

SKARP, EERIKA & TAUBERT, EIJA: Nuoret terapeutit haasteen edessä: kognitiivinen käyttäytymisterapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia opiskelijaterapeuttien asiakastyössä ja koulutuksessa

Pro gradu –tutkielma, 87 s., 41 liites.

Psykologia

Lokakuu 2005

Tässä tutkimuksessa on selvitetty terapiahoitojen vaikuttavuutta kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä sekä terapiakoulutusta osana psykologian opintoja. Tutkimuksessa selvitettiin, miten psykologian loppuvaiheen opiskelijat hoitavat kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä mielenterveyteen liittyvistä ongelmista kärsiviä asiakkaita, ja havaitaanko hoitotulosten välillä eroja hoitomenetelmästä riippuen. Samalla tutkittiin myös sitä, miten lyhyessä ajassa tapahtunut psykoterapiakoulutus terapiatyössä varsin kokemattomille psykologian opiskelijoille onnistuu.

Tutkittavana oli 14 terapeuttia ja heidän 28 asiakastaan, jotka oli satunnaistettu joko kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saavaan ryhmään. Kullakin terapeutilla oli kaksi asiakasta, yksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja yksi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saava asiakas. Ongelmat asiakasryhmillä olivat hyvin samantyyppisiä, tilastollisesti merkitsevää eroa lähtötilanteessa ei ollut ryhmien välillä. Myös muutosvalmius ennen terapioiden alkua oli lähes yhtä suuri molemmissa ryhmissä.

Tutkimuksessa käytettiin arviointimenetelminä BDI-depressiomittaria, SCL 90 –oirekyselykaava-ketta, AAQ –mittaria, JESI-lomaketta sekä mielialaa, itseluottamusta ja elämään tyytyväisyyttä mittaavia skaaloja. Sekä terapeutit että asiakkaat täyttivät lomakkeet terapioiden alussa ja lopussa. Terapeutit myös haastateltiin terapioiden alussa ja niiden loputtua. Lisäksi asiakkaille tehtiin noin puolen vuoden kuluttua terapioiden päätyttyä seurantamittaus samoilla arviointimenetelmillä.

Terapioiden tuloksena molemmat asiakasryhmät hyötivät selvästi annetuista hoidoista, mutta hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saaneessa ryhmässä tulosten paraneminen oli useammilla mittareilla tilastollisesti merkitsevää ryhmän sisällä kuin kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneessa ryhmässä. Loppumittauksessa tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä todettiin arviointimenetelmistä SCL-90 –oirepistemäärissä. Seurantamittauksessa asiakkaiden tilanne oli pysynyt lähes samanlaisena kuin se oli terapioiden päätyttyä, eli saatu hoitotulos on ollut pysyvä vielä noin puoli vuotta terapioiden päättymisen jälkeen. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saaneessa ryhmässä positiiviset muutokset olivat vielä jopa hieman voimistuneet. Tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä hyväksymis- ja omistautumisterapiaryhmän eduksi todettiin JESI-mittarilla ja itseluottamusta ja elämään tyytyväisyyttä mittaavilla skaaloilla. Terapioiden päätyttyä suurin osa molempien ryhmien asiakkaista oli valmis suosittelemaan samaansa hoitoa muille sekä loppuettä seurantamittauksessa.

Ennen terapioiden alkua terapeutit jännittivät jonkin verran terapioiden alkua ja kokivat jonkin verran pelkoa ja ahdistusta, mutta olivat myös innoissaan terapiakoulutuksesta. Terapeuttien pelko ja jännitys vähenivät tilastollisesti merkitsevästi kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytettäessä. Osaaminen lisääntyi merkitsevästi molemmissa menetelmissä. Valtaosa terapeuteista piti terapiakoulutustaan hyvin myönteisenä kokemuksena. Koska tällä terapiakoulutuksella oli selkeästi myönteisiä vaikutuksia niin asiakkaisiin kuin terapeuteihinkin, puoltaisi se tällaisen terapiakoulutuksen jatkamista psykologian ammattityöopinnoissa. Hyväksymis- ja omistautumisterapian käytöstä saadut hyvin myönteiset tulokset tukevat sen tutkimuksen jatkamista sekä terapiamuodon käyttöönottoa yleisemminkin.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	4
1.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia	4
1.1.1 Kognitiivista käyttäytymisterapiaa koskevaa tutkimusta.....	6
1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia	15
1.2.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevaa tutkimusta	21
1.3 Tutkimuksen tavoitteet.....	26
2. MENETELMÄ.....	27
2.1 Tutkimushenkilöt ja –asetelma	27
2.2 Terapeutit	29
2.3 Arviointimenetelmät	30
2.3 Tutkimuksen kulku	31
2.4 Hoitomenetelmät	33
2.5 Tulosten analyysimenetelmät.....	34
3. TULOKSET.....	35
3.1 Asiakkaat.....	35
3.2 Terapeutit	43
3.2.1 Alkuhaastattelu.....	43
3.2.2 Terapeuttien alku- ja loppumittaukset	44
3.2.3 Loppuhaastattelu	48
4. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	53
LÄHTEET.....	58

1. JOHDANTO

1.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivisen käyttäytymisterapian juuret ovat 1950-luvulta lähtien kehittyneessä käyttäytymisterapiassa ja 1960-luvulta lähtien kehittyneessä kognitiivisessa terapiassa. Käyttäytymis- ja kognitiivinen terapia yhdistyivät 1980-luvun lopulla (Rachman 1997, 3). Termiä ”kognitiivinen käyttäytymisterapia” alettiin käyttää tieteellisessä kirjallisuudessa jo 1970-luvun puolivälissä ja ensimmäiset kontrolloidut kokeet terapiahoidoista julkistettiin 1970-luvun lopussa (Clark & Fairburn 1997). Rachmanin (1997, 4) mukaan kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on tullut johtava psykoterapiamuoto länsimaissa ja se on dominoinut kliinistä tutkimusta ja työkäytäntöjä. Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on alettu puhua tärkeimpänä psykoterapiaparadigmana, koska siihen keskittyvät tutkijat ja kliinikot sekä lääketieteen ammattilaiset toimivat läheisessä yhteistyössä ja sitä on testattu randomisoiduissa kokeissa hyvin monenlaisissa koeasetelmissa, jotka ulottuvat lapsuudesta aikuisuuteen (Andersson ym. 2005).

Gelder (1997, 27-28) katsoo, että alusta lähtien sekä käyttäytymis- että kognitiiviselta terapialta vaadittiin vahvaa tieteellistä perustaa. Käyttäytymisterapian alkuvaiheessa pyrittiin soveltamaan eläimillä laboratoriossa tehtyjen ehdollistamiskokeiden tuloksia psyykkisistä häiriöistä kärsiviin ihmisiin. Vähitellen kuitenkin kokeellinen tutkimus ihmisten psyykkisistä häiriöistä alkoi muodostaa sen perustan, jolle häiriöiden hoito alkoi rakentua. Erityisesti kliiniset kokeet fobioista ja pakko-oireisesta häiriöstä auttoivat terapiamenetelmien kehittämässä. Kognitiivinen puoli tuli terapiaan mukaan käytännön kokemuksen myötä kun käyttäytymisterapiaa harjoittavat kliiniset psykologit havaitsivat terapian rajoitteeksi sen, ettei potilaan asenteita ja uskomuksia otettu huomioon. (Emt.)

Rachman (1997) huomauttaa, että kognitiivisten ideoiden ja metodien käyttöönottoa edisti myös psykologiatieteessä tapahtunut siirtymä kohti kognitiivista psykologiaa. Kognitiivinen kieli ja käsitteet alkoivat tulla tunnetuiksi ja korvasivat aikaisemmat käsitteet. Hänen mukaansa kognitiivisen ja käyttäytymisterapian liitti lopulta yhteen paniikkihäiriön hoidon menestyksellinen kehittäminen. (Emt., 17.)

Bernstein ja Nietzel (1980) luettelevat tärkeimpiä käyttäytymisterapiatekniikoita. Systemaattinen poisherkeittäminen (systematic desensitization) on menetelmä, jossa asiakas vähitellen altistetaan pelkonsa kohteelle joko kuvittelemalla se mielessään tai kohtaamalla se tosielämässä (in vivo). Ahdistusreaktiot pyritään estämään esimerkiksi rentoutumistekniikoita käyttämällä. Talvettaminen (flooding) on tekniikka, jota myös käytetään ahdistuksen vähentämiseen, mutta päinvastoin kuin poisherkeittämisessä, siinä altistetaan asiakas suoraan ahdistusta herättävälle stimulukselle suurella intensiteetillä ilman rentoutusta. Assertiivisuusharjoituksilla pyritään parantamaan asiakkaan itseilmaisua sekä eliminoimaan selkeän itseilmaisun kognitiiviset esteet. Mallintaminen (modeling) perustuu Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan. Myös sen avulla on pyritty vähentämään pelkoja. Aversioterapiaa puolestaan on käytetty monista haitallisista tavoista, kuten ylensyömisestä tai huumeiden ja alkoholinkäytöstä eroon pääsemiseksi. Käyttäytymisterapiatekniikkoihin kuuluvat lisäksi skinneriläiset välineellisen ehdollistumisen tekniikat, joilla yritetään muovaila käyttäytymistä kontrolloimalla sen seurauksia. Sen erityinen muoto on biofeedback, jolla pyritään kontrolloimaan autonomisen hermoston toimintaa. (Emt., 364-387.)

Vaikka yllä mainittuja tekniikoita kutsutaan käyttäytymisterapian nimellä, ne toki kaikki sisältävät myös kognitiivisia komponentteja. Bernsteinin ja Nietzelin (1980) mukaan niitä terapioita, joiden tarkoituksena on muuttaa erillisiä, toimimattomia kognitioita, kutsutaan kognitiiviseksi käyttäytymisterapiaksi tai vain kognitiiviseksi terapiaksi. Kognitiivisen käyttäytymisterapian tekniikoita ovat esimerkiksi coping-taitojen harjoittelu, ahdistuksen ja stressinhallintakeinot, ongelmanratkaisun harjoittelu sekä itseohjeistaminen. (Emt., 387.)

Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan kognitiivisten ja käyttäytymisterapeuttisten interventioiden toisistaan erottaminen on ongelmallista. Ensisijaisesti käyttäytymisterapeuttista traditiota kannattavat kliinikot katsovat, että kognitiiviset interventiot ovat tehokkaita vain silloin kun ne vaikuttavat asiakkaan käyttäytymiseen. Puhtaasti kognitiivisen tradition kannattajat taas katsovat, että suoraan tuotetuilla käyttäytymisen muutoksilla, kuten esimerkiksi in vivo –altistuksella on pitkäaikaista vaikutusta ainoastaan silloin kun ne pakottavat muutokseen asiakkaan odotuksissa. (Emt., 9.)

Kognitiivisen käyttäytymisterapian taustalla on useita teoreettisia malleja. Tunnetuimmat näistä ovat Aaron Beckin kognitiivinen terapia ja Albert Ellisin rationaalis-emotiivinen terapia. Rachmanin (1997) mukaan Beck ja Ellis ovat tehneet urauurtavaa työtä erityisesti depression hoidon kehittämisessä 1960-luvulta alkaen. Heidän mukaansa suurin osa häiriöistä johtuu

vääristyneistä kognitioista ja sen lisäksi vääränlaisesta kognitiivisesta prosessoinnista, jotka voidaan parantaa korjaavilla toimilla. Molempien terapiamuodot ovat kohdistuneet näiden väärin prosessien ja kognitioiden korjaamiseen, molemmat keskittyvät tämän hetken ongelmiin ja tämänhetkiseen ajatteluun vastakohtana psykoanalyttiselle työskentelytavalle. Molemmat suosittelevat myös käyttäytymis-harjoituksia, joita he ovat pitäneet keinona saada uutta, korjaavaa tietoa. (Emt., 13.)

1.1.1 Kognitiivista käyttäytymisterapiaa koskevaa tutkimusta

Psykoterapian vaikuttavuutta eri psyykkisiin häiriöihin on tutkittu valtavasti eri puolilla maailmaa. Koska kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on tärkeimpiä psykoterapiamuotoja, on se ollut mukana monenlaisissa koeasetelmissa erilaisten psyykkisten häiriöiden hoidossa.

APA (American Psychological Association) perusti vuonna 1993 työryhmän, jonka tavoitteena oli identifioida tehokkaimmat hoitokeinot tiettyihin psykologisiin häiriöihin tarkkojen metodologisten kriteerien ja ajankohtaisen evidenssin mukaan (ks. Barlow & Hofmann 1997, 101-103). Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiseen lähestymistapaan perustuvat interventiot muodostivat suurimman osan APA:n kliinisen psykologian työryhmän luettelemista ”empiirisesti valideista” terapioidista. KKT todettiin empiirisesti validiksi paniikkihäiriön (joko ilman agorafobiaa tai sen kanssa) hoidossa (Barlow ym. 1989, Clark ym. 1994), yleistyneen ahdistushäiriön hoidossa (Butler ym. 1991) sekä kroonisen kivun hoidossa (Keefe ym. 1992). Altistushoito todettiin päteväksi fobioiden, kuten agorafobian, sosiaalisen fobian, jonkin yksittäisen fobian ja posttraumaattisen stressireaktion hoidossa (Mattick ym. 1990, Trull ym. 1988). Myös ryhmien KKT todettiin tehokkaaksi sosiaalisen fobian hoidossa (Heimberg ym. 1993, Mattick & Peters 1988). Systemaattinen poisherkestäminen todettiin tehokkaaksi yksittäisen fobian hoidossa (Kazdin & Wilcoxin 1976 ja altistaminen sekä reaktion estäminen pakko-oireisen häiriön hoidossa (Marks & O’Sullivan 1988, Steketee ym. 1982). Beckin kognitiivinen terapia todettiin päteväksi depression hoidoksi perustuen Dobsonin (1989) tutkimukseen. KKT oli tehokas bulimian hoitokeino (Fairburn ym. 1993) ja käyttäytymisterapia aviollisten (Azrin ym. 1980, Jacobson & Follette 1985) ja joidenkin seksuaalisten ongelmien hoitomuoto (Auerbach ym. 1977, LoPiccolo & Stock 1986).

Nathan ja Gorman (2002) ovat tehneet oppaan ”A Guide to Treatments That Work”, johon he ovat koonneet ne psykologisten häiriöiden farmakologiset ja psykososiaaliset hoidot, jotka on vahvoilla

tieteellisillä näytöillä todettu päteviksi hoidoiksi. KKT:n he katsovat tehokkaaksi alkoholin väärinkäytön hoidossa, jossa se auttaa potilaita vaikuttamaan elämänolosuhteisiinsa. Ryhmäperusteiset käyttäytymisterapeuttiset interventiot, jotka sisältävät asteittaista altistamista ja sosiaalisten taitojen harjoittelua, ovat olleet tehokkaita estyneen persoonallisuushäiriön hoidossa. Samalla tavoin altistamiseen perustuvat menettelytavat sekä KKT:aan perustuvat hoidot ovat vähentäneet tai poistaneet tehokkaimmin sosiaalisen fobian oireita. Myös sosiaalisten taitojen harjoittelua ja rentoutumistekniikoita on käytetty jonkin verran tuloksellisesti sosiaalisen fobian hoidossa. Altistamiseen perustuvat menettelytavat, varsinkin in vivo-altistus vähentävät tai poistavat lisäksi suurimman osan tai kaikki spesifien fobioiden osatekijät. KKT oli myös tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa, jossa se lisäsi lääkitysohjeiden noudattamista, paransi elämänlaatua sekä tehosti potilaiden stressinhallintakeinojen käyttöä. Kehon dysmorfiinisessa häiriössä KKT on näyttänyt lupaavalta hoidolta. Perinteinen KKT on ollut myös hyvin tehokas bulimian hoitokeino, sillä noin puolella potilaista oireet lakkasivat. Hoito säilytti hyvin tehonsa myös seurannan aikana. Menestyksekkäin yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito sisältää rentoutusharjoituksia ja KKT:aa, joiden tarkoituksena on tuoda huolestuneisuus potilaan kontrollin alaiseksi. KKT on osoittautunut myös tehokkaaksi hypokondrian hoidoksi, jossa se on vähentänyt mm. huomion kiinnittämistä kehon tuntemuksiin sekä korjannut vääriä tietoja ja liioiteltuja uskomuksia. (Emt.)

Nathanin ja Gormanin (2002) mukaan ne interventiot, jotka ovat hyödyntäneet käyttäytymisterapiaa, KKT:aa ja interpersonaalista psykoterapiaa (interpersonal psychotherapy), ovat olleet hyvin tehokkaita depressiopistemäärien vähentämisessä kahdella tärkeimmällä depressiomittarilla mitattuina sekä ovat myös pystyneet pitämään hoitotulokset seurannan aikana. KKT, joka sisältää altistusta sekä rituaalien estämismetodeja, on ensisijainen hoito pakko-oireisessa häiriössä. Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset hoidot, jotka sisältävät koulutusta ahdistuksen ja paniikin luonteesta ja sisältävät jonkinlaista altistusta sekä coping-taitojen käyttöönottoa, ovat osoittautuneet tehokkaiksi paniikkihäiriön hoidoksi (ilman agorafobiaa). Skitsofrenian hoidossa käyttäytymisterapia ja sosiaaliseen oppimiseen perustuvat ohjelmat ovat auttaneet vahvistamaan potilaiden prososiaalista käyttäytymistä. Unihäiriöiden hoidossa käyttäytymisterapeuttiset interventiot ovat olleet tehokkaita varsinkin pitkällä tähtäimellä. Yksilölliset ja ryhmäperustaiset KKT-terapiat ovat osoittautuneet hyödyllisiksi myös somatotyypisten kipuhäiriöiden hoidossa. (Emt.)

Roth ja Fonagy (2005, 18) kirjoittavat, että psykoterapiatutkimuksessa on olemassa hierarkia, jonka perusteella toisia tutkimuksia pidetään tärkeämpänä todistusaineistonsa perusteella kuin toisia. Hierarkiajärjestystä määriteltäessä painottuu tutkimuksen sisäinen validiteetti ulkoista enemmän. Hierarkian ensimmäisen kategorian muodostavat randomisoidut kontrolloidut kokeet ja niiden kasautuminen systemaattisiksi katsauksiksi ja meta-analyyseiksi. Toisessa kategoriassa ovat kontrolloidut kokeet ilman randomisointia tai kvasikokeet ja kokeelliset yhden tapauksen tutkimukset. Kolmannen kategorian muodostavat kohorttitutkimukset, joissa ryhmä potilaita kootaan hoitoihin ja neljännen kategorian muodostavat tapaustutkimukset. Alimpana hierarkiassa ovat erilaiset komiteamietinnöt, ammatilliset mielipiteet ym. (Emt.) Koska KKT:sta on olemassa runsaasti tutkimusaineistoa, viitataan seuraavassa tarkemmassa tutkimuskatsauksessa ensisijaisesti hierarkian ensimmäisen kategorian tutkimuksiin, joista katsaukset ja meta-analyysit sisältävät muiden tutkimusten tietoa.

Anthony Rothin ja Peter Fonagyn vuonna 2005 tekemässä laajassa katsauksessa psykoterapiahoidoista havaittiin, että psykologisesta terapiasta ylipäätään oli hyötyä depression hoidossa verrattuna tilanteeseen, ettei hoitoa saisi lainkaan, mutta se mikä terapia on tehokkain, ei ole niin selvää. On olemassa viitteitä siitä, että KKT olisi tehokkain strukturoitu psykoterapiamuoto, mutta tutkimus ei tue tätä väitettä niin selvästi kun siihen nojaava teoria antaisi ymmärtää. Myöskään siitä ei ole johdonmukaista evidenssiä, kumpi on tehokkaampi, psykologinen vai farmakologinen hoito. (Emt., 96-110.)

Esimerkiksi Elkinin (1994, 1995; Ks. Roth & Fonagy 2005) laajassa tutkimusprojektissa vertailtiin KKT:n, Sullivanin ihmissuhteiden koulukunnan ideoihin perustuvan interpersonaalisen psykoterapian, imipramiinin ja kliinisen hoidon sekä plasebon ja kliinisen hoidon yhdistelmän vaikutusta depression hoitoon 239 potilaalla. Myös lääkehoito sisälsi psykoterapeuttisia elementtejä. Kaikki hoitoasetelmat saivat aikaan merkitsevää paranemista depressiossa verrattuna tilanteeseen ennen hoitoa. Mitään merkitseviä eroja terapioiden välillä ei ollut lievemmin depressiivisillä potilailla, mutta vakavammasta depressiosta kärsivillä interpersonaalinen psykoterapia oli kognitiivista käyttäytymisterapiaa tehokkaampi. Imipramiini ja kliininen hoito oli merkitsevästi tehokkaampi kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia tai plasebo, eikä KKT ollut plaseboa tehokkaampi.

Minnesotan sekä Pennsylvanian ja Vanderbiltn yliopistoissa tutkittiin pelkästään KKT:n, yksinomaisen lääkityksen (imipramiini) sekä KKT:n ja lääkehoidon yhdistelmää depression

hoidossa. Minnesotan yliopiston kokeessa (Evans ym., 1992; Hollon ym., 1992) tutkittiin sekä akuutin hoidon vaikutusta että hoidon jälkeistä depression uusiutumista 107 potilaalla, joilla kaikilla BDI -pistemäärä oli 20 tai sitä suurempi. Hoitojen lopussa ne kaikki osoittautuivat yhtä tehokkaaksi, eikä vakavammin ja lievemmin depressiivisten suhteen ollut eroja. Sen sijaan seuranta tutkimuksessa voitiin todeta eroja ryhmien välillä. Niillä potilailla, jotka saivat ainoastaan lääkitystä tutkimusintervention aikana, oli suurin depression uusiutumisaste (50%) ensimmäisen 4 kuukauden seurannan aikana. KKT:aa ja sen ja lääkehoidon yhdistelmähoitoa saaneilla uusiutumisaste oli 18%. Pelkästään lääkitystä saaneilla depression uusiutuminen tapahtui lisäksi huomattavasti aikaisemmin.

Pennsylvanian ja Vanderbiltn yliopistoissa laajennettiin tätä tutkimusta suurempaan otokseen, jossa oli lievästi tai vakavasti depressiivisiä potilaita, joita hoidettiin sekä KKT:lla että serotoniinin takaisinoton estäjillä (SSRI) (DeRubeis & Amsterdam 2002; Hollon & Shelton 2002) 240 potilaasta 120 sai antidepressiivistä lääkitystä, 60 plasebolääkitystä ja 60 kognitiivista käyttäytymisterapiaa. 8 viikon aikana lääkitystä saaneet potilaat paranivat nopeammin kuin terapiaa ja plaseboa saaneet. (Hoitovaste 1. ryhmässä 50%, 2. ryhmässä 43% ja 3. ryhmässä 25%). 16 viikossa molemmilla aktiivisilla hoidoilla oli 58 % vasteet. Tutkimuksen seurannassa terapiaa saaneilla potilailla uusiutuminen oli merkitsevästi harvinaisempaa kuin plaseboa saaneilla, mutta merkitsevää eroa antidepressiivisellä lääkityksellä ja KKT:lla ei ollut.

Sen sijaan Sheffieldin psykoterapiaprojektissa (Shapiro ym. 1994) vertailtiin KKT:aa ja psykodynaamista/interpersonaalista psykoterapiaa. Molemmat terapiat olivat yhtä tehokkaita, niiden vaikutukset ilmenivät yhtä nopeasti ja niiden tulokset olivat yhteneväisiä asiakkaiden oireiden vakavuudesta huolimatta. Robinsonin ym. (1990) katsauksessa vuosien 1976-1986 tutkimuksista, jotka käsittivät 58 koetta avohoidon psykologisista terapioiden ja 15 kokeesta, joissa vertailtiin psykologisia ja farmakologisia interventioita depression hoidossa. Käyttäytymisterapiassa, kognitiivisessa ja KKT:ssa oli kohtuullinen effect size (1.02, 0.96 ja 0.85) tässä järjestyksessä. Verbaalisten terapioiden effect size oli 0.49.

Jarrett & Maguire (1991) tekivät katsauksen, jossa poimittiin 22 randomisoitua koetta kognitiivisesta terapiasta, 13 käyttäytymisterapiasta, 4 interpersonallisesta terapiasta, 8 lyhyestä dynaamisesta terapiasta ja 1 avioliittoterapia. Verrattuna odotuslistaan, kaikkien terapioiden kokonaistehokkuus oli 50%. Käyttäytymisterapioiden kokonaistehokkuus oli 55%, verrattuna muihin psykoterapiamuotoihin se oli 9% tehokkaampi 6 tutkimuksessa. Kognitiivisella terapialla

kokonaistehokkuus oli 47%, eli se oli suunnilleen yhtä tehokas kuin muut terapiat. Vertailtaessa kaikkia psykologisia terapioita lääkitykseen psykologisilla terapioilla oli 14% etu puolellaan 8 tutkimukseen perustuen. Käyttäytymisterapia yksin oli 24% tehokkaampi (2 tutkimukseen perustuen), kognitiivinen terapia yksin 15% tehokkaampi (3 tutkimusta), lyhyt dynaaminen terapia yksin 8,5% tehokkaampi (2 tutkimusta) ja interpersonaalinen terapia yksin 12%.

