää masennusta BDI-pisteiden perusteella. Terapian päätyttyä kummassakin hoitoryhmässä 27 % ei enää kärsinyt lievästä masennuksesta ja seurannassa vastaava määrä oli kasvanut 36 %:iin.

KKT + arvot-ryhmässä vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit täyttyivät hoidon alussa viidellä asiakkaalla (45.5 %). Terapian lopussa kriteerit täyttyivät kahdella asiakkaalla (18.2 %) ja seurannassa kriteerit eivät täytyneet enää yhdelläkään asiakkaalla (0 %).

KKT + ACT-ryhmän asiakkaista diagnostiset kriteerit täyttyivät terapian alussa seitsemällä asiakkaalla (63.6 %). Terapian lopussa diagnostiset kriteerit täyttyivät kolmella asiakkaalla (27.3 %) ja seurannassa kriteerit täyttyivät kahdella asiakkaalla (18.2 %). Yhden asiakkaan diagnostiset tiedot puuttuivat KKT + ACT-ryhmästä.

3.3 Psykologisen joustavuuden muutokset ja niiden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin

Psykologista joustavuutta (AAQ) mitattiin myös jokaisen terapiakerran jälkeen. Terapiakerrat jaettiin kolmeen vaiheeseen (KA = käyttäytymisanalyysivaihe, keskivaihe ja loppuvaihe), joista jokaiselle laskettiin AAQ-pisteiden keskiarvot. Tuloksia analysoitaessa on hyvä ottaa huomioon se, että käyttäytymisanalyysivaiheessa ei käytetty vielä hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä terapiamenetelmiä.

Analyysi toteutettiin seuraavasti: 1) Tutkittiin psykologisen joustavuuden prosessia hoitoryhmittäin sekä hoitoryhmien eroja psykologisessa joustavuudessa, 2) mitattiin hoitoryhmittäin sitä, onko terapian aikana (KA, keskivaihe, loppuvaihe) mitattu psykologinen joustavuus voimakkaammin yhteydessä terapian lopussa ja seurannassa mitattuun psyykkiseen hyvinvointiin kuin mitä terapian alkaessa mitattu psykologinen joustavuuden yhteys on vastaaviin mittauksiin, 3) mitattiin psykologisen joustavuuden yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin tutkimuksen kolmessa mittausvaiheessa (alkumittaukset, loppumittaukset, seurantamittaukset) hoitoryhmittäin.

Taulukossa 5 on psykologisen joustavuuden alku-, loppu- ja seurantamittausten sekä terapian käyttäytymisanalyysivaiheessa, keskivaiheessa ja loppuvaiheessa mitatun psykologisen joustavuuden keskiarvot ja -hajonnat hoitoryhmittäin ja kuviossa 2 on kuvattu psykologisen joustavuuden muuttumista hoitoryhmittäin. KKT + arvot-ryhmässä psykologinen joustavuus oli

noussut terapian keskivaiheesta terapian loppuvaiheeseen ($Z=-1.96$, $p=.050$) ja loppumittauksiin ($Z=-2.41$, $p=.016$). Loppumittauspisteet olivat myös korkeammat kuin alkumittaukset niin kuin aiemmin todettiin ja ne olivat nousseet myös käyttäytymisanalyysivaiheesta merkitsevästi ($Z=-2.40$, $p=.016$). Psykologinen joustavuus oli laskenut KKT + arvot-ryhmässä seurannassa niin, että seurannassa AAQ-pisteet eivät eronneet terapian alussa mitatuista AAQ-pisteistä eivätkä ne eronneet myöskään terapian eri vaiheissa tai loppumittauksissa mitatusta psykologisesta joustavuudesta. Seurannassa psykologinen joustavuus ei siis ollut enää korkeampi kuin psykologinen joustavuus terapian alussa, mutta se ei myöskään muuttunut merkitsevästi loppumittauksista.

KKT + ACT-ryhmässä loppumittaukset eivät eronneet merkitsevästi alkumittauksista. Psykologinen joustavuus kohosi kuitenkin käyttäytymisanalyysivaiheesta terapian loppuvaiheeseen ($Z=2.00$, $p=.045$). Se kohosi myös lähes tilastollisesti merkitsevästi käyttäytymisanalyysivaiheesta terapian keskivaiheeseen ($Z=-1.78$, $p=.075$). Loppumittauksissa psykologinen joustavuus laski niin, että loppumittaukset eivät eronneet alkumittauksista tai käyttäytymisanalyysivaiheen mittauksista merkitsevästi. Terapian seurannassa psykologinen joustavuus oli sen sijaan noussut suhteessa käyttäytymisanalyysivaiheen ($Z=-2.05$, $p=.041$) ja terapian keskivaiheen ($Z=-2.22$, $p=.026$) mittauksiin.

Kovarianssianalyysilla mitattuna hoitoryhmät eivät eronneet psykologisen joustavuuden määrässä terapian eri vaiheissa tai seurannassa, kun kovariaattina käytettiin psykologisen joustavuuden alkumittauksia. Eroja seurannan psykologisen joustavuuden määrässä tutkittiin myös niin, että kovariaattina käytettiin terapian eri vaiheiden mittauksia sekä psykologien joustavuuden loppumittauksia. Näissäkin mittauksissa ryhmien välillä ei ollut eroja.

