

**HYVÄKSYMIS- JA TIETOISUUSTAITOJEN SEKÄ OIREIDEN VÄHENEMISEN  
YHTEYS MASENNUKSEN PSYKOLOGISEN LYHYTHOIDON TULOKSIIN**

**Anne-Maria Mikkonen  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Tampereen yliopisto  
Huhtikuu 2010**

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Psykologian laitos

MIKKONEN, ANNE-MARIA: Hyväksymis- ja tietoisuustaitojen sekä oireiden vähenemisen yhteys masennuksen psykologisen lyhythoidon tuloksiin

Pro gradu -tutkielma, 44 s., 6 liites.

Ohjaajat: Martti Tuomisto, Raimo Lappalainen

Psykologia

Huhtikuu 2010

---

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella lyhyen psykologisen terapian tuloksellisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Ensinnäkin tutkimuksessa selvitettiin psykologian loppuvaiheen opiskelijoiden kykyä hoitaa masennusasiakkaita 20 tunnin terapiaopetuksen jälkeen. Toiseksi tutkittiin parantaako hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelu kognitiivisen käyttäytymisterapian ja arvokeskustelun hoitotulosta. Lisäksi tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita äkillisen edistymisen ilmiöstä ja sen yhteydestä hoitotuloksiin.

Tutkimukseen osallistui 50 terapia-asiakasta. Asiakkaat jaettiin kahteen hoitoryhmään, joista toista hoidettiin kognitiivisella käyttäytymisterapialla sekä arvokeskustelulla ja toista kognitiivisella käyttäytymisterapialla sekä hyväksymis- ja omistautumisterapialla. Kukin terapeutti hoiti kahta terapia-asiakasta, yhtä kullakin menetelmällä. Tapaamiskertoja oli 10, joita kaksi ensimmäistä käytettiin ongelmien kartoitukseen ja kahdeksan seuraavaa hoitoon valitulla menetelmällä.

Tutkimuksessa käytettiin seuraavia arviointimittareita: BDI (masentuneisuus), GSI (psykologiset oireet), AAQ-8 (psykologinen joustavuus), JES (sosiaalinen toimintakyky) sekä itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavia 0-100 asteikkoja. Asiakkaat täyttivät lomakkeet lyhythoidon alussa, käyttäytymisanalyysin jälkeen, hoidon jälkeen ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen.

Tulokset osoittivat, että psykologian loppuvaiheen opiskelijat pystyvät hoitamaan keskivaikean ja vaikean asteen, masennuksen kriteerit täyttäviä asiakkaita vaikuttavin tuloksin. Asiakkaiden pisteet muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi jo käyttäytymisanalyysin jälkeen BDI- ja GSI-mittareilla, kun muilla mittareilla vaikutukset havaittiin vasta hoidon jälkeen. Hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelu ei parantanut hoitotulosta, mutta äkillisellä edistymisellä havaittiin positiivinen yhteys hoitotuloksiin.

Tutkimuksen keskeisinä johtopäätöksinä voidaan todeta, ettei masennusasiakkaiden tuloksekas hoito edellytä psykologeilta usean vuoden terapiakoulutusta, vaan yliopisto-opintoihin kuuluvalla opetuksella ja työnohjauksella voidaan saavuttaa vaikuttavia hoitotuloksia. Lyhythoidon tehoa voi lisäksi olla mahdollista ennakoida sen perusteella, kuinka masentuneisuus ja psykologiset oireet vähenevät kahden ensimmäisen tapaamisen aikana. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, ettei äkillisen edistymisen ilmiö selity asiakkaiden itsearvioinnilla. Kaikkiaan tutkimuksen tulokset tukevat psykologisen lyhythoidon tehokkuutta ja puoltavat sen käyttöä terveydenhuollossa.

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
1.1 MASENNUS: DIAGNOOSI JA FUNKTIONAALINEN NÄKÖKULMA.....	2
1.2 MASENNUKSEN HOITO PSYKOLOGISELLA TERAPIALLA.....	3
1.2.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	4
1.2.2 Suhdekehysteoria.....	6
1.2.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia.....	8
1.3 KOGNITIIVISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN VAIKUTTAVUUS .....	10
1.4 HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAN VAIKUTTAVUUS .....	10
1.5 HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAN MENETELMIEN LISÄÄMINEN KOGNITIIVISEEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAAN .....	12
1.6 ÄKILLINEN EDISTYMINEN MASENNUKSEN HOIDOSSA .....	13
1.7 YHTEENVETO .....	15
1.8 TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	15
<b>2. MENETELMÄT .....</b>	<b>16</b>
2.1 TUTKIMUSASETELMA .....	16
2.2 KOEHENKILÖT .....	18
2.3 ARVIOINTIMENETELMÄT .....	20
2.4 TUTKIMUKSEN KULKU .....	21
2.5 ÄKILLISEN EDISTYMISEN KRITERIT .....	22
2.6 TILASTOLLISET MENETELMÄT .....	22
<b>3. TULOKSET .....</b>	<b>23</b>
3.1 HOIDON VAIKUTTAVUUS INTERVENTION ERI VAIHEISSA .....	23
3.2 HOIDON VAIKUTTAVUUS KKT + ARVOT JA KKT + HOT -RYHMISSÄ.....	25
3.3 ÄKILLISEN EDISTYMISEN YHTEYS HOITOTULOKSEEN .....	28
<b>4. POHDINTA .....</b>	<b>32</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>37</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>45</b>

## 1. JOHDANTO

Masennus on yleinen toimintakyvyttömyyttä aiheuttava ongelma. Kaikista lääketieteellisistä ja psykiatrisista häiriöistä se on yleisyydessä neljäs ja toimintakyvyttömyyden mukaan ensimmäinen (Murray & Lopez, 1997). Suomessa noin kuusi prosenttia työikäisestä väestöstä kärsii masennuksesta, ja n. 4000 ihmistä jää vuosittain eläkkeelle ennenaikaisesti masennuksen takia. Lisäksi monet kärsivät lievemmistä masennuksen muodoista. Masennustilojen osuus työkyvyttömyyseläkkeistä on kasvanut merkittävästi 1990-luvun alkupuolelta alkaen (Honkonen, Aro, Isometsä, Virtanen & Katila, 2007). Masennuksen kustannukset ovat siis paitsi kärsiville yksilöille ja heidän läheisilleen, myös yhteiskunnalle merkittävät työkyvyttömyyden, sairauspoissaolojen ja tuottavuuden laskun vuoksi (ks. Greenberg, Kessler, Birnbaum, Leong, Lowe & Berglund, 2003). Tilastojen pohjalta on perusteltua sanoa, että tarvitsemme kustannustehokkaita ja nopeita interventioita masennuksen hoitoon.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia eli HOT (engl. Acceptance and commitment therapy, ACT) on terapiamuoto, jossa käytetään kokemuksellisia terapiamenetelmiä enemmän kuin perinteisissä käyttäytymisterapioissa tai kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (KKT; engl. cognitive-behavior therapy, CBT) (Hayes, 2004a; Hayes, Masuda, Bisset, Luoma & Guerrero, 2004). HOT on teoreettiseen tutkimukseen perustuva hoitomuoto, jossa hyväksymis- ja tietoisuusmenetelmiä käytetään yhdessä sitoutumista lisäävien ja käyttäytymistä muuttavien menetelmien kanssa lisäämään psykologista joustavuutta (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Mielenkiintoinen kysymys onkin, voidaanko KKT:n hoitutulosta parantaa lisäämällä sen menetelmiin HOT-menetelmiä.

Terapian vaikutuksen ajatellaan yleensä paranevan tasaisesti terapian edetessä, mutta empiirinen tutkimuskirjallisuus on osoittanut, että näin ei monesti ole (Ilardi & Craighead, 1994; Leiman, 2010; Tang & De Rubeis, 1999). Mielenkiintoinen kysymys on, miksi joillakin henkilöillä tapahtuu äkillistä edistymistä jo heti terapian alussa ja toisilla ei? Selittääkö ilmiö hoidossa onnistumista? Mikäli hoidettavat voitaisiin jo alussa erottaa toisistaan, heille olisi mahdollista kohdistaa erilaisia hoitointerventioita, mikä parantaisi paitsi intervention tehoa yksilölliset tarpeet huomioiden, auttaisi myös kohdentamaan resursseja tehokkaammin. Tällöin lyhythoitoa voitaisiin antaa niille asiakkaille, jotka siitä todennäköisimmin hyötyvät ja ohjata muut asiakkaat pidempiin hoitoihin.

## 1.1 Masennus: diagnoosi ja funktionaalinen näkökulma

Depressio-määritellään tällä hetkellä monin diagnostisin kategorioin teoksessa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; Amerikan psykiatrinen yhdistys, 2000). Kyse on vakavasta masennushäiriöstä, jos potilaan masennusjakso tai kokemus mielenkiinnon menettämisestä on kestänyt suurimman osan päivästä, lähes joka päivä vähintään kaksi viikkoa ja hän kärsii samanaikaisesti neljästä tai useammasta muusta oireesta (Amerikan psykiatrinen yhdistys, 2000). Muita oireita ovat painon tai ruokahalun muutokset, unihäiriöt, fyysinen levottomuus ja hidastuminen, energian puute, arvottomuuden tunne, keskittymisvaikeudet, päätöksenteon vaikeus, itsemurha-ajatukset, -suunnitelmat tai sen yritys. Masennusjakso voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea psykoottisin piirtein (harhaluulot ja -aistimukset). (Rowa, Bieling & Segal, 2005)

Kyseessä on dystyyminen häiriö, jos masennusta on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi vuotta ja potilaalla on vähintään kaksi muuta samanaikaista masennuksen oiretta kuten ruokahaluttomuus tai liikasyöminen, unihäiriöt, vähäenergisyys, alhainen itsetunto, keskittymisvaikeudet, päätöksenteon vaikeus tai toivottomuuden tunne (Amerikan psykiatrinen yhdistys, 2000). Vaikka taudin minimiaika on kaksi vuotta, sen kestoaika voi olla paljon pitempi (Rowa ym., 2005).

DSM-diagnoosien hyöty voi olla hoidon kannalta rajoittunut (Hayes, Nelson & Jarrett, 1987), jos tarkoituksena on tarjota ammattilaisille tehokkaita palveluja masennuksen hoitoon. Hayes, Wilson, Gifford, Follette ja Strosahl (1999) esittävät, että psykologisten oireiden määrää ja luokittelua tärkeämpää on etsiä prosesseja, jotka aiheuttavat ja ylläpitävät masennusta. Tapauskohtaisten strategioiden käsitteellistäminen edustaa funktionaalista lähestymistapaa psykiatriisiin diagnooseihin ja tarjoaa hyödyllisemmän vaihtoehdon kuin pelkkä DSM-diagnoosi (Hayes ym., 1999).

Alavireinen mieliala ja muut oireet, jotka yleensä yhdistetään masennukseen, nähdään yleensä jatkumolla (Kaelber, Moul & Farmer, 1995). Keskustelua on käyty myös siitä missä määrin alavireinen mieliala ja surullisuus ovat normaalia ja adaptiivista käyttäytymistä (Neese, 2000), niin että jossakin kohtaa jatkumoa masennus lisääntyy kliinisiin mittasuhteisiin ja alkaa haitata yksilön elämää. Alavireisyys voi toimia adaptiivisuutta lisäävänä funktiona, joka toimii epäsuotuisissa tilanteissa, joissa ponnistukset tavoitteen saavuttamiseksi päättyvät vaaraan, menetykseen, keholliseen vammaan tai energian tuhlaamiseen (Neese, 2000). Klingerin (1975) mukaan ihmiset, lisäävät tällöin yritystä ja ponnistelua kohdatessaan esteitä tavoitteen saavuttamisessa. Mikäli tavoitetta ei saavuteta, he kokevat alavireisyyttä, jonka tarkoituksena on päättää yrittämisen prosessi

ja säästää energia johonkin muuhun. Jos organismi kuitenkin ei päästä irti, lisääntyy alavireisyys ja ihmisellä muuttuu masennukseksi. Tarkemmin ottaen alavireisyys ei ainoastaan johda adaptiiviseen toiminnan keskeytykseen hyödyttömässä ponnistelussa, vaan myös estää ennenaikaista pyrkimystä vaihtoehtojen tavoitteluun. Siinä missä ahdistus estää vaarallisia toimia, masennus estää hyödyttömiä (Zettle, 2007).

Kontekstuaalisen näkemyksen mukaan masennuksen syntymiseen vaikuttavat biologinen alttius, yksilöllinen oppimishistoria ja vaikeat elämäntapahtumat. Masennusta tarkastellaan ihmisen ja ympäristön suhteena: prosessina, joka on yhteydessä ihmisen elämän tapahtumiin. Fersterin (1973) mukaan masentuneen ihmisen käyttäytymisen merkitys eli funktio on epämiellyttävän sisäisen tai ulkoisen ympäristön välttäminen. Välttäessään erilaisia tilanteita henkilö menettää mahdollisuuden saada positiivista vahvistusta eikä hänen käyttäytymisensä edistä ongelmien ratkaisua ja päämäärien saavuttamista. Masennus tulee ymmärrettäväksi tarkastelemalla ihmisen elämäntilannetta kokonaisuutena: elämänhistoriaa, elinympäristöä ja käyttäytymistä (Lehtonen ja Lappalainen, 2005).

## **1.2 Masennuksen hoito psykologisella terapialla**

Yleensä depressiota pidetään kielellisen ajatussisällön ohjaamana prosessina (Zettle & Hayes, 2002). Ihmiset valittavat masennusoireita ja heidät diagnosoidaan tällöin mielialahäiriöisiksi. Masennuksen hoidossa keskitytään muuttamaan oireiden muotoa, esiintymistiheyttä tai herkkyyttä manipuloimalla masennukseen liittyviä asioita eli toimimattomia ajatuksia (esim. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) tai miellyttävien toimien vähäisyyttä (esim. Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980) tai aivoprosessien häiriöitä (Delgado & Moreno, 1999).

KKT:sta on tullut varsin yleinen hoitomuoto mielialahäiriöiden hoidossa (ks. Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Hayes (2004b) on kuvannut KKT:n kehitystä kolmen terapiasukupolven mallilla. Nämä ovat 1) perinteinen käyttäytymisterapia, 2) kognitioita painottava käyttäytymisterapia, kuten kognitiivinen terapia, ja 3) kolmannen sukupolven kontekstuaaliset lähestymistavat (mm. HOT, Linehanin dialektinen käyttäytymisterapia, Kohlenbergin funktionaalisanalyttinen psykoterapia ja tietoisuustaitoihin perustuva kognitiivinen terapia).

Perinteinen käyttäytymisterapia kehittyi Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa erityisesti Joseph Wolpen ja Arnold Lazaruksen kehittämänä ja B. F. Skinnerin vaikutuksesta 1950–1960. Kognitiivinen terapia alkoi puolestaan kehittyä 1960-luvun puolivälin jälkeen Yhdysvalloissa, kun Albert Ellis ja Aaron T. Beck kiinnostuivat kognitiivisesta painotuksesta. Aluksi kognitiiviset

perusmallit olivat mekanistisia informaation prosessoinnin malleja tai yksilön sisäsyntyiseen kehitykseen nojaavia malleja, joissa ei selvitetty kontekstiin liittyviä tekijöitä. 1980-luvun lopussa käyttäytymisterapia ja kognitiivinen terapia yhdistyivät KKT:ksi, joka perustuu oppimiskognitiiviseen ja sosiaalipsykologian teoriaan ja tutkimukseen (Roth & Fonagy, 2005). Kolmannen terapiasukupolven terapioille yhteistä ovat kontekstuaaliset lähestymistavat, joissa keskitytään pelkän sisällön muuttamisen sijaan psykologisten tapahtumien funktion muuttamiseen (eli ns. ensimmäisen asteen muutoksen ja didaktisten metodien sijaan keskitytään toisen asteen muutokseen ja kokemuksellisiin metodeihin) (Hayes, 2004a).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan KKT:n lisäksi HOT:ia, joka kuuluu kolmannen sukupolven terapioihin. HOT:in taustalla on pitkäjänteinen kielellinen kehitystyö, joka perustuu suhdekehysteoriaan (engl. Relational Frame Theory, RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Suhdekehysteoriaa voidaan pitää eräänä keskeisenä KKT:tä ja HOT:ia erottavana tekijänä. Seuraavaksi tarkastellaan lähemmin KKT:ta, suhdekehysteoriaa ja HOT:ia. Terapiat eroavat toisistaan paitsi lähtökohdiltaan, myös menetelmiltään, sillä niiden toimintaprosessit ovat erilaiset (Pull, 2008).