Gloaguen ym. (1998) tekivät katsauksen 78 kontrolloidusta kokeesta vuosilta 1977-1996, jossa kognitiivista terapiaa depression ja dystyymisen häiriön hoidossa verrattiin odotuslistaan, plaseboon, käyttäytymisterapiaan ja vaihtoehtoiseen psykologiseen hoitoon. Näistä yli 48 täytti metodologiset laatukriteerit ja sisällytettiin katsaukseen. Meta-analyysissä kognitiivinen terapia ylitti odotuslistan ja plasebon 20 vertailussa (effect size= 0.82), antidepressantit 17 vertailussa (effect size=0.38) ja muut terapiat 22 vertailussa (effect size=0.24). Käyttäytymisterapialla ja kognitiivisella terapialla oli samanlainen vaikutus 13 vertailussa (effect size=0.05).

Leichsenringin (2001) katsauksessa vertailtiin lyhytaikaisen psykodynaamisen psykoterapian ja KKT:n tehokkuutta depression hoidossa yli 13 kerran terapioissa. Molemmat osoittautuivat yhtä tehokkaiksi. Eri tutkimuksissa KKT on osoittautunut myös hyödylliseksi lisähoidoksi vakavasta depressiosta kärsiville sairaalapotilaille. Churchillin ym. (2001) katsauksessa lyhyiden psykoterapiahoitojen tehokkuudesta depression hoidossa tehtiin meta-analyysi 50 tutkimuksesta vuosilta 1973-1998. Tässä katsauksessa KKT osoittautui tehokkaammaksi kuin interpersonaalinen terapia, psykodynaaminen terapia ja supportiivinen terapia.

KKT:n roolia psyykkisten häiriöiden hoidossa on tutkittu eniten depression hoidossa, mutta sen vaikutusta myös muiden psyykkisten häiriöiden hoitoon on tutkittu paljon. Systemaattisen poisherkestämisen ja altistustekniikoiden tehokkuutta spesifien fobioiden hoidossa on tutkittu hyvin paljon. Emmelkamp (1994) sekä Antony ja Barlow (2002) ovat koonneet katsauksen käyttäytymisterapeuttisista fobioiden hoidoista. On olemassa paljon todistusaineistoa sen puolesta, että altistustekniikat ovat tehokkaampia kuin systemaattinen poisherkestäminen erityisesti silloin kun altistamista on pitkitetty siihen asti kunnes ahdistus merkittävästi vähenee (esim. Marshall 1985, 1988). Tutkimusten mukaan noin 70-85% tietyistä fobioista kärsivistä osoittaa kliinisesti merkitsevää paranemista (esim. Emmelkamp 1982, Jansson & Öst 1982, Marks 1987.)

Psykologisia interventioita käytetään kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa yleensä lääkityksen lisänä. KKT:aa käytetään ehkäisemään sairauden uusiutumista sekä depressiivisten oireiden

hallintaan. Tutkimukset (esim. Lam ym., 1999, 2000, 2003; Scott 2001) osoittivat, että sillä on ollut erittäin hyvät tulokset kliiniseen hoitoon verrattuna depressiivisten oireiden hoidossa ja joskus myös bipolaaristen oireiden vähentämisessä.

KKT:lla pyritään hallitsemaan myös sosiaalista fobiaa. Sen hoidossa KKT:n tekniikoista käytetään ajatusten uudelleenmuotoilua, rentoutusharjoituksia, sosiaalisten taitojen harjoittelua ja altistamista pelätyille sosiaalisille tilanteille. Sekä altistaminen että kognitiivinen terapia ovat osoittautuneet laajoissa meta-analyttisissä ja effect-size -katsauksissa tehokkaaksi sosiaalisen ahdistuksen hoidoksi (esim. Chambless & Gillis 1993, Fedoroff & Taylor 2001, Feske & Chambless 1995, Gould ym. 1997, Taylor 1996).

Yleistyneen ahdistushäiriön hoito sisältää erilaisia rentoutustekniikoita ahdistuksen hallitsemiseksi. Kognitiivinen terapia suuntautuu suoraan huolestuttavien ajatusten identifiointiin ja muotoilemiseen. Koska ahdistavien ajatusten ja tilanteiden välttely on tyypillistä tässä häiriössä, sen hoidossa käytettävät lähestymistavat sisältävät usein erilaisia altistustekniikoita. Meta-analyttiset katsaukset ja erilliset tutkimukset osoittavat, että sekä KKT että sovellettu rentoutuminen ovat tehokkaimpia hoitoja yleistyneen ahdistushäiriön hoidossa (esim. Barlow ym. 1992, Borkovec & Ruscio 2001, Borkovec ym. 2002, Butler ym. 1991, Chambless & Gillis 1993, Dugas ym. 2003, Durham & Turvey 1987, Durham ym. 1994, 1999, 2003, Fisher & Durham 1999, Gould ym. 1997, Ladouceur ym. 2000, White ym. 1992, Öst & Breitholtz 2000). Kriteereistä riippuen 50-65% potilaista osoitti kliinisesti merkitsevää paranemista KKT:n menetelmillä hoidettuna ja pystyi myös ylläpitämään muutosta tutkimuksen seuranta-aikana. Muut terapiamuodot, kuten psykodynaaminen terapia ovat osoittautuneet huomattavasti tehottomammiksi kontrolloiduissa kokeissa.

Käyttäytymisterapeuttiset ja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset lähestymistavat ovat tutkituimpia hoitomuotoja paniikkihäiriön hoidossa (joko agorafobian kanssa tai ilman sitä) ja ne ovat osoittautuneet myös tehokkaimmiksi hoitomuodoiksi, vähintään yhtä tehokkaaksi kuin farmakologinen hoito. (Ks. esim. meta-analyysit: Chambless & Gillis 1993, Oei ym. 1999, Salkovskis & Clark 1991, Trull ym. 1988 ja yksittäiset tutkimukset: Al-Kubaisy ym. 1992, Basoglu ym. 1994, Barlow ym. 1989, Beck ym. 1992, Craske ym. 1991, Fava ym. 1995, 2001, Ghosh & Marks 1987, Marks & O'Sullivan 1988, McNamee ym. 1989, Michelson ym. 1996, O'Sullivan & Marks 1990, Park ym. 2001, van den Hout ym. 1994, Öst 1987, 1988, 1994, Öst & Westling 1995). Paniikkihäiriön hoidossa käytettyjä tekniikoita ovat altistaminen, ahdistuksen hallintatekniikat ja kognitiiviset interventiot, joilla pyritään hallitsemaan ahdistusta herättäviä ajatuksia, jotka liittyvät

paniikkiin tai fobiaan. Paniikkihäiriön hoidossa käytetään myös paniikkikontrolliterapiaa, jossa keskitytään ahdistusta herättäviin ajatuksiin, joista seuraa ahdistuksen ja paniikin somaattisia ilmentymiä.

Esimerkiksi Craske & Barlow (2001) tekivät kliinisen tutkimuksen paniikkihäiriön ja agorafobian hoidosta KKT:lla. Siinä keskityttiin erityisesti asiakkaan pelkoihin oman kehonsa tuntemuksia, varsinkin autonomisen hermoston kiihtymistä kohtaan. KKT:aa sovellettiin paniikkihäiriön ja agorafobian hoidossa usealla eri tavalla. Asiakkaalle annettiin tietoa häiriöstä, hänen kognitioitaan pyrittiin organisoimaan uudelleen, tehtiin kotitehtäviä ja käytiin niitä läpi sekä tehtiin rooliharjoituksia. Lisäksi asiakas voitiin altistaa pelätyille kehontuntemuksille turvallisissa olosuhteissa tai luonnollisessa ympäristössä, jossa kognitiivinen uudelleenorganisointi sekä muut ahdistuksenhallintakeinot koeteltiin käytännössä (in vivo –altistus). Crasken ja Barlowin tutkimuksessa KKT osoittautui hyvin tehokkaaksi paniikkihäiriöiden hoidossa, sillä heidän tutkimuksensa asiakkaista 50 – 80 % ”parantui” ja monilla oireet jäivät vain vähäisiksi .

Käyttäytymisterapeuttiset ja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset lähestymistavat dominoivat myös pakko-oireisen häiriön tutkimusta, sillä se on todettu hyvin tehokkaaksi häiriön hoitomuodoksi. Käytetyimmät tekniikat ovat reaktion estäminen ja altistaminen. Kognitiivisen terapian tulokset eivät ole yhtä selviä, mutta sitä käytetäänkin usein yhdessä käyttäytymisterapeuttisten tekniikoiden kanssa. (Meta-analyysejä: Abramowitz 1996, 1997, 1998, Christensen ym. 1987, Kobak ym. 1998, van Balkon ym. 1994. Yksittäisiä tutkimuksia esim. Castle ym. 1994, Cottraux ym. 1993, Emmelkamp 1980, 1994, Emmelkamp & Beens 1991, Foa & Kozak 1996, Marks ym. 1975, McLean ym. 2001, Rabavilas ym. 1979, Salkovskis & Westbrook 1989, Steketee & Shapiro 1995.)

Kaikki tehokkaat posttraumaattisen stressireaktion hoidot sisältävät altistusta, mutta ne eroavat sen suhteen, mitä muita psykologisia tekniikoita käytetään. Mitään selvää tutkimusnäyttöä ei ole siitä, mikä olisi paras altistamistapa. Tehokkaimmat hoidot posttraumaattiseen stressireaktioon ovat tutkimusten mukaan käyttäytymisterapeuttiset ja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset terapiat, joilla on todettu olevan yhtä suuri vaikutus kuin silmänliikepoisherkestämällä ja uudelleenprosessointiterapialla (EMDR). (EMDR:n ja KKT:n vertailua: Van Etten & Taylor 1998. Meta-analyysejä molemmista: Davidson & Parker 2001, Maxfield & Hyer 2002, Sherman 1998, Taylor ym. 2003.) KKT:n tekniikoista käytetään posttraumaattisen stressireaktion hoidossa altistamistekniikoita kuten systemaattinen poisherkestäminen, in vivo- ja pidennetty altistaminen, ahdistuksen hallinta ja näiden tekniikoiden yhdistelmiä (Blanchard ym. 2003, Boudewyns ym.

1990, Bowen & Lambert 1986, Bryant ym. 1999, 2003, Cooper & Clum 1989, Fecteau & Nicki 1999, Foa ym. 1991, 1995, 1999, Foa & Rothbaum, 1988, Frank ym. 1988, Keane ym. 1989, Marks ym. 1998, Paunovic & Öst 2001, Peniston 1986, Resick ym. 1988, 2002, Resick & Schnicke 1992, Richards ym. 1994, Tarrier ym. 1999a,b, Thompson ym. 1995, Vaughn & Tarrier 1992).

KKT:aa on tutkittu myös syömishäiriöissä kuten bulimia nervosassa ja ahmimisessa. Sen sijaan anoreksia nervosan psykologisia hoitoja ei ole kovin paljon tutkittu, mutta joitakin viitteitä on olemassa siitä, että KKT:lla on positiivista vaikutusta häiriöön. Suurimmassa osassa bulimian hoitoa käsittelevistä kokeista on tutkittu KKT:aa. Meta-analyysit osoittavatkin suuria effect-size – lukuja KKT:lla bulimiaa hoidettaessa. Toisaalta tutkimusten seurannoissa luvut eivät ole näyttäneet yhtä hyviltä. (Meta-analyysit: Ghaderi & Andersson 1999, Hartmann ym. 1992, Hay & Bacaltchuk 2001, Lewandowski ym. 1997, Thompson -Brenner ym. 2003.) Käyttäytymisterapeuttisissa menetelmissä potilaat altistetaan yleensä ruoalle ja heitä rohkaistaan pidättymään oksentamisesta ja ulostuslääkkeen käytöstä. (Bulik ym. 1998, Jansen ym. 1989, 1992, Leitenberg ym. 1988, Wilson ym. 1986, 1991, Rossiter & Wilson 1985, Schmidt & Marks 1988, 1989.) KKT bulimian hoidossa sisältää yleensä koulutusta, motivointia sekä itsesäätelystrategioita, syömistä koskevien asenteiden tutkimista ja syömistä koskevan kontrollin parantamista sekä uusiutumisen estämisstrategioiden käyttöä. (Agras ym. 2000, Craighead & Agras 1991, Davis ym. 1997, Fairburn ym. 1985, Freeman ym. 1988, Garner ym. 1993, Goldbloom ym. 1997, Halmi ym. 2002, Hsu ym. 2001, Jacobi ym. 2002, Keel & Mitchell 1997, Leitenberg ym. 1994, Mitchell 1991, Mitchell ym. 1990, Kirley ym. 1985, 1986, 1991, 1993, 1995, Rossiter ym. 1988, Treasure ym. 1996, Troop ym. 1996, 1999 Tuschen-Caffier ym. 2001, Walsh ym. 1997, Wilfley ym. 1993, Wilson ym. 1991, Wilson & Fairburn 1993.) Myös ahmimista on alettu tutkia viime vuosina. Joissakin tutkimuksissa KKT on todettu tehokkaaksi ahmimishäiriön hoitomuodoksi. (Esim. Agras ym. 1994, Eldredge ym. 1997, Pendleton ym. 2002.)

Rothin ja Fonagyn (2005, 266-296) mukaan lääkehoitoa pidetään yleensä tehokkaana skitsofrenian hoitomuotona, mutta kaikki sairaudesta kärsivät eivät hyödy siitä ja niilläkin ihmisillä, jotka lääkehoidosta hyötyvät, sairauden uusiutumisriski on suuri. Psykososiaalisia interventioita pyritäänkin käyttämään sen vuoksi lääkehoidon lisänä. KKT:aa skitsofrenian hoidossa on tutkittu kahdesta lähestymistavasta käsin, joista toinen keskittyy oireiden parantamiseen ja toinen saavuttamaan paremman kiinnittymisen lääkitykseen tai muihin hoidon tekijöihin. Molemmat tutkivat avainuskomuksia ja coping-strategioita ja sitä tapaa, miten asiakkaat ymmärtävät oireensa. (Emt.)

KKT:n on eri tutkimuksissa todettu parantavan skitsofreniaa sairastavien potilaiden henkistä tilaa ja elämänlaatua, mutta sen ei ole todettu vähentävän sairauden uusiutumisen todennäköisyyttä. (Meta-analyysit: Cormac ym. 2002, Dickerson 2000, Gould ym. 2001, Pilling ym. 2000, Rector & Beck 2001. Yksittäisiä tutkimuksia: Drury ym. 1996a, Fowler ym. 1995, Garety ym. 1994, Haddock ym. 1998, 1999, Hogarty ym. 1997a, 1997b, Jakes ym. 1999, Jenner ym. 1998, Kuipers ym. 1998, Lewis ym. 2002, Rector ym. 2003, Sensky ym. 2000, Tarrier ym. 1993a, 1993b, 1998, 2004, Turkington ym. 2002, 1996b, Wiersma ym. 2001.) Sairauteen mukautumistutkimukset ovat jossain määrin epävarmoja, sillä toisaalta terapia näyttäisi vaikuttavan uusiutumista vähentävästi, mutta ei tiedetä, mihin terapian elementteihin se liittyy. (Gumley ym. 2003, Herz ym. 2000, Kemp ym. 1996, 1998).

Käyttäytymisterapeuttisten ja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisten lähestymistapojen mukaan nautintoaineiden väärinkäyttö on opittu, huonosti tilanteeseen sopivaa käyttäytymistä, jota ylläpidetään osaksi siksi koska uskotaan aineiden riippuvuutta aiheuttavaan voimaan sekä keinona hallita stressiä. Terapiat keskittyvät yleensä kehittämään adaptiivisempia coping-taitoja ja haastamaan uskomuksia. Suurin osa lähestymistavoista sisältää myös funktionaalisen analyysin juomiskäyttäytymisestä. Käyttäytymisterapeuttiset tekniikat sisältävät vihjeille altistamisen ja uusintaharjoittelun, joka käsittää aineille reagoitintapojen uudelleenoppimisen. Asiakasta palkitaan myös aineiden käytöstä pidättäytymisestä. Muodolliset terapiat eivät ole kuitenkaan osoittautuneet erityisen tehokkaaksi ainoaksi hoidoksi alkoholismissa, vaan yleensä käytetään erilaisia yhdistelmähoitoja. Tämä koskee myös KKT:aa. (Esim. Conklin & Tiffany 2002, Dimeff & Marlatt 1998, Drummond & Glautier 1994, Irvin ym. 1999, Kadden 2001, Litt ym. 2003, Longabaugh & Morgenstern 1999, Mattick & Jarvis 1993, Morgenstern & Longabaugh 2000, Oei & Jackson 1982, Petry ym. 2000, Ouimette ym. 1997, Rohsenow ym. 2001.) Sen sijaan on olemassa hyvä aineisto sen puolesta, että KKT:aan pohjautuvat uusiutumista estävät ohjelmat ovat hyödyllisiä kokaiiniriippuvaisuuden hoidossa (Carroll ym. 1991, 1994a, 1994b, Maude-Griffin ym. 1998, McKay ym. 1997, Monti ym. 1997, Wells ym. 1994.)

Käyttäytymisterapeuttisten hoitojen on lisäksi osoitettu vähentävän autismiin liittyviä sekundäärisiä ongelmia (Andersson ym. 1987, Birnbrauer & Leach 1993, Eikeseth ym. 2002, Howlin & Rutter 1987, Lovaas 1987, McEachin ym. 1993). Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisista lähestymistavoista ongelmanratkaisutaitojen opettaminen käytöshäiriöisille nuorille on paljon tutkittu ja tehokas hoitomuoto. Se auttaa lapsia kehittämään vaihtoehtoisia tapoja ratkaista

ongelmia, jotka aiheuttavat ongelmallista käyttäytymistä. Se on erityisen tehokasta silloin kun sitä tarjotaan yhdessä vanhempien ohjauksen kanssa. (Kazdin ym. 1992, 1994, 1996, Kazdin & Nock 2003, Kazdin & Wasser 2000.)

Yllä olevassa kirjallisuuskatsauksessa on noussut esille, että on olemassa useita erilaisia ongelma-alueita, joilla KKT:lla on saatu aikaan hyviä tuloksia. Lukuisissa vertailuissa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla lähestymistavoilla on saatu joko parempia tai yhtä hyviä tuloksia erilaisten psyykkisten häiriöiden hoidossa kuin muilla hoitomuodoilla. Näitä psyykkisiä häiriöitä, joihin KKT on todettu tutkimusten perusteella tehokkaaksi hoitomuodoksi ovat erityisesti spesifit fobiat, sosiaaliset fobiat, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, depressio, pakko-oireinen häiriö, posttraumaattinen stressi, syömishäiriöt ja nautintoaineiden väärinkäyttö. Myös monien muiden häiriöiden hoidossa KKT:sta on todettu olevan apua.

1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on ollut vuosikymmeniä johtava psykoterapiaparadigma, mutta Hayesin (2004a, 643-645) mukaan sen johtoasema on alkanut heikentyä. Hänen mukaansa käyttäytymis- ja kognitiiviset terapiat ovat nyt ylipäättään siinä vaiheessa kehityksessään, että perusoletuksia ja malleja on alettu kyseenalaistaa ja on alettu luoda uusia muotoiluja, jotka kilpailevat vanhojen kanssa. Hayesin mukaan yksi syy siihen, että vallitseva paradigma on alkanut heikentyä, on myös se, että tieteenfilosofia on alkanut muuttua. Suurin osa ensimmäisen ja toisen vaiheen kognitiivisista ja käyttäytymisterapioista on nojannut suhteellisen mekanistiseen käsitykseen ihmisestä katsoen inhimillisen kompleksisuuden rakentuvan alkeisosista, suhteista ja voimista ja on pitänyt tieteen päämääränä näiden elementtien mallintamista. Konstruktivistiset postmodernistiset teoriat ovat Hayesin mukaan kuitenkin heikentäneet tätä ideaa. Tieteenfilosofia onkin siirtynyt kontekstuaalisempaan suuntaan. (Emt.)

Nevadan yliopistossa toimivan professori Steven C. Hayesin (2004a, 645-646) ja hänen tutkijaryhmänsä 1980- ja 1990-luvuilla kehittämä Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hayesin mukaan osa edellä kuvattua kehitystä. Suomessa tätä terapiamuotoa kutsutaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaksi (HOT). HOT perustuu sekä ensimmäisen että toisen vaiheen käyttäytymisterapiaan ja kognitiiviseen terapiaan. (Emt.) Lappalaisen ym. (2004, 11, 19) mukaan HOT:ssa ainutlaatuisista on se, että siinä kielen perustutkimus sekä teoreettinen ja filosofinen

analyysi yhdistyvät. Terapian taustalla ovat kielellisten ohjeiden ja sääntöjen vaikutusta selvittävät tutkimukset. HOT:n filosofisena peruslähtökohtana, jonka perusteella se eroaa kognitiivisesta terapiasta, perinteisistä käyttäytymisterapioista sekä muista lähestymistavoista on se, että HOT:ssa ei yritetä muuttaa henkilökohtaista kokemusta vaan sen merkitystä tai funktiota. (Emt.)

Hayes (1999a, 18-20) kirjoittaa, että terapia perustuu funktionaaliseen kontekstualismiin, jonka analyttisenä ytimenä on kontekstualismi tai pragmatismi, jatkuva tekeminen kontekstissaan. Kontekstualismin perustana ovat keskittyminen kokonaisuun tapahtumiin sekä herkkyyys kontekstin roolille tapahtuman luonteen ja funktion ymmärtämisessä. Kontekstualismin totuuskaiteeri on pragmaattinen, eli menestyksellinen toiminta. HOT:ssa totta on se mikä toimii ja terapiassa asiakkaita rohkaistaankin nojaamaan omaan kokemukseensa siitä, mikä toimii ja mikä ei toimi. (Emt.) Hayesin (2004a, 647) mukaan funktionaalisen kontekstualismin mukaisesti HOT:n asiakkaita rohkaistaan hylkäämään kiinnostus omien ajatustensa tai arvioidensa kirjaimelliseen totuuteen ja heitä rohkaistaan sen sijaan omaksumaan kiihkeä ja jatkuva kiinnostus siihen, miten elää arvojensa mukaan. Valittuja arvoja korostetaan merkityksellisen elämän välttämättömänä osatekijänä. HOT:ssa pyritään olemaan avoimia ja hyväksymään kaikki psykologiset tapahtumat vaikka ne olisivat muodollisesti kuinka ”negatiivisia”, ”irrationaalisia” tai vaikkapa ”psykoottisia”. (Emt.)

HOT:n taustalla on myös funktionaaliseen kontekstualismiin perustuva, kieltä ja kognitiota koskeva suhdekehysteoria (Relational Frame Theory). Sen mukaan inhimillisen kielen ja kognition ytimessä on kyky oppia yhdistämään toisiinsa tapahtumia, jotka ovat ympäristön eli kontekstin ohjaamia. Hayes (2004a, 648) kirjoittaa, että teorian mukaan ihmiset yhdistävät toisiinsa jossakin suhteessa olevien asioiden piirteitä niin että suhteiden oppiminen siirretään myös tapahtumiin, jotka eivät välttämättä ole sidoksissa toisiinsa muuten kuin mielivaltaisten vihjeiden (esim. sosiaaliset päähänapistot tai etiketti) nojalla. Suhteiden oppiminen muodostaa suhdekehyn (relational frame). Se on vastavuoroinen siten että kun on opittu, että A on tietyssä suhteessa B:hen, myös B on samassa kontekstissa jossakin suhteessa A:han. Nämä suhteet tuovat mukanaan myös lisää yhdistelmiä. Kun henkilö esimerkiksi oppii että tietyssä kontekstissa A on tietyssä suhteessa B:hen ja B on tietyssä suhteessa C:hen, seuraa tästä jonkinlainen molemminpuolinen A:n ja C:n suhde tässä kontekstissa. (Emt.)

Lappalainen ym. (2004, 19-21) katsovat, että tämänkaltaisilla ilmiöillä saattaa olla yhteyttä käyttäytymisongelmiin. Heidän mukaansa ihmiset pystyvät toimimaan tehokkaasti perustelemalla

käyttäytymisensä säännön ohjaaman tai kielellisten ohjeiden kuvaaman käyttäytymisen perusteella niissä tilanteissa, joissa kokemukseen perustuva oppiminen olisi tehotonta tai vaarallista. Tällainen kielellisten sääntöjen ohjaama käyttäytyminen on kuitenkin usein kaavamaisista, eikä muutu, vaikka käyttäytymisen seuraukset olisivat sellaisia, että muutos voisi olla perusteltua. HOT:ssa pyritäänkin vähentämään tällaista liian jäykkää sääntöjen ohjaamaa käyttäytymistä ja lisäämään ihmisten henkilökohtaisten kokemusten vaikutusta toimintaan. Pahimmillaan säännön ohjaaman käyttäytymisen muodot voivat aiheuttaa psyykkistä kärsimystä. Näin voi käydä esimerkiksi silloin, kun käyttäytymisongelma liittyy sääntöihin, jotka perustuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa saatuihin kokemuksiin, mutta ovat alkaneet vaikuttaa ihmiseen negatiivisesti. Tällöin terapiassa pyritään muuttamaan säännön ohjaamaa käyttäytymistä selkeyttämällä henkilön käyttäytymisen ja hänen ratkaisuyritystensä toimivuutta suhteessa hänen arvoihinsa tarkastelemalla sääntöjen luonnollisia seurauksia ja asiakkaan omia kokemuksia. (Emt.)