Terapian alkumittausten, käyttäytymisanalyysivaiheen, keskivaiheen ja loppuvaiheen AAQ-pisteiden korrelaatiot psyykkisen hyvinvoinnin loppumittauksiin ja seurantamittauksiin on esitelty liitteessä 1. Terapian alussa mitatun psykologisen joustavuuden korrelaatiokertoimen välisiä eroja terapian eri vaiheissa mitattuihin korrelaatiokertoimiin tutkittiin Fisherin transformaation avulla käsin laskemalla (Manninen & Ylén, 2000).

Tulokset osoittivat, että KKT + arvot-ryhmässä terapian alussa mitattu psykologisen joustavuuden määrä oli yhtä paljon yhteydessä terapian loppumittauksiin ja seurantamittauksiin kuin terapian eri vaiheissa mitattu psykologisen joustavuuden määrä.

KKT + ACT-ryhmässä terapian keskivaiheessa mitattu psykologinen joustavuus oli merkitsevästi voimakkaammin yhteydessä kuin terapian alussa mitattu psykologinen joustavuus seuraaviin loppumittauksiin: psykologinen joustavuus ($r=.86$, $Z=2.89$, $p<.02$) ja jokapäiväisessä elämässä selviytymistä mittaavat JES-pisteet ($r=.78$, $Z=2.43$, $p<.05$). Terapian keskivaiheessa

mitattu psykologinen joustavuus oli myös voimakkaammin yhteydessä kuin terapian alkaessa mitattu psykologinen joustavuus seuraaviin seurantamittauksiin: masennusta mittaavat BDI-pisteet ($r=-.86$, $Z=2.69$, $p<.05$), psykologinen joustavuus ($r=.92$, $Z=3.28$, $p<.01$), jokapäiväisessä elämässä selviytymistä mittaavat JES-pisteet ($r=.91$, $Z=2.90$, $p<.02$) ja mieliala ($r=.91$, $Z=2.94$, $p<.02$).

Lisäksi KKT + ACT-ryhmässä terapian loppuvaiheessa mitattu psykologisen joustavuus oli voimakkaammin yhteydessä kuin terapian alussa mitattu psykologinen joustavuus seuraaviin loppumittauksiin: psyykkisiä oireita mittaavat GSI-pisteet ($r=-.87$, $Z=2.55$, $p<.05$), psykologinen joustavuus ($r=.90$, $Z=3.25$, $p<.01$), jokapäiväisessä elämässä selviytymistä mittaavat JES-pisteet ($r=.91$, $Z=3.4$, $p<.01$) ja Rand-36-muuttujan psyykinen hyvinvointi ($r=.81$, $Z=2.64$, $p<.05$). Terapian loppuvaiheessa mitattu psykologisen joustavuuden määrä oli voimakkaammin yhteydessä seuraaviin seurantamittauksiin kuin terapian alussa mitattu psykologinen joustavuus: psykologinen joustavuus ($r=.88$, $Z=2.85$, $p<.02$), jokapäiväisessä elämässä mittaavat JES-pisteet ($r=.86$, $Z=2.43$, $p<.05$) ja mieliala ($r=.87$, $Z=2.55$, $p<.05$).

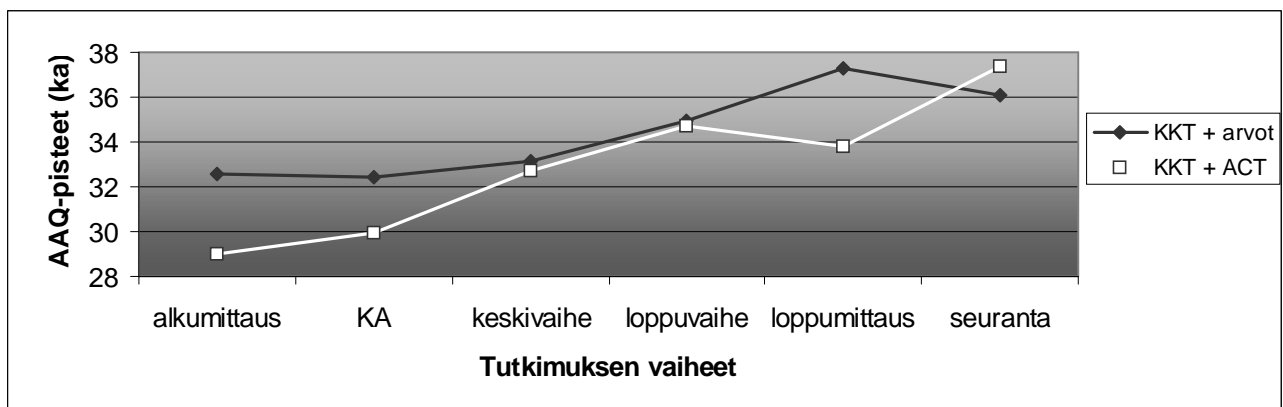
Viimeiseksi mitattiin sitä, lisääntyikö psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin hoidon lopussa tai seurannassa alkumittauksista. Liitteessä 2 on korrelaatiotaulukko, jossa on kummankin hoitoryhmän psykologisen joustavuuden yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin terapian alussa, terapian lopussa ja seurannassa. Fisherin transformaatiokertoimen perusteella KKT + arvot-ryhmässä psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin ei muuttunut yhdenkään mittarin kohdalla terapian lopussa eikä seurannassa verrattuna alkumittauksiin.

KKT + ACT-ryhmässä psykologisen joustavuuden yhteys kasvoi alkumittauksista jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen (JES-pisteet) ($r=.89$, $Z=2.5$, $p<.05$) terapian lopussa. Seurannassa psykologisen joustavuuden yhteys oli kasvanut terapian alkumittauksista myös jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen ($r=.96$, $Z=3.55$, $p<.01$) sekä mielialaan ($r=.94$, $Z=2.74$, $p<.05$).