### **1.2.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia**

KKT:ssa pyritään selvittämään käyttäytymistä ylläpitävät tekijät. Siinä ei niinkään olla kiinnostuneita siitä kuinka ongelmat saivat alkunsa ja miksi (Roth & Fonagy, 2005). Sekä perinteisen että kognitiivisen käyttäytymisterapian juuret ovat klassisessa oppimisteoriassa (respondentissa ja operantissa oppimisessa) sekä sosiaalisessa oppimisteoriassa. Klassiset oppimisperiaatteet eivät kuitenkaan yksin riittäneet selittämään inhimillistä ajattelua (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Kognitiivinen terapia perustuu ajatukseen kognitiivisista ajatusvääristymistä masennuksen lähtökohtana. Masentuneilla potilailla ajatellaan olevan negatiivinen käsitys itsestään, ympäristöstään ja tulevaisuudestaan (Beck ym., 1979). Masentuneet potilaat kokevat itsensä arvottomiksi, riittämättömiksi ja perustavalla tavalla sellaisiksi, joita ei voi rakastaa. Masentunut kokee ympäristön ylivoimaisena jatkuvien pettymysten ja epäonnistumisten lähteenä. Tulevaisuus näyttää tällöin toivottomana ja masentunut kokee oman toimintansa riittämättömänä muuttaakseen elämänsä suuntaa. Nämä vääristymät ovat poikkeamia loogisista ajatteluprosesseista, joilla ihmiset tyypillisesti käyttävät. Esimerkit kognitiivisista vääristymistä sisältävät mielivaltaisen päättelyn, ”kaikki tai ei mitään” -ajattelun, liiallisen yleistämisen, valikoivan erottelun ja

suurentelun. Kognitiomuodot yhdistyvät kognitiivisiksi skeemoiksi, jotka ovat rakenteita joiden avulla ihminen valikoi, järjestää ja arvioi itseensä liittyviä vaikutteita (Beck ym., 1979). Kun negatiiviset skeemat ovat vallitsevia, positiivisia skeemoja on vaikeampi tavoittaa, jolloin informaatio vääristyy negatiivisia skeemoja vahvistaen ja seuraa masennus. (Kanter, Baruch & Gaynor, 2006)

Kognitiivisessa terapiassa keskitytään muuttamaan huonosti sopeuttavia skeemoja ja eliminoimaan haittaavia automaattisia ajatuksia sekä edistämään parempaa mielialaa, käyttäytymistä ja biokemiaa. Näitä muutoksia pyritään tuomaan hoidossa esiin käyttäytymismuutosten, loogisen diskurssin, todisteiden tutkimisen, ongelmanratkaisun ja roolityöskentelyn harjoitusten avulla. Näiden tekniikoiden tarkoitus on vakuuttaa masentunut yksilö vääristyneiden ajatusten virheellisyydestä ja toimimattomuudesta ja siten saada yksilö hylkäämään vääristymät (Kanter, Baruch & Gaynor, 2006).

Lehtonen ja Lappalainen (2005) ovat listanneet KKT:n työkirjassa seuraavat perusmenetelmät: altistus, itsehavainnointi, käyttäytymisen aktivointi ja ongelmanratkaisu. Altistus on hoitomuoto, jossa asiakasta autetaan kohtaamaan hänen välttämänsä ajatukset, tunteet, fysiologiset reaktiot tai tilanteet niin, että kielelliset seuraukset vähenevät tai poistuvat. Altistuksen kohteena voivat olla ulkoiset kohteet (esim. julkiset paikat, sosiaaliset tilanteet) tai sisäiset kohteet (fysiologiset tuntemukset, ajatukset, tunteet). Itsehavainnoinnilla tarkoitetaan oman käyttäytymisen järjestelmällistä havainnointia tai kirjaamista muistiin, minkä avulla huomio suunnataan tarkasti ja järjestelmällisesti tiettyyn käyttäytymiseen. Käyttäytymisen aktivoinnin taustalla on ajatus siitä, että miellyttävien tai toimivien asioiden lisääminen elämään voi vähentää masennusta funktionaalisesti. Käyttäytymisen muutoksen on ajateltu vaikuttavan niin, että se muuttaa masentuneen henkilön ajatuksia, mikä puolestaan johtaa ongelmakäyttäytymisen vähentymiseen (ks. Martell, Addis & Jakobsson, 2001).

Ongelmanratkaisumenetelmässä asiakasta opetetaan löytämään ja määrittelemään ongelmaan liittyviä olennaisia asioita, asettamaan tavoitteita (joihin hän haluaa päästä), ja löytämään mahdollisimman monia vaihtoehtoja tavoitteiden saavuttamiseksi (Lehtonen & Lappalainen, 2005). Asiakasta opetetaan arvioimaan vaihtoehtoja, valitsemaan niistä paras, tekemään päätös, soveltamaan päätös käytäntöön ja arvioimaan päätöksen seurauksia sekä tavoitteiden saavuttamisessa onnistumista. Ongelmanratkaisu on osoittautunut tehokkaaksi vakavaa masennusta hoidettaessa (ks. Nezu, Nezu & Perri, 1989).



## 1.2.2 Suhdekehysteoria

Suhdekehysteorian filosofiset juuret ovat funktionaalisessa kontekstualismissa (Fletcher & Hayes, 2005; Gifford & Hayes, 1993; Pepper, 1942), joka pyrkii ennustamaan ihmisen ja häntä ympäröivän kontekstin välistä vuorovaikutusta pyrkien samalla vaikuttamaan tähän vuorovaikutukseen (Hayes, 2004a). Suhdekehysteoriassa kognitio ja kieli yhdistyvät käyttäytymisanalyttiseksi kehykseksi, jolloin kognitio on selitettävissä funktionaalisen kontekstin tai käyttäytymisanalyysin näkökulmasta (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Suhdekehysteorian mukaan kieli ja ajattelu ovat opittuja, kontekstuaalisesti kontrolloituja kykyjä yhdistää tapahtumia keskenään, linkittää niitä sekä muuttaa tiettyjen tapahtumien merkityksiä sen mukaan missä suhteessa nämä tapahtumat ovat muihin tapahtumiin (Hayes ym., 2006).

Näyttää siltä, että psykopatologiaa voidaan luoda kielellisesti perussuhteiden tasolla. Mahdollisten suhdekehysten määrä on rajaton, mutta tietyt kehykset ovat tarpeellisia kielellisiä taitoja, joita kielellisessä yhteisössä eläminen ja toimiminen edellyttää (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Tällaisia on viisi: (1) koordinaatio, (2) syy-seuraus -suhteet, (3) vertaileva arviointi, (4) hierarkkinen luokittelu, ja (5) näkökulman ottamisen kehykset. Näiden prosessien ymmärtäminen saattaisi osaltaan selittää psykopatologian ja inhimillisen kärsimyksen kaikkialle levittäytyvää luonnetta.

Koordinaatio on vallitseva ja yksinkertainen suhteellinen kehys, koska kaikki johdetut suhteet ovat samoja kuin opitut. (esim. mies välttää naissuhteita ahdistavan äitisuhteen vuoksi, jolloin ahdistavasta äitisuhteesta johdetaan yleisempi ”naiset voivat satuttaa ja tuomita minut”.) Syy-seuraus -suhteet sisältävät kahden tyyppisiä suhteita. Ajalliset suhteet kuten ennen ja jälkeen, auttavat järjestämään muutokset ja luokittelemaan ne peräkkäin. Kausaalisuus mahdollistaa funktionaalisten suhteiden luomisen termien ”jos-niin” ja ”koska” avulla. Jatkuvuusanalyysiä käytetään itseä koskevien sääntöjen siirtämiseen alueelta toiselle. Tämä kyky voi tuottaa psykologisia ongelmia silloin, jos säännöt eivät toimi niillä elämän alueilla, joille ne on siirretty. Arviointi on vertaava kehys, jossa jotakin tapahtumaa verrataan toiseen tapahtumaan tai tiettyyn absoluuttisena pidettyyn standardiin (esim. X on parempi kuin Y). Tällöin jotkut olosuhteet voivat vaikuttaa toisiin olosuhteisiin verbaalisesti niin, ettei suoraa kontaktia kyseisiin olosuhteisiin enää tarvita. Hierarkkinen luokittelu mahdollistaa tapahtumien luokittelun kokonaisista systeemeistä pieniin elementteihin (Hayes ym., 2001). Minä (engl. self) on puolestaan itse luotujen sääntöjen osa ja kehystä tarvitaan kielellisen ”minän” kehittämisessä.

Hayesin ym. (2001) mukaan nämä viisi suhdetta ovat vaikeimpienkin psykopatologioiden taustalla. Tarkoitus ei kuitenkaan ole esittää, että psykopatologia on aina kielellisesti tuotettu tai että vain nämä kehykset olisivat relevantteja. Sen sijaan Hayes ym. (2001) pyrkivät esittämään kuinka hyvin perustavaa laatua olevat kielelliset toiminnot voivat tuottaa psykologista kärsimystä tilanteissa, joissa hyvät ja tarpeelliset kehykset eivät palvelekaan yksilöä, vaan haittaavat tai jopa estävät tätä pääsemästä pyrkimiinsä tavoitteisiin.

Näyttäisi siltä, että kielellisyys tekee kliinisestä masennuksesta inhimillisen ongelman (Gryan & Holmes, 2005), jota erilaiset suhteelliset kehykset synnyttävät, ylläpitävät ja pahentavat. Kielelliset prosessit, kuten ajatusten välttely, murehtiminen ja syyn antaminen lisäävät alakuloa kliiniseksi depressioksi (Zettle & Hayes, 2002). Esimerkiksi murehtimisella on keskeinen rooli masennuksen alkamisessa, pahentumisessa ja ylläpidossa (Zettle, 2007). Murehtimisella tarkoitetaan toistuvaa pyrkimystä vastata kysymyksiin masennuksen merkityksestä, syistä ja seurauksista (esim. ”Miksi tunnen näin?”). Tarkemmin ottaen murehtiminen koostuu kahdesta identifioitavasta merkistä, joista toinen sisältää käsitteellistetyn minäkokemuksen ja keskittyä psykologisiin kokemuksiin (”Olen huono”), ja toinen keskittyy analysoimaan sitä kriittisesti ja arvioivasti (”Mitä se merkitsee?”) (ks. Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998).

Suhdekehysteorian soveltamisessa merkittävää on kielellisten suhteiden välittyminen objektien kesken, mikä voi muuttaa ja rajoittaa käyttäytymisprosesseja. Kun käyttäytyminen on verbaalisten sääntöjen ohjaamaa, henkilö pyrkii sen avulla usein muuttamaan sellaistaakin ympäristöä, joka ei ole yhteydessä itse sääntöön (Hayes, Brownstein, Haas & Greenway, 1986).

Miksi suhdekehysteorian kielellisyydellä on merkitystä psykologiassa? Suhdekehysteoria on käsitteellisesti yksinkertainen, havainnoitavissa suoraan, perustuu empiiriseen tutkimukseen, auttaa tutkimaan kieltä yksityiskohtaisesti. Teoreettiset yleistykset kattavat laajan inhimillisen käyttäytymisen skaalan (ks. Hayes ym., 2001; Hayes ym., 1999). Suhdekehysteoria selittää inhimillistä kärsimystä kuvaamalla sen ydinprosesseja (Hayes, 1994; Hayes ym., 1999). Suhdekehysteoriassa kielellistä käyttäytymistä pidetään riippuvana muuttujana, ei riippumattomana. Teorian mukaan ajatukset eivät ole riippumattomia muuttujia ja siksi niitä ei voi manipuloida ilman että ympäristön muutos tukee ajatusten muuttumista ensin. Toisin sanoen muutoksen on ensin tapahduttava ympäröivissä toimenpiteissä tai tapahtumissa, ennen kuin ajatus tai muu käyttäytyminen muuttuvat (Blackledge, 2003).

### 1.2.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

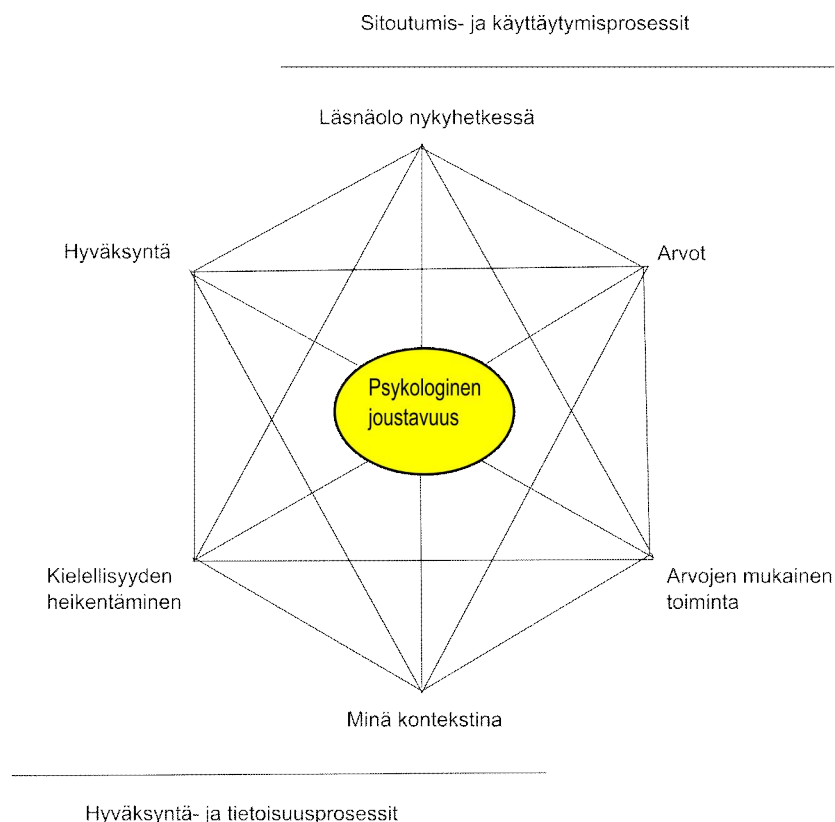
HOT on esimerkki suhdekehysteoriaan pohjautuvasta hoidosta, joka systemaattisesti pyrkii purkamaan kielellistä kontekstia asiakkaan elämän ongelmallisilla alueilla (esim. Hayes ym., 1999). Suhdekehysteorian empiirisen kirjallisuuden mukaan suorat pyrkimykset kyseenalaistaa kognitioita (esimerkiksi muuttamalla vaikutteiden välisiä suhteita) saattaa olla tehotonta tai jopa haitallista (Pilgrim & Galizio, 1995; Wilson & Hayes, 1996). Hayes, Barnes-Holmes ja Roche (2001) ovat vastanneet, että oleellisempaa on lisätä korjaavia suhteita kuin pyrkiä muuttamaan ongelmallisia suhdekehkyksiä (Blackledge, 2003). HOT kehitettiin asiakkaiden avuksi muuttamaan sitä kontekstia, jossa haitallinen käyttäytyminen esiintyy. Tavoitteena HOT:issa on vähentää kokemuksellista välttämiskäyttäytymistä, heikentää kielellisyyttä ja lisätä sitoutumista käyttäytymisen muutokseen (Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993).