Kuivalaisen ja Lappalaisen (2003, 7-11) mukaan suhdekehysteorian käsitteillä molemminpuolinen vastaavuus, yhdistetty vastaavuus ja vaikutteen merkityksen muuntuminen voidaan ymmärtää paremmin niitä asiakkaan kokemia ongelmia, joille on vaikea löytää selkeää selitystä. Esimerkiksi irrationaalisten pelkojen taustalla saattaa olla monimutkaisten tapahtumasarjojen ja niihin liitettyjen sanojen herättämiä merkityksiä. Molemminpuolisessa vastaavuudessa esimerkiksi traumaattisen tapahtuman kuten seksuaalisen hyväksikäytön ja jonkin esineen välisessä suhteessa esine on voinut saada uusia merkityksiä, joita sillä ei aikaisemmin ole ollut. Molemminpuolisesta vastaavuudesta seuraa että esineestä voi tulla pelottava ja vaikutteen merkityksen muuntuessa pelkällä esinettä kuvaavalla sanalla voi olla samoja vaikutuksia kuin itse traumalla. Traumaan liittyneeseen mieheen ja esineeseen voi yhdistyä pelon tunteita. Miehen ja esineen välille voi syntyä johdettu vastaavuussuhde, jossa esineestä tulee yhtä pelottava kuin seksuaalinen hyväksikäyttö ja yhtä pelottava kuin mies. Kuvatunlaiset ilmiöt johtavat siihen, että yksilön voi olla vaikea ymmärtää omia tunteitaan, toimintaansa ja ajatuksiaan ja hän saattaa kehittää järjellään omia selityksiään kokemuksilleen. Nämä selitykset ovat kuitenkin todennäköisesti puutteellisia ja voivat toimia muutoksen esteenä. Tämän takia terapiassa pyritäänkin kokemukselliseen oppimiseen kotitehtävien tai kokemuksellisten harjoitusten kautta. (Emt.)

Hayes ym. (2004b, 45) katsovat, että monet psykopatologioiden muodot voidaan käsittää johtuvaksi epäterveestä yrityksestä kontrolloida ajatuksia, tunteina, muistoja ja muita yksityisiä kokemuksia sekä ihmisten puutteellisena käsityksenä omista arvoistaan ja kyvyttömyydestä toimia niiden mukaan. Hayes ym. (emt.) kertovat edelleen, että HOT:n yleisenä päämääränä on vähentää

kielellisen ajattelun roolia sekä rohkaista asiakasta saamaan kosketuksen kokemuksiinsa suoraan, täydesti ja ilman defensesjä (psykologinen hyväksyminen) ja samaan aikaan käyttäytyä johdonmukaisesti omien arvojen mukaan. Hayesin ym. (1999a, 77) mukaan hyväksyminen on vastakohta välttämislle. Korkeammalla tasollaan se sisältää toimimattomien muutosstrategioiden hylkäämisen ja aktiivisen psyykkisen prosessin tuntea tunteet tunteina, ajatukset ajatuksina ja muistot muistoina. (Emt.)

Lappalaisen ym. (2004, 26-27) mielestä myös psykologia ylläpitää sitä yleistä käsitystä, että ihmisen tulee kyetä hallitsemaan ajatuksiaan ja tunteitaan. HOT:n käsityksen mukaan nämä yritykset ovat kuitenkin tehottomia ja aiheuttavat inhimillistä kärsimystä varsinkin silloin kun ihmisellä on psyykkisiä ongelmia. Mekanismi toimii kielellisesti siten, että kun ihminen yrittää hallita epämiellyttäviä ajatuksiaan tai tunteitaan, hän toimii käyttäen sääntöä: ”Minun pitää päästä epämiellyttävästä ajatuksesta x”. Kuitenkin ihminen näin ajatuksen määritellessään tuottaa juuri sen asian, jonka haluaa poistaa ja itse sääntö tuottaa tunteen tai ajatuksen, jota hän pyrkii välttämään. Samalla tavoin toimii myös kokemuksellinen välttäminen. Kun henkilö pyrkii esimerkiksi välttämään tiettyjä sisäisiä kokemuksiaan kuten trauman aiheuttamia tunteita, voi se lisätä tuota tunnetta. Siten hallintayritykset voivat lisätä trauman merkitystä asiakkaan elämässä ja epämiellyttävien ajatusten ja tunteiden välttäminen lisääkin kärsimystä. (Emt.)

HOT:n peruseriaatteet voidaan esittää myös alkukirjaintensa mukaan: H=hyväksy, O=omistaudu arvojesi mukaiseen elämään ja T=toimi arvojesi mukaan (Lappalainen ym. 2004, 12). HOT:n interventioissa on useita alueita, joilla kaikilla on oma metodologiansa, kotitehtävänsä, harjoituksensa ja metaforansa. (Hayes 2004, 653.) HOT:n tärkeimmät vaiheet on tiivistetty seuraavassa:

1. **Systemin haastaminen.** HOT-terapeutin tehtävänä on heikentää asiakkaan toimimattomia strategioita. Terapian alussa etsitään ne strategiat, joita asiakas on käyttänyt ratkaistakseen ongelmansa ja tarkastellaan, ovatko ne toimineet (Hayes 2004a, 653). HOT:ssa oletetaan, että henkilön yritykset ratkaista ongelmansa ovat olleet osa ongelmaa ja pyritään antamaan asiakkaalle uusi näkökulma, jolla arvioida ongelmaansa (Lappalainen ym. 2004, 3; Hayes ym. 1999a, 87-114.)
2. **Kontrolli ongelmana.** Tämän vaiheen tarkoituksena on näyttää asiakkaalle, kuinka toimimattomat muutosstrategiat perustuvat emotionaaliseen kontrolliin ja välttämiseen

(Hayes ym. 1999a, 115-147). HOT:n mukaan inhimillinen kärsimys on yleismaailmallista ja sen perussyynä on se, että kielellisillä ongelmanratkaisumenetelmillä pyritään ratkaisemaan sellaisia asioita, joissa tämä ei toimi. Yleinen tapa pyrkiä välttämään kärsimystä on esimerkiksi pyrkiä pääsemään eroon epämiellyttävistä tunteista tai ajatuksista, vaikka tämä ei yleensä toimi, koska ihmisten on vaikea hallita sisäisiä tapahtumiaan (ks. edellä). Tämän takia HOT:ssa pyritään hyväksymään asioita, joita ei voi muuttaa ja etsimään ratkaisutapoja, kuinka muuttaa niitä asioita, joita voidaan muuttaa. (Lappalainen ym. 2004, 11.)

3. **Kielellisyyden heikentäminen.** Tähän pyritään kognitiivisilla purkamistekniikoilla. Suhdekehysteorian mukaan kielen ja kognition kirjaimelliset tehtävät ovat kontekstuaalisia. Kognitiiviset purkamistekniikat heikentävät suhteiden oppimisen perusteella aikaansaatuja tiukkoja kielellisiä suhteita. (Hayes 2004a, 653.) Lappalaisen ym. (2004, 89-94) mukaan varsinkin ne sanat, joiden merkitys on emotionaalinen yhdistyvät muihin käyttäytymistottumuksiin. Joistakin sanoista, esimerkiksi ”ahdistuksesta” on saattanut tulla osa emotionaalisia, kognitiivisia ja fysiologisia tapahtumia, jolloin pelkän sanan kuuleminen tuo ihmisen mieleen kielteisiä asioita, joihin se liittyy. Kielellisten yhteyksien heikentämisen tarkoituksena on pystyä käyttämään tai huomioimaan myös muita kuin kielellisten suhteiden avulla opittuja ilmiöitä ja ajatuksia. Kielellisten yhteyksien heikkeneminen voi muuttaa asiakkaan käyttäytymistä, sillä kielen merkityksen muuttaminen voi vähentää aikaisempien kokemusten vaikutusta nykyhetkeen. (Emt.)

Myös tietoisuusharjoituksilla pyritään heikentämään kielellisyyttä ja siten lisäämään käyttäytymisen joustavuutta (Hayes 2004a, 654). Tietoisuusharjoitusten avulla opetellaan olemaan enemmän läsnä nykyhetkessä sekä koetaan epämiellyttävät ajatukset ja tunteet turvallisessa tilanteessa. Harjoituksissa huomio kiinnitetään siihen, mitä tässä ja nyt tapahtuu arvioimatta tapahtumia mitenkään. (Lappalainen ym. 2004, 85.)

4. **Tunne itsestä.** Tämän vaiheen aikana pyritään saamaan asiakas tietoiseksi itsestään jonakin muuna kuin hänen ohjelmoituina reaktioinaan ja itseään koskevinä kielellisinä uskomuksinaan (Hayes ym. 1999a, 82). HOT:ssa yritetään saada asiakas muuttamaan sanallista käsitystä itsestään, mikä on ehkä rajoittanut asiakkaan elämää. Tarkoituksena on erottaa asiakkaan ajatukset ja tunteet hänen todellisesta minästään. Kun asiakas oivaltaa, että ajatukset ja tunteet ovat vain ajatuksia ja tunteita, jotka esiintyvät jossakin tilassa ja paikassa, mutta hän itse on jotakin niistä erillistä, heikentää se kielen ja säännön ohjaaman

käyttäytymisen hallintaa ja asiakas saa näin enemmän mahdollisuuksia toimia. Tähän tilaan pyritään erityisesti tarkkailijaharjoitusten avulla. (Lappalainen ym. 2004, 78-81.)

Hayes ym. (1999a, 186) katsovat, että tunne pysyvistä minuudesta, joka on havainnoinut ympäristöään lapsuudesta lähtien on hyvin tärkeä hyväksynnälle, koska tämänkaltainen pysyvyys ja vakaus tekevät asiakkaalle vähemmän uhkaavaksi hänen elämänsä kivun ja kärsimyksen kohtaamisen, koska syvällä sisimmässään asiakas tuntee, että mitä tahansa tapahtuukin ”minä” määriteltynä tarkkailevana itsenä ei ole uhattuna. (Emt.)

5. **Arvojen kartoittaminen.** Tärkeä vaihe HOT:ssa on auttaa asiakasta identifioimaan hänelle tärkeät arvot sekä ne tavoitteet ja toimet, jotka ovat välttämättömiä niiden saavuttamiseksi (Hayes 1999a, 82). Terapiassa pyritään selvittämään arvoja ja merkityksiä psykologisina ilmiöinä, ei sellaisia arvoja, jotka ovat riippumattomia henkilöstä (filosofiset ja uskonnolliset arvot) (Lappalainen ym. 2004, 57).

Hayes ym. (1999a, 204-234) ja Lappalainen ym. (2004, 57-68) kirjoittavat, että HOT:ssa oletetaan, että jokaisessa asiakkaassa on kaikki se, mitä tarvitaan hänen elämänsä suunnan määrittämiseen. Asiakkaalta on vain kadonnut kyky nähdä ja seurata sitä liiallisen kielellisyyden ja kokemuksellisen välttämisen vuoksi. Yhtenä tärkeimpänä toimena terapiassa erotetaan arvot tunteena ja toimintana, sillä jos arvot sekoitetaan tunteisiin, ei niitä voi kontrolloida. Kun asiakkaalle tärkeät arvot on keskusteluissa selkeytetty eri elämänalueilla ja hän on alkanut nähdä arvot toimintana, auttaa se häntä näkemään elämänsä vapaaehtoisesti valittuna eikä ulkopäin annettuna. Kun asiakkaan toimijuus on vahvistunut, kykenee hän paremmin asettamaan itselleen arvojensa mukaiset päämäärät elämälleen ja toimimaan niiden mukaan. (Emt.)

6. **Halukkuus ja sitoutuminen.** Kun asiakkaan toimimattomat käyttäytymisstrategiat on hylätty, määrätty määrä halukkuutta muutokseen on saatu aikaan ja asiakkaan arvojen mukaiset suunnat elämälle on identifioitu, tullaan vaiheeseen, jossa terapeutti tukee asiakasta sitoutumaan arvojensa mukaiseen toimintaan sallien ajatustensa, tunteidensa ja muistojensa toimia osana elämäänsä (Hayes 1999a, 82).

HOT:ssa käytetään paradokseja, metaforia, tarinoita, harjoituksia, käyttäytymistehtäviä sekä kokemuksellisia prosesseja sen vuoksi, koska siinä kielellisiä prosesseja pidetään jäykkien ja

tehottomien käyttäytymistapojen tärkeimpänä syynä. (Hayes 2004a, 652.) Lappalainen ym. (2004, 34-35) esittävät, että esimerkiksi metaforia käytetään paljon siksi, koska ne eivät ole täsmällisiä ja selviä, joten niitä on vaikea kiistää tai vastustaa oppimiemme kielellisten sääntöjen nojalla. Koska metaforat ovat kuin kuvia, voivat ne parhaimmillaan toimia kokemuksellisena harjoituksena. Metaforat myös muistetaan helposti ja siksi niitä voidaan käyttää myös muissa yhteyksissä joissa ne on opittu. (Ks. myös Hayes 1999a, 83-84.)

1.2.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevaa tutkimusta

Koska HOT on suhteellisen uusi terapiamuoto, on sitä luonnollisesti tutkittu paljon vähemmän kuin KKT:aa. HOT:n tutkimus on kuitenkin tähän mennessä päässyt jo hyvään vauhtiin. HOT:aa on tutkittu depression hoidossa kahdessa randomisoidussa kontrolloidussa kokeessa (Zettle & Hayes 1986 ja Zettle & Raines 1989). Zettlen ja Hayesin (1986) tutkimuksessa 18 depressiosta kärsivää naista jaettiin satunnaisesti joko HOT-ryhmään (6 osallistujaa) tai kahteen muuhun ryhmään, joista molemmissa käytettiin ajatusten uudelleen muotoilua (12 osallistujaa), joka perustui Beckin kognitiiviseen terapiaan (Beck ym. 1979). Hoidot olivat yksilöhoitoja ja ne toteutettiin viikoittain kahden viikon ajan. Molemmat hoidot vähensivät depressiota merkitsevästi mitattuna Hamilton Rating Scale for Depression –mittarilla verrattuna hoitoa edeltäneeseen aikaan. Seurannassa kuitenkin oireet olivat vähentyneet merkitsevästi enemmän HOT-ryhmässä.

Zettlen ja Rainesin (1989) tekemässä randomisoidussa kokeessa osallistujina oli 31 depressiota sairastavaa naista, joita hoidettiin ryhmäterapialla. Tutkimuksessa verrattiin Beckin kognitiivista terapiaa (10 osallistujaa), osittaista kognitiivista terapiaa, josta oli poistettu kognitiivinen etäännyttäminen (10 osallistujaa) sekä HOT:aa (11 osallistujaa). Istuntoja oli 12 kertaa 90 minuuttia kerrallaan. Tässä tutkimuksessa kaikki terapiamuodot vähensivät depressiota merkitsevästi verrattuna hoitoa edeltäneeseen aikaan sekä kahden kuukauden seurannassa.

Ahdistushäiriöistä on tehty kaksi randomisoitua koetta, joissa on tutkittu HOT:n vaikutusta. Zettlen (2003) kokeessa verrattiin HOT:n ja systemaattisen poisherkistämisen vaikutusta matematiikka-ahdistukseen. Tutkittavina oli 37 college-opiskelijaa, joista 30 oli naisia ja 7 miehiä ja joiden keski-ikä oli 31 vuotta. Heidät satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista toista hoidettiin HOT:lla ja toista systemaattisella poisherkistämällä kuusi viikkoa tunti viikossa. Molemmissa ryhmissä matematiikka- ja testiahdistus vähenivät merkitsevästi ja toisiaan vastaavasti ja vaikutukset pysyivät

myös kahden kuukauden seurannassa. Seurannassa ne, joilla oli taipumusta kokemukselliseen välttämiseen, osoittivat suurempaa muutosta matematiikka-ahdistuksessa HOT-ryhmässä.

Myös sosiaalisen ahdistuksen hoidosta HOT:lla ja KKT:lla ryhmäterapiana (Heimberg ym. 1993) molempien ryhmien ahdistus väheni verrattuna kontrolliryhmään (Block 2002). Kokeeseen osallistui 39 college-opiskelijaa, joista 13 oli miehiä ja 26 naisia, 13 kussakin ryhmässä. Mediaani-ikänsä osallistujat olivat 21 vuotta. Hoito sisälsi kolme kertaa HOT:aan perustuvaa julkisen puhumisen työpajaa sekä samankestoista KKT:aa ryhmäterapiana sekä kontrolliryhmän, joka ei saanut hoitoa. HOT-ryhmässä osallistujien halukkuus kokea ahdistusta lisääntyi merkitsevästi ja välttämiskäyttäytyminen julkisen puhumisen aikana väheni merkitsevästi. Ahdistus väheni marginaalisesti altistusharjoitusten aikana verrattuna kontrolliryhmään. Myös KKT-ryhmässä saatiin tulokseksi marginaalisen merkitsevää lisääntymistä halukkuudessa, merkitsevää vähenemistä välttämässä sekä marginaalista vähenemistä raportoidussa ahdistuksessa verrattuna kontrolliryhmään. Lisäksi HOT-ryhmäläiset pysyivät pitemmän aikaa hoidon jälkeisessä altistustehtävässä KKT-ryhmään verrattuna.

HOT:aa koskevia randomisoituja kontrolloituja kokeita on tehty myös työstressin hallinnasta. Bondin & Buncen (2000) kokeessa mediatyhtiön 90 työntekijää (45 miestä ja 45 naista) jaettiin satunnaisesti HOT-ryhmään (30 osallistujaa) sekä käyttäytymistieteellisesti orientoituneeseen IPP-ryhmään (Innovation Promotion Program – 30 osallistujaa), joka rohkaisi osallistujia identifioimaan ja muuttamaan stressiä aiheuttavia tapahtumia työpaikallaan. Tutkimusasetelma sisälsi myös odotuslistakontrolliryhmän (30 osallistujaa). Molemmissa hoitointerventioissa järjestettiin kolme puolen päivän ryhmäistuntoa noin 14 viikon aikana. HOT-ryhmässä osoitettiin merkitsevämpää paranemista kuin IPP- tai kontrolliryhmissä yleisillä stressi- ja psykologisen terveyden mittareilla. Molemmat hoidot olivat lisäksi yhtä tehokkaita depression lieventämisessä sekä lisäämään taipumusta toimia konkreettisesti työpaikan stressoreiden vähentämisessä.

Vakavampien psyykkisten häiriöiden hoitoa HOT:n avulla on tutkittu myös randomisoidulla kokeella. Bachin & Hayesin (2002) tutkimuksessa satunnaistettiin 80 positiivisista psykoottisista oireista kärsivää osallistujaa (51 miestä ja 29 naista) joko TAU-ryhmään (treatment as usual) tai ryhmään, joka sai tavallisen hoidon lisäksi neljä kertaa 45-50 minuuttia HOT:aa. Siinä keskityttiin oireiden kokemisen hyväksymiseen, outojen kognitioiden vähentämiseen vain panemalla merkille ajatukset ennemmin kuin pitämällä niitä joko oikeina tai väärinä, tärkeyteen erottaa oma minä ajatusten sisällöstä sekä sitoutuneen toiminnan rooliin arvopäämäärien saavuttamiseksi. HOT-

potilaat pysyivät kauemmin poissa sairaalasta neljän kuukauden seurannan aikana. Hyväksyminen ja kognitiivinen heikentäminen olivat merkittävässä asemassa hoidossa, sillä yksikään HOT-potilaista, jotka sekä myönsivät oireensa että uskoivat vähemmän oireiden todellisuuteen, ei siirtynyt sairaalaan seurannan aikana.

Hayesin ym. (2004c) kontrolloidussa kokeessa huumeriippuvaisilla, joita hoidettiin metadonilla, osallistujat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, joista yksi sai ainoastaan metadonia (osallistujia 38), toinen sen lisäksi 16 kertaa HOT:aa yksilö- tai ryhmäterapiana (42 osallistujaa) ja kolmas osallistui strukturoituun psykososiaaliseen interventioon (ITSF = Intensive Twelve Step Facilitation, 44 osallistujaa). Tulokset osoittivat, että HOT sai aikaan vähemmän opiaattien käyttöä seurannan aikana kuin metadoniylläpitohoito yksin ja vähemmän huumeiden käyttöä kokonaisuudessaan seurannan aikana.

HOT:n vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen on myös tutkittu. Giffordin ym. (2004) tutkimuksessa 76 kroonista tupakoitsijaa jaettiin satunnaisesti 12 istunnon HOT-ryhmään (33 osallistujaa) ja nikotiinikorvaushoitoryhmään (43 osallistujaa). Tupakoinnin lopettajia oli yhtä paljon molemmissa ryhmissä, mutta yhden vuoden seurannassa HOT-ryhmässä oli enemmän pysyvästi tupakoinnin lopettaneita.

HOT:n vaikutuksia kroonisiin sairauksiin on tutkinut Geiser (1992), jonka julkaisemassa kvasikokeessa verrattiin HOT-perusteista hoitoa KKT:aan kroonisesta kivusta kärsivien ihmisten hoidossa. Molemmat hoidot johtivat toisiaan vastaavaan kliinisesti merkitsevään paranemiseen hoidon loputtua ja niiden vaikutukset myös pysyivät kolmen kuukauden seurannassa.

Kareklan ym. (2004) tutkimuksessa 54 opiskelijaa jaettiin tasan kahteen ryhmään, joista toinen sai korkeat pistemäärät AAQ-mittarilla, jolla mitataan kokemuksellista välttämistä ja joista toinen sai samalla mittarilla matalan pistemäärän. Opiskelijat hengittivät hiilidioksidilla rikastettua ilmaa samalla kun heidän fysiologiset ja subjektiiviset reaktionsa mitattiin. Ne opiskelijat, joilla oli vahva taipumus kokemukselliseen välttämiseen, ilmaisivat enemmän paniikkioireita, vakavampia kognitiivisia oireita sekä enemmän pelkoa ja kontrolloimattomuutta kuin heidän vähemmän välttelevät opiskelutoverinsa. Tutkijat päättelivät, että koska emotionaalisella välttämällä ja epämiellyttävien tunteiden pahenemisella katsotaan olevan yhteys, voi taipumus emotionaaliseen välttämiseen olla riski ahdistushäiriöiden synnylle ja pysymiselle. Toisessa samanlaisessa tutkimuksessa (Eifert & Heffner 2003) jaettiin 60 hyvin ahdistunutta naista satunnaisesti

hyväksymisen ryhmään, jossa pyrittiin hyväksymään ja tietoisesti havainnoimaan tunteita, emotionaalisen kontrollin ryhmään, jossa kontrolloitiin psykologisia kokemuksia palleahengityksen avulla sekä kontrolliryhmään, joka ei saanut ohjeita. Tässä tutkimuksessa HOT-ryhmäläiset käyttäytyivät vähemmän välttelevästi muihin ryhmiin verrattuna ja raportoivat myös vähemmän pelkoa ja kognitiivisia oireita. Kysyttäessä osallistujien halukkuutta osallistua uudelleen samanlaiseen hiilidioksidin hengitystutkimukseen, he raportoivat myös enemmän halukkuutta osallistua uudelleen tutkimukseen kuin vertailuryhmät.

Hiilidioksidilla rikastettua ilmaa käytettiin hyväksi myös Levittin ym. (2004) tutkimuksessa, jossa tutkittiin hyväksymisen vaikutusta paniikkihäiriöön. Tutkimuksessa 60 potilasta jaettiin satunnaisesti yhteen kolmesta 10-minuutin nauhoitetusta interventiosta, joissa kuvailtiin tunteiden säätelyn strategioita, joita olivat hyväksyminen ja torjuminen. Koeasetelma sisälsi myös neutraalin kontrolliryhmän. Hyväksymisinterventio hyödynsi suoraan HOT-manuaalia ja keskittyi kontrollin paradoksaaliseen ja hyödyttömään luonteeseen sekä omien arvojen tärkeyteen käyttäytymismuutoksissa. Hyväksymisryhmä oli kokeen loputtua merkitsevästi vähemmän ahdistunut ja välttelevä kuin torjunta- ja kontrolliryhmä. Tähän ryhmään osallistuneiden halukkuus osallistua biologiseen haasteeseen uudelleen oli myös merkitsevästi suurempi kuin muiden ryhmien. Myös Feldner ym. (2003) ovat tutkineet välttämiskäyttäytymisen vaikutuksia biologisen haasteen aikana. Myös tässä tutkimuksessa ne henkilöt, joilla oli taipumus voimakkaaseen emotionaaliseen välttämiseen, osoittivat enemmän ahdistusta hiilidioksidialtistuksen aikana varsinkin silloin kun heitä oli neuvottu tukahduttamaan tunteensa.