TAULUKKO 5. Psykologisen joustavuuden keskiarvot ja -hajonnat hoitoryhmittäin.

Tutkimuksen vaiheet	Psykologinen joustavuus (AAQ) tutkimuksen eri vaiheissa	
	KKT + arvot	KKT + ACT
	M (sd)	M (sd)
Alkumittaus	32.55 (6.02)	29.00 (6.23)
Käyttätymisanalyysi	32.45 (7.88)	29.91 (6.48)
Terapian keskivaihe	33.14 (8.08)	32.68 (6.61)
Terapian loppuvaihe	34.94 (7.83)	34.70 (6.72)
Loppumittaus	37.27 (8.63)	33.82 (8.57)
Seuranta	36.09 (6.93)	37.36 (11.55)

Huom. Käyttätymisanalyysi = terapiakerrat 1-2, terapian keskivaihe = terapiakerrat 3-6, terapian loppuvaihe = Terapiakerrat 7→. KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia, ACT = hyväksymis- ja omistautumisterapia.



KUVIO 2. Psykologisen joustavuuden prosessi hoitoryhmittäin. KA = käyttäytymisanalyysivaihe.

3.4 Terapiatyytyväisyys ja hoitoon hakeutuminen seurannassa

Seurannassa kerätyt terapiatyytyväisyyteen sekä hoitoon hakeutumiseen liittyvät luvut on kuvattu taulukossa 6. Kaikki terapia-asiakkaat yhtä KKT + ACT-ryhmän asiakasta lukuun ottamatta ilmoittivat suosittellevansa terapiaa muille. Kymmenen (90.1 %) asiakasta KKT + arvot-ryhmästä ilmoitti olevansa vähintään melko tyytyväinen terapiaan, ja heistä vain yksi ilmoitti, ettei koe olevansa tyytyväinen tai tyytymätön terapiaan. KKT + ACT-ryhmän asiakkaista kahdeksan (72.7 %) ilmoitti olevansa vähintään melko tyytyväisiä terapiaan ja kolme (27.3) asiakasta ei kokenut olevansa tyytyväinen tai tyytymätön terapiaan. Yksikään terapia-asiakkaista ei ilmoittanut olevansa tyytymätön terapiaan. VAS-asteikolliset kysymykset terapian helppoudesta, terapian miellyttävyydestä, terapiassa käsiteltävistä tärkeistä asioista sekä terapiassa koetusta hyödyistä osoittivat, että näiden asioiden suhteen tutkittavat olivat melko tyytyväisiä. Ryhmien arvioinnit eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan näiden kysymyksen kohdalla.

TAULUKKO 6. Seurantakysely.

	KKT + arvot-ryhmä n = 11	KKT + ACT-ryhmä n = 11
Koetko olevasi hoidon tarpeessa?		
Kyllä / ei	6 / 5	6 / 5
Oletko ollut hoidossa terapian päättymisen jälkeen?		
Ei	8 (72.7 %)	6 (54.5 %)
Kyllä, psykoterapiassa	0 (0 %)	2 (18.2 %)
Kyllä, muussa hoidossa	3 (27.3 %)	3 (27.3 %)
Voitko suositella terapiaa muille?		
kyllä / ei	11 / 0	10 / 1
Tyytyväisyys terapiaan		
erittäin tyytyväinen tai melko tyytyväinen	10 (90.1 %)	8 (72.7 %)
ei kumpaakaan	1 (9.9 %)	3 (27.3 %)
melko tyytymätön tai erittäin tyytymätön	0 (0 %)	0 (0 %)
Terapian helppous	5.65 (2.04)*	6.83 (2.02)*
Terapian miellyttävyys	7.76 (0.84)*	7.97 (1.90)*
Terapiassa käsiteltiin tärkeitä asioita	8.40 (0.76)*	7.55 (2.21)*
Terapiasta koettu hyöty	7.32 (1.43)*	6.94 (3.11)*

* = asteikko 0 – 10.

4. POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin ACT:n hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien psykologisen joustavuuden menetelmien vaikutuksia kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan masennuksen hoitotuloksiin kymmenen terapiakerran jälkeen sekä hoitojen jälkeisessä kuuden kuukauden seurannassa. Toisessa hoitoryhmässä (KKT + arvot-ryhmä) käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä sekä ACT:n arvotyöskentelyä, joka kuuluu psykologisen joustavuuden omistautumiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen liittyviin prosesseihin (Hayes ym., 2006). Toisessa hoitoryhmässä (KKT + ACT) käytettiin näiden menetelmien lisäksi ACT:n hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä terapiamenetelmiä eli kaikkia psykologisen joustavuuden menetelmiä. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin hoitoryhmissä tapahtuvaa psykologisen joustavuuden prosessia sekä sen merkitystä psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksen terapeutit olivat psykologian loppuvaiheen opiskelijoita.