Hayes kollegoineen (2006) on määritellyt HOT:in teoreettisin ja prosessitermein moderniin käyttäytymispsykologiaan perustuvaksi interventioksi, joka sisältää suhteellisten kehysten teorian ja jossa sovelletaan tietoisuus- ja hyväksymisprosesseja sekä sitoutumis- ja käyttäytymisprosesseja pyrkiessään lisäämään psykologista joustavuutta. HOT ei siis ole teknologia, vaan tiettyihin teoreettisiin prosesseihin pohjautuva psykologinen interventio. HOT koostuu kuudesta prosessista, jotka voidaan jakaa kahteen ryhmään. Hyväksyntä- ja tietoisuusprosessit ovat seuraavat: 1) hyväksyntä, 2) kielellisyyden heikentäminen, 3) läsnäolo nykyhetkessä ja 4) minä kontekstina. Toinen ryhmä, sitoutumis- ja käyttäytymisprosessit, sisältävät kahden viimeisen prosessin lisäksi 5) arvot ja 6) arvojen mukaisen toiminnan. Kolmas ja neljäs prosessi sisältyvät siis molempiin ryhmiin, sillä psykologinen aktiivisuus tietoisena ihmisenä edellyttää tietoisuutta nykyhetkestä. HOT:in ydinprosessit menevät toistensa kanssa päällekkäin ja ovat yhteydessä toisiinsa. Jokainen prosessi tukee muita prosesseja ja samalla kaikkia päämääriä psykologisen joustavuuden saavuttamiseksi. Prosessien yhteisenä tarkoituksena on auttaa asiakasta kohtaamaan nykyhetki täysin tietoisena ihmisenä ja pyrkiä valittuihin päämääriin käyttäytymistä muuttamalla.

Zettle (2007) on jakanut prosessit kielen ”pimeään” ja ”valoisaan” puoleen. HOT:n näkökulmasta masennuksessa on Zettlen (2007) mukaan kyse neljästä patologisesta prosessista, jotka ovat seuraavat: fuusio, kokemuksellinen välttäminen, murehtiminen ja kiintymys vahingoittuneeseen, käsitteelliseen minäkuvaan. Näille prosesseille HOT tarjoaa vastaprosessit, joihin hoito perustuu. Vastaprosesseja ovat tietoisuus ja hyväksyntäprosessit: fuusion purkaminen, hyväksyntä, yhteys vallitsevaan hetkeen ja minän ymmärtäminen tilana. Kielen pimeä puoli ovat prosessit, jotka aiheuttavat masennusta ja joita pyritään heikentämään vahvistamalla niiden

vastakkaisia positiivisia prosesseja. Toisin sanoen kieli on kaksiteräinen miekka: kielelliset prosessit toisaalta aiheuttavat masennusta ja toisaalta hoito on mahdollista kielellisten prosessien avulla.

HOT:in kannalta ei ole merkityksellistä tietää, mikä tarkka diagnoosi on eli ongelmakäyttäytymisen voimakkuus, kroonisuus ja pyrkimykset muuttaa mielialaa eivät ohjaa hoitopäätöksiä. Psykologisesti ”sairaana” masennuksen erottaa ”terveestä” ”likaisen kivun” tai psykologisen trauman negatiivinen kehä (Hayes ym., 1999). Ongelmalliseksi tilanne tulee silloin, kun yksilö alkaa paeta alavireisyyttä pyrkimällä välttämään tai kontrolloimaan sitä. Toisin sanoen haluttomuus kokea psykologisesti ”puhdasta kipua” muuttaa sen sairaaksi (Hayes ym., 1999). Ponnistelu ei tuota tulosta, vaan alavireisyyden kokemus lisääntyy suljetun kehän prosessissa, joka jatkuu spiraalimaisesti kasvaen ja johtaa lopulta kliiniseen masennukseen. Kliininen masennus liittyy turhiin kokemuksellisiin ponnistuksiin vältellä alakuloisuutta ja ylipäättään ”pahoja tunteita” (Hayes, 2005), jolloin alakuloisuus ei ole ainut tai edes primäärinen ei-haluttu affektiivinen tila, jota masentunut potilas pakenee (Zettle, 2007).



KUVIO 1. Positiiviset psykoloiset prosessit, joita hyväksymis- ja omistautumisterapia pyrkii vahvistamaan (Hayes ym., 2006).

### 1.3 Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus

KKT kuuluu niin sanottuihin näyttöön perustuviin psykologisiin terapiamenetelmiin. Butler, Chapman, Forman, & Beck (2006) ovat meta-analyysissään koonneet yhteen KKT:n hoitotuloksia. Katsaus käsittää 16 metodologisesti täsmällistä meta-analyysiä ja siinä tarkastellaan vaikutuksen suuruus -lukuja KKT:n ja erilaisten vertailuryhmien välillä. KKT:n vaikutuksen suuruus -luvut olivat masennuksen hoidossa suuret. KKT oli aikuisten masennuksen hoidossa tehokkaampi kuin lääkehoito ja yhtä tehokas kuin pelkkä käyttäytymisterapia. 16 meta-analyysia tukevat ajatusta siitä, että KKT on tehokas hoitomuoto useiden psykologisten häiriöiden hoidossa.

Butlerin ym. (2006) mukaan Gloaguenin (1998) meta-analyysi on laajin ja metodologisesti tarkin KKT:n tehokkuudesta masennuksen hoidossa kirjoitettu analyysi. Lopullinen meta-analyysi koostui 48 tutkimuksesta ( $N = 2765$ ). Tutkimukseen osallistuneilla masennus oli yksisuuntaista eikä siihen liittynyt psykoottisia piirteitä. Meta-analyysissä KKT oli tehokkaampaa kuin kontrolliolosuhteet ( $ES = .82$ ), hieman tehokkaampaa kuin lääkitys ( $ES = .38$ ) ja muut terapiamuodot ( $ES = .24$ ). Butler ym. (2006) huomioivat että KKT:hen verrattavat muut terapiat muodostivat hyvin heterogeenisen ryhmän. Näin ollen tulevissa meta-analyyseissä tulisi verrata KKT:ta suoraan vaihtoehtoisiin terapiamuotoihin.

### 1.4 Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuus

HOT:ia on tutkittu jo melko paljon ja tulokset ovat olleet lupaavia huolimatta siitä, ettei mitään varmaa terapian vaikuttavuudesta voida vielä sanoa (Hayes ym., 2006). HOT ei vielä kuulu ns. näyttöön perustuviin terapiamenetelmiin, mutta esimerkiksi Hayesin, Luoman, Bondin, Masudan ja Lilliksen (2006) viimeaikainen meta-analyysi esittelee todisteita HOT:in tehokkuudesta. Lisäksi HOT:ia koskeva tutkimus koostuu ylipäättään psykologisten häiriöiden hoitamisesta HOT:in avulla, sillä spesifisti masennuksen hoidossa tutkimus on ollut vielä melko vähäistä. HOT:in vaikuttavuuden tutkimuksia on kritisoitu lyhyistä seuranta-ajoista ja niiden puuttumisesta (Öst, 2008). Seuraava tutkimuskatsaus keskittyy masennukseen liittyviin hoitotuloksiin.

Kahdessa varhaisemmassa tutkimuksessa (Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989) HOT:ia on verrattu kognitiiviseen terapiaan. Ensimmäisessä Zettle ja Hayes (1986) tutkivat masentuneiden potilaiden ( $n = 18$ ) hoitoa HOT:illa ja kognitiivisella uudelleenstrukturoinnilla 12 viikkoistunnon ajan yksilöterapiassa. Tutkittavat jaettiin kolmeen kuuden hengen ryhmään, joista

kaksi kognitiivisen uudelleenstrukturoidin ryhmää erosi sen suhteen kuuluiko HOT menetelmiin vai ei. Päämittarina tutkimuksessa käytettiin Beck Depression Inventory:a (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Sekä HOT:in että kognitiivisen terapian tulokset olivat merkitseviä kahden kuukauden seurannassa. HOT:n saaneet asiakkaat olivat merkitsevästi vähemmän masentuneita kuin kognitiivisella terapialla hoidetut asiakkaat hoidon ( $ES = 1.23$ ) ja seurannan ( $ES = 0.92$ ) jälkeen arvioituna. Masentavien automaattisten ajatusten esiintymistiheys väheni kaikissa hoidoissa, mutta HOT:in saaneet asiakkaat raportoivat masentavat ajatukset kognitiivisen terapian saaneita asiakkaita vähemmän uskottaviksi.

Toisessa tutkimuksessa Zettle ja Rains (1989) vertasivat HOT:ia kognitiiviseen terapiaan masentuneiden naispotilaiden ( $N = 31$ ) hoidossa. Potilaat satunnaistettiin n. kymmenen hengen ryhmiin ja ryhmiä hoidettiin kolmella eri terapialla: 1) kognitiivisella terapialla (complete cognitive therapy; Hollon & Shaw, 1979; Beck ym., 1979); 2) osittaisella kognitiivisella terapialla ("partial cognitive therapy"; ei sisältänyt lainkaan etäännyttämistä) ja 3) HOT:illa (comprehensive distancing). Kestoltaan 90 minuutin hoitokertoja oli yhteensä 12. BDI:llä mitattuna masennus väheni kaikissa hoitoryhmissä merkitsevästi hoitajakson aikana. HOT osoittautui tehokkaaksi hoitomuodoksi ja sen toimintaprosessi oli erilainen kuin kognitiivisessa terapiassa. Tulokset säilyivät myös seurannassa kaksi kuukautta myöhemmin. Vaikutuksen suuruus -lukujen avulla arvioitaessa HOT osoittautui kognitiivista terapiaa jonkin verran tehokkaammaksi mittauksissa sekä hoidon jälkeen ( $ES = 0,53$ ) että seurannan jälkeen ( $ES = 0,75$ ).

Folke ja Parling (2003) tutkivat HOT:ia masentuneiden työttömien ja masennuksen vuoksi sairaalomalla olevien ryhmähoitomuotona. Tutkittavat satunnaistettiin hoito- ( $n = 13$ ) ja vertailuryhmiin ( $n = 11$ ). Hoidon päätyttyä HOT:ia saanut ryhmä raportoi tilastollisesti merkitsevästi vähemmän masennusoireita ja arvioi oman toimintakyvyn ja elämän laadun paremmiksi kuin kontrolliryhmä. BDI-pistemäärissä ero ennen hoitoa ja hoidon jälkeen oli tilastollisesti merkitsevä. HOT osoittautui ajan ja kustannusten mukaan arvioiden tehokkaaksi hoitomuodoksi.

Forman, Herbert, Moitra, Yeomans ja Geller (2007) vertasivat tutkimuksessaan ( $N = 101$ ) HOT:ia ja Beckin kognitiivista terapiaa masennuksen, ahdistuksen, toiminnallisten vaikeuksien, elämän laadun, tyytyväisyyden ja kliinisten toiminnallisuusmittarien mukaan. Tutkimustulokset osoittivat, ettei hoitojen välillä ollut merkitseviä eroja, vaan kummankin hoidon seurauksena valtaosalla tutkittavista masennusoireet vähenivät kliinisesti merkittävästi.

Powers, Zum, Vörding ja Emmelkamp (2009) esittävät meta-analyysitutkimuksessaan, että vaikka HOT oli tehokkaampi kuin vertailutilanne monilla alueilla, se ei ollut sitä kuitenkaan masennuksen hoidossa. Tähän tulokseen he tulivat, kun masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa

vaikutuksen suuruus ei ollut merkitsevä. Powersin tutkimusryhmän mukaan HOT:in tehokkuudesta muihin hoitoihin (mm. kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kognitiivinen terapia) verraten ei ole saatu riittävän päteviä todisteita.

Lappalainen, Lehtonen, Skarp, Taubert, Ojanen ja Hayes (2007) vertasivat tutkimuksessaan ( $N = 28$ ) HOT:ia kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. HOT:in tulokset olivat parempia sekä terapian lopussa että kuuden kuukauden seurannassa. Ryhmien väliset vaikutuksen suuruus -luvut olivat suuria tai keskisuuria HOT:in hyväksi psykologisia oireita ja sosiaalista toimintakykyä mitattaessa. Itseluottamus puolestaan koheni KKT:ssä enemmän kuin HOT:issa.

### **1.5 Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien lisääminen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan**

HOT-menetelmien lisäämistä KKT:hen on kartoitettu useassa opinnäytetyössä, joissa hoidon tuloksellisuutta on tutkittu opetusklinikan terapia-asiakkailta. Tuomelan (2006) pro gradu -tutkielmassa ( $N = 32$ ) asiakkaat satunnaistettiin kahteen hoitoryhmään, joista toista hoidettiin vain KKT:n menetelmillä ja toista sekä KKT:n että HOT:in menetelmillä. Mittaukset suoritettiin hoidon alussa ja lopussa. Tutkimuksen mukaan HOT:in yhdistäminen KKT:hen lisäsi asiakkaiden psykologista joustavuutta ja siten paransi hoitotulosta. Tulokset paranivat kuuden kuukauden seurannassa psykologisten oireiden vähentyessä nopeammin kuin pelkän KKT:n menetelmillä hoidetulla ryhmällä. Heinonen (2007) käytti pro gradu -tutkielmassaan samaa aineistoa ja havaitsi, että kuuden kuukauden seurantamittauksessa hoidon vaikutukset myös kasvoivat, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja hoitoryhmien välillä ei ollut.

Haapalan (2008) pro gradu-tutkielmassa ( $N = 25$ ) tutkimusasetelma poikkesi edellisistä tutkimuksista niin, että KKT-ryhmän menetelmiin lisättiin HOT-menetelmistä arvokeskustelu. Hoidon tuloksellisuudessa ei havaittu eroa KKT + arvot ja KKT + HOT -ryhmien välillä, tosin psykologinen joustavuus lisääntyi nopeammin KKT + HOT -ryhmässä. Joensuu (2009) käytti samaa aineistoa ja kiinnitti huomiota siihen kuinka hoitotulokset säilyvät ja jopa paranivat kuuden kuukauden seurannassa ( $N = 22$ ). Hyväksyntä- ja tietoisuustaitojen harjoittelu lisäsi tutkittavien elämän laatua ja kohensi toimintakykyä. Myös psykologinen joustavuus kasvoi vielä terapian päättymisen jälkeen toisin kuin KKT + arvot -ryhmässä.

## 1.6 Äkillinen edistyminen masennuksen hoidossa

Rush kollegoineen (Rush, Kovacs, Beck, Weissenburger & Hollon, 1981) huomasi ensimmäisenä nopean hoitovasteen masennuksen KKT -hoidoissa. Useissa kliinisissä tutkimuksissa (Hollon ym., 1992; Murphy, Simons, Wetzel & Lustman, 1984; Rush ym., 1981) noin puolet BDI:llä arvioiduista hoitotuloksista saavutettiin jo hoidon kolmannella viikolla. Fennellin ja Teasdalen (1987) tutkimuksessa BDI -pistemäärä laski 46 % jo kahden viikon aikana terapian alusta. Ilardi ja Graighead (1994) tarkastelivat artikkelissaan KKT:n siihenastisia vertailututkimuksia terapiaprosessin näkökulmasta. Neljännen viikon jälkeen oireiden lieveneminen oli edennyt jo kahteen kolmannekseen lopullisesta hoitotuloksesta. Ilardin ja Craigheadin (1994) tutkimus kyseenalaisti kognitiivisen välittymisen hypoteesin vaikutuksen nopeaan hoitotuloksien paranemiseen. Koska Beckin kognitiivisen terapian käsikirjan (1979) mukaan ajatusten uudelleen muotoilun menetelmiä ei sovelleta ennen neljättä käyntiä, Ilardi ja Craighead päättelivät terapeuttisen vaikutuksen johtuvan psykoterapian yleisistä tekijöistä eikä kognitiivisen terapian tekniikoista.