Gutiérrez ym. (2004) vertailivat hyväksymiseen perustuvien ja kognitiiviseen kontrolliin perustuvien strategioiden vaikutusta kokeellisesti tuotettuun kipuun. Tutkimuksessa 40 osallistujaa jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toinen sai HOT:aa, jonka tavoitteena oli erotella kipuun liitettyjä ajatuksia ja tunteita kielellisistä teoista. Kognitiiviseen kontrolliin perustuva hoito keskittyi muuttamaan ja kontrolloimaan kipuun liittyviä ajatuksia ja tunteita. Tutkimuksessa HOT-ryhmällä oli merkitsevästi korkeampi kivunsieto.

Myös Hayesin ym. (1999b) tutkimuksessa selvitettiin HOT:n vaikutusta kipuun. HOT:ssa keskityttiin hyväksymiseen ja kivun sietoon. Vertailtavana oli perinteinen KKT, jossa sovellettiin kivun porttiteoriaa sekä plasebo-hoito, jossa keskusteltiin käyttäytymisterapeuttisesta lähestymistavasta kipuun. Tutkimuksessa 32 college-opiskelijaa jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Mitään eroa ryhmien välillä ei löytynyt kivun intensiteetissä, mutta HOT-ryhmän

osallistujat kykenivät pitämään kättään kylmässä vedessä merkitsevästi kauemmin kuin muiden ryhmien osallistujat. Takahashi ym. (2002) laajensivat em. tutkimusta ja tässä HOT-ryhmän osallistujat osoittivat positiivisia muutoksia kivun siedossa toisin kuin kaksi muuta ryhmää. HOT:n vaikutusta kivun sietoon on tutkinut myös Korn (1997). Kivun hyväksymistä ovat puolestaan tutkineet McCracken (1998), McCracken ym. (2004a, 2004b) ja Viane ym. (2003).

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa (Dahl ym. 2004) selvitettiin, voiko stressin ja tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvän kivun aiheuttamiin sairaslomiin tai aikaiseen eläkkeelle lähtöön vaikuttaa. Tutkimuksessa vertailtiin HOT:n ja tavanomaisen lääkehoidon vaikutusta julkisen sektorin työntekijöihin, jotka kärsivät kroonisesta stressistä ja kivusta. 19 osallistujaa jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista molemmat saivat lääkehoitoa ja toinen sen lisäksi neljä kertaa HOT:aa. Hoidon jälkeen sekä kuuden kuukauden seurannassa HOT-ryhmässä oli vähemmän sairaslomia ja he käyttivät vähemmän lääketieteellisiä hoitoresursseja kuin lääkehoitoryhmä.

HOT-koulutuksen vaikutusta terapeuteihin on myös tutkittu. Strosahlin, Hayesin ym. vuonna 1998 julkaisemassa kvasikokeellisessa tutkimuksessa terveydenhuolto-organisaation 8 terapeuttia sai koulutusta HOT:sta kun taas vertailtavana olleet 10 terapeuttia eivät koulutusta saaneet. Tässä tutkimuksessa HOT-koulutus tuotti terapeuteille valmiuksia saada aikaan parempia positiivisia tuloksia asiakkaille ja saavuttaa nämä vielä ajallisesti nopeammin.

Hayes ym. (2004d) tutkivat myös HOT-koulutuksen vaikutusta terveydenhuollon neuvojen leimaaviin asenteisiin nautintoaineiden väärinkäyttäjää kohtaan sekä ammatilliseen loppuun palamiseen. HOT:ssa keskityttiin hyväksymiseen, kielellisyyden heikentämiseen, tietoisuusharjoituksiin sekä arvoihin. Vertailtavana oli monikulttuurinen koulutus, jossa osallistujat herkistettiin ryhmäennakkoluuloille. Leimaaminen ja loppuun palaminen mitattiin ennen koulutusta, koulutuksen jälkeen ja kolmen kuukauden seurannassa. Tulokset osoittivat, että HOT-koulutus vähensi osallistujien leimaavia asenteita seurannassa sekä loppuun palamisen oireita hoidon jälkeen sekä seurannassa. Seurannan tulokset HOT:ssa ylittivät monikulttuurisen koulutuksen tulokset, jolla myös oli vaikutusta leimaaviin asenteisiin sekä loppuun palamiseen hoidon jälkeen, mutta ei seurannassa.

HOT:lla on saatu hyviä tuloksia myös trikotillomanian hoidossa (Twohig & Woods, 2004) ja sitä on käytetty menestyksellisesti nuorten seksuaalisen riskikäyttäytymisen ehkäisemiseen (Metzler ym. 2000) HOT:sta on tehty myös useita tapaustutkimuksia, mm. Biglan (1989) on tutkinut pienten

lasten vanhempien stressiä, García ja Pérez (2002) kuulohallusinaatioista kärsivää psykoottista potilasta, Heffner ym. (2002) anoreksiaa sairastavaa teini-ikäistä tyttöä, Orsillo ym. (2003) yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä, Paul ym. (1999) ekshibitionismia ja Gardner ja Moore (2004) hyväksymisen ja tiedostamisen vaikutusta urheilusuorituksiin.

Edellä olevasta tutkimuskatsauksesta voidaan havaita, että vaikka HOT on huomattavasti nuorempi terapiamuoto kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia, on myös sen tehosta erilaisten psyykkisten ongelmien hoidossa alkanut kertyä lupaavaa näyttöä, vaikka sen tutkimus on vielä kesken. Koska HOT:n teorian taustalla on kielellisyyden vaikutukset, on sillä laaja sovellettavuus erilaisiin ongelmiin. HOT:aa on tutkittu sekä yksilö- että ryhmäterapiana ja sen käytöstä on saatu vakuuttavaa näyttöä randomisoiduissa kokeissa depression hoidossa, ahdistushäiriöissä, sosiaalisen ahdistuksen hoidossa, työstressin hallinnassa, psykoottisten oireiden hoidossa, huumeriippuvaisten hoidossa, tupakoinnin lopettamisessa, kivun sietämisessä ja paniikkioireiden hallinnassa. HOT:n koulutuksen vaikutusta terapeuteihin ja terveydenhuollon työntekijöihin on myös tutkittu ja näistäkin tutkimuksista on saatu positiivista näyttöä kuten myös monista tapaustutkimuksista erilaisten häiriöiden hoidossa.

1.3 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, havaitaanko terapiahoitojen hoitotulosten välillä eroja hoidettaessa asiakkaita paljon tutkitulla ja empiirisesti validoidulla kognitiivisella käyttäytymisterapialla sekä lupaavalla uudella hyväksymis- ja omistautumisterapialla. Terapeuteina toimivat psykologian loppuvaiheen opiskelijat. Tutkimuksessa tutkitaan myös sitä, onko mahdollista lyhyessä ajassa opettaa varsin kokemattomille terapeuteille näiden psykoterapiamenetelmien käyttöä ja miten terapeutit itse kokevat tällaisen koulutuksen.

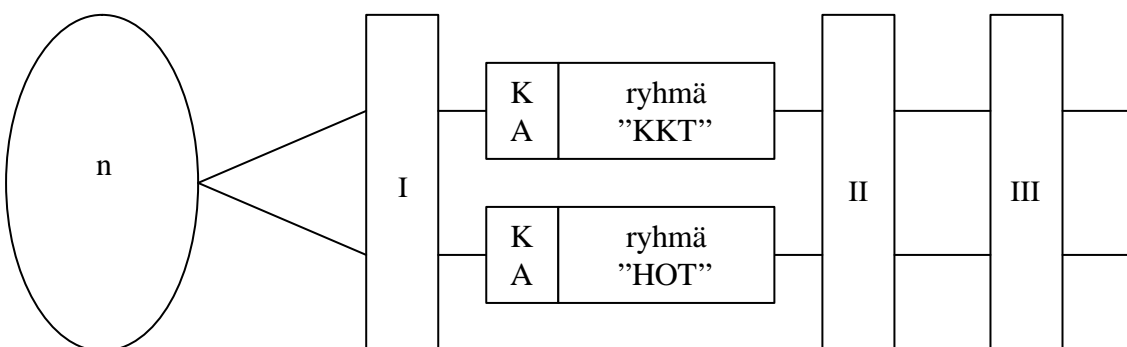
2. MENETELMÄ

2.1 Tutkimushenkilöt ja –asetelma

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetuslinikalla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 28 terapia-asiakasta ja 14 psykologian laitoksen ammattiopintojen loppuvaiheen koulutusterapeuttia. Syyskuun alussa 2004 julkaistiin paikallisessa ilmaisjakelulehdessä lehti-ilmoitus (ks. liite 1), jossa haettiin osallistujia psykologian laitoksella alkavaan terapiatutkimukseen. Asiakkaat ilmoittautuivat tutkimukseen puhelimitse tai sähköpostilla. Noin sadasta ilmoittautuneesta ensimmäiset 28 henkilöä valittiin tutkimukseen ilman karsintaa ongelman laadun perusteella. Tutkimukseen valituille henkilöille lähetettiin tutkimustiedote (liite 2), jossa selvitettiin tutkimuksen kulkua ja periaatteita.

Terapia-asiakkaat satunnaistettiin kahteen ryhmään. Ennen satunnaistamista heidät matsattiin pareiksi iän ja sukupuolen mukaan. Tämän jälkeen kunkin parin kohdalla arvottiin, kumpi henkilöistä on nro 1 ja kumpi nro 2 (henkilölle 1 hoito 1, henkilölle 2 hoito 2). Tämän jälkeen tutkimushenkilöparit arvottiin terapeuteille. Lisäksi arvottiin terapiamenetelmä (hoito 1 = KKT, hoito 2 = HOT). Edellä kuvatun satunnaistamismenettelyn mukaan 14 asiakasta sai kognitiivista käyttäytymisterapiaa (ryhmä ”KKT”), ja 14 asiakasta sai hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (ryhmä ”HOT”). Kullakin koulutusterapeutilla oli kaksi asiakasta: yksi KKT-ryhmän ja yksi HOT-ryhmän asiakas. Sama terapeutti hoiti terapia-asiakkaita molemmilla menetelmillä. Näin haluttiin kontrolloida terapeuttiin liittyvät tekijät pois menetelmävertailusta. Tutkimusasetelma on esitetty kuvassa 1.

Kuva 1. Tutkimusasetelma, jossa n kuvaa lehti-ilmoituksen perusteella ilmoittautuneita asiakkaita ennen tutkimusryhmiin satunnaistamista, I on alkumittaus, KA kuvaa käyttäytymisanalyysia, II on loppumittaus (n. 3 kk kuluttua terapioiden alkamisesta) ja III seurantomittaus (n. 6 kk terapioiden päättymisestä).



Terapia-asiakkaiden ongelmat ja terapiaan hakeutumisen syyt olivat hyvin monimuotoisia, joista täsmällistä luokittelua ei helposti voitu tehdä. Ongelmien joukosta voitiin kuitenkin poimia sellaisia, joita esiintyi useilla tutkimushenkilöillä. Tällaisia olivat erilaisten vuorovaikutussuhteiden ongelmat, erityisesti parisuhteessa ja työhön liittyvissä vuorovaikutussuhteissa tai riittämättömät vuorovaikutussuhteet, masennus, itsetunnon ja itseluottamuksen puute sekä ahdistus ja murehtiminen. Tutkimushenkilöiden ongelmat liittyivät usein myös jaksamiseen vaikeissa koti- tai työolosuhteissa, erilaisiin pelkoihin ja jännitystiloihin, mielialan heilahteluihin tai yleiseen määrittelemättömään pahaan oloon. Useilla terapia-asiakkailla oli runsaasti myös fyysisiä oireita tai vaivoja kuten vatsakivut ja päänsärky. Viidellä tutkimushenkilöllä oli aiemmin tehty masennusdiagnoosi, ja kolmella henkilöllä persoonallisuushäiriödiagnoosi. Suurimmalla osalla asiakkaista oli useita ongelmia yhtä aikaa. Tutkimushenkilöiden tyypillisimpiä ongelmia on koottu taulukkoon 1, jossa on kuvattu kuinka monella asiakkaalla kyseinen ongelma esiintyy, ja kuinka ongelmat jakautuvat tutkimusryhmittäin.

Taulukko 1. Terapia-asiakkaiden ongelmaluettelo.

	Esiintyvyys n=28	KKT n=14	HOT n=14
Vuorovaikutuksen ongelmat	18 (64%)	9 (64%)	9 (64%)
Masennus	13 (46%)	6 (43%)	7 (50%)
Itsetunnon ongelmat	6 (21%)	2 (14%)	4 (29%)
Ahdistus	6 (21%)	5 (36%)	1 (7%)
Murehtiminen	6 (21%)	4 (29%)	2 (14%)

Terapia-asiakasryhmissä oli sekä naisia (25) että miehiä (3). Ikäjakauma oli 22 – 64 vuotta, ja tutkittavat olivat keskimäärin 42-vuotiaita. Tutkimushenkilöiden koulutus vaihteli kansakoulusta yliopistokoulutukseen, tutkittavista 14 oli saanut ammatillisen koulutuksen mm. hoitotyöhön, joka oli suurin ammattiryhmä terapia-asiakkaiden keskuudessa. Muita ammattialoja tutkimushenkilöiden joukossa oli mm. toimistotyö ja opetustyö. Terapia-asiakkaista 18 (64%) oli työelämässä, viisi (18%) eläkkeellä ja kaksi (7%) sairauslomalla. Muista syistä, esim. opiskelun tai työttömyyden takia pois työelämästä olevia oli tutkimushenkilöistä kolme (11%). Taulukossa 2 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden terapia-asiakkaiden taustatietoja.

Taulukko 2. Tutkimushenkilöiden taustatietoja.

	<u>HOT-ryhmä</u>	<u>KKT-ryhmä</u>
	n=14	n=14
Naisia / Miehiä	13 / 1	12 / 2
Ikä, ka. (v.)	41	42
Parisuhteessa / Yksin elävä	7 / 6	8 / 5
Saanut aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa	10	7
Mielenterveyslääkitystä käytössä tutkimuksen aikana	7	8
Aikaisemman hoidon kesto keskimäärin (kk)	3	10
Käyntikerrat terapiassa tutkimuksen aikana keskimäärin	8	9

Taulukosta 2 nähdään, että naiset muodostavat enemmistön tutkittavista. Muilta osin ryhmät ovat melko tasaisia: ryhmien keski-ikä, parisuhteessa / yksin elävien, aiemmin mielenterveyteen liittyvän hoidon ja mielenterveyslääkityksen suhteen. Aikaisemman mielenterveyteen liittyvän hoidon kesto on keskimäärin jonkin verran pidempi KKT-ryhmässä. Tämä ei kuitenkaan näy erona ryhmien välillä vertailtaessa niitä lähtötilanteessa (ks. kohta 3.1). Kummassakin ryhmässä käyntikerrat terapiassa olivat keskimäärin samat.

2.2 Terapeutit

Tutkimukseen osallistui 14 psykologian laitoksen opetusklinikan koulutusterapeuttia. He olivat ammattiopintojen loppuvaiheen opiskelijoita, joille annettiin lyhyt (22 h) koulutus tutkimuksessa käytettyihin terapiamenetelmiin ennen terapioiden alkamista sekä hoitomenetelmien käsikirjat. He olivat saaneet koulutusta myös käyttäytymisanalyysin tekemiseen (6 h) aiempien ammattiopintojen aikana. Terapeuteista naisia oli 13 ja miehiä yksi. Terapeutit olivat keskimäärin 25-vuotiaita. Ainoastaan kolmella 14:sta terapeutista oli jotakin aikaisempaa terapiakoulutusta psykologian opintojen lisäksi. Aikaisempaa kokemusta terapiatyöstä oli seitsemällä terapeutilla esim. vapaaehtoistyöstä erilaisissa kriisikeskuksissa, keskusteluryhmien vetämisestä tai työharjoittelusta. Ammattilaisterapeutina ei ollut toiminut kukaan. Suurimmalla osalla terapeuteista ei ollut kokemusta omasta terapiasta, sillä ainoastaan neljä oli itse käynyt terapiassa jossakin elämänsä vaiheessa. Tutkimusasetelma mahdollisti seurannan terapiaprosessin vaikutuksista terapeutteihin.

2.3 Arviointimenetelmät

Tutkimuksessa käytettiin mittausmenetelminä masennuksen astetta mittaavaa BDI-depressiomittaria (Beck, Mendelson, Mock ja Erbaugh, 1961), erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita kokonaisvaltaisesti kartoittavaa SCL 90-oirekyselykaavaketta (Holi, Sammallahti ja Aalberg, 1998), hyväksyntää ja välttämiskäyttäytymistä mittaavaa AAQ-mittaria (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino, Polusny, Dykstra, Batten, Bergan, Stewart, Zvolensky, Eifert, Bond, Forsyth, Karekla ja McCurry, 2004e), sosiaalista toimintakykyä kartoittavaa JESI-lomaketta (Bosc, Dubini ja Polin, 1997) sekä mielialaa, itseluottamusta ja elämään tyytyväisyyttä mittaavia skaaloja (Ojanen, 1997 ja 2001). Mittarien nimistä käytettyjen lyhenteiden selitykset on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Tutkimusmittareista käytetyt lyhenteet

Lyhenne	Mittarin nimi
BDI	Beck depression inventory
SCL-90	Self-report symptom inventory
AAQ	Acceptance and action questionnaire
JESI	Jokapäiväisestä elämästä selviytymisen itsearviointilomake

Tutkimusmittarit (liite 3) valittiin siten, että voitaisiin monipuolisesti kartoittaa niin asiakkaiden kuin terapeuttien vointia ja seurata siihen liittyviä muutoksia. Masennuksen vakavuuden kartoittaminen oli keskeistä, sillä masennus oli toiseksi yleisin ongelma asiakkaiden keskuudessa, ts. mitä suurempi pistemäärä BDI-mittarilla, sitä voimakkaampi masennus oli kyseessä. Laaja-alainen oirekartoitus SCL-90 antoi mahdollisuuden selvittää asiakkaiden oireistoa hyvin moniulotteisesti. Myös SCL-90-mittarilla suuri pistemäärä oli verrannollinen erilaisten oireiden paljouteen ja siten hyvinvoinnin heikkenemiseen. AAQ:ta käytettiin sekä hyväksynnän että välttämiskäyttäytymisen muutosten seuraamiseen. Välttämiskäyttäytymistä mitattaessa mittarin kohdat 1, 2, 3, 4, 5 ja 7 käsiteltiin käännettynä. Hyväksyntää tutkittaessa käännetty käsittely kohdistui mittarin kohtiin 6 ja 8. Suuri välttämispistemäärä kuvasi voimakasta välttämiskäyttäytymistä ja samoin suuri pistemäärä hyväksyntää tutkittaessa kuvasi parempaa tilanteiden ja olosuhteiden hyväksyntää. JESI-mittarilla suuri pistemäärä kuvasi parempaa sosiaalista toimintakykyä, samoin mieliala-, itseluottamus- ja tyytyväisyys elämään skaaloilla 0-100 pistettä korkea pistemäärä oli verrannollinen hyvään mielialaan, itseluottamukseen ja tyytyväisyyteen. Asiakkaiden arviot tehtiin tutkimuksen aikana kolme kertaa: ennen terapioiden

alkamista, terapioiden päätyttyä sekä n. kuusi kuukautta terapioiden päättymisen jälkeen. Terapeuttien arviot tehtiin ennen ja jälkeen terapioiden.

Taustatietolomakkeella (liite 4) selvitettiin asiakkaiden taustatietojen lisäksi heidän muutosvalmiuttaan oman tilanteensa parantamiseksi. Lisäksi asiakkaita pyydettiin arvioimaan päivittäin kuinka tyytyväisiä he olivat itseensä asteikolla 0 – 10. Tämä tapahtui Tyytyväisyyspäiväkirja-kaavakkeella, joka sisälsi ohjeet ja taulukon, johon arviot voitiin merkitä (liite 5). Myös koulutusterapeutit seurasivat tyytyväisyyttään tyytyväisyyspäiväkirjan avulla viikon ajan hoitojen alussa ja lopussa.

Hoitosuhteen arvioimiseksi asiakkaat täyttivät arviointilomakkeen (liite 6), jonka avulla selvitettiin heidän omia kokemuksiaan hoidon hyödyllisyydestä terapian päätyttyä. Lisäksi puolen vuoden kuluttua hoidon päättymisestä seurantakyselyn yhteydessä asiakkaat täyttivät kyselylomakkeen (liite 7), jolla selvitettiin seurantahetken vaikuttavia olosuhteita. Lomakkeiden mukana asiakkaille toimitettiin tutkimustiedote (liite 8), jossa kuvattiin seurantatutkimuksen tarkoitusta.

Terapeuteille oli annettu ohje kirjata menetelmäpäiväkirjoihin (liite 9) jokaisen tapaamiskerran jälkeen mitä menetelmiä asiakkaan kanssa oli käytetty. Terapeutit haastateltiin ennen terapioiden alkamista sekä niiden päätyttyä. Yhden terapeutin haastattelu kesti n. tunnin kerrallaan. Terapeuttien lähtötilanteen ja tilanteen terapioiden jälkeen arvioimiseksi käytettiin liitteenä (liite 10 ja 11) olevia haastattelulomakkeita.

2.3 Tutkimuksen kulku

Psykologian laitoksen opiskelijaterapeutit toteuttivat asiakkaiden terapiatapaamiset terapeuttikoulutuksesta vastaavien psykologien ohjauksessa. He saivat säännöllistä työnohjausta opetusklinikan psykoterapeuteilta. Työnohjauksen määrä oli yhteensä n. 0,5 tuntia viikossa kutakin koulutusterapeuttia kohti toteutettuna kolmen tunnin viikoittaisissa 4-6 hengen ryhmätapaamisissa.

Terapeutit kävivät läpi kunkin asiakkaansa kanssa seuraavat vaiheet: ensimmäisellä käynnillä allekirjoitettiin terapiasopimus eli suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja tehtiin sopimus hoidosta määrittelemällä terapian tavoitteet. Ensimmäisen käynnin aikana käytiin läpi myös asiakkaan taustatietolomake ja annettiin alkumittauslomakkeet kotiin täytettäväksi. Asiakkaat saivat

alussa kotiin myös tyytyväisyyspäiväkirjan ja sen täyttöohjeet. Kahden ensimmäisen tapaamiskerran aikana tehtiin käyttäytymisanalyysi (Haynes, O'Brien, 1990), jossa kartoitettiin asiakkaan ongelmia sekä selvitettiin millä asiakkaan elämäntapahtumilla on voinut olla kausaalisia vaikutuksia koettuihin ongelmiin. Käyttäytymisanalyysin tavoitteena oli selvittää mistä asiakkaan tilanteesta on kysymys, jotta hoitotoimenpiteet voitaisiin kohdistaa oikein. Käyttäytymisanalyysin jälkeen alkoivat varsinaiset terapiatapaamiset, joita oli mahdollisuus toteuttaa kahdeksan kertaa. Ennen viimeistä käyntiä asiakkaat saivat loppumittauslomakkeet ja hoitosuhteen arviointilomakkeen täytettäväksi. Asiakkaiden tilannetta arvioitiin vielä kerran seurantamittauksella n. puolen vuoden kuluttua (n. 164 päivää) terapian päätyttyä. Asiakkaille lähetettiin kyselylomakkeet postitse. He täyttivät lomakkeet kotona ja palauttivat ne kirjekuoressa tutkijoille. Yksi asiakas palautti lomakkeet vasta heinäkuun lopussa (27.7.2005).

2.4 Hoitomenetelmät

Kaikille terapia-asiakkaille tehtiin aluksi käyttäytymisanalyysi, jonka tarkoituksena oli selvittää asiakkaan keskeisimmät ongelmat ja sopia mitä niistä terapian aikana käsiteltäisiin. Käyttäytymisanalyysin jälkeen HOT-ryhmään kuuluneita asiakkaita hoidettiin hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä (liite 12), ja KKT-ryhmän asiakkaat saivat hoitoa kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (liite 13). Taulukoista 4 ja 5 nähdään kuinka monta kertaa 14 terapeuttia ilmoitti käyttäneensä HOT- ja KKT-menetelmiä 28 asiakkaalle keskimäärin kahdeksan terapiakerran aikana.

Taulukko 4. HOT-menetelmien käyttö terapioiden aikana. Terapeuttien ilmoittama lukumäärä.