Terapiat olivat kliinisten hoitotulosten perusteella vaikuttavia masennuksen hoidossa. Terapian alkaessa kaikilla tutkittavilla todettiin vähintään lievää masennusta BDI-pisteiden perusteella. Terapian päätyttyä 27 %:lla ei ollut enää lievää masentuneisuutta ja seurannassa vastaava määrä oli kasvanut 36 %:iin kummassakin hoitoryhmässä. Vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit täyttyivät terapian alkaessa reilulla puolella tutkimuksen asiakkaista ja seurannassa heistä enää vain kahdella asiakkaalla. Lisäksi kummassakin hoitoryhmässä masentuneisuus (BDI-pisteet) ja SCL-90-oirekyselykaavakkeen globaalit psyykkiset oireet (GSI-pisteet) vähenivät merkittävästi hoidon aikana, ja nämä tulokset jopa paranivat kuuden kuukauden seurannassa. Hoitoryhmät eivät eronneet toisistaan masennuksen tai globaaleiden psyykkisten oireiden määrässä hoidon lopussa tai seurannassa. Tämä ei ole yllättävää, sillä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ovat tutkitusti tehokkaita masennuksen hoitomenetelmiä (esim. Butler, Champmann, Formann, & Beck, 2006; Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2006). Myös aiempien tutkimustulosten mukaan ACT on ollut yhtä tehokas hoitomuoto kuin perinteiset kognitiivis-behavioraaliset terapiamuodot masennuksen ja psyykkisten oireiden vähenemisen suhteen hoitojen lopussa (Bond & Bunce, 2000; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Raines, 1989) ja seurannassa (Bond & Bunce, 2000; Zettle & Raines, 1989). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan verrattu ACT:n ja KKT:n hoitotuloksia, vaan selvitettiin hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien vaikutusta kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksiin. Voi myös olla, että mahdolliset erot masennuksen hoitotuloksissa hoitoryhmien

välillä eivät tulleet esille siitä syystä, että masennuksen aste vaihteli tutkittavilla melko paljon terapioiden alkaessa ja tutkittavien määrä oli aineistossa pieni.

Koska hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien menetelmien ei ole tarkoitus vähentää ainoastaan psyykkisten oireiden määrää, vaan myös lisätä psykologista joustavuutta ja hyvinvointia (Hayes ym., 1999), oltiin myös tässä tutkimuksessa kiinnostuneita selvittämään psykologisen joustavuuden prosesseja ja hoitojen vaikutuksia psyykkisen hyvinvoinnin muihin alueisiin. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että psykologinen joustavuus voi lisääntyä hoidon aikana myös perinteisiä kognitiivisen käyttäytymisterapian ja arvotyöskentelyn menetelmiä käytettäessä. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa saavissa hoitoryhmissä psykologinen joustavuus ei ole aiemmissa tutkimuksissa noussut hoitojen aikana (Heinonen 2007; Lappalainen ym., 2007; Tuomela, 2006). Arvotyöskentelyn merkitystä psykologiseen joustavuuteen olisikin hyvä selvittää tulevaisuudessa tutkimuksissa. Lisäksi KKT + ACT-ryhmässä psykologinen joustavuus lisääntyi käyttäytymisanalyysivaiheesta terapian keskivaiheeseen ja loppuvaiheeseen. KKT + arvot-ryhmässä psykologinen joustavuus näytti taas lisääntyvän enemmän vasta terapian loppupuolella. Psykologinen joustavuus saattoi kasvaa nopeammin hyväksyntää ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä, mutta tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei voida olla varmoja asiasta. Psykologisen joustavuuden muutoksen nopeuden selvittämistä onkin syytä jatkaa tulevaisuudessa tutkimuksissa.

Tähän asti on tutkittu hyvin vähän psykologisen joustavuuden muuttumista hoidon päättymisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa tutkittiin psykologista joustavuutta hoitojen seurannassa. Tutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että psykologinen joustavuus kasvaa hoidon jälkeen, kun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja arvotyöskentelyyn lisätään hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä, sillä KKT + ACT-ryhmässä psykologinen joustavuus oli korkeampi suhteessa terapian alkuvaiheeseen. Nämä tulokset tukevat ACT:n teoriaa, jonka mukaan psykologinen joustavuus on prosessi (Hayes ym., 2006), mikä voi siis kehittyä vielä hoidon päättymisen jälkeen. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja arvoja saavassa hoitoryhmässä psykologinen joustavuus olikin laskenut seurannassa niin, että se ei ollut enää korkeampi kuin psykologinen joustavuus hoitojen alkuvaiheessa. Hoitoryhmät eivät kuitenkaan eronneet seurannassa psykologisen joustavuuden määrässä kovarianssianalyysillä tarkasteltuna.

KKT + ACT-ryhmässä alettiin käyttämään hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä terapian keskivaiheesta lähtien. Tulokset osoittivatkin, että vain hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä terapian keskivaiheen ja loppuvaiheen psykologinen joustavuus ennustivat masennuksen vähempää määrää (BDI-pisteet) terapian lopussa ja seurannassa. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä terapian keskivaiheen

ja loppuvaiheen psykologinen joustavuus ennustivat voimakkaasti myös psyykkisten oireiden vähempää määrää (GSI-pisteet) terapian lopussa ja seurannassa. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja arvotyöskentelyä saavassa hoitoryhmässä psykologisen joustavuuden prosessit eivät olleet yhteydessä masennukseen tai psyykkisiin oireisiin terapian lopussa ja seurannassa, vaikka masennuksen ja psyykkisten oireiden hoitotulokset olivatkin hyviä tässä hoitoryhmässä. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät menetelmät yhdistettynä kognitiivisen käyttäytymisterapian ja arvotyöskentelyn hoitomuotoon vaikuttivat psykologisen joustavuuden prosessien kautta hoitotuloksiin, mitä ei tapahtunut kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja arvotyöskentelyä saavassa hoitoryhmässä. Tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia, joissa ACT:n on todettu vaikuttavan sen hoitotuloksiin psykologisen joustavuuden prosessien kautta (Bond & Bunce, 2000; Forman ym., 2007; Zettle & Hayes, 1986)