Tang ja DeRubeis (1999) valitsivat prosessitutkimuksensa kohteeksi kaksi ryhmävertailuaineistoa (Elkin ym., 1989; Hollon ym., 1992), joissa potilaat olivat täyttäneet BDI:n ennen jokaista terapiakäyntiä. Tang ja DeRubeis havaitsivat potilaskohtaisten BDI-pistemäärien muutoksia tutkiessaan uuden ilmiön, jota he ryhtyivät kutsumaan äkilliseksi edistymiseksi (engl. sudden gains). Potilaan BDI-pistemäärä saattoi laskea kahden terapiakäynnin välillä voimakkaasti, etenkin terapian alkuvaiheessa. Äkillisen edistymisen kriteerit olivat seuraavat: 1) BDI-pistemäärän on pudottava vähintään 7 pistettä edellisestä mittauksesta, 2) pudotuksen on oltava enemmän kuin 25 % edellisestä BDI-pistemäärästä ja 3) tämän ja kahden seuraavan mittauksen BDI -pistemäärien eron on oltava tilastollisesti merkitsevä edellisen kolmen mittauksen keskiarvoon nähden. Äkillisen edistymisen keskiarvo 61 potilaan aineistossa oli 11 BDI-pistettä ( $SD = 4,4$ ). 24 (39 %) masentuneista asiakkaista koki äkillisen edistymisen, mikä käsitti 50 % heidän koko hoitoaikanaan saavuttamista tuloksista. Äkilliselle edistymiselle oli lisäksi tyypillistä, että se säilyi ja oli yhteydessä parempiin hoitotuloksiin. Äkillisen edistymisen kokeneet tutkittavat olivat vähemmän masentuneita sekä terapian päätyttyä että 18 kuukauden seurannassa (Stiles, Shapiro & Elliot, 2003; Tang & DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman & Pham, 2005). Näin ollen äkilliset saavutukset eivät olleet satunnaisia eivätkä myöskään merkityksettömiä.

Kelly, Roberts ja Ciesla (2004) tutkivat äkillisen edistymisen ilmiön yhteyttä hoitotuloksiin, mutta eivät saaneet samoja tuloksia kuin Tang ja DeRubeis (1999). Vaikka äkillinen edistyminen oli



yhtä yleinen kuin Tangin ja DeRubeisin tutkimuksessa, sillä ei ollut vertailuryhmää parempaa vaikutusta hoitotuloksiin. Kelly ym. tutkivat masennusasiakkaita, joilla ei ollut psykoottisia oireita. Masennusta arvioitiin alussa DSM-IV-diagnoosiin perustuvalla kliinisellä haastattelulla ja BDI-mittarilla, jonka pistemäärän tuli olla vähintään 15 pistettä.

Tang ja DeRubeis (1999) pyrkivät selittämään äkillisen edistymisen johtuvan edellisen terapiatunnin tapahtumilla kognitiivisen välittymisen ajatuksen mukaisesti. Arviointi kohdistui potilaan itseymmärryksen muutoksiin, terapeutin soveltamiin kognitiivisiin tekniikoihin ja yleisempiin kognitiivisen terapian piirteisiin. Tilastollisesti merkitsevä yhteys terapiatuloksiin oli kuitenkin vain potilaan itseymmärryksen muutosta kuvaavalla muuttujalla. Terapeutin soveltamat tekniikat tai yleisemmät kognitiiviset periaatteet eivät korreloineet äkillisen edistymisen kanssa.

Kognitiivisen välittymisen hypoteesia ei ole pystytty todentamaan Tangin ja DeRubeisin (1999) tutkimuksen jälkeenkään. Perinteisen kognitiivisen terapian syrjäytymistä niin sanotuilla kolmannen aallon terapioilla, kuten HOT:lla, on perusteltu juuri tällä tutkimusnäytön puutteella (Hayes, 2004). Tangin ja DeRubeisin tutkimukset olivat kuitenkin alku uudelle prosessitutkimuksen suuntaukselle, äkillisen edistymisen tutkimukselle. Äkillisen edistymisen ilmiö esiintyy myös muissa terapioissa kuin KTT:ssä (Gaynor ym., 2003; Stiles ym., 2003; Tang, Luborsky & Andrusyna, 2002).

Leiman (2010) epäilee itsearviointiin perustuvan tutkimusmenetelmän vaikuttavan enemmän kuin tutkimusten kohteena olevan ilmiön. Leimanin mukaan tämä on jäänyt tutkijoilta järjestelmällisesti huomaamatta heidän käyttäessä itsearviointiin pohjautuvia BDI- ja SCL-90-mittareita. Oiremittareiden käyttö edellyttää oletusta, jonka mukaan asiakas on oman tilansa pätevä arvioitsija. Samalla on oletettava, ettei arviointi ole yhteydessä sen välittömiin kontekstitekijöihin. Kumpikin oletus on Leimanin mukaan muodostunut tutkijoiden vakiintuneeksi ajattelutavaksi. BDI:n ja muiden oiremittareiden pistemäärien muutokset äkillisen edistymisen tutkimuksessa on kuitenkin laajalti havaittu ilmiö. Tämän pohjalta on perusteltua olettaa, että oiremittareilla tehdyt itsearvioinnit kuvaavat asiakkaan välitöntä kokemusta hyvinvoinnistaan hoidon yhteydessä. Leimanille äkillinen edistyminen kuvaa terapeuttisen asiakassuhteen koetun laadun ja sen herättämän toiveikkuuden ilmentymää, mikä selittäisi myös korrelaation Tangin ja DeRubeisin (1999) tutkimuksen potilaan itsehavainnointia kuvaavan muuttujan kanssa. Tällöin BDI kuvaisi potilaan kokemaa huojentumaa, jonka edeltävällä tunnilla tapahtunut itseymmärryksen muutos on saanut aikaan.

## 1.7 Yhteenveto

Masennus voidaan määritellä oireiden määrän ja laadun (diagnoosi) tai masennusta aiheuttavien prosessien avulla (funktionaalinen näkökulma). KKT on yleisesti hyväksytty näyttöön perustuva terapia, mitä HOT ei vielä ole. HOT:n empiirinen näyttö alkaa silti olla jo vakuuttava ja lisääntyy koko ajan. Masennuksen hoidon kliinisiä tutkimuksia on vielä melko vähän, ja niitä tarvitaan lisää. HOT:in erottaa KKT:stä kolmannelle terapiasukupolvelle tyypillinen kontekstuaalisuus, jossa keskitytään ajatus- tai merkityssisällön muuttamisen sijaan psykologisten tapahtumien funktion muuttamiseen. Mielenkiintoinen tutkimusilmiö onkin se, voidaanko HOT:in menetelmillä (ts. hyväksymis- ja tietoisuustaitoja harjoittamalla) parantaa näyttöön perustuvan KKT:n vaikuttavuutta masennuksen hoidossa. Asiaa on tutkittu muutamassa pro gradu -tutkielmassa (Haapala, 2008; Heinonen, 2007; Joensuu, 2009; Tuomela, 2006), mutta tutkimusta tarvitaan edelleen lisää ja tutkimuksen otoskokoa on kasvatettava.

Lisäksi KKT:ssa näyttäytyy mielenkiintoinen ilmiö nimeltä äkillinen edistyminen (Tang & DeRubeis, 1999), joka on kehittynyt omaksi tieteelliseksi tutkimusalueeksi. Ilmiö näyttää esiintyvän eri terapiamuodoissa, minkä vuoksi sen on ajateltu johtuvan joistakin terapian yleisistä tekijöistä (Ilardi & Craighead, 1994).

## 1.8 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen päätavoitteena oli tarkastella lyhyen kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT ja HOT) tuloksellisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Pystyvätkö psykologian opiskelijat hoitamaan masennusasiakkaita tehokkaasti KKT:n ja HOT:in menetelmin?
2. Parantaako hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelu lyhyen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta?
3. Onko psykologisten oireiden nopealla vähenemisellä hoidon alussa yhteys lyhythoidon tuloksiin?

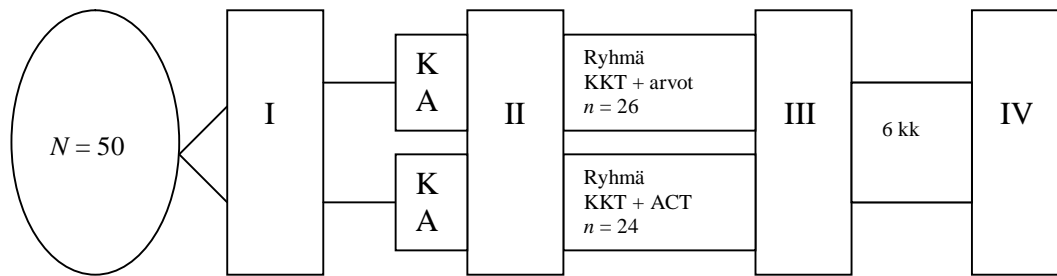
## 2. MENETELMÄT

### 2.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetuslinikassa syksyllä 2006 ja keväällä 2008. Kumpanakin vuonna tutkimus toteutettiin samalla tavalla. Asiakkaat haettiin lehti-ilmoituksella (liite 1), joka julkaistiin ilmaisjakelulehdessä (Tamperelainen). Asiakkaat ottivat yhteyttä ilmoituksessa julkaistuun puhelinnumeroon ja heidät kutsuttiin alkuhaastatteluun. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, että asiakkaat täyttivät DSM-IV –luokituksen mukaiset vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit (Amerikan psykiatrinen yhdistys, 2000). Vuonna 2006 asiakkaita oli alun perin 26, joista yksi jäi pois alkuvaiheessa eli yhteensä lopulta 25. Vuonna 2008 vastaava määrä oli 26, joista yksi poistettiin tutkittavien joukosta vaikean neurologisen sairauden vuoksi. Tutkimusasetelmat olivat siis asiakkaiden määränkin puolesta samanlaiset vuosina 2006 ja 2008.

Molempina vuosina asiakkaat jaettiin kahteen ryhmään. Ensin heidät laitettiin sukupuolen mukaan ikäjärjestykseen kahteen ryhmään. Seuraavaksi asiakkaista muodostettiin pareja niin, että samanikäiset ja samaa sukupuolta olevat muodostivat parin. Näin saatiin kolmetoista paria. Asiakkaille 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 kahta menetelmää (arvot ja sitoutuminen arvojen mukaiseen elämään) ja toinen KKT + HOT -ryhmään, jossa käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian lisäksi kaikkia kuutta hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmätyyppejä. Seuraavaksi parit arvottiin terapeuteille, joita oli yhteensä 25. Terapeutti hoiti toista asiakasta KKT + arvot -menetelmillä ja toista KKT + HOT -menetelmillä. Näin terapeutin vaikutus hoidon tuloksiin kontrolloitiin tutkimusasetelmassa.

Kuviossa 1 on esitetty tutkimusasetelma, josta näkyvät tutkimuksen vaiheet. Kuviossa kaikkien asiakkaiden määrää kuvaa  $N$  ennen ryhmiin jakoa. Alussa tutkittavat mitattiin (mittaus I) ja jaettiin ryhmiin aikaisemmin kuvatulla tavalla. Käyttäytymisanalyysi (kuviossa 1 KA; Lappalainen, Miettinen & Lehtonen, 2007) tehtiin kummankin ryhmän henkilöille kahden ensimmäisen tapaamiskerran aikana ennen varsinaista hoitoa. Käyttäytymisanalyysin jälkeen tutkittavien ongelmat mitattiin (mittaus II). Loppumittaus (mittaus III) toteutettiin terapiahoidon päätyttyä eli  $n$  kahden kuukauden kuluttua varsinaisen hoidon alkamisesta. Seurantamittaus (mittaus IV) toteutettiin kuuden kuukauden kuluttua loppumittauksesta.



KUVIO 2. Tutkimusasetelma.

KKT + arvot -ryhmässä käytettäviä menetelmiä olivat in-vivo ja mielikuvituksessa tapahtuva altistus, itsehavainnointi, käyttäytymisen aktivointi, ongelmanratkaisumenetelmä (Lehtonen & Lappalainen, 2005), rentoutusharjoitus ja sosiaalisten taitojen menetelmät (Lappalainen ym., 2004a). Lisäksi menetelmiin kuului HOT:in menetelmiin sisältyvä arvotyöskentely (Lappalainen ym., 2004b).

KKT + HOT -ryhmän menetelmiin kuuluivat sekä yllä mainitut KKT:n menetelmät että HOT:in arvotyöskentely sekä hyväksyntää ja tietoisuustaitoja lisäävät menetelmät. Hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyviä menetelmiä olivat tavoitteiden selventäminen, muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen, toimimattomista yrityksistä luopuminen, hallintaan ja hyväksyntään liittyvä keskustelu, käsitys itsestä -keskustelu, metaforat, kielen merkitysten käsittely, tarkkailijaharjoitukset ja tietoisuusharjoitukset (Lappalainen ym., 2004b). Ryhmät erosivat näin ollen toisistaan hyväksyntä- ja tietoisuustaitoharjoitusten osalta. Haapalan (2008) tutkimus osoitti, että opiskelijat myös käyttivät menetelmiä tutkimusasetelman mukaisesti.

Terapiamenetelmiä käytettiin lisäksi kotitehtävien ja lomakkeiden muodossa niin, että asiakas oli työstänyt asioita jo valmiiksi kotona ja terapiassa voitiin keskittyä tämän työskentelyn pohjalta nousseisiin asioihin. Näin terapiatapaaminen ei kulunut harjoitusten tekemiseen, vaan siinä keskityttiin harjoitusten purkuun ja siitä seuranneisiin harjoitteisiin. Terapeutit kirjasivat ylös kaikki hoidon aikana käytetyt menetelmät strukturoituihin menetelmäpäiväkirjoihin.

## 2.2 Koehenkilöt

Tutkimukseen osallistui yhteensä 50 terapia-asiakasta, joista 21 (42 %) oli naisia ja 29 (58 %) miehiä. Taulukkoon 1. on koottu yhteenveto asiakkaiden taustatiedoista. Iältään asiakkaat olivat 26–71 -vuotiaita. Keski-ikä kummassakin ryhmässä oli 45 vuotta. Huomattavasti suurempi osa asiakkaista eli yksin (70 %) kuin parisuhteessa (30 %). KKT + arvot -ryhmässä avo- tai avioliitossa eli seitsemän henkilöä ja KKT + HOT -ryhmässä kahdeksan henkilöä. Lapsia oli n. puolella (56 %) asiakkaista. Lasten lukumäärä vaihteli yhdestä viiteen. Asiakkaiden koulutus jakautui niin, että perusasteen koulutus (kansakoulu, keskikoulu tai peruskoulu) oli yhdellä asiakkaalla (2 %), keskiasteen koulutus (ammattikoulu, ammatillinen opisto, lukio) 27 asiakkaalla (54 %) ja korkeakoulutus (ammattikorkeakoulu, korkeakoulu, yliopisto) 22 asiakkaalla (44 %). Terapian alussa asiakkaista 33 (66 %) oli työelämässä, yksi opiskeli, kahdeksan oli eläkkeellä, yksi kotona lapsen kanssa, viisi työttömänä ja kaksi asiakasta ei sopinut annettuihin kategorioihin.

Masennusdiagnoosin oli aiemmin saanut 23 (46 %) asiakkaista, KKT + arvot -ryhmässä yhdeksän (34,6 %) henkilöä ja KKT + HOT -ryhmässä 14 (58,3 %) henkilöä. Muun psykiatrisen diagnoosin oli saanut kuusi (12 %) asiakasta, joista KKT + arvot -ryhmään kuului kolme (11,5 %) ja KKT + HOT -ryhmään kolme (12,5 %) henkilöä. Aiemmin terapiaa oli saanut 12 (24 %) asiakasta, joista KKT + arvot -ryhmässä kuusi (23,1 %) ja KKT + HOT -ryhmässä kuusi (25,0 %). Mielialalääkitys oli 23 henkilöllä (46 %), joista yhdeksän (34,6 %) kuului KKT + arvot -ryhmään ja 14 (58,3 %) KKT + HOT -ryhmään. Psykoosilääkitystä ei ollut kenelläkään.

Asiakkaat jakautuivat hoidon alussa BDI:llä mitatun masennusasteen mukaan seuraavasti. Masennusta ei mittarin (BDI: 0-9 p.) mukaan ollut kahdella (2 %) henkilöistä, jotka kuuluivat molemmat KKT + arvot -ryhmään. Lievä masennus (BDI: 10–16 p.) oli 12 asiakkaalla (24 %), joista KKT + arvot -ryhmässä kuudella (23,1 %) ja KKT + HOT -ryhmässä kuudella (25 %). Keskivaikea masennus (BDI: 17–29 p.) oli 26 asiakkaalla (52 %), joista KKT + arvot -ryhmässä 12 asiakkaalla (46,2 %) ja KKT + HOT -ryhmässä 14 asiakkaalla (58,3 %). Vakava masennus (BDI > 29) oli 10 asiakkaalla (20 %), joista KKT + arvot -ryhmässä kuudella asiakkaalla (23,3 %) ja KKT + HOT -ryhmässä neljällä asiakkaalla (16,7 %). Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla asiakkailla masennus oli yksisuuntaista.