HOT	
Tavoitteiden selventäminen	42
Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen	33
Arvoihin liittyvä työskentely	117
Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä	57
Käsitys itsestä-keskustelu	30
Metaforat	46
Tarkkailijaharjoitus	22
Tietoisuusharjoitukset	20
Kotitehtävät	73
Lomakkeet	32
Muut	46

HOT-menetelmistä arvojen käsittelyä, mikä kuuluukin olennaisimpiin HOT-menetelmiin, käytettiin eniten. Kotitehtävät oli seuraavaksi käytetyin menetelmä. Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä, metaforat ja tavoitteiden selventäminen olivat myös melko paljon käytössä. Vähiten käytettyjä HOT-menetelmiä olivat tietoisuusharjoitukset ja tarkkailijaharjoitus. Nämä menetelmät koettiin ehkä jossain määrin vaikeina, samoin asiakkaan tilanteen mukaan pyrittiin valitsemaan soveltuvimmat menetelmät käyttöön.

Taulukko 5. KKT-menetelmien käyttö terapioiden aikana. Terapeuttien ilmoittama lukumäärä.

KKT	
Altistus ulkoisille kohteille	13
Altistus sisäisille kohteille / tunteille	73
Itsehavainnointi	70
Käyttäytymisen aktivointi	58
Ongelmanratkaisumenetelmä	24
Sosiaaliset taidot	40
Rentoutuminen	17
Kotitehtävät	97
Lomakkeet	27
Muut	58

Kotitehtävät oli KKT-menetelmistä käytetyin. Kotitehtäviä käytettiin jonkin verran enemmän kuin HOT-ryhmässä. Seuraavaksi eniten käytettiin altistusta, itsehavainnointia ja käyttäytymisen aktivointia, joiden katsotaan olevan keskeisiä KKT-menetelmiä. Vähiten käytettiin rentoutusmenetelmiä, joista varsinkin sovellettu rentoutus on erittäin vaativa menetelmä käyttöönotettavaksi lyhyellä hoitajaksolla. Ongelmanratkaisumenetelmää käytettiin melko vähän verrattuna sen yksinkertaisuuteen ja soveltuvuuteen monenlaisiin tilanteisiin.

2.5 Tulosten analyysimenetelmät

Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin kovarianssianalyysia ja sopivia ei-parametrisia testejä (Mann-Whitney, Wilcoxon). Hoidon vaikutuksen voimakkuutta tutkittiin effect size-parametrin (viite) avulla. Testauksen pääkohteena olivat HOT- ja KKT-ryhmien alku-, loppu- ja seurantamittausten väliset erot. Samalla tutkittiin terapeuttien alku- ja loppumittausten välisiä eroja.

3. TULOKSET

3.1 Asiakkaat

Asiakkaiden hoitomotivaatio ennen terapioiden alkamista oli KKT- ja HOT-ryhmissä muutosvalmiutta kuvaavan mittarin (skaala 0-10) perusteella lähes yhtä suuri. Tulokset on esitetty taulukossa 6. Kummassakin ryhmässä yksi asiakas oli jättänyt kyseisen kohdan kyselylomakkeessa täyttämättä.

Taulukko 6. Asiakkaiden muutosvalmius KKT- ja HOT-ryhmissä.

	KKT (n=13)	HOT (n=13)
Keskiarvo	8,9	8,7
Keskihajonta	1,4	1,0
Min	5,8	7,1
Max	10,0	10,0
95% luottamusväli	8,1 – 9,8	8,1 – 9,3

Alku-, loppu- ja seurantamittausten tulokset valituilla mittareilla on esitetty taulukoissa 7 ja 8 sekä kuvassa 2. Alkutilanteessa KKT- ja HOT-ryhmien keskiarvopistemäärät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi.

Taulukko 7. KKT-ryhmän alku-, loppu- ja seurantamittausten tulokset.

Mittari	KKT-ryhmä alku (n=14)		KKT-ryhmä loppu (n=14)		KKT-ryhmä seuranta (n=14)	
	M	SD	M	SD	M	SD
BDI	18	14	13*	10	14	16
SCL-90	109	76	85	58	86	83
Mieliala	47	23	51	21	55	27
Itseluottamus	51	22	59*	21	56	29
Tyytyväisyys	51	23	51	21	55	28
JESI	39	8	39	9	36	11
AAQ	31	9	33	11	35	11

* Loppu- ja alkumittauksen välillä tilastollisesti merkitsevä ero.

Lyhenteiden selitykset: ks. kohta 2.3 Arviointimenetelmät.

Taulukko 8. HOT-ryhmän alku-, loppu- ja seurantamittausten tulokset.

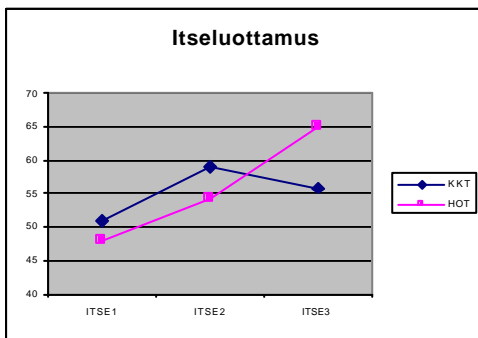
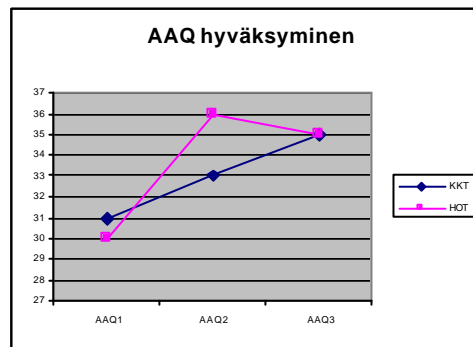
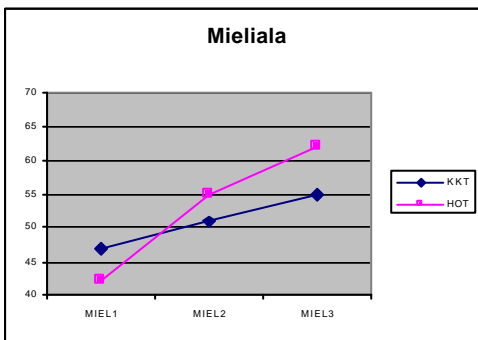
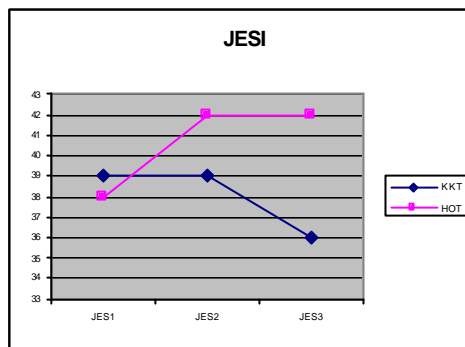
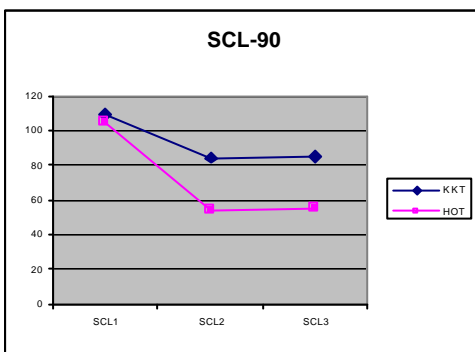
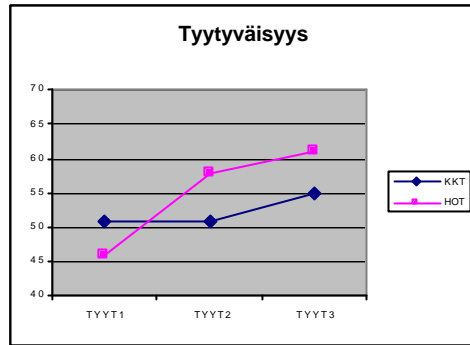
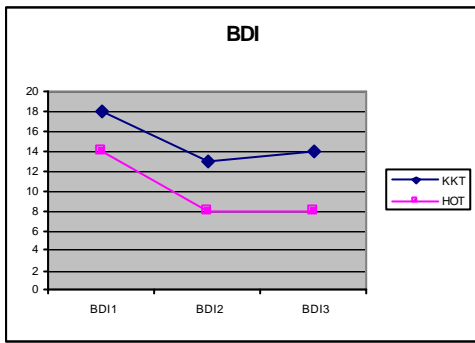
Mittari	HOT-ryhmä alku (n=14)		HOT-ryhmä loppu (n=14)		HOT-ryhmä seuranta (n=14)	
	M	SD	M	SD	M	SD
BDI	14	7	8*	7	8**	7
SCL-90	104	53	55*	35	56**	39
Mieliala	42	16	55*	15	62**	19
Itseluottamus	48	13	54	22	65**	18
Tyytyväisyys	46	15	58*	18	61**	17
JESI	38	9	42*	8	42**	8
AAQ	30	9	36*	11	35**	10

* Loppu- ja alkumittauksen välillä tilastollisesti merkitsevä ero.

** Seuranta- ja alkumittauksen välillä tilastollisesti merkitsevä ero.

Lyhenteiden selitykset: ks. kohta 2.3 Arviointimenetelmät.

Kuva 2. KKT- ja HOT-ryhmien alku-, loppu- ja seurantamittausten tulokset.



KKT-ryhmässä alku- ja loppumittauksen keskiarvopistemäärät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi BDI- ja Itseluottamus-tulosten osalta (Wilcoxon: $Z = -2.238$, $p < 0.025$, $Z = -2.447$, $p < 0.014$). HOT-ryhmässä alku- ja loppumittauksen keskiarvopistemäärät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan BDI-, SCL-90-, Mieliala-, Tyytyväisyys-, JESI- ja AAQ-tulosten osalta (Wilcoxon: $Z = -2.762$, $p < .006$, $Z = -3.170$, $p < .002$, $Z = -2.481$, $p < .013$, $Z = -2.417$, $p < .016$, $Z = -2.104$, $p < .035$, $Z = -2.707$, $p < .007$).

Tulokset viittasivat siihen, että asiakkaiden masentuneisuus väheni molemmissa ryhmissä BDI-depressiomittarilla arvioituna tilastollisesti merkitsevästi. Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi depression vähenemisen suhteen. Laaja-alaisesti somaattisia ja psyykkisiä oireita kartoittavalla SCL-90-mittarilla arvioituna asiakkaiden hyvinvointi parani molemmissa ryhmissä mutta vain HOT-ryhmässä paraneminen oli tilastollisesti merkitsevää. Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä HOT-ryhmän eduksi. Asiakkaiden mieliala, itseluottamus ja tyytyväisyys elämään paranivat myös. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä KKT-ryhmässä itseluottamuksen osalta ja HOT-ryhmässä mielialan ja elämään tyytyväisyyden osalta. Ryhmien välillä ei tilastollisesti merkitsevää eroa ollut. Asiakkaiden sosiaalista selviytymistä mittaavan JESI-mittarin mukaan heidän selviytymiskykynsä parani HOT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi. KKT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevää paranemista ei tapahtunut. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Välttämiskäyttäytymistä kuvaavan AAQ-mittarin mukaan asiakkaiden välttämiskäyttäytyminen väheni ja hyväksyminen lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi HOT-ryhmässä. KKT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevää kehitystä ei tapahtunut. Ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Verrattaessa KKT-ryhmän alku- ja seurantamittausten (n. 6kk) pistemäärien keskiarvoja toisiinsa, ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmän sisällä. HOT-ryhmässä alku- ja seurantamittausten pistemäärät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan kaikilla käytössä olleilla mittareilla mitattuna, ts. BDI-, SCL-90-, Mieliala-, Itseluottamus-, Tyytyväisyys elämään-, JESI- ja AAQ-tulosten osalta (Wilcoxon: $Z = -3.184$, $p < .001$, $Z = -2.920$, $p < .004$, $Z = -2.552$, $p < .011$, $Z = -3.235$, $p < .001$, $Z = -2.857$, $p < .004$, $Z = -2.108$, $p < .035$, $Z = -2.546$, $p < .011$).

Seurantatutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että sekä KKT- että HOT-ryhmässä asiakkaiden tilanne on pysynyt lähes sellaisena kuin se on terapioiden päätyttyä ollut, eli saatu hoitotulos on ollut pysyvä vielä puoli vuotta terapioiden päättymisen jälkeen. HOT-ryhmän asiakkaiden tilanteen kehittyminen positiiviseen suuntaan on jopa hieman voimistunut, mikäli kriteerinä käytetään

tulostason tilastollisesti merkitsevää muutosta alkutilanteeseen nähden kaikilla käytetyillä mittareilla. KKT-ryhmässä taas tilastollisesti merkitseviä eroja ei enää ollut seurantatutkimuksessa alkutilanteeseen verrattuna, joten asiakkaiden tilanteen muutos ei ollut tässä ryhmässä yhtä selkeää kuin HOT-ryhmässä.

KKT- ja HOT-ryhmien pistemäärien muutokset BDI-, SCL-90, Mieliala-, Itseluottamus-, Tyytyväisyys-, JESI- ja AAQ-mittareilla on esitetty taulukossa 9. Mittarit, joiden kohdalla KKT- ja HOT-ryhmien välillä on havaittu tilastollisesti merkitsevä ero pistemäärien muutoksissa, on merkitty tähdillä. Kun verrataan pistemäärien muutoksia KKT- ja HOT-ryhmien välillä alku-, loppu- ja seurantamittauksen jälkeen, nähdään, että HOT-ryhmän pistemäärien muutokset ovat suuremmat sekä loppumittauksen että seurantamittauksen kohdalla. JESI-mittarin kohdalla seurantamittauksessa havaittiin KKT-ryhmässä pistemäärän huononeminen siten, että ero HOT-ryhmään muuttui tilastollisesti merkitseväksi.

Taulukko 9. Pistemäärien muutokset keskimäärin KKT- ja HOT-ryhmissä.

	Alku- ja loppumittauksen välinen muutos pistemäärissä				Alku- ja seurantamittauksen välinen muutos pistemäärissä			
	<u>KKT</u>		<u>HOT</u>		<u>KKT</u>		<u>HOT</u>	
	n=14		n=14		n=14		n=14	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
BDI	-5	8	-6	6	-4	8	-7	5
SCL-90*	-24*	46	-49*	38	-23	48	-48	43
Mieliala	5	18	13	16	9	22	20	23
Itseluottamus**	8	11	6	18	6**	14	17**	11
Tyytyväisyys**	1	22	12	17	4**	21	16**	15
JESI**	0	6	4	7	-3**	5	4**	6
AAQ	2	7	6	7	4	8	5	6

* KKT- ja HOT-ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero loppumittauksen kohdalla.

** KKT- ja HOT-ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero seurantamittauksen kohdalla.

Lyhenteiden selitykset: ks. kohta 2.3 Arviointimenetelmät.

Kovarianssianalyysin perusteella, käytettäessä kovariaattina alkumittausta, KKT- ja HOT-ryhmien välinen ero loppumittauksen jälkeen oli tilastollisesti merkitsevä SCL-90-mittarin kohdalla [F

(1,25) = 5.185, $p < .032$]. Seurantamittauksen jälkeen KKT- ja HOT-ryhmien välinen ero kovarianssianalyysin perusteella oli tilastollisesti merkitsevä Itseluottamus- ja JESI-tulosten osalta [F (1,25) = 6.059, $p < .021$, F (1,25) = 9.160, $p < .006$]. HOT-ryhmässä oli siis tapahtunut suurempaa oireiden vähenemistä. Myös non-parametrisella analyysillä todettiin seurantamittauksen jälkeen tilastollisesti merkitsevä ero KKT- ja HOT-ryhmien välillä Itseluottamus-, Tyytyväisyys elämään- ja JESI-tulosten osalta (Mann-Whitney: $Z = -2.369$, $p < .018$, $Z = -1.977$, $p < .048$, $Z = -3.094$, $p < .002$).

Nämä tulokset viittaavat siihen, että erityisesti HOT-ryhmän asiakkailta hoidon päättyminen ei ole pysäyttänyt suotuisaa kehitystä, vaan edelleen tapahtuu muutoksia vaikka hoito ei enää jatku. Terapioiden päättyttyä ero ei vielä ollut niin selkeä kuin seurantatutkimuksen yhteydessä. Puolen vuoden jälkeen kuitenkin jo lähes puolet käytetyistä mittareista näyttävät tilastollisesti merkitsevää eroa KKT- ja HOT-ryhmien hoitotulosten välillä.

Verrattaessa KKT- ja HOT-ryhmien tuloksia toisiinsa effect size-parametrin (Roth & Fonagy, 2005) avulla saatiin taulukon 10 mukaiset tulokset. Laskenta tehtiin siten, että ryhmä 1 (treatment) oli HOT-ryhmä ja ryhmä 2 (control) oli KKT-ryhmä. Analyysin mukaan loppumittauksen kohdalla ryhmien välillä havaitaan suurin ero BDI- ja SCL-90-mittarien kohdalla masennus- ja SCL-90-oireipistemäärien ollessa matalammat HOT-ryhmässä. Seurantamittauksessa edellisten lisäksi myös JESI-mittarin kohdalla nähdään suurempi ero kuin muilla mittareilla. HOT-ryhmässä sosiaalinen selviytyminen oli JESI-mittarin perusteella keskimäärin parempaa kuin KKT-ryhmässä. Hoidon vaikutuksen voimakkuutta tarkasteltaessa näyttää siis siltä, että ryhmien välillä on eroa HOT:n eduksi.

Taulukko 10. KKT- ja HOT-ryhmien effect size loppu- ja seurantamittauksen jälkeen.

Mittari	Cohen's d	
	<u>Loppumittaus</u>	<u>Seurantamittaus</u>
BDI	-0,53	-0,55
SCL-90	-0,62	-0,47
Mieliala	0,20	0,29
Itseluottamus	-0,22	0,38
Tyytyväisyys	0,32	0,28
JESI	0,29	0,63
AAQ	0,26	0,03

Tyytyväisyyspäiväkirjojen (skaala 0 – 10) perusteella asiakkaiden tyytyväisyys parani keskimäärin sekä KKT- että HOT-ryhmissä, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä kummassakaan ryhmässä. Tyytyväisyyden vaihtelu oli hyvin asiakaskohtaista. Asiakkaiden tyytyväisyyden muutosta terapian aikana alkutilanteeseen verrattuna on kuvattu taulukossa 11. Keskiarvo alussa kuvaa tyytyväisyyden keskimääräistä muutosta ensimmäisen terapiaviikon aikana. Keskiarvo lopussa kuvaa tyytyväisyydessä tapahtunutta keskimääräistä muutosta viikon aikana hoitajakson lopulla. KKT-ryhmässä 13 ja HOT-ryhmässä 11 asiakasta kirjasi säännöllisesti tyytyväisyysarvioita tyytyväisyyspäiväkirjaan. Kuvaajat asiakkaiden tyytyväisyyden muutoksista terapian aikana on esitetty liitteessä 14.

Taulukko 11. Terapia-asiakkaiden tyytyväisyyden muutos hoidon aikana.

	<u>KKT</u>		<u>HOT</u>	
	n=13		n=11	
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
Keskiarvo	-0,2	0,5	0,2	0,5
Keskihajonta	0,9	1,7	1,0	1,7
Min	-1,7	-2,0	-1,7	-2,1
Max	1,4	4,1	1,9	2,7
95 % luottamusväli	-0,7 – 0,4	-0,5 – 1,5	-0,5 – 0,9	-0,6 – 1,7

Terapia-asiakkaista 27 antoi asiakaspalautetta lomakkeella (liite 6) hoidon päätyttyä. Yksi HOT-ryhmän tutkimushenkilö ei täyttänyt asiakaspalautelomaketta. Palautteen tulokset on esitetty taulukossa 12. Palautteen mukaan suurin osa asiakkaista oli terapioiden päätyttyä sitä mieltä, että voisi suositella saamaansa hoitoa muille. KKT-ryhmässä kaikki asiakkaat olivat sitä mieltä, että hoitoa voisi suositella muille. HOT-ryhmässä 11 asiakasta oli valmis suosittelemaan terapiaa toisille asiakkaille. Kaiken kaikkiaan 22 asiakasta oli tyytyväinen saamaansa hoitoon. KKT-ryhmässä 13 asiakasta oli tyytyväinen saamaansa hoitoon. HOT-ryhmässä oli yhdeksän tyytyväistä asiakasta. Hoitoon tyytymättömiä oli asiakkaista kaksi, sekä ei tyytyväisiä/ei tyytymättömiä kolme.

Taulukko 12. Asiakaspalaute terapioiden päätyttyä.

	<u>KKT-ryhmä</u>	<u>HOT-ryhmä</u>	Yhteensä
	n=14	n=13	n=27
Voi suositella hoitoa muille	14	11	25 (93%)
Ei voi suositella hoitoa muille	0	2	2 (7%)
Tyytyväinen saamaansa hoitoon	13	9	22 (81%)
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	0	3	3 (11%)
Tyytymätön saamaansa hoitoon	1	1	2 (7%)

Tutkimushenkilöt antoivat vielä uudelleen palautetta terapiajaksosta lomakkeella (liite 7) seurantatutkimuksen yhteydessä. Palautteen tulokset on esitetty taulukossa 13. Asiakkaista suurin osa oli seurantatutkimuksen yhteydessä edelleen sitä mieltä, että voisi suositella saamaansa terapiaa muille. Samoin suurin osa oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Yhdeksän asiakasta koki edelleen olevansa hoidon tarpeessa ja heistä seitsemän suunnitteli menevänsä psykoterapiaan. Asiakkaista 13 raportoi elämässään merkittäviä muutoksia terapiajakson jälkeen, joilla on voinut olla vaikutusta saavutettuun hoitotulokseen.

Taulukko 13. Asiakaspalaute seurantatutkimuksen yhteydessä.

	<u>KKT-ryhmä</u>	<u>HOT-ryhmä</u>	Yhteensä
	n=14	n=14	n=28
Voi suositella hoitoa muille	13	14	27 (96%)
Ei voi suositella hoitoa muille	1	0	1 (4%)
Tyytyväinen saamaansa hoitoon	11	13	24 (86%)
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	2	1	3 (11%)
Tyytymätön saamaansa hoitoon	1	0	1 (4%)
On käynyt terapiajakson jälkeen mielenterveyteen liittyvässä hoidossa	4	3	7 (25%)
Mielenterveyteen liittyvää hoidon tarvetta kokee edelleen	5	5	10 (36%)
Suunnittelee menevänsä psykoterapiaan	4	4	8 (29%)
Merkittäviä muutoksia tapahtunut elämässä terapian jälkeen	6	7	13 (46%)

3.2 Terapeutit

3.2.1 Alkuhaastattelu

Kysyttäessä terapeuttien ajatuksia juuri ennen terapioiden alkamista terapeuteista puolet eli seitsemän terapeuttia otti haastattelussa esille pelkonsa tai jännityksensä siitä, miten kykenisi soveltamaan opetettuja terapiamenetelmiä ja auttamaan asiakkaita. Terapeutteja jännitti myös se, miten asiakkaat kokisivat terapeutin nuoruuden ja kokemattomuuden. Haastateltavista kuusi odotti terapioiden alkamista innokkaasti vailla jännitystä ja pelkoja. Ainoastaan yksi haastateltava suhtautui terapioiden alkamiseen negatiivisesti. Terapeutit odottivat yleisesti tästä terapiakoulutuksesta ennen kaikkea sitä, että oppisivat käytännön terapiatyöskentelyä ja menetelmien käyttämistä. He odottivat myös pystyvänsä auttamaan asiakkaita.

Haastatteluissa terapeutit kertoivat odottavansa mahdolliseksi ongelmaksi sen, olisivatko he uskottavia asiakkaiden silmissä. Asiakkaiden taholta mahdollisiksi ongelmiksi odotettiin myös niitä tilanteita, joissa asiakas ei puhu paljon eikä terapeutti pysty saamaan häntä avautumaan. Sitäkin epäiltiin, sitoutuisivatko asiakkaat terapiaan ja tekisivät heille annetut tehtävät. Terapeutit pelkäsivät tilanteita, joissa eivät tiedä mitä tehdä tai sanoa. Omien tunteiden hallintaa asiakkaiden vaikeita ongelmia kohdatessa pohdittiin, samoin sitä, pystyisikö terapeutti todella auttamaan asiakasta. Terapeutit epäilivät myös sitä, miten terapiamenetelmät pystyttäisiin pitämään erillään ja se koettiin myös eettisenä ongelmana niissä tilanteissa, joissa terapeutti pitäisikin toista menetelmää parempana asiakkaan auttamisessa. Terapeuttien mielestä annettu koulutus oli liian lyhyt jotta terapiamenetelmät olisi voinut omaksua kunnolla. Siksi he epäilivät myös omaa osaamistaan terapian antamisessa ja miettivät, riittääkö työnohjaus auttamaan heitä vaikeissa tilanteissa.