Lisäksi seurannan mittaukset viittasivat siihen, että KKT + ACT-ryhmässä tapahtui enemmän positiivisia muutoksia kuin KKT + arvot-ryhmässä vielä terapiahoidon jälkeen jokapäiväisessä elämässä selviytymisen, mielialan, elämän tyytyväisyyden, psyykkisen roolitoiminnan ja sosiaalisen toiminnan kohenemisen kohdalla. Myös näihin KKT + ACT-ryhmän mittauksiin olivat voimakkaasti yhteydessä terapian keskivaiheen ja loppuvaiheen psykologinen joustavuus, mitä ei tapahtunut KKT + arvot-ryhmässä. Muutamia aiempia tutkimustuloksia ovat osoittaneet, että ACT-hoidon tulokset olivat parempia kuin perinteiset kognitiivis-behavioraaliset hoidot muun psyykkisen hyvinvoinnin tai toiminnan kohenemisen kohdalla (Block, 2002; Bond & Bunce, 2000; Lappalainen ym., 2007). Tässä tutkimuksessa kovarianssianalyysillä tarkasteltuna hoitoryhmien välillä ei ollut kuitenkaan merkitseviä eroja psyykkisessä hyvinvoinnissa terapian lopussa tai seurannassa, minkä takia jatkotutkimuksia tarvitaan näiden tulosten varmentamiseksi.

Aiemmat tutkimustulokset ovat osoittaneet, että mitä enemmän ihmisellä on psykologista joustavuutta, sitä vähemmän hänellä on psyykkisiä ongelmia tai enemmän psyykkistä hyvinvointia (Hayes ym., 2006). Tässä tutkimuksessa terapia-asiakkaat kärsivät vähintään lievästä masennuksesta eikä psykologinen joustavuus ollut kovin voimakkaasti yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin hoitojen alkaessa. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja arvotyöskentelyä saavassa hoitoryhmässä psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin pysyi jokseenkin samana hoitojen päättyessä ja seurannassa kuin mitä se oli hoitojen alkaessa. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin oli sen sijaan lisääntynyt hoidon päättyessä ja kuuden kuukauden kuluttua selkeästi, vaikka sen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin ei muuttunut merkitsevästi alkumittauksista kaikkien mittausten kohdalla. Lisäksi tässä hoitoryhmässä psykologinen joustavuus oli seurannassa

enemmän yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin kuin mitä se oli hoitojen lopussa. Psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin kehittyi siis vielä terapiahoidon päättymisen jälkeen silloin, kun kaikkia siihen liittyviä menetelmiä oli käytetty. Psykologisen joustavuuden ja psyykkisen hyvinvoinnin välisen yhteyden on todettu lisääntyvän vielä terapiahoidon päättymisen jälkeen ACT:n menetelmiä käytettäessä myös kroonisen kivun hoitoon liittyvässä tutkimuksessa (Vowles & McCracken, 2008).

Edellä esitettyjen tulosten perusteella voidaan olettaa, että vain hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä psyykinen hyvinvointi lisääntyi psykologisen joustavuuden prosessien kautta. Tässä hoitoryhmässä psykologinen joustavuus lisääntyi vielä hoitojen päättymisen jälkeen ja sen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin oli kaikista voimakkain seurannassa.

Tutkimuksen vahvuuksien lisäksi oli siinä myös joitakin rajoitteita. Vaikka terapia-asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa terapiaan, on syytä korostaa, että terapeutit olivat kokemattomia psykologian opiskelijoita. Tällaisen tutkimuksen vahvuus on kuitenkin se, että terapiahoidon vaikuttavuuden tutkimus ei perustu niinkään terapeutin kokemukseen eikä terapeutin tietyn menetelmän suosimiseen, vaan itse terapiamenetelmien vaikuttavuuteen. Terapiamenetelmillä oli siis suurempi rooli hoitotulosten kannalta ja niiden käyttöä myös kontrolloitiin menetelmäpäiväkirjoin ja työnohjauksen avulla. Vain harva psykologi menee psykoterapiakoulutukseen, minkä takia lyhyempikin koulutus ja kokemus terapiamenetelmistä voi olla hyödyllistä tulevassa psykologin ammatissa. Opiskelijoiden tarjoaman terapian avulla ihmiset saavat myös mahdollisuuden päästä edullisempaan ja lyhyempään terapiaan kuin tavallisesti.

Tutkimuksessa käytettiin paljon erilaisia psyykkistä hyvinvointia kuvaavia mittareita, millä oli niin hyvät kuin huonot puolensa. Esimerkiksi BDI-lomake (Beck ym., 1961) on hyvin perinteinen masennusmittari, ja se perustuu kognitiivisen terapian kehittämään malliin masennuksesta. Tässä tutkimuksessa mitattiin psykologisen joustavuuden (AAQ-8) yhteyttä BDI-pisteisiin. Jatkotutkimuksissa voisi käyttää myös sellaisia mittareita, joissa on yhdistetty masennukseen liittyviä tunteita ja ajatuksia sekä niihin liittyviä kokemuksia ACT:n teorian mukaisesti. Niin kuin tässä tutkimuksessa tehtiin, on hyvä tutkia terapiahoidon vaikuttavuutta useampiin psyykkistä hyvinvointia kuvaaviin ilmiöihin, jolloin saadaan kokonaisvaltaisempi kuva psyykkisestä hyvinvoinnista.