TAULUKKO 1. *Terapia-asiakkaiden taustatiedot.*

	KKT + arvot -ryhmä ( <i>n</i> = 26)	KKT + HOT -ryhmä ( <i>n</i> = 24)	Yhteensä ( <i>N</i> = 50)
Ikä	45 ( <i>SD</i> = 12,44)	45 ( <i>SD</i> = 11,45)	
Sukupuoli			
Nainen	10 (20 %)	11 (22 %)	21 (42 %)
Mies	16 (32 %)	13 (26 %)	29 (58 %)
Parisuhdetilanne			
Parisuhteessa	7 (29 %)	8 (16 %)	15 (30 %)
Ei parisuhdetta	19 (79 %)	16 (32 %)	35 (70 %)
Lapset			
On lapsia	14 (28 %)	14 (28 %)	28 (56 %)
Ei ole lapsia	12 (24 %)	10 (20 %)	22 (44 %)
Koulutus			
Perusaste	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (2 %)
Keskiaste	13 (26 %)	14 (28 %)	27 (54 %)
Korkea-aste	12 (24 %)	10 (20 %)	22 (44 %)
Työtilanne			
Työelämässä	18 (36 %)	15 (30 %)	33 (66 %)
Opiskelija	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Eläkkeellä	4 (8 %)	4 (8 %)	8 (16 %)
Kotona lapsen kanssa	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (2 %)
Työtön	2 (4 %)	3 (6 %)	5 (10 %)
Jokin muu	1 (2 %)	1 (2 %)	2 (4 %)
Aiempi masennusdiagnoosi	9 (34,6 %)	14 (58,3 %)	23 (46 %)
Aiempi muu psykiatrinen diagnoosi	3 (11,5 %)	3 (12,5 %)	6 (12 %)
Aiempi terapiahoito	6 (23,1 %)	6 (25,0 %)	12 (24%)
Mielialalääkitys	9 (34,6 %)	14 (58,3 %)	23 (46 %)
Psykoosilääkitys	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Masennuksen aste			
Ei masennusta	2 (7,7 %)	0 (0,0 %)	2 (4 %)
Lievä masennus	6 (23,1 %)	6 (25,0 %)	12 (24 %)
Keskivaikea masennus	12 (46,2 %)	14 (58,3 %)	26 (52 %)
Vakava masennus	6 (23,1 %)	4 (16,7 %)	10 (20 %)
	26 (100 %)	24 (100 %)	(100 %)

### 2.3 Arviointimenetelmät

Terapia-asiakkaiden psykologista vointia kartoitettiin ennen terapioiden alkua, terapioiden loppuessa sekä seurannassa erilaisilla mittareilla ja DSM-IV -luokituksen (Amerikan psykiatrisen yhdistys, 2000) kriteereihin pohjautuvalla haastattelulla. Tutkimuksessa käytettiin seuraavia mittareita: BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), Symptom Checklist -oirekysely (SCL-90; Holi, Samallahti & Aalberg, 1998), AAQ-8 -mittari (Acceptance and Action Questionnaire; Hayes ym., 2004b; psykologista joustavuutta mittaava asteikko, suomenkielinen käännös Martti T. Tuomisto), sosiaalista toimintakykyä ja elämästä selviämistä kartoittava jokapäiväisestä elämästä selviytymistä kartoittava itsearviointilomake (engl. The Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS; Bosc, Dubini & Polin, 1997) eli JES sekä itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavat 0-100 -asteikot (Ojanen, 2001). Mittarit perustuivat asiakkaiden itsearviointiin. Asiakkaat täyttivät kaikki itsearviointilomakkeet. alkuhaastattelun yhteydessä, käyttäytymisanalyysin jälkeen, terapian päätyttyä sekä kuuden kuukauden jälkeen Nämä neljä mittausta ovat tässä tutkimuksessa terapian tuloksellisuutta kuvaavia tulosmittareita. Haastattelut ja mittaukset teki muu tutkimusryhmän jäsen kuin asiakkaan terapeutti.

Masennusta arvioitiin diagnostisella haastattelulla, joka perustui DSM-IV -luokitukseen. Masentuneisuuden asteen arviointiin käytettiin myös BDI-depressiomittaria. Mittarin pisteytys vaihtelee välillä 0-43. Masennuksen luokittelussa on käytetty seuraavaa asteikkoa: 0-9 = ei masennusta, 10-16 = lievä masennus, 17-29 = keskivaikea masennus ja vähintään 30 = vakava masennus. BDI -mittaria voi käyttää masennuksen arviointiin, mutta ei diagnoosin tekemiseen. SCL-90-oirekyselykaavakkeella kartoitettiin fyysisiä ja psykologisia oireita. Tutkittava arvioi lomakkeesta 90 oiretta, jotka on lomakkeessa luokiteltu asteikolla 0-4 (0 = ei ollenkaan, 4 = erittäin paljon). Tutkimuksessa käytettiin pisteistä laskettua yleisindeksiä eli GSI -pistemäärää (General Severity Index, ks. esim. Hayes ym., 2006).

Tutkimuksessa mitattiin myös psykologista joustavuutta. Tähän käytettiin AAQ-8 -mittaria, joka on muokattu Hayesin ym. AAQ-16-versiosta (Hayes ym., 2004). AAQ-mittarin vaihteluväli on 8-56 ja se sisältää seuraavat väittämät: 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 kyllästyn johonkin tehtävään, pystyn yleensä tekemään sen loppuun, 6) En pysty huolehtimaan velvoitteistani, 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.

Sosiaalista toimintakykyä mitattiin JES-lomakkeella. Mittarissa on 23 kysymystä, joissa arvioidaan masennukseen liittyvää sosiaalista motivaatiota ja käyttäytymistä 0–43 -pisteen vaihteluvälillä. Lisäksi tutkittiin asiakkaan mielialaa, itseluottamusta ja tyytyväisyyttä elämään 0–100 -asteikoilla.

## 2.4 Tutkimuksen kulku

Ennen ensimmäistä asiakkaan tapaamista terapeuteille järjestettiin ensimmäinen työnohjaus, jossa he saivat ohjeet terapian aloittamisesta. Ensimmäisellä tapaamiskerralla terapeutti antoi asiakkaalle tutkimustiedotteen (liite 2) luettavaksi ja asiakas ja terapeutti allekirjoittivat terapiasopimuksen (liite 3), jossa asiakas ilmaisi suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Terapeutti selvitti myös asiakkaan taustatietoja (liite 4). Kahdella ensimmäisellä tapaamisella terapeutti teki yhdessä asiakkaan kanssa käyttäytymisanalyysin (Haynes & O'Brien, 1990), jonka tarkoitus oli kartoittaa asiakkaan elämäntilanne. Käyttäytymisanalyysissä laadittiin ongelmaluettelo, jonka pohjalta tehtiin graafinen kuvaus ongelmien yhteyksistä toisiinsa. Toisen tapaamisen lopussa terapeutti sopi asiakkaan kanssa terapian tavoitteista, joiden pohjalta tehtiin hoitosopimus (liite 5). Toisen tapaamiskerran jälkeen asiakas sai kotiinsa mukaan toisen mittauskerran kaavakkeet, jotka hän palautti kolmannella tapaamiskerralla täytettyinä.

Kolmannella kerralla alkoi varsinainen terapiatyöskentely. Yksi tapaaminen kesti 60 minuuttia. Tapaamiset olivat yleensä kerran viikossa ja tapaamisten välillä terapeutti osallistui työnohjausryhmään, jossa hän sai henkilökohtaista ohjausta. Työnohjausta oli mahdollista saada myös pienryhmätapaamisten ulkopuolella, jos siihen ilmeni tarvetta. Varsinaista terapiatyöskentelyä oli yhteensä kahdeksan kertaa. Viimeisen kerran lopussa asiakas sai täytettäväkseen loppumittauskaavakkeet.

Kuuden kuukauden kuluttua terapian loppumisesta asiakkaille soitettiin ja heidät pyydettiin seurantatapaamiseen. Seurannassa käytiin läpi sama strukturoitu DSM-IV-diagnostisiin kriteereihin pohjautuva kysely kuin alkuhaastattelussa. Lisäksi asiakkaalle annettiin täytettäväksi seitsemän mittauskaavaketta, jotka hän täytti paikan päällä ja palautti seurannan järjestäjille. Kolme asiakasta ei päässyt osallistumaan seurantaan ja heille lähetettiin mittauskaavakkeet kotiin. Asiakkaat palauttivat kaavakkeet postissa.



## 2.5 Äkillisen edistymisen kriteerit

Tang ja DeRubeis (1999) ehdottivat kolmea kriteeriä äkillisen edistymisen tunnistamiseen hoidon aikana. Ensinnäkin asiakkaan BDI-pistemäärän tulee laskea enemmän kuin seitsemän pistettä. Toiseksi muutoksen tulee olla enemmän kuin 25 % aikaisemmalla kerralla mitatusta BDI-pistemäärästä. Kolmanneksi BDI-pistemäärän on oltava merkitsevästi matalampi kuin kolmen edellisen mittauksen keskiarvo ja tuloksen on säilyttävä myös kolmen seuraavan mittauksen aikana. Tang ja DeRubeis (1999) mittasivat asiakkaiden BDI-pistemäärät jokaisen terapiatapaamisen jälkeen. Koska tässä tutkimuksessa mittauksia on ollut vain neljä, äkillistä edistymistä tarkastellaan pääasiassa kahden ensimmäisen kriteerin perusteella. Kolmatta kriteeriä tutkimuksessa on sovellettu niin, että BDI-pistemäärä ei saa nousta kahden seuraavan mittauksen aikana (mittauksesta II mittaukseen IV). Toisin sanoen äkillisestä edistymisestä on tässä tutkimuksessa kyse silloin, kun BDI laskee enemmän kuin seitsemän pistettä ja 25 % mittauksesta I mittaukseen II ja säilyy samana tai laskee mittauksesta II mittaukseen IV.

## 2.6 Tilastolliset menetelmät

Tilastollisen aineiston käsittelyssä käytettiin SPSS-ohjelman 16.0 versiota. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin ryhmien sisäisessä analysoinnissa toistettujen mittausten varianssianalyysiä ja jälkitestinä Bonferroni-testiä. Mittareiden keskiarvoja verrattiin toisiinsa vaikutuksen suuruus -parametrin avulla (Roth & Fonagy, 2005; Effect Size Calculator, <http://webuccs.edu/web.uccs.edu/becker/Psy590/escalc3.htm>). Ryhmien välisiä vertailuja tehtiin riippumattomien otosten t-testin, toistettujen mittausten varianssianalyysin ja vaikutuksen suuruus -parametrin avulla.

### 3. TULOKSET

#### 3.1 Hoidon vaikuttavuus intervention eri vaiheissa

Taulukossa 2 on kuvattu kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tuloksia koko tutkimusjakson aikana ilman ryhmäerottelua. Tulokset osoittivat, että psykologian opiskelijat pystyivät hoitamaan masennusasiakkaita kymmenen hoitokerran lyhythoidolla. Tämä vaikutus säilyi puolen vuoden seurannassa.

Hoito vaikutti kaikkien seitsemän mittarin tuloksiin tilastollisesti merkitsevästi. Masennuspistemäärä laski (BDI:  $F[3,147] = 52,09, p < .001$ ), psykologiset oireet vähenivät (GSI:  $F[3,147] = 39,47, p < .001$ ), psykologinen joustavuus lisääntyi (AAQ-8:  $F[3,147] = 22,24, p < .001$ ), sosiaalinen toimintakyky parani (JES:  $F[3,147] = 16,63, p < .001$ ), itseluottamus kasvoi ( $F[3,147] = 17,19, p < .001$ ), mieliala koheni ( $F[3,147] = 17,95, p < .001$ ) ja tyytyväisyys elämään lisääntyi ( $F[3,147] = 20,29, p < .001$ ). Taulukossa 2 on myös kuvattu tilastollisesti merkitsevät erot eri mittausajankohtien välillä. Masennus- ja psykologiset oireet (BDI ja SCL-90) vähenivät merkitsevästi jo käyttäytymisanalyysin aikana (mittauksesta I mittaukseen II). Muissa mittauksissa merkitsevä muutos havaittiin ensimmäisestä mittauksesta kolmanteen mittaukseen eli 10 kerran hoitojakson aikana.

TAULUKKO 2. Alkumittauksen (I), käyttäytymisanalyysin jälkeisen mittauksen (II), loppumittauksen (III) ja seurantamittauksen (IV) keskiarvot, keskihajonnat ja erot mittauskertojen välillä.

Mittarit	Mittaus I <i>M (SD)</i>	Mittaus II <i>M (SD)</i>	Mittaus III <i>M (SD)</i>	Mittaus IV <i>M (SD)</i>
BDI	22,02 (7,63)	17,58 (7,98) a	11,90 (7,34 ) b,c	9,38 (6,46)
SCL-90 (GSI)	1,36 (0,49)	1,17 (0,54) a	0,85 (0,50) b,c	0,73 (0,50)
AAQ-8	31,96 (7,24)	31,28 (8,10)	37,50 (8,98) b,c	38,7 (9,66)
JES	33,76 (6,06)	34,42 (7,18)	37,06 (7,29) b,c	38,70 (7,69)
Itseluottamus	54,12 (17,83)	53,30 (17,484)	65,00 (16,05) b,c	66,52 (14,95)
Mieliala	44,02 (20,31)	46,34 (18,35)	57,46 (19,29) b,c	60,94 (17,82)
Tyytyväisyys elämään	46,66 (17,10)	47,28 (57,82)	57,82(16,82) b,c	63,72 (16,00) d

Tilastollisesti merkitsevä ero a = I ja II mittauksen välillä; b = I ja III mittauksen välillä; c = II ja III mittauksen välillä; d = III ja IV mittauksen välillä.

Mittareiden keskiarvoja verrattiin toisiinsa vaikutuksen suuruus -parametrin avulla (Roth & Fonagy, 2005). Taulukossa 3 on esitetty ryhmän sisäiset vaikutuksen suuruus -luvut käyttäytymisanalyysin jälkeen, hoidon jälkeen ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen. Käyttäytymisanalyysillä oli pieni vaikutus ainoastaan masentuneisuuteen. Hoidon jälkeen intervention vaikutus oli suuri masentuneisuudessa ja keskisuuri psykologisissa oireissa. Muilla mittareilla vaikutus oli tällöin pieni. Seurannan jälkeen havaittiin suuri vaikutus sekä masentuneisuudessa että psykologisissa oireissa ja keskisuuri vaikutus psykologisessa joustavuudessa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, mielialassa ja tyytyväisyydessä elämään. Vaikutus jäi seurantamittauksessa pieneksi vain itseluottamus-mittarilla.

TAULUKKO 3. *Terapiahoidon vaikuttavuutta kuvaavat vaikutuksen suuruus -luvut (N = 50). Luvut kuvaavat hoidon vaikutuksen suuruutta verrattuna hoidon alkuun.*

Mittari	Mittaus I-II Cohenin <i>d</i>	Mittaus I-III Cohenin <i>d</i>	Mittaus I-IV Cohenin <i>d</i>
BDI	.58	1.33	1.66
SCL-90 (GSI)	.39	1.04	1.29
AAQ-8	.09	-.77	-.93
JES	-.10	-.54	-.82
Itseluottamus	.05	-.61	-.70
Mieliala	-.11	-.66	-.83
Tyytyväisyys elämään	-.04	-.65	-1.00

Vaikutuksen suuruus:  $d = .50$  pieni,  $d = .80$  keskisuuri,  $d = 1.10$  suuri.