Terapeutit odottivat oppivansa tästä koulutuksesta ennen kaikkea teoreettisesti opittujen menetelmien käytäntöön soveltamista, käytännön terapiatyötä ja terapiaprosessin viemistä alusta loppuun. Myös asiakkaan kohtaamisen oppimista pidettiin tärkeänä. Omien ongelman jäsentelytaitojen odotettiin kehittyvän, samoin itsetuntemuksen ja ammattiidentiteetin. Asiakkaita terapeutit ajattelivat pystyvänsä auttamaan sillä, että he antavat näille HOT- ja KKT-menetelmien työkaluja, joiden avulla asiakkaat pystyisivät jäsentämään paremmin omia ongelmiaan. Jo senkin uskottiin auttavan asiakasta, että hän voisi pohtia ongelmaansa jonkun ulkopuolisen kanssa, joka

todella kuuntelee. Terapeutit uskoivat, että he voivat auttaa asiakkaita näkemään ongelmansa selkeämmin, mikä saisi aikaan muutosprosessin heidän ongelmiansa ratkaisemiseksi. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta terapeutit kokivat osaavansa terapiamenetelmät teoriassa hyvin, mutta käytännössä kokemuksen puutteen vuoksi heikommin. Yksi terapeuteista oli saanut varmuutta terapiatyöhön aikaisemman työkokemuksensa perusteella.

Lähtötilanteessa viisi terapeuttia halusi käyttää KKT-menetelmää ja kuusi terapeuttia HOT-menetelmää. Terapeuteista yksi ei osannut sanoa kumpaa menetelmistä haluaisi käyttää, ja kaksi terapeuttia olisi halunnut käyttää molempia menetelmiä.

3.2.2 Terapeuttien alku- ja loppumittaukset

Taulukossa 14 ja kuvassa 3 on esitetty terapeuttien alku- ja loppumittausten tulokset BDI-, SCL-90, Mieliala-, Itseluottamus-, Tyytyväisyys-, JESI- ja AAQ-mittareilla. BDI-, SCL-90-, Mieliala-, Itseluottamus- ja AAQ-pistemäärät pysyivät ennallaan mittauksissa. Tyytyväisyys elämään- ja JESI-pistemäärät nousivat, joiden osalta alku- ja loppumittauksen keskiarvopistemäärät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (Wilcoxon: $Z = -3.048$, $p < 0.002$, $Z = -2.244$, $p < 0.025$). Terapiajakso näyttäisi siis lisänneen terapeuttien tyytyväisyyttä ja sosiaalista toimintakykyä.

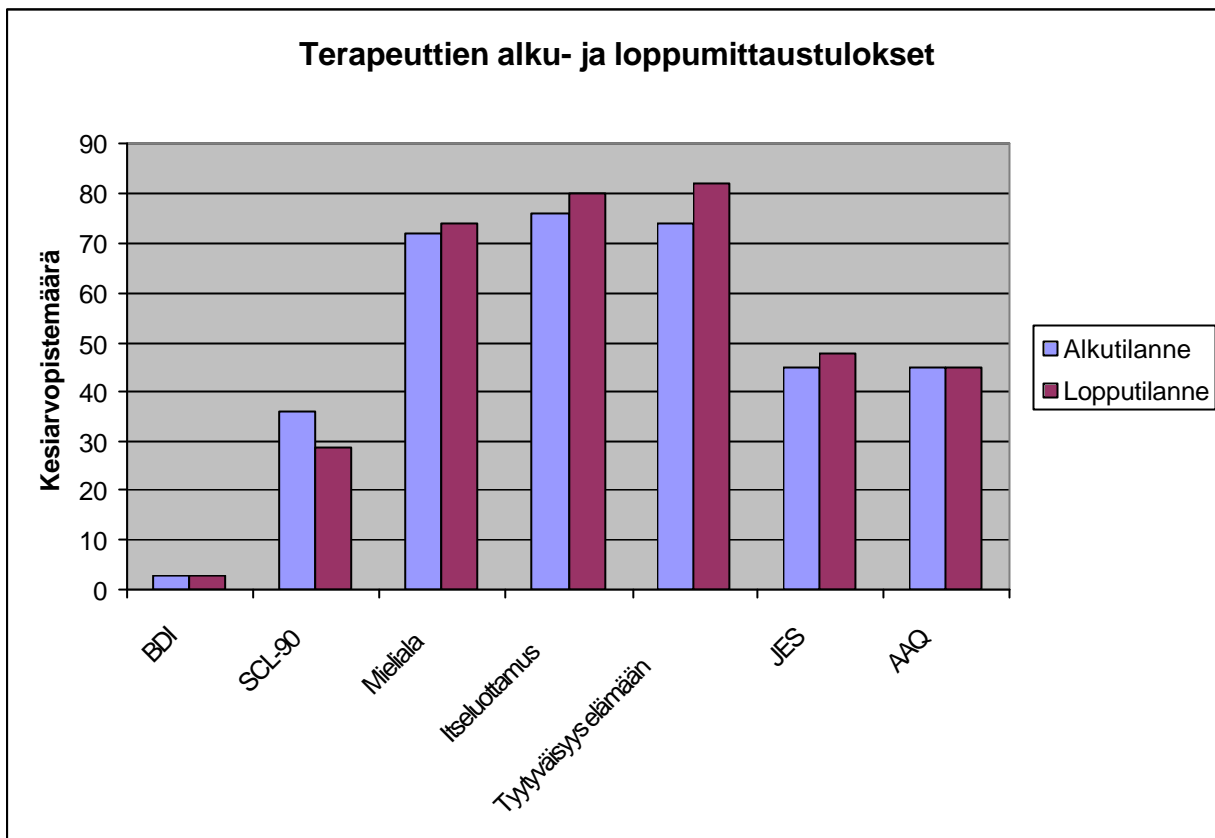
Taulukko 14. Terapeuttien alku- ja loppumittausten tulokset.

	Alkumittaus		Loppumittaus	
	M	SD	M	SD
Mittari				
BDI	3	3	3	2
SCL-90	36	26	29	22
Mieliala	72	15	74	16
Itseluottamus	76	9	80	10
Tyytyväisyys*	74	10	82	9
JESI*	45	6	48	4
AAQ (vält)	19	5	19	6
AAQ (hyv)	45	5	45	6

* Alku- ja loppumittaus eroavat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi.

Lyhenteiden selitykset: ks. kohta 2.3 Arviointimenetelmät.

Kuva 3. Terapeuttien alku- ja loppumittausten tulokset.



Taulukoissa 15 ja 16 on esitetty terapeuttien alku- ja loppumittausten tulokset pelon, ahdistuksen, jännityksen, innostuksen ja osaamisen osalta (arviointiskaala 0 – 10). Yleisesti voidaan todeta, että terapeuttien pelko ja jännitys lientyi terapioiden edetessä, sekä kokemus omasta osaamisesta lisääntyi (taulukko 16). Terapeuttien innostusta mitattiin vain alkumittauksen yhteydessä.

Tilastollisesti merkitseviä muutoksia alkumittaukseen verrattuna havaittiin pelon vähenemisen (KKT-menetelmä), jännityksen vähenemisen (KKT-menetelmä) ja osaamisen lisääntymisen (sekä KKT- että HOT-menetelmä) osalta (Wilcoxon: $Z = -2.229, p < .026$, $Z = -2.605, p < .009$, $Z = -2.291, p < .022$, $Z = -3.040, p < .002$).

Taulukko 15. Terapeuttien pelko, ahdistus, jännitys, innostus ja osaaminen ennen terapioiden alkamista.

Mittari	M	SD	Min	Max	95%conf
Pelko	3,3	2,6	0,0	7,2	1,8 - 4,8
Ahdistus	2,8	2,4	0,2	7,4	1,5 – 4,2
Jännitys	4,3	2,8	0,4	8,2	2,7 - 5,1
Innostus	8,0	1,6	3,0	10,0	7,1 – 9,0
Osaaminen_KKT	4,9	1,9	1,0	7,1	3,8 - 6,0
Osaaminen_HOT	3,9	2,1	0,0	6,6	2,7 – 5,1

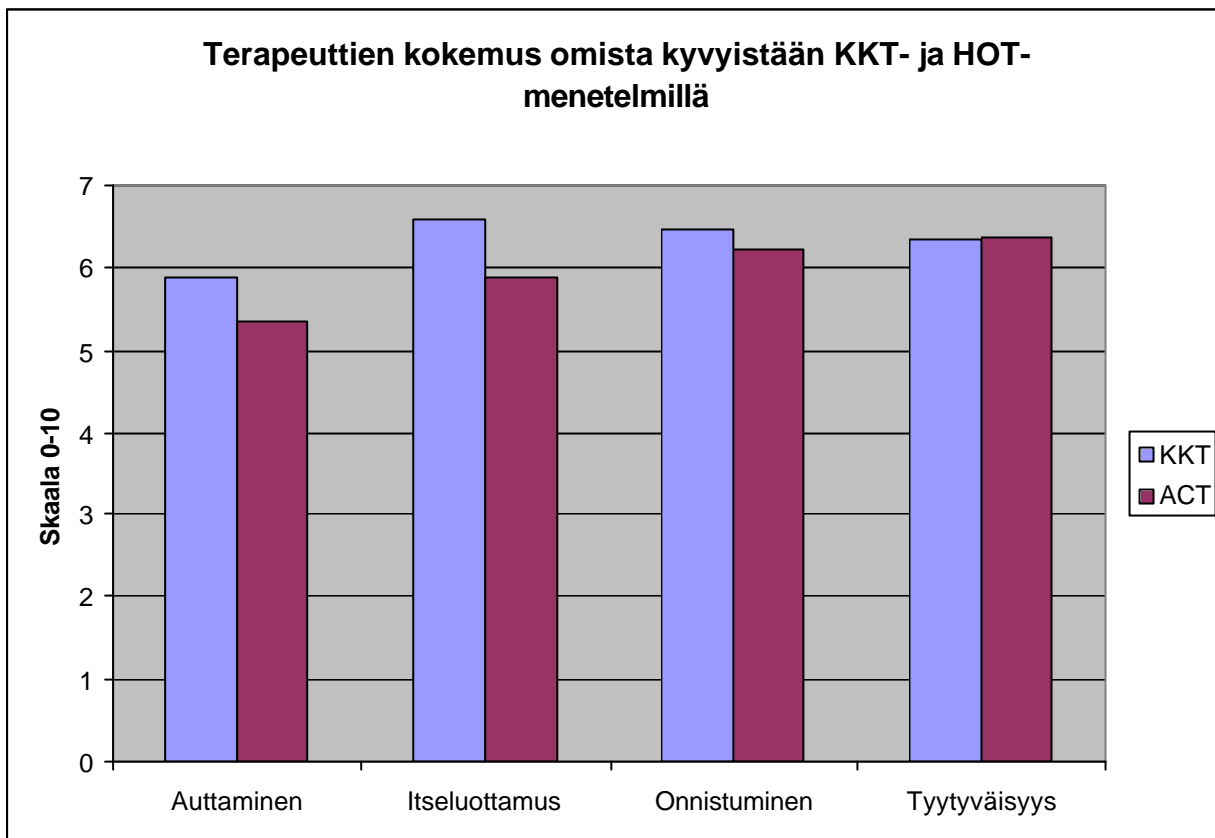
Taulukko 16. Terapeuttien pelko, ahdistus, jännitys ja osaaminen terapioiden jälkeen.

Mittari	M	SD	Min	Max	95%conf
Pelko_KKT*	1,7	1,5	0,1	5,5	0,9 – 2,6
Pelko_HOT	2,0	2,4	0,0	7,5	0,7 – 3,4
Ahdistus_KKT	3,0	2,4	0,6	8,2	1,6 – 4,4
Ahdistus_HOT	3,2	2,6	0,2	7,8	1,7 – 4,6
Jännitys_KKT*	2,3	2,3	0,0	6,8	1,0 – 3,6
Jännitys_HOT	2,7	2,4	0,1	7,5	1,3 – 4,0
Osaaminen_KKT*	6,4	1,9	2,0	9,6	5,3 – 7,5
Osaaminen_HOT*	6,1	1,5	3,7	8,5	5,2 – 6,9

* Muutos alkumittaukseen verrattuna tilastolisesti merkitsevä.

Kuvassa 4 on esitetty terapeuttien kokemus omasta auttamiskyvystään, itseluottamuksestaan, onnistumisestaan ja tyytyväisyydestään kun he käyttivät KKT- ja HOT-menetelmiä. Erot menetelmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kuva 4. Terapeuttien kokemus omista kyvyistään KKT- ja HOT-menetelmillä.



Terapeuteilta kysyttiin tyytyväisyyttä omaan työskentelyyn (liite 11) terapioiden aikana (taulukko 17). Lisäksi heitä pyydettiin kuvaamaan suhdettaan asiakkaaseensa (taulukko 18). Terapeuteista valtaosa oli tyytyväisiä omaan työskentelyynsä sekä KKT- että HOT-menetelmällä. Kolme terapeuttia ei ollut tyytymätön eikä tyytyväinen KKT-menetelmää käyttäessään. Samoin kolme terapeuttia ei ollut tyytymätön eikä tyytyväinen työskentelyynsä HOT-menetelmällä. Yksi HOT-menetelmää käyttävä terapeutti oli melko tyytymätön omaan työskentelyynsä.

Taulukko 17. Terapeuttien tyytyväisyys omaan työskentelyyn terapioiden aikana.

	KKT	HOT
Tyytyväisyys omaan työskentelyyn: tyytyväinen	11	10
Tyytyväisyys omaan työskentelyyn: ei tyytyväinen eikä tyytymätön	3	3
Tyytyväisyys omaan työskentelyyn: tyytymätön	0	1

Terapeutit kuvasivat suhdettaan asiakkaisiin pääsääntöisesti hyväksi (taulukko 18). KKT-menetelmää käytettäessä seitsemän terapeuttia koki asiakassuhteen erittäin hyväksi ja kuusi melko hyväksi. Yksi terapeutti koki, ettei asiakassuhde ole huono eikä hyvä KKT-menetelmää käytettäessä. HOT-menetelmää käytettäessä kahdeksan terapeuttia koki asiakassuhteen erittäin hyväksi ja viisi melko hyväksi. Yksi terapeutti koki, ettei asiakassuhde ole huono eikä hyvä HOT-menetelmää käytettäessä.

Taulukko 18. Terapeuttien suhde asiakkaisiin terapioiden aikana.

	KKT	HOT
Suhde asiakkaaseen erittäin hyvä	7	8
Suhde asiakkaaseen melko hyvä	6	5
Suhde asiakkaaseen: ei hyvä eikä huono	1	1

Terapeutit seurasivat omaa tyytyväisyyttään terapioiden aikana myös tyytyväisyyspäiväkirjojen avulla noin viikon ajan sekä terapioiden alussa että lopussa. Terapeuttien tyytyväisyydessä ei tapahtunut muutosta terapioiden kuluessa.

3.2.3 Loppuhaastattelu

Loppuhaastattelussa 14:sta terapeutista 13 piti terapiakoulutusta kokonaisuudessaan myönteisenä kokemuksena. Terapeutit pitivät kokemusta kaiken kaikkiaan hyvin opettavaisena ja arvokkaana ja olivat helpottuneita kun olivat selviytyneet kunnialla urakastaan. Erityisen tyytyväisiä he olivat siihen, että pystyivät saamaan kokemusta kokonaisvaltaisesta terapiatyöskentelystä viemällä koko terapian läpi alusta loppuun. Terapeuteista yksi piti kokemustaan terapiatyöstä vaikeana ja oli epäileväinen sen suhteen, tapahtuiko hänen asiakkaissaan mitään terapiaprosessin aikana. Myös kaksi muuta terapeuttia toi haastattelussa esille terapian vaikeuden siitä näkökulmasta, ettei teoria aina toteudu käytännössä.

Suurin osa terapeuteista katsoi terapioiden vastanneen heidän ennakko-odotuksiaan, jotka tosin vaihtelivat terapeutista riippuen. Osa oli varautunut yllättäviin tilanteisiin terapiaistuntojen aikana, eivätkä he olleet hämmentyneitä sellaisten tullessa. Osa terapeuteista taas yllättyi siitä, ettei terapiaistuntoja voinut etukäteen suunnitella kovin tarkasti tilanteiden yllätyksellisyyden vuoksi.

Joillekin yllättäviä tilanteita ei tullut ollenkaan, vaan he pystyivät ennakoimaan hyvin asiakkaiden reaktiot ja suunnittelemaan terapiaistuntojen kulun. Jotkut pitivät terapioiden toteuttamista niin vaikeina ja hankalina toteuttaa kuin alussa olivat odottaneetkin, kun taas toiset olivat yllättyneitä siitä miten hyvin terapiaprosessi meni.

Suurin osa terapeuteista ei kohdannut mitään erityisiä ongelmia käyttäessään KKT-menetelmää. Kaksi terapeuttia koki terapiaoihin käytetyn ajan riittämättömäksi. Neljällä terapeutilla oli vaikeuksia saada asiakas tekemään kotitehtäviä. Yksi terapeutti koki vaikeaksi rooliharjoitusten tekemisen. Neljä terapeuttia olisi joskus halunnut käyttää mieluummin HOT-menetelmiä KKT-asiakkaalleen. Yksi terapeutti otti esille oman kokemattomuutensa ja siitä johtuvan arkuuden menetelmän soveltamisessa.

Terapeuteista kahdeksan koki ongelmalliseksi HOT-menetelmän soveltamisessa sen, etteivät he itse olleet ehtineet lyhyellä koulutusajalla omaksumaan menetelmää niin hyvin että olisivat pystyneet välittämään HOT-terapian ajattelutavan asiakkaalle. Ehkä tästä johtuen kolme kertoi itsellään olleen vaikeuksia saada asiakkaansa tekemään harjoituksia ja kotitehtäviä. Nämäkin asiakkaat puhuivat kuitenkin arvoista mielellään. Yhden terapeutin asiakas oli varautunut kaikkia HOT-menetelmiä kohtaan ja yhdellä terapeutilla oli vaikeuksia saada asiakas hyväksymään vallitseva tilanteensa. Terapeuteista kaksi olisi halunnut käyttää myös KKT-menetelmiä HOT-asiakkaalleen.

Kysyttäessä terapeuttien pelkoja KKT-terapian aikana, ilmoitti terapeuteista neljä, ettei hänellä ollut minkäänlaisia pelkoja. Terapeuteista seitsemän pelkäsi terapian aikana pystyykö hän auttamaan asiakastaan KKT-menetelmän keinoin. Lopuista terapeuteista yksi pelkäsi sitä, miten asiakas lähtee mukaan rooliharjoituksiin, toinen vanhempien asiakkaidensa epäluuloa nuorta terapeuttia kohtaan ja kolmas altistus ym. harjoitusten aikana sitä, ettei asiakkaan tilanne vain menisi pahemmaksi.

HOT-menetelmiä käyttäessään kertoi suurin osa, peräti 10 terapeuttia, itsellään olleen pelkoja sen suhteen, osaako soveltaa kunnolla HOT-menetelmää ja auttaa asiakastaan. Neljä terapeuttia kertoi samassa yhteydessä asiakkaansa vastustaneen HOT-menetelmien käyttöä. Yhden terapeutin pelot johtuivat ainoastaan tästä. Ainoastaan kolme terapeuttia kertoi, ettei hänellä ollut minkäänlaisia pelkoja HOT-terapian aikana.

Asiakkaiden tunteiden kohtaaminen ahdisti viittä terapeuttia KKT-terapian aikana. Menetelmistä ahdistusta aiheuttaviksi mainittiin tunteille altistaminen, rooliharjoitukset ja

rentoutumisharjoitukset. Kahta terapeuttia ahdisti se, etteivät he voineet käyttää HOT-menetelmiä, vaikka olisivat pitäneet näitä KKT-menetelmiä parempana asiakkaan auttamisessa. Neljää terapeuttia ahdisti se, miten löytää tarpeeksi hyviä keinoja asiakkaan auttamiseksi hänen vaikeissa ongelmissaan. Kaksi terapeuttia kertoi haastattelussa, ettei häntä ahdistanut mikään KKT-terapian aikana.

HOT-terapian aikana kolmea terapeuttia ahdisti heidän asiakkaidensa hyvin vaikeat ongelmat. Kuusi koki ahdistusta omasta riittämättömyydestään HOT-menetelmän soveltamisessa ja siitä, pystyykö auttamaan asiakastaan. Yksittäisistä menetelmistä metaforien käyttö ja tietoisuusharjoitukset ahdistivat kahta terapeuttia. Kolme terapeuttia ei kokenut ahdistusta lainkaan HOT-menetelmää käyttäessään.

Kun alkuhaastattelussa monet terapeutit kertoivat jännittävänsä sitä, miten asiakkaat suhtautuvat terapeutin nuoruuteen ja kokemattomuuteen, koki ainoastaan kolme terapeuttia jännitystä asian vuoksi KKT-terapian aikana. Kaksi terapeuttia jännitti asiakkaiden kohtaamista ylipäättään, sillä heillä ei ollut juuri aikaisempaa kokemusta asiakastyöstä. Moni jännitti sitä, pystyykö auttamaan asiakasta ylipäättään mitenkään. Jännitettiin myös asiakkaan reagointia ehdotettuihin harjoituksiin, erityisesti rooliharjoituksiin sekä sitä, oliko asiakas tehnyt hänelle annettuja kotitehtäviä. Terapeutit saattoivat jännittää myös asiakkaansa puolesta tämän kohdatessa vaikeita arkielämän tilanteita tai kokiessaan asiakkaan siirtäneen voimakkaita tunteita terapeuttiin.

Koska HOT oli uusi tapa ajatella myös terapeuteille, jännittivät he sitä, miten osaavat välittää asiakkaille sen taustalla olevat ideat. Kuusi terapeuttia koki, ettei itsekään ollut ehtinyt kunnolla oppia HOT-menetelmää saati soveltaa sitä asiakkaan ongelmiin. Seitsemän terapeuttia jännitti joko sitä miten asiakkaat reagoivat heidän nuoruuteensa ja kokemattomuuteensa tai pystyvätkö he auttamaan asiakasta. Kolme terapeuttia kertoi, ettei jännittänyt mitään.

Kaikki terapeutit katsoivat oppineensa vähintään perusasiat KKT-menetelmästä terapiaprosessin aikana. Käyttäytymisen aktivointia pidettiin tärkeänä, samoin istunnoissa tehtyjä rooliharjoituksia ja kotitehtäviä sekä asiakkaiden tekemiä itsehavainnointeja sekä luottamuksellista terapiasuhdetta. Terapeutit kokivat myös oppineensa tekemään tarkentavia kysymyksiä. Jotkut havaitsivat kuitenkin terapian käytäntöön soveltamisen vaikeaksi. Terapeutit pitivät KKT-menetelmää selvästi teknisempänä ja helposti opittavampana menetelmänä kuin HOT-menetelmää.

Kun terapeuteilta kysyttiin loppuhaastattelussa, mitä he oppivat HOT-terapiaprosessista, vastaukset eivät kohdistuneet niin selvästi menetelmän tekniseen osaamiseen, vaikka sitäkin katsottiin tulleen opituksi. Suurin osa kertoi nyt oivaltaneensa HOT-menetelmän taustalla olevan ajattelutavan ja ymmärtäneensä, miten tärkeää on välittää juuri sitä asiakkaalle. Moni kertoi yllättyneensä, miten hyvin arvokeskustelut toimivat, vaikkakaan eivät kovin konkreettisesti ajattelevilla ihmisillä. Myös metaforia kiiteltiin, samoin tietoisuusharjoituksia ja terapian ihmiskäsitystä. HOT-menetelmää pidettiin hyvänä aputyökaluna, sillä katsottiin, ettei se sovi kaikille asiakkaille. Terapeutit kokivat oppineensa molemmista terapioiden paljon asiakkaan kohtaamisesta ylipäätään ja terapioiden soveltamisesta asiakkaiden mukaan sekä yleisiä tekijöitä terapiaprosessista kuten alkuhaastattelun tekemistä, pitkäjänteistä suunnittelua sekä erottamaan olennaisuuksia epäolennaisesta.

Suurin osa terapeuteista koki pystyneensä auttamaan KKT-asiakkaitaan käyttämällä KKT-menetelmiä ja ongelmanratkaisumalleja. Näiden lisäksi terapeutit katsoivat auttaneensa asiakkaita esimerkiksi auttamalla asiakasta näkemään oman toimintansa vaikutuksia ongelmaansa, löytämällä yhdessä asiakkaan kanssa keinoja, joilla saada stressi ja ahdistus lievenemään sekä etsimällä rakentavampia tapoja käyttäytyä ja ajatella ongelmallisissa tilanteissa. Jotkut terapeutit katsoivat jo empaattisen kuuntelun auttaneen asiakastaan, yksi arveli sen olleen jopa ainoa keino, jolla hän pystyi auttamaan asiakasta.

HOT-terapiassa taas suurin osa terapeuteista koki auttaneensa asiakkaitaan erityisesti arvokeskusteluilla, joiden avulla asiakkaat pystyivät paremmin tiedostamaan arvojaan ja toimimaan niiden mukaan. Suurin osa kertoi haastattelussa asiakkaiden myös saaneen uudenlaisia näkökulmia ongelmaansa ja oppineensa ajattelemaan uudella tavalla. Myös HOT-terapian muiden menetelmien kuten tietoisuusharjoitusten ja metaforien katsottiin auttaneen asiakkaita kuten pelkän asiakkaan kuuntelemisenkin. Poikkeuksena tästä joukosta yksi terapeutti katsoi, ettei hän pystynyt auttamaan asiakastaan mitenkään.