Aiemmissa hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimuksissa hoitojen seuranta-ajat ovat olleet melko lyhyitä tai niitä ei ole tehty ollenkaan. Tässä tutkimuksessa tehtiin puolen vuoden seuranta, jossa perusmittausten lisäksi kysyttiin vielä asiakkaiden hoitoon hakeutumisesta.

Tutkimuksen asiakkaat jakautuivat melko tasaisesti hoitoon hakeutumisen suhteen, joten voidaan melko luotettavasti sanoa, että hoitoon hakeutumisella ei ollut vaikutusta seurannan hoitotuloksiin.

Tutkimuksen heikkoudeksi voidaan lukea myös aineiston pieni määrä. Merkitseviä eroja ei havaittu hoitoryhmien välillä, vaikka hoitoryhmien sisäisten muutosten perusteella näytti siltä, että ryhmät erosivat joissakin muutoksissa toisistaan. Luotettavampia tutkimustuloksia saataisiin tutkittavien määrää lisäämällä. Tulosten yleistettävyyden kannalta ongelmana oli myös se, että asiakkaat eivät muodostaneet DSM IV -kriteereihin perustuvaa vakavasta masennuksesta kärsivää hoitoryhmää, niin kuin oli alun perin tarkoitus. Jatkossa tähän olisi hyvä kiinnittää huomiota, sillä tutkimuksia diagnosoitujen psyykkisten häiriöiden hoidosta ACT:n menetelmillä on hyvin vähän.

Tässä tutkimuksessa käytetyt terapiaohjelmat olivat melko lyhyitä. Terapioiden alkaessa tutkittavat erosivat toisistaan paljon masennuksen asteen mukaan ja lievistä masentuneisuudesta kärsi vielä suurin osa tutkittavista hoitojen seurannassa. Psykologisen joustavuuden prosessien harjoittelu vaatii aikaa, ja jos ihminen kärsii hyvin vakavasta ja varsinkin kroonisesta masennuksesta, saattoi tutkimuksen hoito olla riittämätöntä. Toisaalta tutkimuksen hoitotulokset viittaavat siihen, että kymmenen terapiakerran hoidolla saadaan varsin vaikuttavia hoitotuloksia.

Tähän asti on tutkittu hyvin vähän ACT:n prosesseihin liittyvien menetelmien vaikutuksia kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksiin. Tämän tutkimuksen koeeasetelman ongelmana voidaan pitää sitä, että terapeutti voi käyttää ristiriitaisesti hyväksyntään ja kontrolliin liittyviä menetelmiä (Lappalainen ym., 2004a). Tutkimuksen terapeutit olivat kokemattomia käyttämään molempien terapiamuotojen menetelmiä (KKT ja ACT), joten tämä ei ollut varsinkaan heille mikään helppo tehtävä. Lisäksi KKT + ACT-ryhmässä ei ollut mahdollisuutta käyttää yhtä paljon kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä kuin KKT + arvot-ryhmässä. Hoitoryhmät eivät olleet siis perustasoltaan täysin samanlaisia. Puutteistaan huolimatta tutkimuksen koeeasetelma oli ainutlaatuinen ja käyttökelpoinen myös tulevaisuuden tutkimuksissa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien vaikutusta masennuksen hoitoon on tutkittu vielä hyvin vähän. Vaikka hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvät menetelmät eivät parantaneet selkeästi kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksia, viittasivat tutkimuksen tulokset kuitenkin siihen, että hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä psyykkinen hyvinvointi oli lisääntynyt seurannassa enemmän kuin kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja arvotyöskentelyä saavassa hoitoryhmässä. Vastaavanlaisia jatkotutkimuksia tulee tehdä diagnosoidun masennuksen hoitotuloksista ja lisäämällä tutkittavien määrää. Erityisen tärkeää on tutkia hoitojen vaikutuksia monipuolisesti psyykkiseen hyvinvointiin.

Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta tutkia arvoihin perustuvien ACT:n menetelmien vaikutuksia hoitotuloksiin. Tulevaisuudessa voisi tutkia ACT:n prosesseihin liittyvien menetelmien

vaikutuksia hoitotuloksiin niin, että yhdessä hoitoryhmässä käytettäisiin vain kognitiivisen käyttäytymisterapian tai jonkin muun terapiamuodon menetelmiä, toisessa kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja ACT:n arvotyöskentelyä ja kolmannessa kognitiivisen käyttäytymisterapian ja ACT:n kaikkia menetelmiä. Samalla tulisi tutkia sekä arvoihin, eli omistautumiseen ja käyttäytymisen muuttamiseen sekä hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä prosesseja terapiahoidon aikana ja hoidon päättymisen jälkeen sekä niiden merkitystä psyykkiseen hyvinvointiin.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei voida tehdä selkeitä johtopäätöksiä psykologisen joustavuuden eroista hoitoryhmien välillä. Tulokset kuitenkin viittasivat siihen, että hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä psykologinen joustavuus lisääntyi vielä terapian päättymisen jälkeen, ja sen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin myös kasvoi hoidon jälkeen tässä hoitoryhmässä. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä käytettäessä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva hoito myös vaikutti hoitotuloksiin psykologisen joustavuuden prosessien kautta. Psykologisen joustavuuden menetelmien merkitystä psyykkiseen hyvinvointiin tulee selvittää myös tulevilla tutkimuksilla.