Taulukossa 4 on kuvattu asiakkaiden lukumäärä numeroina ja prosentteina BDI-pistemäärän mukaan eri mittausvaiheissa. Tutkimuksen alussa asiakkailla oli vähintään lievää masennusta, vaikka kaksi henkilöä (4 %) jäi pisteen alle lievän masennuksen rajan BDI:llä mitattaessa. Terapian päättyessä 46 % ei täyttänyt enää masennuskriteerejä ja seurannassa määrä nousi 52 %:in. Keskipaikea tai vaikea masennus oli alussa 72 %:lla asiakkaista ja terapian päättyessä vaikean masennuksen kriteerejä ei täyttänyt enää kukaan ja keskipaikean masennuksen kriteerit täytti vain 14 % asiakkaista.

TAULUKKO 4. Asiakkaiden lukumäärä numeroina ja prosentteina mittauksessa saadun BDI-pistemäärän mukaan.

BDI	Masennus	Mittaus I	Mittaus II	Mittaus III	Mittaus IV
		Määrä (%)	Määrä (%)	Määrä (%)	Määrä (%)
0-9	Ei masennusta	2 (4 %)	6 (12 %)	23 (46 %)	26 (52 %)
10-16	Lievä	12 (24 %)	17 (34 %)	12 (24 %)	17 (34 %)
17-29	Keskivaikea	26 (52 %)	23 (46 %)	15 (30 %)	7 (14 %)
30-	Vaikea	10 (20 %)	4 (8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

### 3.2 Hoidon vaikuttavuus KKT + arvot ja KKT + HOT -ryhmissä

Ryhmien keskiarvoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ennen terapioiden alkamista (Taulukko 5, mittaus I). Ainoa poikkeus oli itseluottamus, jossa ryhmien keskiarvot erosivat alkumittauksessa toisistaan merkitsevästi sekä t-testillä ( $t[47] = 2,228, p = .031$ ) että Mann Whitney -testillä ( $Z = - 2,079, p = .038$ ). KKT + arvot -ryhmän itseluottamuksen keskiarvo oli tällöin korkeampi kuin vastaava KKT + HOT -ryhmän keskiarvo. Toisin sanoen KKT + arvot -ryhmän asiakkaat arvioivat alkumittauksessa itseluottamuksen hieman paremmaksi kuin KKT + HOT -ryhmän asiakkaat. Kuten taulukosta 5 voidaan nähdä, ryhmät muuttuivat tutkimusjakson aikana samalla tavalla eli millään mittarilla ei havaittu tilastollisesti merkitsevää interaktiota.

KKT + arvot -ryhmän sisäisessä tarkastelussa havaittiin, että masentuneisuus laski (BDI:  $F[3,75] = 21,47, p < 0.001$ ), psykologiset oireet vähenivät (GSI:  $F[3,75] = 20,78, p < 0.001$ ), psykologinen joustavuus lisääntyi (AAQ-8:  $F[3,75] = 10,57, p < .001$ ), sosiaalinen toimintakyky parani (JES:  $F[3,75] = 7,23, p < .001$ ), itseluottamus lisääntyi ( $F[3,75] = 5,46, p < .001$ ), mieliala koheni ( $F[3,75] = 9,97, p < .001$ ) ja tyytyväisyys elämään lisääntyi ( $F[3,75] = 8,54, p < .001$ ) tilastollisesti merkitsevästi. Bonferroni-testi osoitti, että BDI-pistemäärä laski tilastollisesti merkitsevästi sekä käyttäytymisanalyysin (mittauksesta I mittaukseen II) että hoidon aikana (mittauksesta II mittaukseen III). Muilla mittareilla tilastollisesti merkitsevät vaikutukset näkyivät vasta hoidon jälkeen (mittaus III). KKT + arvot -ryhmän sisäiset vaikutuksen suuruus -luvut on kuvattu taulukossa 6, josta voidaan havaita, että käyttäytymisanalyysin vaikutus masentuneisuuteen oli pieni. Hoidon jälkeen vaikutus sen sijaan oli masentuneisuudessa ja psykologisissa oireissa suuri ja keskisuuri tyytyväisyydessä elämään, mutta pieni psykologisessa joustavuudessa, sosiaalisessa toimintakyvyssä ja mielialassa. Kuuden kuukauden seurannan jälkeen vaikutukset olivat suuria tai keskisuuria muilla mittareilla paitsi itseluottamuksella, jolla intervention vaikutus oli niin pieni, että se jäi aivan raja-arvon alapuolelle.

TAULUKKO 5. Alkumittauksen (I), käyttäytymisanalyysin jälkeisen mittauksen (II), loppumittauksen (III) ja seurantamittauksen (IV) keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmittäin sekä erot mittausten välillä.

Mittari	Hoitoryhmä	Mittaus I <i>M (SD)</i>	Mittaus II <i>M (SD)</i>	Mittaus III <i>M (SD)</i>	Mittaus IV <i>M (SD)</i>
BDI	KKT + arvot	21,19 (8,33)	16,39 (7,08) a	11,46 (6,45) b,c	8,58 (5,71)
	KKT + HOT	22,92 (6,85)	18,88 (8,82) a	12,38 (8,31) b,c	10,25 (7,20)
SCL-90 (GSI)	KKT + arvot	1,27 (0,43)	1,12 (0,42)	0,76 (0,38) b,c	0,71 (0,47)
	KKT+ HOT	1,46 (0,53)	1,23 (0,66) a	0,94 (0,60) b,c	0,76 (0,55)
AAQ-8	KKT + arvot	32,77 (7,40)	32,31 (7,50)	38,23 (8,70) b,c	38,31 (9,60)
	KKT + HOT	31,08 (7,12)	30,17 (8,73)	36,71 (9,41) b,c	38,58 (9,934)
JES	KKT + arvot	33,50 (6,09)	34,54 (6,88)	36,54 (7,07) b,c	38,77 (7,55)
	KKT + HOT	34,04 (6,13)	34,29 (7,64)	37,62 (7,63) b,c	38,62 (8,00)
Itseluottamus	KKT + arvot	59,27 (18,92)	56,15 (18,06)	67,35 (16,23) c	68,23 (16,62)
	KKT + HOT	48,54 (15,04)	50,21 (16,67)	62,46(15,79) b,c	64,67 (13,00)
Mieliala	KKT+ arvot	44,27 (21,52)	44,50 (17,61)	57,88(18,89) b,c	61,58 (17,29)
	KKT + HOT	43,75 (19,37)	48,33 (19,31)	57,00 (20,12) b, c	60,42 (18,73)
Tyytyväisyys elämään	KKT + arvot	44,77 (14,21)	46,77 (16,34)	57,81 (15,82) b,c	60,88 (18,33)
	KKT+ HOT	48,71 (19,88)	47,83 (16,62)	57,83 (18,19) c	66,79 (12,69) d

Tilastollisesti merkitsevä ero a = I ja II mittauksen välillä; b = I ja III mittauksen välillä; c = II ja III mittauksen välillä; d = III ja IV mittauksen välillä.

KKT + HOT -ryhmän sisäisessä tarkastelussa havaittiin että masentuneisuus laski (BDI:  $F[3,69] = 32,44$ ,  $p < 0.001$ ), psykologiset oireet vähenivät (GSI:  $F[3,69] = 18,88$ ,  $p < 0.001$ ), psykologinen joustavuus lisääntyi (AAQ-8:  $F[3,69] = 11,42$ ,  $p < .001$ ), sosiaalinen toimintakyky (JES:  $F[3,69] = 10,25$ ,  $p < .001$ ), itseluottamus kasvoi ( $F[3,69] = 14,47$ ,  $p < .001$ ), mieliala koheni ( $F[3,69] = 8,00$ ,  $p < .001$ ) ja tyytyväisyys elämään lisääntyi ( $F[3,69] = 12,74$ ,  $p < .001$ ) tilastollisesti merkitsevästi. Bonferroni-testi osoitti, että sekä BDI-pistemäärä että GSI-pistemäärä laskivat tilastollisesti merkitsevästi sekä käyttäytymisanalyysin aikana että sen jälkeen. Muilla mittareilla tilastollisesti merkitsevät vaikutukset näkyivät hoidon jälkeen, mutta tyytyväisyys elämään lisääntyi merkitsevästi vielä seurannan aikana. Taulukon 6 vaikutuksen suuruus -luvusta voidaan havaita, että käyttäytymisanalyysin vaikutus masentuneisuudessa oli pieni ja jäi psykologisissa oireissa alle raja-arvon. Hoidon jälkeen vaikutus oli suuri vain masentuneisuudessa, keskisuuri psykologisissa oireissa ja itseluottamuksessa sekä pieni psykologisessa joustavuudessa, sosiaalisissa taidoissa ja mielialassa, jolloin vain tyytyväisyys elämään -mittarin vaikutus jäi aivan raja-arvon alapuolelle. Seurannassa vaikutus oli suuri masentuneisuudessa, psykologisissa oireissa ja tyytyväisyydessä elämään, muilla mittareilla vaikutus oli keskisuuri.

TAULUKKO 6. *Terapiahoidon vaikuttavuutta kuvaavat ryhmän sisäiset vaikutuksen suuruus -luvut KKT + arvot -ryhmässä ja KKT + ACT -ryhmässä. Luvut kuvaavat hoidon vaikutuksen suuruutta verrattuna hoidon alkuun.*

Mittari	Hoitoryhmä	Mittaus II Cohenin <i>d</i>	Mittaus III Cohenin <i>d</i>	Mittaus IV Cohenin <i>d</i>
BDI	KKT+ arvot	.58	1.17	1.51
	KKT+ HOT	.59	1.54	1.85
SCL-90 (GSI)	KKT+ arvot	.35	1.19	1.30
	KKT+ HOT	.43	.98	1.32
AAQ-8	KKT + arvot	.06	-.73	-.75
	KKT + HOT	.13	-.79	-1.05
JES	KKT + arvot	-.17	-.50	-.87
	KKT + HOT	-.04	-.58	-.75
Itseluottamus	KKT + arvot	.16	-.43	-.47
	KKT + HOT	-.11	-.93	-1.07
Mieliala	KKT+ arvot	-.01	-.63	-.80
	KKT + HOT	-.24	-.68	-.86
Tyytyväisyys elämään	KKT + arvot	-.14	-.92	-1.13
	KKT+ HOT	.04	-.46	-.91

Vaikutuksen suuruus:  $d = .50$  pieni,  $d = .80$  keskisuuri,  $d = 1.10$  suuri.

KKT + arvot -ryhmän ja KKT + HOT -ryhmän pistemäärien keskiarvoja verrattiin toisiinsa vaikutuksen suuruus -parametrin (Roth & Fonagy, 2005) avulla. Taulukossa 7 on esitetty vaikutuksen suuruus -luvut käyttäytymisanalyysin jälkeen, hoidon jälkeen ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen. Hoidon jälkeen ryhmien välillä oli pieni ero vain psykologisissa oireissa, jolloin psykologisia oireita oli hieman vähemmän KKT + arvot -ryhmässä. Kuuden kuukauden seurannan jälkeen KKT + arvot ryhmässä oli hieman vähemmän masennusoireita ja itseluottamus oli hieman parempi, kun taas tyytyväisyys elämään oli hieman parempi KKT + HOT -ryhmässä. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin myös toistettujen mittausten ANOVA:lla, joka osoitti, ettei ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

TAULUKKO 7. Terapiahoidon vaikuttavuutta kuvaavat ryhmien väliset vaikutuksen suuruus -luvut. Luvut kuvaavat hoidon vaikutuksen suuruutta verrattuna hoidon alkuun.

Mittari	Mittaus I-II Cohenin <i>d</i>	Mittaus I-III Cohenin <i>d</i>	Mittaus I-IV Cohenin <i>d</i>
BDI	-.31	-.12	-.26
SCL-90 (GSI)	-.19	-.36	-.09
AAQ-8	.26	.17	.02
JES	.03	.15	.02
Itseluottamus	.34	-.05	.24
Mieliala	-.21	.05	.07
Tyytyväisyys elämään	-.06	-.00	-.37

Vaikutuksen suuruus:  $d = .20$  pieni,  $d = .50$  keskisuuri,  $d = .80$  suuri.

### 3.3 Äkillisen edistymisen yhteys hoitotulokseen

Äkillisen edistymisen ilmiö tapahtui käyttäytymisanalyysin aikana (kahden ensimmäisen tapaamisen aikana) 18 henkilöllä (36 %), joiden BDI-pistemäärän putoamisen keskiarvo käyttäytymisanalyysin jälkeisessä mittauksessa oli 11,33 ( $SD = 3,58$ ), kun vastaava muutos muilla oli 0,56 ( $SD = 4,14$ ) pistettä. Tutkittavat ryhmiteltiin uudelleen niihin, joilla esiintyi äkillisen edistymisen ilmiö, ja niihin, jolla ilmiötä ei esiintynyt. Äkillisen edistyksen ryhmässä tutkittavat jakautuivat tasaisesti KKT + arvot -ryhmän ja KKT + HOT -ryhmän kesken, sillä kummastakin ryhmästä äkillinen edistyminen havaittiin yhdeksällä tutkittavalla. Ryhmien pistemäärien keskiarvot ja -hajonnat on esitetty taulukossa 8. Ryhmien keskiarvoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, paitsi masentuneisuudessa (BDI:  $t[48] = 2,06$ ,  $p = .045$ ), jolloin masentuneisuus oli hieman korkeampi äkillisen edistymisen ryhmässä.

Taulukosta 8 voidaan nähdä, että äkillisen edistymisen ryhmässä muutos käyttäytymisanalyysin aikana (kaksi ensimmäistä tapaamista) oli masentuneisuudessa 59,8 % ja psykologisissa oireissa 48,9 % muutoksesta koko intervention aikana. Asiakkailta, joilla äkillistä edistymistä ei tapahtunut, muutos käyttäytymisanalyysin aikana oli huomattavasti pienempi masentuneisuudessa (6,3 %) ja psykologisissa oireissa (10,0 %). Muilla mittareilla muutos oli käyttäytymisanalyysin aikana tässä ryhmässä lisäksi negatiivinen eli psykologinen joustavuus, sosiaalinen toimintakyky, itseluottamus, mieliala ja tyytyväisyys elämään vähenivät käyttäytymisanalyysin aikana.

TAULUKKO 8. Alkumittauksen (I), käyttäytymisanalyysin jälkeisen mittauksen (II), loppumittauksen (III) ja seurantamittauksen (IV) keskiarvot ja keskihajonnat äkillisen edistymisen ryhmässä ja niillä joilla äkillistä edistymistä ei tapahtunut. Lisäksi taulukossa on ilmoitettu pistemäärän prosentuaalinen muutos käyttäytymisanalyysin jälkeen (mittauksesta I mittaukseen II) suhteessa koko intervention muutokseen (mittauksesta I mittaukseen IV).

Mittari	Hoitoryhmä	Mittaus I <i>M (sd)</i>	Mittaus II <i>M (sd)</i>	Muu tos %	Mittaus III <i>M (sd)</i>	Mittaus IV <i>M (sd)</i>
BDI	Äkillinen edistyminen	24,89 (6,55)	13,56 (7,01) a	59,8	8,06 (5,40) b, c	5,94 (5,51)
	Muut	20,41 (7, 20)	19,84 (7,68)	6,3	14,06 (7,46) b, c	11,31 (6,21)
SCL-90 (GSI)	Äkillinen edistyminen	1,38 (0,51)	0,95 (0,49) a	48,9	0,59 (0,35) b, c	0,50 (0,38)
	Muut	1,35 (0,48)	1,30 (0,54)	10	0,99 (0,52) b, c	0,87 (0,52)
AAQ-8	Äkillinen edistyminen	31,56 (8,66)	32,39 (7,82)	6,6	42,56 (8,09) b, c	44,11 (8,00)
	Muut	32,19 (6,45)	30,66 (8,31)	-44,1	34,66 (8,28) c	35,66 (9,27)
JES	Äkillinen edistyminen	34,33 (7,33)	37,72 (7,14)	41,5	41,33 (6,60) b, c	42,50 (6,61)
	Muut	33,44 (5,31)	32,56 (6,60)	-27,9	34,66 (6,59) b	36,56 (7,37)
Itseluottamus	Äkillinen edistyminen	51,50 (17,92)	57,17 (18,05)	23,8	73,61 (13,43) b, c	75,33 (11,32)
	Muut	55,59 (17,90)	51,12 (17,06)	-74,9	60,16 (15,53) c	61,56 (14,58)
Mieliala	Äkillinen edistyminen	42,17 (22,71)	52,94 (19,88)	41,1	65,33 (15,96) b	68,39 (15,97)
	Muut	45,06 (19,13)	42,62 (16,62)	-20,9	53,03 (19,81) c	56,75 (17,66)
Tyytyväisyys elämään	Äkillinen edistyminen	44,78 (17,65)	53,17 (16,29)	34,2	66,56 (10,86) b, c	69,33 (20,03)
	Muut	47,72 (16,98)	43,97 (15,62)	-29	52,91 (17,70) c	60,56 (12,48)

Tilastollisesti merkitsevä ero a = I ja II mittauksen välillä; b = I ja III mittauksen välillä; c = II ja III mittauksen välillä; d = III ja IV mittauksen välillä.