Kysyttäessä terapeuttien kantaa siihen, oliko jompikumpi menetelmistä parempi asiakkaan auttamisessa, oli terapeuteista tasan puolet sitä mieltä, että ei ollut, vaan molemmat menetelmät olivat yhtä hyviä. Molemmista katsottiin olevan hyviä elementtejä, KKT-menetelmässä erityisesti sen konkreettisuuden ja HOT-menetelmässä sen kokonaisvaltaisen suhtautumistavan. Lopuista terapeuteista viisi piti HOT-menetelmää parempana asiakkaan auttamisessa koska sen katsottiin olevan asiakaslähtöisempi ja menevän syvemmälle asiakkaan ongelmiin kuin KKT-menetelmän. Kaksi terapeuttia piti KKT-menetelmää parempana. Toinen piti sen konkreettisuudesta ja toinen piti

sitä tämän kokemuksensa valossa hänen asiakkaalleen sopivampana, mutta katsoi paremmuuden silti riippuvan aina tilanteesta ja asiakkaasta. Terapeuteista 10 halusi käyttää molempia menetelmiä jatkossa riippuen asiakkaasta ja hänen tilanteestaan, koska heidän mielestään molemmissa menetelmissä oli hyvät puolensa (ks. yllä). Kolme terapeuttia halusi käyttää enemmän HOT-menetelmää, koska piti enemmän sen edustamasta uudeltaisesta ajattelutavasta. Yksi käyttäisi mieluummin KKT-menetelmää koska se oli hänen mielestään helpompi menetelmä kuin HOT.

Kaikki terapeutit kuvasivat asiakkaan ja itsensä välistä suhdetta KKT-terapian aikana hyväksi. Toiset määrittivät suhteen avoimeksi ja luottavaiseksi, toiset välittömäksi ja turvalliseksi. Kaksi terapeuttia kertoi suhteen olleen alussa varautunut, mutta parantuneen ajan mittaan. Yksi määritteli asenteensa olleen ohjaileva ja asiantuntijamainen asiakkaansa tilanteesta johtuen. Niin ikään yksi määritteli asiakassuhteensa ollen joskus ristiriitainen ja vaihteleva. Kuvaillessaan asiakkaan ja itsensä välistä suhdetta HOT-terapian aikana, terapeuttien vastaukset vaihtelivat enemmän. Kahdeksan terapeuttia kertoi suhteen olleen alusta lähtien avoin, luottavainen, keskusteleva tai tasavertainen. Kaksi terapeuttia määritteli suhteen asialliseksi, asiantuntijamaiseksi neuvontasuhteeksi. Yksi terapeutti kertoi suhteen olleen alussa varautunut, mutta muuttuneen ajan mittaan paremmaksi. Kahden terapeutin asiakkaat olivat olleet jonkin verran vastustavia menetelmää kohtaan ja suhteen siksi olleen ristiriitainen. Yksi terapeutti kertoi suhteen olleen hyvin keskusteleva ja asiakkaan tuoneen esiin paljon omia ajatuksiaan.

4. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa tutkittiin psykoterapiahoitojen vaikuttavuutta perinteisellä kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) menetelmillä ja uudella hyväksymis- ja omistautumisterapialla (HOT). Tutkimuksessa haluttiin selvittää kuinka opiskelijaterapeutit hoitavat KKT- ja HOT-menetelmillä mielenterveyteen liittyvistä ongelmista kärsiviä asiakkaita, ja havaitaanko hoitotulosten välillä eroa käytetystä hoitomenetelmästä riippuen. Samalla haluttiin tutkia onko mahdollista lyhyessä ajassa opettaa varsin kokemattomille terapeuteille kahden psykoterapiamenetelmän käyttöä, sekä selvittää kuinka terapeutit kokevat tällaisen koulutuksen. Valittujen mittarien (BDI, SCL-90, Mieliala, Itseluottamus, Tyytyväisyys elämään, JESI, AAQ), tutkimusta varten laadittujen täytettävien lomakkeiden ja haastatteluiden avulla saatiin monipuolinen käsitys terapiajakson kulusta ja sen vaikutuksista niin asiakkaisiin kuin terapeuteihin. Mittareista BDI ja SCL-90 ovat hyvin tunnettuja ja laajalti käytössä, ja ne toimivat luotettavasti käyttötarkoituksessaan. AAQ ja JESI olivat tärkeitä tässä tutkimuksessa hyväksymisen ja välttämiskäyttäytymisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn muutosten seurannan kannalta. Mielialaa, itseluottamusta ja tyytyväisyyttä kuvaavat mittarit ovat vielä melko uusia, ja tämän tutkimuksen kannalta erittäin tärkeitä toisaalta ryhmien välisten erojen ja toisaalta ryhmän sisällä tapahtuvien muutosten seurannan kannalta.

Ongelmat KKT- ja HOT- ryhmien asiakkaila olivat hyvin samantyyppisiä, tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut lähtötilanteessa tutkittavien ryhmien välillä. KKT-ryhmän tutkimushenkilöillä oli jonkin verran enemmän ahdistusta ja murehtimista, kun taas HOT-ryhmässä oli hieman enemmän itsetunnon ongelmia. Useimmilla asiakkaila oli kuitenkin samanaikaisesti useita ongelmia, ja kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että lähtötilanteessa ei havaita sellaisia eroja, joilla olisi merkitystä tutkimustulosten kannalta. Myös muutosvalmius molemmissa asiakasryhmissä oli lähes yhtä suurta. Terapeuttien vaikutus tutkimustuloksiin eliminoitiin sillä, että kukin terapeutti hoiti sekä KKT- että HOT-asiakasta.

Terapioiden päätyttyä voitiin selvästi todeta, että kumpikin asiakasryhmä oli hyötynyt annetusta hoidosta. KKT-ryhmän kohdalla hyöty oli odotettavissa hoitomenetelmän lukeutuessa empiirisesti hyvin validoituihin hoitomenetelmiin. Kuitenkin HOT-ryhmässä oli selvästi enemmän tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Tämä on huomionarvoista siitä syystä, että kyseessä on vielä melko uusi eikä niin perusteellisesti tutkittu menetelmä kuin KKT. Mielenkiintoinen oli myös havainto hyväksynnän muutoksesta hoidon aikana ainoastaan HOT-ryhmässä, mikä viittaa siihen, että juuri

tässä ryhmässä terapia vaikutti hyväksymis- ja välttämiskäyttäytymiseen. Myös aiemmin tehdyissä tutkimuksissa (Bach & Hayes 2002, Bondin & Buncen 2000, Dahl ym. 2004, Eifert & Heffner 2003, Gifford ym. 2004, Gutiérrez ym. 2004, Hayes ym. 2004c, Levitt ym. 2004, Zettle 2003, Zettle & Hayes 1986 ja Zettle & Raines 1989), joissa HOT-terapiaa on verrattu muihin hoitomuotoihin, on saatu hyviä tuloksia HOT:n kannalta. HOT- ja KKT-hoitoa vertailevia tutkimuksia on tehty vain muutamia, ja niissä (Block 2002 ja Geiser 1992) on raportoitu kummankin menetelmän tuovan parannusta tutkittavien tilanteeseen ilman merkitsevää ryhmien välistä eroa. Kuitenkin kivun sietoon liittyvissä tutkimuksissa (Hayes ym. 1999b ja Takahashi ym. 2002) on todettu HOT-ryhmien sietävän kipua muita ryhmiä paremmin.

Hieman yllättävää HOT-tulosten merkitsevyys oli siinäkin mielessä, että haastatteluissa terapeutit kertoivat kokeneensa enemmän epävarmuutta HOT:n käytön suhteen, ja myös asiakkaat vastustivat terapeuttien mielestä enemmän HOT-menetelmää. Tämän voidaan ajatella näkyvän myös asiakaspalautteessa, sillä terapioiden päätyttyä palaute KKT-asiakkailta oli säännönmukaisemmin positiivista kuin HOT-asiakkailta. Uusi terapiamuoto saattoi asiakkaistakin tuntua ensin vieraalta mutta seurantamittauksessa yhtä asiakasta lukuun ottamatta HOT-asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, ja kaikki olivat valmiit suosittelemaan hoitoa myös muille. Seurantatutkimuksessa KKT-asiakkaat päinvastoin olivat jonkin verran vähemmän tyytyväisiä saamaansa hoitoon kuin välittömästi terapioiden päätyttyä.

Loppumittauksen kohdalla tilastollisesti merkitsevä ero todettiin SCL-90-oirepistemäärissä HOT:n eduksi KKT-ryhmään verrattuna. Tämä voisi viitata siihen, että hyväksymisellä on ratkaiseva merkitys erilaisten ongelmien kokemisessa ja käsittelyssä, kuten myös Hayes (1999a, 2004a, 2004b) kuvaa. Hyväksynnän lisääntyminen alkutilanteeseen nähden oli juuri HOT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevää. Hyväksyntä lisääntyy ehkä vähitellen pitkän ajan kuluessa ja leviää eri elämänalueille, mitä voisi osoittaa se, että seurantamittauksessa myös HOT-ryhmän itseluottamus-, tyytyväisyys-, BDI- ja JESI-tulokset olivat tilastollisesti merkitsevästi parempia kuin KKT-ryhmän. HOT:n positiivinen vaikutus näin laajalle alueelle voi tukea myös HOT:n taustalla olevaa teoriaa kielellisyyden vaikutuksesta psyykkisiin häiriöihin.

Voidaan pohtia miksi KKT- ja HOT-ryhmien välinen ero loppumittauksessa näkyy juuri SCL-90-mittarilla. SCL-90 on erittäin laaja-alainen oiremittari ja asiakkaan kannalta hyvin konkreettinen. Se on vähemmän sidoksissa kielellisyyteen, jonka avulla helposti luodaan hyvän elämän kategorioita, mielikuvia ja ajatuksia positiivisesta mielialasta, tyytyväisyydestä ja vankasta itseluottamuksesta.

Myös JESI-mittari, joka seurantamittausten yhteydessä nousee vahvasti esille, on luonteeltaan jokapäiväisiä käytännön toimia kartoittava, eikä niin vahvasti olotiloja verbaalisesti kuvaava mittari. Vaikka henkilö ei vielä mieltäisikään olevansa onnellinen ja tyytyväinen, on hän kuitenkin jo aktivoitunut toimimaan omaksi parhaakseen. Toisaalta seurantamittauksessa HOT:n eduksi tilastollisesti merkitsevästi toisistaan eroavat tyytyväisyys ja itseluottamus kuvaavat kenties sitä, että vasta seurantavaiheessa positiiviset muutokset ovat tietoisemmin jäsentyneet asiakkaan mieleen siten, että ne alkavat näkyvät tuloksissa kyseisillä mittareilla.

Kaiken kaikkiaan seurantatutkimuksen tulokset vahvistivat, että hoitotulos oli pysyvä vielä n. kuuden kuukauden kohdalla terapian päättymisen jälkeen molemmissa ryhmissä. Tulokset viittaavat myös siihen, että positiivisia muutoksia voi parhaassa tapauksessa tapahtua vielä kauan terapian päättymisen jälkeen. Oleellista on se, kuinka hyviä työvälineitä asiakkaat saavat käyttöönsä terapian aikana. Hyvien työkalujen avulla asiakas oppii aktiivisen tavan työstää uusiakin eteen tulevia ongelmia, eikä ole enää riippuvainen saatavilla olevasta hoidosta. Näin näyttäisi tapahtuvan erityisesti HOT-menetelmällä hoidettujen asiakkaiden kohdalla.

Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat työikäisiä, suurin osa työssäkäyviä ihmisiä, jotka edustivat tasaisesti eri ammattiryhmiä, joskin hoitoalan työntekijät olivat ehkä jonkin verran yliedustettuina. Suurimmat ongelmaryhmät asiakkailta olivat erilaiset vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat, masennus, itsetunnon ongelmat sekä ahdistus ja murehtiminen. Näiden lisäksi esiintyi myös mm. jaksamiseen liittyviä ongelmia, mielialan heilahteluja, yleistä pahaa oloa ja erilaisia fyysisiä oireita. Asiakkaiden ongelmien voisi ajatella olevan samankaltaisia kuin avohoidon mielenterveyspalveluita hakevilla ihmisillä ja luonnehtivan hyvin tämän päivän suomalaista yhteiskuntaa. Siten mielestämme tutkimuksen tulokset asiakkaiden osalta voi hyvin yleistää vallitsevaan suomalaiseen mielenterveyden hoitokenttään, joskin tutkimusotos on pieni, ja vaatii lisätutkimusta selvittää tulosten laajempaa yleistettävyyttä.

Terapeutit jännittivät terapioiden alkamista jonkin verran ja kokivat hiukan pelkoa ja ahdistusta, sillä he suhtautuivat koulutukseen hyvin vakavasti, ja halusivat todella auttaa asiakkaita. He olivat myös huolissaan siitä pystyvätkö tarjoamaan asiakkaille soveltuvaa apua, ja olivat erittäin innostuneita soveltamaan uusia taitojaan, tosin menetelmien erillään pitäminen huoletti heitä. Terapeuttien pelko ja jännitys väheni tilastollisesti merkitsevästi KKT:n osalta, ja osaaminen lisääntyi merkitsevästi molemmissa menetelmissä. Terapiatyöskentely psykologikoulutuksessa lisäsi terapian aikana opiskelijoiden yleistä tyytyväisyyttä sekä sosiaalista toimintakykyä. Valtaosa

terapeuteista piti terapiakoulutusta hyvin myönteisenä kokemuksena. Kuitenkin he kokivat pystyneensä huonommin auttamaan asiakasta HOT-menetelmällä kuin KKT-menetelmällä. Terapeutit kokivat hoitosuhteensa asiakkaisiin lähes yhtä hyvinä KKT- ja HOT-ryhmissä. Suurin osa terapeuteista halusi jatkossa käyttää molempia menetelmiä tulevassa ammatissaan, koska heillä oli tilaisuus käytännössä todeta kummankin menetelmän hyvät puolet. KKT-menetelmässä terapeutit arvostivat erityisesti menetelmän konkreettisuutta ja HOT-menetelmässä sen asiakaslähtöisyyttä ja syvällisyyttä. Opiskelijaterapeuttien arviot viittasivat siihen, että HOT-menetelmä koettiin emotionaalisesti vaikeampana kuin KKT.

Tutkimuksella oli selkeästi myönteistä vaikutusta niin asiakkaisiin kuin terapeutteihinkin, mikä puoltaisi tällaisen terapiakoulutuksen jatkamista psykologian ammattityöopinnoissa. Tuloksista voidaan päätellä, että psykologian opiskelijat pystyivät auttamaan avoterveydenhuollon asiakkaita jo hyvin lyhyen menetelmäopetuksen jälkeen. Myös Strosahlin, Hayesin ym. tutkimuksen (1998) mukaan HOT-koulutus tuotti terapeuteille hyviä valmiuksia positiivisten hoitotulosten tuottamiseen ajallisesti nopeammin verrattaessa terapeutteihin, jotka eivät saaneet HOT-koulutusta.

Jotta terapeutit tunsivat olonsa hieman varmemmaksi, voisi teoriajakson pituutta lisätä ennen asiakastyöskentelyn aloittamista. Myös menetelmien jyrkkä erottaminen toisistaan tuotti jonkin verran vaikeuksia terapeuteille, loppuhaastatteluiden perusteella tämä oli yksi haastavimmista kohdista tutkimusasetelmassa. Kun tarkastellaan mitä menetelmiä terapeutit raportoivat käyttäneensä asiakkaiden kanssa havaitaan kuitenkin, että kunkin menetelmien keskeisiä työkaluja on käytetty eniten. Tähän vaikutti osaltaan työnohjaus, jossa terapeutit saivat työnohjaajilta ohjeita ja neuvoja mitä menetelmiä tulisi käyttää ja miten.

Tässä tutkielmassa esitellyissä HOT-tutkimuksissa on saatu lupaavia tuloksia uudesta psykoterapiamenetelmästä, ja se on innoittanut tutkijoita laajalti jatkamaan menetelmään liittyvää tutkimusta. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia, ja puoltavat myös sitä, että tutkimuksia kannattaa edelleen jatkaa. Tutkimusasetelmissa olisi myös monia mahdollisia variaatioita, joista tässä pystyttiin toteuttamaan vain yksi käyttämällä KKT- ja HOT-menetelmiä erikseen. Menetelmäyhdistelmät toisivat lisäinformaatiota siinä mielessä, että terapeuttihaastatteluidenkin perusteella useimmat olisivat kokeneet tehokkaimmaksi hoitomuodoksi terapioiden parhaat puolet yhdistävän menetelmäkombinaation. Myös mittareiden valinnassa voisi edelleen pohtia, miten saataisiin enemmän tietoa tutkittavien todellisista toiminnan ja

käyttäytymisen muutoksista, ts. tapahtuuko edistystä jo ennen kuin tutkittava sen tietoisessa mielessään rekisteröi, ja kuinka pian näitä muutoksia voidaan nähdä.

Näiden tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että HOT-menetelmä on uusi varteenotettava hoitomuoto, jonka avulla voidaan saavuttaa positiivisia ja pysyviä tuloksia lyhyessä ajassa. Tästä syystä erityisen merkityksellistä olisi saada HOT-menetelmää vietyä myös käytäntöön ja kentälle, sillä HOT-koulutuksen vaikutus mm. terveydenhuollon neuvontatehtävissä on todettu suotuisaksi (Hayes ym. 2004d). Tämä tapahtuu parhaiten siten, että psykoterapiaopetusta voidaan jatkossakin toteuttaa ja kehittää. Myöskään KKT-menetelmä vankasta asemastaan huolimatta tutkittuna hoitomenetelmänä ei ole niin käytetty mielenterveystyössä kuin olisi hyväksi. KKT-menetelmä on luotettava ja sopii selkeiden menetelmiensä vuoksi useimmille asiakkaille. KKT-menetelmä saattaa vastata asiakkaan odotuksia terapiatyöskentelystä paremmin kuin HOT-menetelmä. Ainakin osa tutkimusasiakkaista koki arvotyöskentelyn itselleen vieraaksi terapeuttihaastattelujen mukaan. Jokainen avohoidossa tai yksityissektorilla toimiva psykologi tai muut mielenterveysalan ammattilaiset hyötyisivät suuresti käyttökelpoisesta menetelmävalikoimasta. Psykoterapiamenetelmiä kehitetään ja tutkitaan, jotta apua voitaisiin tarjota siellä missä sitä eniten tarvitaan. Tämän hetken todellisuus on kuitenkin toinen, paras hoito ei läheskään aina saavuta avun tarvitsijoita.

LÄHTEET

Abramowitz, J. S. 1996. Variants of exposure and response-prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.

Abramowitz, J. S. 1997. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 44-52.

Abramowitz, J. S. 1998. Does cognitive behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder?: A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.

Agras, W.S., Snhneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D. & Telch, C.F. 1989. Cognitive-behavioral and response prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.

Agras, W.S., Telch, C.F., Amow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D. ym. 1994. Weight loss, cognitive-behavioral, and desipremine treatments in binge eating disorder: An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.

Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. & Kraemer, H.C. 2000. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.

Al-Kubaisy, T., Marks, I., Logsdail, S., Marks, M., Lovell, K., Sungur, M. ym. 1992. Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621.

Andersson, S.R., Avery, D.L., DiPeitro, E.K., Edwards, G.L. & Christian, W.P. 1987. Intensive home based early intervention with autistic children. *Education and Treatment of Children*, 10, 352-366.

Andersson, G. 2005. Is CBT already the Dominanat Paradigm in Psychotherapy Research and Practice? *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 1-2.

Antony, M.M. & Barlow, D.H. 2002. Specific phobias. Teoksessa D.H. Barlow. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2. painos, s. 380-417). New York: Guilford Press.

APA (American Psychological Association). 1993. Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures. A report to the Division 12 Board of the American Psychological Association.

Auerbach, R. & Kilmann, P.R. 1977. The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure. *Behavior Therapy*, 8, 330-339.

Azrin, N.H., Bersalel, A., Bechtel, R., Michalicek, A., Mancera, M., Carroll, D. ym. 1980. Comparison of reciprocity and discussion-type counseling for marital problems. *American Journal of Family Therapy*, 8, 21-28.

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

Barlow, D. H., Craske, M., Cemy, J. & Klosko, J. 1989. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.

Barlow, D.H., Rapee, R.M. & Brown, T.A. 1992. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.

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

Basoglu, M., Marks, I., Kilic, C., Swinson, R., Noshirvani, H., Kuch, K. ym. 1994. Relationship of panic, anticipatory anxiety, agoraphobia and global improvement in panic disorder with agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *British Journal of Psychiatry*, 164, 647-652.

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.

Beck, A., Sokol, L., Clark, D., Berchick, R. & Wright, F. 1992. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.

Beck, J. Stanley, M., Baldwin, L., Deagle, E. & Averill, P. 1994. Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 818-826.

Bernstein, Douglas A. & Nietzel, Michael T. 1980. *Introduction to Clinical Psychology*. USA: McGraw-Hill Book Company.

Biglan, A. 1989. A contextual approach to the clinical treatment of parental distress. Teoksessa G.H.S. Singer & L.K. Irvin (toim.), *Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability* (299-311). Baltimore, MD: Brookes.

Birnbrauer, J.S. & Leach, D.J. 1993. The Murdoch early intervention program after two years. *Behavior Change*, 10, 63-74.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Devineni, T., Veazey, C.H., Galovski, T.E., Mundy, E. ym. 2003. A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 79-96.

Block, J.A. & Wulfert, E. 2000. Acceptance and Change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behavior Analysis Today*, 1, 3-10.

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

Bond, F.W. & Bunce, D. 2000. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.

Borkovec, T.D. & Ruscio, A.M. 2001. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 11), 37-42.

Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L. & Lytle, R. 2002. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288-298.

Bosc, M., Dubini, A. & Polin, V. 1997. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1)Suppl.1, S57-S70.

Boudewyns, P. & Hyer, L. 1990. Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.

Bowen, G. & Lambert, J. 1986. Systematic desensitization therapy with PTSD cases. Teoksessa C. Figley (toim.). *Trauma and its wake II* (s. 280-291). New York: Brunner/Mazel.

Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M. & Guthrie, R. 1999. Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V. & Joyce, P.R. 1998. The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28(3), 611-623.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. & Gelder, M. 1991. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.

Carroll, K., Rounsaville, B. & Gawin, F. 1991. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247.

Carroll, K., Rounsaville, B., Gordon, L., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. ym. 1994a. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.

Carroll, K., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. & Gawin, F. 1994b. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.

Castle, D. J., Deane, A., Marks, I. M., Cutts, F., Chadboury, Y. & Stewart, A. 1994. Obsessive-compulsive disorder: Prediction of outcome from behavioral psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 393-398.

Chambless, D. L & Gillis, M. M. 1993. Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.

Christensen, H., Hadzi, P., Andrews, G. & Mattick, R. 1987. Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.

Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. ym. 2001. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5 (35).

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

Clark, David M. & Fairburn, Christopher G. (toim.). 1997. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Oxford University Press.

Conklin, C.A. & Tiffany, S.T. 2002. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*, 97(2), 155-167.

- Cooper, N.A. & Clum, G.A. 1989. Imaginal flooding as supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.
- Cormac, I., Jones, C. & Campbell, C. 2002. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). Teoksessa *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.
- Cottraux, J., Messy, P. M., Marks, I. M., Mollard, E. & Bouvard, M. 1993. Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and or behavior therapy. *Behavioural Psychology*, 21, 45-50.
- Craighead, L.W. & Agras, W.S. 1991. Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 115-125.
- Craske, M. G., DeCola, J. P., Sachs, A. D. & Pontillo, D. C. 2003. Panic control treatment for agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 321-333.
- Craske, Michelle G. & Barlow David H. 2001. Panic disorder and agoraphobia. Teoksessa D.H. Barlow (toim.) *Clinical handbook of psychological disorders*. Third Edition. New York: The Guilford Press.
- Dahl, J., Wilson, K.G. & Nilsson, A. 2004. Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial.
- Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, T. & Dolhanty, J. 1997. Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 25-34.
- Davis, R., McVey, G., Heinmaa, M., Rockert, W. & Kennedy, S. 1999. Sequencing of cognitive-behavioral treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 361-374.

DeRubeis, R.J. & Amsterdam J.D. 2002, June 25. Acute effects of cognitive therapy, pharmacotherapy, and placebo in severely depressed outpatients. Paper presented in 33rd annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, CA.

Dickerson, F.B. 2000. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: A review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research*, 43(2-3), 71-90.

Dimeff, L.A & Marlatt, G.A. 1998. Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 513-525.

Drummond, D.C. & Glautier, S. 1994. A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 809-817.