Masennuksesta kärsivällä ihmisellä on usein tunne, että hän on jumissa, eikä hän pääse eteenpäin elämässään. ACT:n avulla autetaan ihmistä löytämään ne elämän suunnat, joihin hän haluaa pyrkiä. Tämä voi olla kuitenkin vaikeaa, jos masentuneella ihmisellä on sellaisia kokemuksia, jotka estävät häntä muuttamasta elämäänsä valittujen arvojen mukaiseksi. ACT:n mukaan nämä esteet voivat liittyä haluttomuuteen kokea kipeitä asioita (Zettle, 2007). Sisäisten kokemusten kontrollointi on ACT:n mukaan ongelma, mutta perinteiset kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot eivät ole ACT:n mukaan löytäneet riittäviä keinoja sisäisen kontrollin heikentämiseksi (Hayes ym., 2004b). Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvillä ACT:n menetelmillä pyritään muun muassa heikentämään niitä kielellisiä prosesseja, jotka estävät ihmistä elämästä valittujen arvojen mukaista elämää.

ACT:n mukaan psykologisen joustavuuden prosessit eivät ole ainoita tärkeitä prosesseja masennuksen taustalla (Zettle, 2007). Onkin tärkeää kohdistaa masennuksen hoito sen mukaan, mitkä prosessit masennuksen taustalla ovat. ACT:n menetelmien yhdistäminen perinteisempiin hoitomuotoihin voi olla hyödyllistä ihan siitä yksinkertaisestakin syystä, että asiakas saa silloin mahdollisuuden monipuolisempaan, juuri hänelle sopivaan hoitoon. Vaikka tutkimuksia ACT:n vaikutuksista masennuksen ja muiden psyykkisten ongelmien hoitotuloksiin on vielä vähän, ACT:n prosesseja koskeva kehitys- ja tutkimustyö vaikuttaa varsin lupaavalta.

LÄHTEET

- Aalto, A-M., Aro, A.R., & Teperi, J. (1999). Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. *STAKES, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus*, tutkimuksia 101.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.painos). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory of measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Binglan, A., & Hayes, S.C. (1996). Should behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspective*, 5, 47-57.
- Block, J.A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral dissertation. University at Albany, State university of New York.
- Bond, F.W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of occupational health psychology*, 5, 156-163.
- Bond, F.W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Bosk, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaption Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7, 57-70.
- Branstetter, A.D., Wilson, K.G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Paper presented at the *Association for advancement of behavior therapy*, New Orleans.

- Bruder-Matsson, S.F., & Hovanitz, C.A. (1990). Coping and attributional styles as predictors of depression. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 557-565.
- 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.
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of personality and social psychology, 64*, 274-282.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior research and therapy, 29*, 189-257.
- DeGenova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., & MacDermid, S. M. (1994). Ways of coping among HIV-infected individuals. *Journal of Social Psychology, 134*, 655-663.
- Fletcher, L., & Hayes, S.C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*, 315-336.
- Forman E.M., Herbert J.D., Moitra E., Yeomans, P.D., & Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification, 31*, 772-799.
- Forsyth, J.P., Parker, J.D., & Finlay, C.G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experimental avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors, 28*, 851-870.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, Acceptance and Relationship. Teoksessa S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (toim.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*, 1–29. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639–665.

Hayes, S.C., Barnes-Homles, D., & Roche, B. (toim.). (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. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1–25.

Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35–54.

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

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

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Storsahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 1152-1168.

Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Mazel, R. (1993). The RAND 36-item Health Survey 1.0. *Health Economics* 2, 217-277.

Heinonen, H. (2007). *Hyväksymis- ja omistautumisterapian yhdistäminen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja hoitotulokseen vaikuttavat tekijät*. Pro gradu -tutkielma. Tampere university press.

Hofmann, S.G., & Asmundson, G.J.G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical psychology review*, 28, 1-16.

Holi, M.M. (2003). *Assesment 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.

Kanter, J.W., Baruch, D.E., & Gaynor, S.T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The behavior analyst*, 29, 161-185.

Karila I. (2002). Masennushäiriöt. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia*, 57-79. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intensive and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S.C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K.G., Afari, N., & McCurry, S.M. (2004) *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A clinical manual (5. painos)*. Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hynninen, M., Loimala, P., Mikkola, A., Väättänen, S., & Rantanen, M. (2004). *Sosiaaliset taidot: Työkirja*. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisu 2. Tampereen yliopisto, Tampereen yliopisto.

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 (2. painos)*. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja 6. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.

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

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Manninen, P., & Ylén, M. (2000). *Tilastollisen päättelyn käytäntö. Tilastotiedettä soveltajille* (s. 93-94). TI-Tutkimuspalvelu.
- Masedo, A.I., & Esteve, M.R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour research and therapy*, 45, 199-209.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of ninety year old technique. *Behaviour research and therapy*, 42, 477-485.
- Metsämuuronen, J. (2003). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä* (s.662-679). Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S.D., & Fairburn, C.G. (2009). What works for whom? Investigating mediators of change. *Behaviour research and therapy*, 47, 1-5.
- Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa S. Salo (toim.). *Toimintakyky – viitekehysessä arviointiin ja mittaukseen*. Turku: KELAn Sosiaali- ja terveysalan katsauksia, 49, 207-225.
- Plumb, J.C., Orsillo, S.M., Luterek, J.A. (2004). A preliminary test of the role of experimental avoidance in post-event functioning. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 35, 245-257.
- Polusny, M.A., Rosenthal, M.Z., Aban, I., & Follette, V.M. (2004). Experiential avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on negative adult outcomes. *Violence and victims*, 19, 109-120.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2. painos. New York: Guilford Press.