Äkillisen edistymisen ryhmän sisäisessä tarkastelussa havaittiin, että masentuneisuus laski (BDI:  $F[3,51] = 54,99$ ,  $p < 0.001$ ), psykologiset oireet vähenivät (GSI:  $F[3,51] = 28,59$ ,  $p < 0.001$ ), psykologinen joustavuus lisääntyi (AAQ-8:  $F[3,51] = 26,16$ ,  $p < .001$ ), sosiaalinen toimintakyky parani (JES:  $F[3,51] = 10,81$ ,  $p < .001$ ), itseluottamus lisääntyi ( $F[3,51] = 16,78$ ,  $p < .001$ ), mieliala koheni ( $F[3,51] = 9,58$ ,  $p < .001$ ) ja tyytyväisyys elämään lisääntyi ( $F[3,51] = 10,56$ ,  $p < .001$ ) tilastollisesti merkitsevästi. Bonferroni-testi osoitti, että masentuneisuus (BDI) ja psykologiset oireet (GSI) laskivat tilastollisesti merkitsevästi sekä käyttäytymisanalyysin (mittauksesta I mittaukseen II) että hoidon aikana (mittauksesta II mittaukseen III). Muilla mittareilla tilastollisesti merkitsevät vaikutukset näkyivät vasta hoidon jälkeen (mittaus III). Taulukon 9 vaikutuksen suuruus -luvuista voidaan havaita, että käyttäytymisanalyysin vaikutus oli suuri masentuneisuudessa ja keskisuuri psykologisissa oireissa. Hoidon vaikutus oli suuri masentuneisuudessa, psykologisissa oireissa, psykologisessa joustavuudessa, itseluottamuksessa ja tyytyväisyydessä elämään sekä keskisuuri sosiaalisessa toimintakyvyssä ja mielialassa. Kuuden kuukauden seurannan jälkeen hoidon vaikutus oli suuri kaikilla mittareilla.



TAULUKKO 9. *Terapiahoidon vaikuttavuutta kuvaavat ryhmän sisäiset vaikutuksen suuruus -luvut äkillisen edistymisen ryhmässä ja muiden ryhmässä. Luvut kuvaavat hoidon vaikutuksen suuruutta verrattuna hoidon alkuun.*

Mittari	Hoitoryhmä	Mittaus II Cohenin <i>d</i>	Mittaus III Cohenin <i>d</i>	Mittaus IV Cohenin <i>d</i>
BDI	Äkillinen edistyminen	1.73	2.57	2.89
	Muut	.08	.88	1.26
SCL-90 (GSI)	Äkillinen edistyminen	.84	1.55	1.73
	Muut	.10	.75	1.00
AAQ-8	Äkillinen edistyminen	-.10	-1.27	-1.45
	Muut	.24	-.38	-.53
JES	Äkillinen edistyminen	-.46	-.95	-1.11
	Muut	.17	-.23	-.58
Itseluottamus	Äkillinen edistyminen	-.32	-1.23	-1.33
	Muut	.25	-.26	-.33
Mieliala	Äkillinen edistyminen	-.47	-1.02	-1.15
	Muut	.13	-.41	-.61
Tyytyväisyys elämään	Äkillinen edistyminen	-.48	-1.23	-1.39
	Muut	.22	-.31	-.76

Vaikutuksen suuruus:  $d = .50$  pieni,  $d = .80$  keskisuuri,  $d = 1.10$  suuri.

Myös muiden ryhmän sisäisessä tarkastelussa havaittiin, että masentuneisuus laski (BDI:  $F[3,93] = 24,25$ ,  $p < 0.001$ ), psykologiset oireet vähenivät (GSI:  $F[3,93] = 18,03$ ,  $p < 0.001$ ), psykologinen joustavuus lisääntyi (AAQ-8:  $F[3,93] = 6,20$ ,  $p < .001$ ), sosiaalinen toimintakyky parani (JES:  $F[3,93] = 9,40$ ,  $p < .001$ ), itseluottamus lisääntyi ( $F[3,93] = 6,20$ ,  $p < .001$ ), mieliala koheni ( $F[3,93] = 10,62$ ,  $p < .001$ ) ja tyytyväisyys elämään lisääntyi ( $F[3,93] = 13,01$ ,  $p < .001$ ) tilastollisesti merkitsevästi. Bonferroni-testi osoitti, että tilastollisesti merkitsevät muutokset havaittiin kaikilla mittareilla vasta hoidon jälkeen (III mittaus). Taulukon 9 vaikutuksen suuruus - luvuista voidaan nähdä, että käyttäytymisanalyysillä ei ollut vaikutusta tässä ryhmässä, mutta hoidolla oli keskisuuri vaikutus masentuneisuuteen ja pieni vaikutus psykologisiin oireisiin. Kuuden kuukauden seurannassa hoidon vaikutus oli suuri masentuneisuudessa, keskisuuri psykologisissa oireissa ja pieni psykologisessa joustavuudessa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, mielialassa ja tyytyväisyydessä elämään.

TAULUKKO 10. *Terapiahoidon vaikuttavuutta kuvaavat ryhmien väliset vaikutuksen suuruus -luvut. Luvut kuvaavat hoidon vaikutuksen suuruutta verrattuna hoidon alkuun.*

Mittari	Mittaus I-II Cohenin <i>d</i>	Mittaus I-III Cohenin <i>d</i>	Mittaus I-IV Cohenin <i>d</i>
BDI	-.85	-.92	-.91
SCL-90 (GSI)	-.68	-.90	-.81
AAQ-8	.21	.97	.98
JES	.75	1.01	.85
Itseluottamus	.34	.93	1.05
Mieliala	.56	.68	.69
Tyytyväisyys elämään	.58	.93	.53

Vaikutuksen suuruus:  $d = .20$  pieni,  $d = .50$  keskisuuri,  $d = .80$  suuri.

Äkillisen edistymisen ryhmän ja muiden ryhmän pistemäärien keskiarvoja verrattiin toisiinsa vaikutuksen suuruus -parametrin (Roth & Fonagy, 2005) avulla. Taulukossa 10 on esitetty vaikutuksen suuruus -luvut käyttäytymisanalyysin jälkeen, hoidon jälkeen ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen. Analyysin perusteella voidaan sanoa, että käyttäytymisanalyysin jälkeen (mittaus I-II) ryhmien välillä oli äkillisen edistymisen ryhmän eduksi suuri ero masentuneisuudessa ja keskisuuri ero psykologisissa oireissa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, mielialassa ja tyytyväisyydessä elämään. Hoidon jälkeen ero ryhmien oli suuri masentuneisuudessa, psykologisissa oireissa, psykologisessa joustavuudessa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, itseluottamuksessa ja tyytyväisyydessä elämään. Erot ryhmien välillä säilyivät kuuden kuukauden seurannassa kaikilla muilla mittareilla paitsi tyytyväisyydessä elämään, jolla ero oli seurannassa keskisuuri.

#### 4. POHDINTA

Tutkimuksen päätavoite oli tarkastella lyhyen psykologisen terapian tehokkuutta ja tehokkuuteen vaikuttavia tekijöitä. Ensinnäkin tutkimuksessa selvitettiin pystyvätkö psykologian loppuvaiheen opiskelijat hoitamaan masennusasiakkaita yliopistokoulutuksessa annetun opetuksen jälkeen. Toiseksi tutkittiin sitä, parantaako hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelu lyhythoidon tulosta. Kolmanneksi tutkimuksessa selvitettiin, onko psykologisten oireiden nopealla vähenemisellä hoidon alussa (nk. äkillinen edistyminen) yhteys hoitotuloksiin.

Ensinnäkin lyhythoidon hoitotulos oli tilastollisesti merkitsevä kaikilla seitsemällä mittarilla. Tämä tulos ei ollut yllättävä, sillä aikaisempien tutkimusten mukaan psykologian opiskelijat ovat pystyneet hoitamaan masennusasiakkaita tehokkaasti 10 tapaamisen interventiolla saatuaan ensin 20 tuntia terapiaan valmistavaa koulutusta ja työnohjausta lyhythoidon aikana (esim. Haapala, 2008; Tuomela, 2006). Myös masennuksen kliiniset hoitotulokset olivat vaikuttavia. Lyhythoidon alussa tutkittavista 72 % täytti keskivaikean tai vaikean masennuksen kliiniset kriteerit. Intervention päätyttyä vaikean masennuksen kriteerejä ei täyttänyt enää kukaan ja keskivaikea masennus oli vain 14 %:lla tutkittavista. Alkumittauksessa kahden tutkittavan (4 %) BDI-pistemäärä jäi yhdellä pisteellä alle masennuksen raja-arvon, kun intervention päätyttyä 52 % tutkittavista ei täyttänyt enää masennuskriteerejä lainkaan. Tulokset tukevat laajaa empiiristen tutkimusten joukkoa, jossa KKT on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi masennuksen hoidossa (esim. Butler ym., 2006; Roth & Fonagy, 2005; Öst, 2006).

Hoitotulokset paranivat eniten hoidon aikana (mittauksesta II mittaukseen III), jolloin masentuneisuus ja psykologiset oireet vähenivät, psykologinen joustavuus ja sosiaalinen toimintakyky lisääntyivät, itseluottamus nousi, mieliala koheni ja tyytyväisyys elämään lisääntyi. Varsinaisilla hoitomenetelmillä oli selvästi suurin vaikutus hoidon lopputulokseen. Käyttäytymisanalyysin vaikutus näkyi vain masentuneisuuden ja psykologisten oireiden mittareilla, joilla pistemäärien ero alkumittaukseen oli tilastollisesti merkitsevä. Käyttäytymisanalyysiä käytettiin tässä tutkimuksessa asiakkaan elämäntilanteen arviointimenetelmänä ennen varsinaista hoitoa, joten sillä ei odotettu olevan tilastollisesti merkitsevää vaikutusta. Äkillisen edistymisen ilmiöön liittyvän keskustelun (mm. Kelly ym., 2004; Leiman, 2010; Tang & DeRubeis, 1999; Tang ym., 2005) pohjalta tulos ei kuitenkaan ollut yllättävä.

Toiseksi tutkittiin mahdollisuutta parantaa KKT:n hoitotulosta opettamalla asiakkaille hyväksymis- ja tietoisuustaitoja. Tutkittavat jaettiin kahteen hoitoryhmään, joista toinen sai KKT + arvot -hoidon ja toinen ryhmä KKT + HOT -hoidon sisältäen myös hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelun. Näin hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelu oli ryhmät erottava

tekijä, joka toteutettiin vain KKT + HOT -ryhmän asiakkaiden kanssa. Hoitoryhmien välillä ei havaittu missään mittausvaiheessa tilastollisesti merkitsevää interaktiota, sillä pistemäärien keskiarvojen erot olivat hyvin pieniä. Näin ollen tutkimuksen tulokset poikkesivat Hayesin ja kollegojen (2006) katsauksessaan esittelemistä KKT:tä ja HOT:ia vertaavista tutkimustuloksista. Tulokset eivät myöskään tukeneet Tuomelan (2006) tutkimusta, jossa havaittiin keskisuuri ero KKT + HOT ryhmän hyväksi tyytyväisyydessä elämään -mittarilla. On kuitenkin huomioitava, että tutkimusasetelmat sekä Hayesin ja kollegoiden että Tuomelan tutkimuksissa poikkesivat tästä tutkimuksesta. Hayes tarkasteli KKT:tä ja HOT:ia menetelmällisesti puhtaasti erillään, kun taas Tuomelan tutkimuksessa toista ryhmää hoidettiin vain KKT-menetelmällä ilman arvokeskustelua ja toista ryhmää hoidettiin sekä KKT- että HOT-menetelmällä.

Kuten Joensuun (2009) tutkimuksessa, myös tässä tutkimuksessa psykologinen joustavuus lisääntyi hoidon aikana tilastollisesti merkitsevästi kummassakin hoitoryhmässä. Lappalaisen ym. (2007) ja Tuomelan (2006) tutkimuksissa psykologinen joustavuus lisääntyi enemmän KKT + HOT -ryhmässä kuin KKT-ryhmässä. Tutkimusasetelma tässä tutkimuksessa, kuten Joensuun tutkimuksessakin (jossa tutkimusasetelma oli sama ja aineistokin osittain sama), poikkesi Lappalaisen ja Tuomelan asetelmista siinä, että tässä arvokeskustelu annettiin myös KKT-ryhmälle. Näin ollen mielenkiintoinen kysymys on, lisääkö arvokeskustelu psykologista joustavuutta? Tutkimustulokset viittaavat siihen, että psykologinen joustavuus lisääntyi myös KKT-ryhmässä silloin, kun arvokeskustelu lisättiin KKT:n menetelmiin. Arvokeskustelun merkitystä hoidoissa tulisi selvittää tulevissa tutkimuksissa, sillä pelkkien hyväksyntä- ja tietoisuustekniikoiden lisääminen KKT:n menetelmiin ei tässä tutkimuksessa parantanut hoitotulosta.

Näiden tulosten pohjalta voidaan myös kysyä, onko arvokeskustelu se mikä HOT:issa vaikuttaa eniten hoitotulokseen? Useiden tutkimusten mukaan HOT on ollut vähintään yhtä tehokas hoitomuoto kuin kognitiivinen terapia (Forman ym., 2006; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989), mutta myös vastakkaisia tuloksia on esitetty masennuksen hoitoa koskien (Powers ym., 2009). HOT:n vaikuttavuustutkimuksia on lisäksi kritisoitu lyhyistä seuranta-ajoista ja niiden puuttumisesta (Öst, 2008). HOT:in tutkimus nimenomaan masennuksen hoidossa on ollut kaikkiaan vielä melko vähäistä, mutta tulokset ovat olleet niin lupaavia, että tutkimusta tulee lisätä. Tulevissa tutkimuksissa olisi mielenkiintoista rakentaa tutkimusasetelma niin, että KKT ja HOT erotettaisiin menetelmällisesti toisistaan ja lisäksi otettaisiin mukaan kolmas ryhmä, jolle annettaisiin pelkkä arvokeskustelu. Tällöin päästäisiin vertaamaan pelkällä arvokeskustelulla hoidettua ryhmää kumpaankin hoitomenetelmäryhmään.

Kolmanneksi tutkimuksessa selvitettiin, onko äkillisen edistymisen ilmiöllä (Tang & DeRubeis, 1999) yhteys hoitotuloksiin. Äkillinen edistyminen alkumittauksen ja

käyttäytymisanalyysin jälkeisen mittauksen välillä havaittiin 18 tutkittavista (36 %), jotka jakautuivat tasan KKT + arvot -ryhmän ja KKT + HOT -ryhmän välillä. Tutkittavat ryhmiteltiin uudelleen kahteen ryhmään sen mukaan esiintyikö heillä äkillisen edistymisen ilmiö käyttäytymisanalyysin aikana vai ei. Äkillisen edistymisen ryhmässä BDI-pistemäärän pudotuksen keskiarvo käyttäytymisanalyysin jälkeen oli 11,33 pistettä, joka vastaa Tangin ja DeRubeisin (1999) tutkimuksen 11,2:den pudotusta. Ryhmien BDI-pistemäärät erosivat erittäin merkitsevästi sekä hoidon lopussa että seurannan jälkeen, minkä perusteella voidaan todeta, että äkillisellä edistymisellä oli käyttäytymisanalyysin aikana tilastollisesti merkitsevä vaikutus hoitotulokseen. Tämä tutkimustulos tukee useiden tutkimusten tuloksia (esim. Ilardi & Craighead, 1994; Stiles ym., 2003; Tang & DeRubeis 1999).

Ilardin ja Craigheadin (1994) mukaan äkillisen edistymisen taustalla olisivat terapian yleiset tekijät eivätkä niinkään terapiamenetelmien erityispiirteet. Myös Leiman (2010) uskoo terapian yleisten tekijöiden vaikuttavan terapiamenetelmiä enemmän, sillä BDI -pistemäärää laskee hänen mukaansa ensisijaisesti tutkittavan itsearviointiin perustuva tiedonkeruutapa. Tällöin BDI-pistemäärän nopea lasku ei johtuisi masennusoireiden vähentymisestä vaan kuvaisi ennemminkin asiakkaan helpotuksen tunnetta hänen aloittaessaan terapian (ks. Stiles, 1988). Tämän tutkimuksen tuloksissa mielenkiintoista on se, että äkillinen edistyminen tapahtui juuri masentuneisuudessa ja psykologisissa oireissa, mutta ei esimerkiksi psykologisessa joustavuudessa, jossa tulokset näkyivät vasta hoidon jälkeen. Tutkimuksen kaikki seitsemän mittaria olivat itsearviointimittareita. Näin ollen voitaisiin ajatella, että äkillinen edistyminen raportoiduissa masennusoireissa voi kuvata terapian luomaa toiveikkuutta (Ilardi & Craighead, 1994), mutta ei ole selitettävissä vain tutkimuksen itsearviointiin perustuvilla piirteillä (ks. Leiman, 2010; Stiles, 1988). Jatkotutkimuksissa asiakkaiden toiveikkuutta voitaisiin selvittää omalla mittarilla mittauksen yhteydessä niin, että nähtäisiin toiveikkuuden yhteys äkilliseen edistymiseen.

Tutkimuksen vahvuutena on aikaisempia KKT:n ja HOT:in menetelmiä vertailevia pro gradu -tutkielmia suurempi aineisto, joka on myös suurempi kuin aineistot monissa kansainvälisissä tieteellisissä artikkeleissa raportoiduissa tutkimuksissa. Tutkimuksen vahvuus on myös se, ettei hoidon vaikuttavuutta ole tällä asetelmalla aikaisemmin tutkittu intervention eri vaiheissa niin, että pelkkä ongelmakartoitus olisi erotettu varsinaisista hoitomenetelmistä. Näin tutkimuksessa pystyttiin tarkastelemaan esimerkiksi äkillisen edistymisen ilmiötä irrallaan varsinaisista terapiamenetelmistä. Lisäksi tutkimuksella on tieteellisesti merkittävä kontribuutio äkillisen edistymisen keskusteluun osoittaessaan, ettei äkillisen edistymisen ilmiö selity itsearviointiin perustuvan aineiston keruun avulla, kuten on esitetty (Leiman, 2010; Stiles, 1988).

Tutkimuksella oli myös joitakin rajoituksia. Ensinnäkin äkillisen edistymisen kriteerit (Tang & DeRubeis, 1999) eivät täysin täytyneet, sillä kolmas kriteeri jäi täyttymättä mittauskertojen vähäisen määrän vuoksi. Jotta äkillisen edistymisen kriteerit olisivat voineet täytyä, BDI-mittaus olisi pitänyt tehdä jokaisen terapiatapaamisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa tutkittavia ei haluttu kuormittaa ylimääräisellä kaavakkeiden täytöllä, kun äkillisen edistymisen kriteereitä ei huomioitu vielä aineiston keruuvaiheessa. Toiseksi terapiamenetelmien erottaminen toisistaan muodosti haasteen psykologian loppuvaiheen opiskelijoille, joilla terapiakoulutusta oli vain 20 tuntia, ja jotka hoitivat kahta ensimmäistä terapia-asiakastaan. Haaste syntyi siitä, että sama terapeutti hoiti kahta asiakasta kahdella eri menetelmällä, jotka hänen tuli vastaanotolla tietoisesti erottaa toisistaan. Pystyivätkö terapeutit erottamaan menetelmät puhtaasti toisistaan varsinaisessa hoitotilanteessa? Toisaalta kymmenen tapaamista on myös melko lyhyt hoitoaika, mikä herättää kysymyksen siitä, kuinka hyvin terapeutit ehtivät syventyä sekä KKT:n että HOT:in menetelmiin KKT + HOT -hoidon yhteydessä. Vai oliko niin, että osa käytti vain KKT-menetelmiä kummassakin ryhmässä ja vain osa erotti menetelmät toisistaan? Koska tutkimuksessa ei pystytty vakuuttumaan siitä, mitä menetelmiä tarkkaan ottaen käytettiin, kuinka paljon mitäkin menetelmää käytettiin ja kuinka paljon hyväksymis- ja tietoisuustaitoja opetettiin asiakkaille, vaikuttaa tämä epävarmuus myös johtopäätösten luotettavuuteen. Tarkkuutta menetelmien käytön seurantaan ja raportoimiseen voisi lisätä tulevissa tutkimuksissa.

Tutkimuksen tulokset olivat vaikuttavat 20 tunnin terapiamenetelmien opetuksen jälkeen. Terapiamenetelmillä oli tutkimuksessa suurempi vaikutus hoitotulokseen kuin käyttäytymisanalyysillä tai seurannalla. Valmistuneista psykologeista vain murto-osa hakeutuu terapiakoulutukseen ja siksi lyhyempi terapiamenetelmien opetus voisi edistää psykologin ammatissa työskentelyä. Tutkimus osoittaa, että hoitotulokset ovat vaikuttavat lyhyenkin terapiamenetelmäkoulutuksen jälkeen psykologiksi valmistumassa olevilla opiskelijoilla. Yhteiskunnallisella tasolla tämä on merkittävä tulos siksi, että masennuksen hoitoon käytettävät resurssit ovat kansantaloudellisesti niukat ja masennus aiheuttaa kansantaloudellisesti merkittäviä kustannuksia (Greenberg ym., 2003). Psykoterapiaan pääsy on hankalaa, jonot ovat pitkiä ja masentuneen on itse nähtävä vaivaa saadakseen terapian järjestettyä. Tämä voi olla masentuneelle vaikeaa sairauteen liittyvän toimintakyvyttömyyden vuoksi (Murray & Lopez, 1997). Lyhyt terapiainterventio heti akuutin masennuksen yhteydessä joko työterveyshuollon tai mielenterveystoimiston järjestämänä voisi estää masennusta pahenemasta ja auttaa masentunutta henkilöä säilyttämään työkykyisyytensä. Tämä voisi pienentää masennuksesta aiheutuvia kustannuksia, joita työkyvyttömyys aiheuttaa yrityksille ja yhteiskunnalle, puhumattakaan

inhimillisestä kärsimyksestä yksilön henkilökohtaisen elämän ja lähipiirin tasolla (ks. Greenberg ym., 2003).

Tutkimuksella oli kolme tärkeää kontribuutiota. Ensinnäkin psykologian opiskelijat pystyivät hoitamaan keskivaikean ja vaikean asteen masennuksen kriteerit täyttäviä asiakkaita lyhythoidolla vaikuttavin tuloksin. Toiseksi hyväksymis- ja tietoisuustaitojen harjoittelun lisäämisellä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoitotuloksiin. Kolmanneksi osalla asiakkaista havaittiin jo kahden ensimmäisen tapaamisen jälkeen äkillinen edistyminen, joka ei selittynyt tutkimuksen itsearviointiluonteella, mutta joka oli yhteydessä hoitotuloksiin. Tutkimuksen pohjalta voidaan sanoa, että psykologian loppuvaiheen opiskelijat saavuttavat vaikuttavia hoitotuloksia, joita voi olla mahdollista ennakoida sillä, kuinka asiakkaan masentuneisuus ja psykologiset oireet vähenevät kahden ensimmäisen tapaamisen aikana. Terveystieteiden tulevaisuuden haasteena on tarjota entistä tarkemmin suunnattuja ja yksilöllisiä lähtökohdat paremmin huomioivia interventioita masennuksen hoitoon. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat ajatusta siitä, että osalle masennusasiakkaita voitaisiin tarjota lyhyitä psykologisia terapiainterventioita esimerkiksi työterveyspsykologin, mielenterveystoimiston psykologin ja terveyskeskuspsykologin vastaanotolla, ja osa puolestaan ohjata pidempikestoiseen psykoterapiaan.

## LÄHTEET

Amerikan psykiatrinen yhdistys. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. tarkastettu painos. Washington, DC: American Psychiatric Association.

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 of measuring depression. *Archives of general Psychiatry*, 4, 561-571.

Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3, 421-433.

Bosc, M., Dubini, A. & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functional scale, the social adaptation self-evaluation scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7, 57-70.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical study of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

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

Delgado, P. & Moreno, F. (1999). Antidepressants and the brain. *International Clinical Psychopharmacology*, 14(1): S9-S16.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., 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 treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Fennell, M. J. & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.



Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definitions of mindfulness. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 315-336.

Folke, F. & Parling, T. (2003). *Acceptance and commitment therapy in group format for individuals who are unemployed and on sick leave suffering from depression: A randomized controlled trial*. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet.

Forman, E. M., Herbert J., Moitra E., Yeomans, P., Geller, P. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification* 31, 772-799.

Gaynor, S. T., Weersing, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ym. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cicherat, M. & Blackburn, I-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W. & Berglund, P. A. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1465-1475.

Haapala, A-M. (2008). *Psykologisen joustavuuden yhteys hoitotulokseen hoidettaessa masennusta kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja hyväksymis- ja omistautumisterapialla*. Pro gradu – tutkielma. Tampere University Press.

Hayes, S. C. (2004) Acceptance and commitment therapy and 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*, (s.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-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. & Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 46*, 137-147.
- 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., Masuda, A., Bisset, 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., Nelson, R.O. & Jarrett, R. B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist, 42*, 963-974.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behaviour therapy. *Clinical Psychology Review, 10*, 649-668.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford 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., Samallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*, 42-46.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M. & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.

Honkonen, T., Aro, T., Isometsä, E., Virtanen, M. & Katila, H. (2007). Quality of treatment and disability compensation in depression: Comparison of 2 nationally representative samples with a 10-year interval in Finland. *Journal Clinical Psychiatry*, 68, 1886-1893.

Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1994). The non-specific factors in cognitive-behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 1, 138-156.

Joensuu, A. (2009). *Kielen pimeä puoli masennuksen hoidossa: hyväksyntään ja tietoisuuteen liittyvien terapiamenetelmien vaikutukset kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksiin*. Pro gradu –tutkielma. Tampere University Press.

Kaelber, C. T., Moul, D. E. & Farmer, M. E. (1995). Epidemiology of depression. Teoksessa E. E. Beckham, & W. R. Leber (toim.), *Handbook of depression*, (2. painos, s. 3-35). New York: Guilford Press.

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.

Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2004). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 703-714.

Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.

Kohlenberg, R., Hayes, S. C. & Tsai, M. (1993). Behavior analytic psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.

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.* Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hynninen, M., Loimala, P., Mikkola, A., Väätäinen, S. & Rantanen, M. (2004). *Sosiaaliset taidot.* Työkirja. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja. Tampere: 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 therapist: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification, 31*, 488-511.

Lappalainen, R., Miettinen, I. & Lehtonen, T. (2007). *Käyttäytymisanalyysi käytännön terapiatyössä.* Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellisen Tutkimuslaitos.

Lehtonen, T. & Lappalainen, R. (2005). *Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä, (2. painos).* Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja 6. Tampereen yliopisto.

Leiman, M. 2010. Mitä Beckin depressioasteikko mittaa. *Psykologia, 45*, 22-30.

Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. & Grosscup, S. J. (1980). Challenging reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 47*, 322-334.

Martell, C. R., Addis, M. E. & Jakobsson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action.* New York: Norton.

Metsämuuronen, J. (2003). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.* Jyväskylä: Gummerrus.

Murray, C. L. J. & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *The Lancet, 349*, 1436-1442.

Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. S. & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.

Neese, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.

Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa S. Salo (toim.) *Toimintakyky – viitekehyksessä arviointiin ja mittaukseen. KELA:n Sosiaali- ja terveystieteiden katsauksia*, 49, 207-225.

Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.

Pilgrim, C. & Galizio, M. (1995). Reversal of baseline relations and stimulus equivalence: I. Adults. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 63, 225-238.

Powers, M. B., Zum, M. B., Vörding, V. S. & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78, 73-80.

Pull, C. B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry* 22, 55-60.

Roberts, J. E., Gliboa, E. & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-423.

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.

Rowa, K., Bielsing, P. J. ja Segal, Z. V. (2005). Masennushäiriö. Teoksessa M. M. Antony, D. R. Ledley & R. G. Heimberg (toim.), *Pysyvä muutos. Kognitiivinen käyttäytymisteoria käytännön terapiatyössä* (s. 286-341). Helsinki: Edita.

Rush, A. J., Kovacs, M., Beck, A. T., Weissenburger, J. & Hollon, S. D. (1981). Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 3, 221-229.

Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*, 25, 27-35.

Stiles, W. B., Leach, C., Barkman, M., Lucock, M. & Iveson, S. ym. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinical conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 14-21.

Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden Gains and Critical Sessions in Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, 894-904.

Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 168-172.

Tang, T. Z., Luborsky, L. & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 444-447.

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

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

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. & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. Teoksessa F. W. Bond & W. Dryden (toim.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*, (s.35-54). John Wiley & Sons.

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

Öst, L-G. (2006). Det Empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. Teoksessa L.-G. Öst, (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.

## **LIITTEET**

Liite 1. Lehti-ilmoitus Tamperelaisessa

### **PSYKOLOGIAN OPISKELIJAT ETSIVÄT PSYKOTERAPIA-ASIAKKAITA**

Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetus- ja tutkimuskliniikka tarjoaa psykoterapiaa masentuneille asiakkaille heidän hyvinvointinsa edistämiseksi. Hoidot tapahtuvat lokamarraskuussa ja hoitojen keskimääräinen pituus on n. 8-10 käyntiä. Terapeutteina toimivat opintojen loppuvaiheessa olevat ammattityön opintoja suorittavat psykologian opiskelijat. Asiakasterapian aikana opiskelijat saavat jatkuvaa työnohjausta. Terapiassa olevat asiakkaat osallistuvat samalla myös hoitomuotojen opetusta ja kehittämistä koskevaan tutkimukseen.

Terapiaan ilmoittautuneet asiakkaat haastatellaan ennen terapian alkamista. Terapiat alkavat sopimuksen mukaan lokakuun alussa. Yhden terapiakäynnin hinta on 15 euroa. Terapia tapahtuu psykologian laitoksella sijaitsevan opetus- ja tutkimusklinikan tiloissa osoitteessa Kalevantie 5, 4. kerros. Ilmoittautumiset puhelimitse 11.-15.9. (viikko 37) ma-pe klo 9-12 ja 15-17, puh. 3551 7634.



## Liite 2. Tutkimustiedoite

### **TUTKIMUSTIEDOTE**

Tampereen yliopiston psykologian laitoksella kehitetään psykoterapiamenetelmiä erilaisten psykologisten ongelmien hoitoon.

Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että psykologian laitoksen opetus- ja tutkimuslinikassa 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 kerätävien 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. 3551 6584.

Toivomme myönteistä suhtautumista tutkimukseemme.

Tutkimuksen johtaja

Raimo Lappalainen  
Lehtori, dosentti  
Psykoterapeutti VET

### Liite 3. Terapiasopimus

#### TERAPIASOPIMUS

Tampereen yliopiston Psykologian opetus- ja tutkimuskliniikka PSYKE 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 ker-tomaan 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 psyko-terapian kehittämistutkimukseen. Kaikki tutkimustiedot käsitellään luottamuksellisina ja säilytetään lukitussa tilassa. Tutkimusta varten kerättävissä lomakkeissa on vain koodinumerot. Aineiston käsit-telijät 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

Liite 4. Taustatietolomake

**TAUSTATIETOLOMAKE** NRO \_\_\_\_\_

Pvm \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.200\_

## 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