Segal, Z.V., Teasdale, J.D., & Williams, J.M.G. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Takahashi, M., Muto, T., Tada, M., & Sugiyama, M. (2002). Acceptance rationale and increasing pain tolerance: Acceptance-based and FEAR-based practice. *Japanese Journal of behavior therapy*, 28, 35-46.

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

Vowles, K.E., & McCracken, L.M. (2008). Acceptance and Value-Based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76, 397-407.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53, 5-13.

Wenzlaff, R.M., & Luxton, D.D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive therapy and research*, 27, 293-308.

Zettle, R.D. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance and Commitment Therapy in Treating Depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

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

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

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

Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavioral research and therapy*, 46, 296-321.

LIITEET

Liite 1. Psykologisen joustavuuden yhteydet terapian lopussa ja seurannassa mitattuun psyykkiseen hyvinvointiin

Hoitotulokset	Psykologinen joustavuus (AAQ) terapian eri vaiheissa					
	KKT + arvot			KKT + ACT		
	KA	Keskivaihe	Loppuvaihe	KA	Keskivaihe	Loppuvaihe
BDI loppu	-.13	.05	.00	-.22	-.62*	-.73*
BDI seuranta	.06	.07	.22	-.47	-.86**	-.74**
GSI loppu	-.57	-.51	-.60	-.42	-.78**	-.87**
GSI seuranta	-.13	-.16	-.06	-.56	-.81**	-.72*
AAQ loppu	.82**	.59	.89**	.33	.86**	.90**
AAQ seuranta	.87**	.69*	.57	.56	.92**	.88**
JES loppu	.61*	.61*	.57	.33	.78**	.91**
JES seuranta	.35	.46	.43	.59	.91**	.86**
Itseluottamus loppu	.55	.69*	.71*	-.15	.40	.53
Itseluottamus seuranta	.42	.61*	.58	.23	.66*	.41
Mieliala loppu	.85**	.81**	.73*	.01	.33	.44
Mieliala seuranta	-.25	-.11	-.18	.57	.91**	.87**
Tyyt. elämään loppu	.53	.53	.56	.24	.53	.71*
Tyyt. elämään seuranta	-.45	-.33	-.34	.58	.85**	.76**
KoTe loppu	.68*	.65*	.59	.62*	.54	.36
Kote seuranta	.56	.64*	.60	.52	.36	.07
FyTo loppu	.58	.65*	.64*	.64*	.51	.26
FyTo seuranta	.46	.57	.65*	.44	.25	-.05
PsHy loppu	.66*	.64*	.70*	.30	.63*	.81**
PsHy seuranta	.04	.14	-.03	.66	.83**	.76**
SoTo loppu	.58	.63*	.55	.46	.49	.55
SoTo seuranta	.14	.24	.19	.52	.66*	.66*
Tarmo loppu	.44	.52	.59	.28	.60	.67*
Tarmo seuranta	.69*	.72*	.79**	.44	.66*	.52
KiVu loppu	.30	.40	.59	.63*	.23	.05
KiVu seuranta	.73	.77	.76	-.35	-.19	.04
RoFy loppu	.36	.50	.64*	.31	.10	-.20
RoFy seuranta	.50	.61*	.59	-.02	-.14	.05
Ropsy loppu	.34	.31	.25	.08	.35	.63*
Ropsy seuranta	-.10	-.18	-.32	.54	.70*	.68*
Komu loppu	.51	.63*	.82**	.01	.28	.44
Komu seuranta	.18	.26	.31	-.06	.43	.46

* $p < .05$ AAQ-pisteiden ja mittauksen väillä, ** $p < .01$ AAQ-pisteiden ja mittauksen väillä

Liite 2. Psykologisen joustavuuden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin tutkimuksen eri vaiheissa

		AAQ-pisteiden ja muiden mittareiden väliset korrelaatiot tutkimuksen eri vaiheissa		
Hoitoryhmä	Mittarit	Alkumittaukset	Loppumittaukset	Seurantamittaukset
		AAQ	AAQ	AAQ
KKT + arvot	BDI	-.71*	-.28	-.30
	GSI	-.40	-.62*	-.40
	JES	.57	.64*	.42
	Itseluottamus	.56	.78**	.78**
	Mieliala	.69*	.88**	.41
	Tyyt.elämään	.32	.74**	.05
	KoTe	.83**	.60*	.77**
	FyTo	.32	.36	.34
	PsHy	.65	.82**	.42
	SoTo	.29	.57	.44
	Tarmo	.63	.76**	.44
	KiVu	.44	.56	.55
	RoFy	.42	.54	.17
	Ropsy	.30	.26	.40
	KoMu	.56	.76**	.28
KKT + ACT	BDI	-.49	-.63*	-.85**
	GSI	-.49	-.80**	-.91**
	JES	.17	.89**	.96**
	Itseluottamus	.61*	.62*	.57
	Mieliala	.50	.40	.94**
	Tyyt.elämään	.44	.49	.89**
	KoTe	.40	.22	.23
	FyTo	.78	.19	.11
	PsHy	.46	.69*	.88**
	SoTo	.44	.47	.70*
	Tarmo	.42	.62*	.55
	KiVu	.44	-.14	.00
	RoFy	.23	-.20	.03
	Ropsy	.58	.55	.69*
	KoMu	.61	.39	.32

* $p < .05$ AAQ-pisteiden ja mittauksen väillä, ** $p < .01$ AAQ-pisteiden ja mittauksen väillä