Drury, V., Birchwood, M. & Cochrane, R. 1996a. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169(5), 593-601.

Drury, V., Birchwood, M. & Cochrane, R. 1996b. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169(5), 602-607.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D. ym. 2003. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.

Durham, R. C. & Turvey, A.A. 1987. Cognitive therapy vs. behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.

Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L.R. & Fenton, G.W. 1994. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.

Durham, R. C., Fisher, P.L., Treliving, L.R., Hau, C.M., Richard, K. & Stewart, J.B. 1999. One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for

generalized anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19-35.

Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G. & Major, K. 2003. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33(3), 499-509.

Eifert, G.H. & Heffner, M. 2003. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E. & Eldevik, S. 2002. Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification*, 26(1), 49-68.

Eldredge, K.L., Agras, W., Arnow, B., Telch, C., Bell, S., Castonguay, L. ym. 1997. The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 247-352.

Elkin, I. 1994. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. Teoksessa A.E. Bergin & S.L. Garfield (toim.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. painos). New York: Wiley.

Elkin, I., Gibbons, R. D, Shea, M. T., Sotsky, S. M, Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., ym. 1995. Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847.

Emmelkamp, P. M. G., van der Helm, M., van Zanten, B. L. & Ploegh, I. 1980. Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution of self-instructional training to the effectiveness of exposure. *Behavior Research and Therapy*, 18, 61-66.

Emmelkamp, P. M. G. 1994. Behavior therapy with adults. Teoksessa A. E. Bergin & S. L. Garfield (toim.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. painos, s. 379-427). New York: Wiley.

Emmelkamp, P. M. G. 1982. Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and New York: Plenum Press.

Emmelkamp, P. M. G. & Beens, H. 1991. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.

Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J, Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J. ym. 1992. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.

Fairburn, C.G. 1985. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. Teoksessa D.M. Garner & P.E. Garfinkel (toim.), *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. (160-192). New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M. & Cooper, P.J. 1986. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R., Cart, S. ym. 1991. Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. & O'Conner, M. 1993. Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.

Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. & Peveler, R.C. 1995. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Fava, G.A., Zielezny, M., Savron, G. & Grandi, S. 1995. Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166(1), 87-92.

Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. ym. 2001. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31(5), 891-898.

Fecteau, G. & Nicki, R. 1999. Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.

Fedoroff, I.C. & Taylor, S. 2001. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311-324.

Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H. & Spira, A.P. 2003. Emotional avoidance: An experimental tests of individual differences and response suppression during biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.

Feske, U. & Chambless, D.L. 1995. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis: *Behavior Therapy*, 26, 695-720.

Fisher, P.L. & Durham, R.C. 1999. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29(6), 1425-1434.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdoch, T.B. 1991. Treatment of PTSD in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.

Foa, E.B., Davidson, J. & Rothbaum, B.O. 1995. Treatment of post-traumatic stress disorder. Teoksessa Gabbard, G.O (toim.). *Treatments of psychiatric disorders: The DSM-IV edition*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Foa, E. B. & Kozak, M. J. 1996. Obsessive-compulsive disorder: Long-term outcome of psychological treatment. Teoksessa Mavissakalian, M. R. & Prien, R. F. (toim.) *Long-term treatments of anxiety disorders (285-309)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. 1988. *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A. & Street, G.P. 1999. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.
- Fowler, D., Garety, P.A. & Knipers, L. 1995. *Cognitive behaviour therapy for people with psychosis: A clinical handbook*. Chichester, UK: Wiley.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B.D., Dancu, C. ym. 1988. Efficacy of behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Freeman, C.P.L., Barry, R., Dunkeld-Turnbull, J. & Henderson, A. 1988. Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 296, 521-525.
- García, J.M. & Pérez, M. 2001. ACT as a treatment for psychotic symptoms. The case of auditory hallucinations. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 455-472.
- Gardner, F.L. & More, S.E. 2004. A mindfulness-acceptance-commitment based approach to athletic performance enhancement: Theoretical considerations. *Behavior Therapy*, 35, 707-723.
- Garety, P.A., Knipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F. & Dunn, G. 1994. Cognitive behavioral therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 67, 259-271.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R. Garner, M.D. 1993. A comparison between CBT and supportive expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Geiser, D.S. 1992. A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center. Unpublished dissertation. University of Nevada, Reno.
- Gelder, Michael. 1997. *The scientific foundations of cognitive behaviour therapy*. Teoksessa D.M. Clark & C.G. Fairburn (toim.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Oxford University Press.

- Ghaderi, A. & Andersson, G. 1999. Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa: Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Skandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 79-87.
- Ghosh, R. A. & Marks, I. M. 1987. Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 2-16.
- Gifford, E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M.M., Rasmussen-Hall, M.L. & Palm, K.M. 2004. Acceptance-based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. 1998. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.
- Goldbloom, D.S., Olmsted, M., Davis, R., Clewes, J., Heinmaa, M., Rockert, W. ym. 1997. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 803-811.
- Gould, R., Buckminster, S., Pollack, M., Otto, M. & Yap, L. 1997. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. 2001. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K. & Norrie, J. 2003. Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33(3), 419-431.
- Gutierrez, O., Luciano, C., Rodriguez, M. & Fink, B.C. 2004. Comparison Between an Acceptance-Based and a Cognitive-Control-Based Protocol for Coping With Pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.

Haddock, G., Bentall, R. & Slade, P. 1996. Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? Teoksessa Haddock, Gillian & Slade, Peter D. (toim.). *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Routledge: London.

Haddock, G., TARRIER, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C. & McCarthy, E. 1998. Individual cognitive-behaviour therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review, 18, 821-838.

Haddock, G., TARRIER, N., Morrison, A., Hopkins, R., Drake, R. & Lewis, S. 1999. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258.

Halmi, K.A, Agras, W.S., Mitchell, J., Wilson, G.T., Crow, S., Bryson, S.W. ym. 2002, Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59(12), 1105-1109.

Hartmann, A., Herzog T. & Drinkman, A. 1992. Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective?: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 159-167.

Hay, P.J. & Bacaltchuk, J. 2001. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002, Oxford, UK: Update Software.

Hayes, S.C, Strosahl, K. & Wilson, K.1999a. *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, L. & Grundt, A. 1999b. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47.

Hayes, S.C. 2004a. *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. *Behavior Therapy* 35, 639-665.

Hayes, S.C, Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., Guerrero, L., 2004b. DBT, FAB, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies? *Behavior Therapy* 35, 35-54.

Hayes, S.C., Wilson, K.B., Gifford, E., Bissett, R., Batten, S., Piasecki, M., Byrd, M. & Gregg, J. A. 2004c. Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Polysubstance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.

Hayes, S.C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B.S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello, J., Rye, A.K., Berry, K. & Niccolls, R. 2004d. The Impact of Acceptance and Commitment Training and Multicultural Training on the Stigmatizing Attitudes and Professional Burnout of Substance Abuse Counselors. *Behavior Therapy*, 35, 821-835.

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

Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G.H. & Detweiler, M. 2002. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.

Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S. & Blendell, K.A. 1993. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.

Herz, M.I., Lamberti, J.S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S.P., McCartan, L. ym. 2000. A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-283.

Hogarty, G.E., Greenwald, D., Ulrich, R.F., Kornblith, S.J., DiBarry, A.L., Cooley, S. ym. 1997a. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family: II. Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1514-1542.

Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R.F. ym. 1997b. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of

- family: I. Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1504-1513.
- Holi, M.M., Sammallahti, P.R. & Aalberg, V.A. 1998. A Finnish validation study of SCL-90, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D, Weimer, M.J., Garvey, M.J., Grove, W.M. ym. 1992. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly or in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Hollon, S.D. & Shelton, R.C. 2002, June 25. Cognitive therapy and the prevention of relapse in severely depressed outpatients. Paper presented at 33rd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, CA.
- Howlin, P. & Rutter, M. 1987. *Treatment of autistic children*. New York: Wiley.
- Hsu, L., Rand, W., Sullivan, S., Liu, D., Mulliken, B., McDonagh, B. ym. 2001. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 31(5), 871-879.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. & Wang, M.C. 1999. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Jacobi, C., Dahme, B. & Dittmann, R. 2002. Cognitive-behavioural, fluoxetine and combined treatment for bulimia nervosa: Short- and long-term results. *European Eating Disorders Review*, 10, 179-198.
- Jacobson, N.S. & Follette, W.C. 1985. Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. *Behavior Therapy*, 16, 249-262.
- Jakes, S., Rhodes, J. & Turner, T. 1999. Effectiveness of cognitive therapy for delusions in routine clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, 175, 331-335.

Jansen, A., van den Hout, M.A., de Loof, C., Zandbergen, J. & Griez, E. 1989. A case of bulimia successfully treated by cue exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 327-332.

Jansen, A., Broekmate, J. & Heymans, M. 1992. Cue exposure vs. self-control in the treatment of binge eating: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 235-241.

Jansson, L. & Öst, L.G. 1982. Behavioral treatments for agoraphobia. An evaluative review: *Clinical Psychology Review*, 2, 311-336.

Jarrett, R.B & Maguire, M.A. 1991. Short-term psychotherapy for depression. Unpublished technical report commissioned by the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) Depression Panel, Rockville, MD.

Jenner, J., van de Willige, G. & Wiersma, D. 1998. Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations: A retrospective study of attenders of a psychiatric out-patient department. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 384-389.

Kadden, R.M. 2001. Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: Research opportunities. *Addictive Behaviors*, 26(4), 489-507.

Karekla, M., Forsyth, J.P. & Kelly, M.M. 2004. Emotional Avoidance and Panicogenic Responding to a Biological Challenge Procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725-746.

Kazdin, A.E. 1996. Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behaviour. Teoksessa E.S.Hibbs & P.S. Jensen (toim.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice.* (377-408). Washington DC: American Psychological Association.

Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. & Siegel, T.C. 1994. Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 549-557.

Kazdin, A.E. & Nock, M.K. 2003. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.

Kazdin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. 1992. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.

Kazdin, A.E. & Wasser, G. 2000. Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 414-420.

Kazdin, F.J. & Wilcoxin, L.A. 1976. Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.

Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M. & Zimering, R.T. 1989. Implosive therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.

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

Keel, P.K. & Mitchell, J.E. 1997. Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 313-321.

Kemp, R., David, A. & Hayward, P. 1996. Compliance therapy: An intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 331-350.

Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P. & David, A. 1998. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.

Kirley, B.G., Snhneider, J.A., Agras, W.S. & Bachman, J.A. 1985. Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 43-48.

Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J. & Henk, H. J. 1998. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology* (Berlin), 136(3), 205-216.)

Korn, Z. 1997. Effects of acceptance/commitment and cognitive behavioral interventions on pain tolerance. Hofstra University.

Kuipers, Liz, Garety Philippa & Fowler, David. 1997. An outcome study of cognitive-behavioural treatment for psychosis. Teoksessa G. Haddock & P.D. Slade (toim.). *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.

Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G. ym. 1998. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: III. Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.

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

Lam, D., Jones, S., Bright, J. & Hayward, P. 1999. *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice*. New York: Wiley.

Lam, D., Bright, J. Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. ym. 2000. Cognitive therapy for bipolar illness – a pilot study of relapse prevention. *Cognitive therapy and research*, 24(5), 503-520.

Lam, D., Watkins, E., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N. ym. 2003. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 145-152.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. 2000. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964.

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

Leichsenring, F. 2001. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401-419.

Leitenberg, H., Rosen, J., Gross, J., Nudelman, S. & Vara, L.S. 1988. Exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.

Leitenberg, H., Rosen, J.C., Wolf, J., Vara, L.S., Detzer, M.J. & Srebnik, D. 1994. Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 37-45.

Lewandowski, L.M., Gebing, T.A., Anthony, J.L. & O'Brien, W.H. 1997. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 703-718.

Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D. ym. 2002. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, (Suppl. 43), S91-S97.

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

Litt, M.D., Kadden, R.M, Cooney, N.L. & Kabela, E. 2003. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118-128.

Longabaugh, R. & Morgenstern, J. 1999. Cognitive-behavioral coping skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23, 78-85.

LoPiccolo, J. & Stock, W.E. 1986. Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-167.

Lovaas, O.I. 1987. Behavioral treatment and normal educational/ intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.

Marks, I.M. 1987. *Fears, phobias and rituals*. Oxford University Press: Oxford.

Marks, I. M., Hodgson, R. & Rachman, S. 1975. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.

Marks, I., Lovell K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Trasher, S. 1998. Treatment of post traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.

Marks, I. M. & O'Sullivan, G. 1988. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: A review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 650-658.

Marshall, W.L. 1985. Variable exposure in flooding. *Behavior Therapy*, 16, 119-135.

Marshall, W.L. 1988. Behavioural indices of habituation and sensitisation during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 67-77.

Mattick, R.P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D. & Christensen, H. 1990. Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 567-576.

Mattick, R. & Jarvis, T. 1993. *An outline for the management of alcohol problems: Quality Assurance Project*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

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

- Maude-Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P.M., Tusel, D.J. & Hall, S.M. 1998. Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.
- McCracken, L.M. 1989. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken, L.M., Carson, J.W., Eccleston, C. & Keefe, F.J. 2004a. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. & Eccleston, C. 2004b. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- McEachin, J.J., Smith, T. & Lovaas, O.I. 1993. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 359-372.
- McKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., O'Brien, C.P. & Koppenhaver, J. 1997. Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 778-788.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J. ym. 2001. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 205-214.
- McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliot, P. & Marks, I. M. 1989. Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy*, 20, 491-497.
- Metzler, C.W., Biglan, A., Noell, J., Ary, D.V. & Ochs, L. 2000. A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31, 27-54.

Michelson, L., Marchione, K., Greenwald, M., Testa, S. & Marchione, N. J. 1996. A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training and therapist-assisted exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 297-330.

Mitchell, J.E., Pyle, R.L., Eckert, E.D., Hatsukami, D. ym. 1990. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.

Mitchell, J.E. 1991. A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 23-31.

Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Michalec, E., Martin, R.A. & Abrams, D.B. 1997. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92(12), 1717-1728.

Morgenstern, J. & Longabaugh, R. 2000. Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95(10), 1475-1490.

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

Oei, T.P.S. & Jackson, P.R. 1982. Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 532-547.

Oei, T. P. S., Llamas, M. & Devilly, G. J. 1999. The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.

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

Ojanen, M. 2001. Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa S.Talo (toim.). Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Turku: KELAn Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, 207-225.

Orsillo, S.M., Roemer, L. & Barlow, D.H. 2003. Intergrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study, *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230.

O’Sullivan, G. & Marks, I. M. 1990. Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment. Teoksessa R. Noyes, M. Roth, & G.D. Burrows (toim.) *Handbook of anxiety: Vol. 4. The treatment of anxiety (87-108)*. Amsterdam: Elsevier Science.

Ouimette, P.C., Finney, J.W. & Moos, R.H. 1997. Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 230-240.

Park, J. M., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Ngamthipwatthana, T., Marks, M., Araya, R. ym. 2001. Two-year follow-up after a randomised controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobia/panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 543-548.

Paul, R.H., Marx, B.P. & Orsillo, S.M. 1999. Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.

Paunovic, N. & Öst, L.G. 2001. Cognitive-behavior therapy vs. exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1183-1197.

Pendleton, V.R., Goodrick, G.K., Poston, W.S., Reeves, R.S. & Foreyt, J.P. 2002. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 172-184.

Peniston, E.G. 1986. EMG biofeedback assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans PTSD. *Clinical Biofeedback and Health*, 9, 35-41.

Petry, N.M., Martin, B., Cooney, J.L. & Kranzler, H.R. 2000. Give them prizes, and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 250-257.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. ym. 2002. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.

Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C. & Stefanis, C. 1979. Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 349-355.

Rachman, Stanley. 1997. The evolution of cognitive behaviour therapy. Teoksessa Clark, David M. & Fairburn, Christopher G. (toim.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Oxford University Press.

Rector, N.A. & Beck, A.T. 2001. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.

Rector, N.A., Seeman, M.V. & Segal, Z.V. 2003. Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63, 1-11.

Resick, P.A. & Calhoun, K.S. 2001. Posttraumatic stress disorder. Teoksessa Barlow David H. (toim.) *Clinical handbook of psychological disorders*. Third Edition. The Guilford Press: New York.

Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., Hutter, C.K. & Marhoefer-Dvorak, S. 1988. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.

Resick, P.A. & Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. & Feuer, C.A. 2002. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 784-756.

Resick, P.A. & Schnicke, M.K. 1992. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 784-756.

Richards, D.A., Lovell, K. & Marks, I.M. 1994. Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a treatment program. *Journal of traumatic stress*, 7, 319-325.

Robinson, L.A., Berman, J.S. & Neimeyer, R.A. 1990. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Rubonis, A.V., Gulliver, S.B., Colby, S.M., Binkoff, J.A. ym. 2001. Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96(8), 1161-1174.

Rossiter, E.M., Agras, W.S., Losch, M. & Telch, C.F. 1988. Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive behavioral or pharmacological treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 495-532.

Rossiter, E.M. & Wilson, G.T. 1985. Cognitive restructuring and response prevention in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 349-359.

Roth, Anthony & Fonagy, Peter. 2005. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.

Salkovskis, P. M. & Clark, D. 1991. Cognitive therapy for panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.

Salkovskis, P. M. & Westbrook, D. 1989. Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.

Schmidt, U. & Marks, I.M. 1988. Cue exposure to food plus response prevention of binges for bulimia: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 663-672.

Schmidt, U. & Marks, I.M. 1989. Exposure plus prevention of bingeing vs. exposure plus prevention of vomiting in bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 259-266.

Scott, J. 2001. Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 178(Suppl.41), S164-S168.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R. ym. 2000. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165-172.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. & Startup, M. 1994. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness on cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522-534.

Sherman, J.J. 1998. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 413-435.

Steketee, G., Foa, E.B. & Grayson, J.B. 1982. Recent advances in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1365-1371.

Steketee, G. & Shapiro, L. J. 1995. Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.

Strosahl, K.D., Hayes, S.C., Bergan, J. & Romano, P. 1998. Does field based training in behavior therapy improve clinical effectiveness? Evidence from the Acceptance and Commitment Therapy training project. *Behavior Therapy*, 29, 35-64.

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

Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. & Ugarterburu, I. 1993a. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.

Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P. ym. 2004. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18 month follow-up of a randomised, controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. ym. 1999a. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13-18.

Tarrier, N., Sharpe, L. & Beckett, R. 1993b. A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. Treatment specific changes in coping and problem solving skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10.

Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H. & Humphreys, L. 1999b. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: Twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 175, 571-575.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. ym. 1998. Randomized controlled trial of intensive cognitive-behavioural therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.

Taylor, S. 1996. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.

Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, IC., Lovell, K. & Ogrodniczuk, J. 2003. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330-338.

Thompson, J.A., Charlton, P.F.C., Kerry, R., Lee, D. & Turner, S.W. 1995. An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 407-416.

Thompson-Brenner, H., Glass, S. & Westen, D. 2003. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 269-287.

Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., Tiller, J., Todd, G. & Tumbull, S. 1996. Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *British Journal of Psychiatry*, 168(1), 94-98.

Troop, N.A., Schmidt, U.H., Tiller, J.M., Todd, G., Keilen, M. & Treasure, J. 1996. Compliance with self-directed treatment manual for bulimia nervosa: Predictors and outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 435-438.

Trull, T. J., Nietzel, M. T. & Main, A. 1988. The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19, 527-538.

Turk, Cynthia L., Heimberg, Richard G. & Hope Debra A. 2001. Social anxiety disorder. Teoksessa D.H. Barlow (toim.) *Clinical handbook of psychological disorders*. Third Edition. New York: The Guilford Press.

Turkington, D., Kingdon, D. & Turner, T. 2002. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.

Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Frank, M. 2001. Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 299-308.

Twohig, M.P. & Woods, D.W. A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a Treatment for Trichotillomania. 2004. *Behavior Therapy*, 35, 803-820.

van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Wermeulen, A. W. A., van Dyck, R., Nauta, M. C. E. & Vorst, H. C. M. 1994. Meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A

comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.

van den Hout, M. A., Emmelkamp, P. M. J., Kraaykamp, J. & Griez, E. 1988. Behavioral treatment of obsessive-compulsives: In-patient vs. out-patient. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 331-332.

Van Etten, M.L & Taylor, S. 1998. Comparative efficacy of treatments for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(3), 126-145.

Vaughn, K. & Tarrier, N. 1992. The use of image habituation training with PTSD. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B. & De Corte, W. 2003. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65-72.

Walsh, B.T., Wilson, G.T., Loeb, K.L., Devlin, M.J., Pike, K.M., Roose, S.P. ym. 1997. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 523-531.

Wells, J.E., Peterson, P.L., Gainey, R.R., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. 1994. Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(1), 1-17.

White, J., Keenan, M. & Brooks, N. 1992. Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 97-114.

Wiersma, D., Jenner, J., van de Willige, G., Spakman, M. & Nienhuis, F. 2001. Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic follow-up study on the durability of effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 393-399.

Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Golomb, A.G. ym. 1993. Group cognitive behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the non-purging

bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-303.

Wilson, G.T., Rossiter, E.M., Kleinfield, E.I. & Lindholm, L. 1986. Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 277-288.

Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D. & Niles, B. 1991. Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, 29(6), 575-583.

Wilson, G.T. & Fairburn, C.G. 1993. Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.

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. & Raines, J.C. 1989. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.

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

Öst, L. G. 1987. Applied relaxation: Description of a coping technique and a review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.

Öst, L. G. 1988. Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.

Öst, L.G. & Breitholtz, E. 2000. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 777-790.

Öst, L. G. & Westling, B. E. 1995. Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.

Lehti-ilmoitus Tamperelaisessa 18.9.2004

TAMPERELAINEN 18.9.04

**PSYKOLOGIAN OPISKELIJAT
ETSIVÄT PSYKOTERAPIA-
ASIAKKAITA**

Tampereen yliopiston psykologian laitoksen opetuskinikka tarjoaa psykoterapiaa hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitoon kohteena voivat olla aikuiset ihmiset, jännittäminen, masennus, ahdistus, erilaiset pelot, pakottominnat, fyysiseen terveyteen liittyvät psyykkiset oireet jne. Hoitojen keskimääräinen pituus on n. 6-10 käyntiä.

Terapeuteina toimivat opintojen loppuvaiheessa olevat ammattityön opinnoja suorittavat psykologian opiskeelijat. Asiaksterapian aikana opiskeelijat saavat jatkuvan hyönteisautua. Terapiassa olevat asiakkaat osallistuvat samalla myös hoitomuotojen kehittämistä koskevaan tutkimukseen.

Terapiat alkavat sopimuksen mukaan syyskuun lopussa tai lokakuun alussa. Yhden terapian käynnin hinta on 10 euroa. Terapia tapahtuu psykologian laitoksella sijaitsevan opetuskinikan tiloissa osoitteessa Yliopistonkatu 36, 5. kerros. Ilmoittautumista ottaa vastaan 1.10. saakka arkipäivien klo 9-10 psykologiharjoittelija Jenni Maja, puh. 2158830 ja to-pe klo 9-11 psykologi Tuula Lehtonen, puh. 2157634. Ilmoittautua voi myös sähköpostitse psyko.terapia@uta.fi.

30.7.2004

TUTKIMUSTIEDOTE

Tampereen yliopiston psykologian laitoksella kehitetään psykoterapiamenetelmiä erilaisten psyykkisten ongelmien hoitoon.

Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että psykologian laitoksen opetuslinikassa terapiassa käyvät ja tutkimukseen suostuvat henkilöt arvotaan kahteen ryhmään, joiden hoidossa käytetään toisistaan hieman poikkeavia psykoterapiamenetelmiä. Vertaamme tutkimuksessamme sitä, miten osallistujat ovat eri menetelmät kokeneet. Tällä tavalla saamme arvokasta tietoa terapian vaikutuksista ja siitä, mihin suuntaan terapiamenetelmiä tulee kehittää.

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

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

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

Lisätietoja tutkimuksesta antaa

Toivomme myönteistä suhtautumista tutkimukseemme.

Tutkimuksen johtaja

Mittarit

1 = BDI

2 = SCL-90

3 = JESI

4 = AAQ

5 = Mieliala

6 = Itseluottamus

7 = Tyytyväisyys elämään

1 = BDI

Nro _____

BDI-Beckin depressioasteikko

Nimi _____

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

Päiväys ____/____/____

1 0 En ole surullinen.
 1 Olen surullinen.
 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
 3 Olen niin onneton, että en enää kestä.

2 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
 1 Tulevaisuus pelottaa minua.
 2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
 3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton eikä usko asioiden tässä paranevan.

3 0 En tunne epäonnistuneeni.
 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.
 2 Menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.
 3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.

4 0 asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
 1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
 2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
 3 Olen tyytymättömiä ja kyllästynyt kaikkeen.

5 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
 1 Minulla on usein syyllinen olo.
 2 Tunnen melkoisen syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
 3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.

6 0 En kee, että minua rangaistaan.
 1 Uskon, että minua saaretaan rangaista.
 2 Odotan, että minua rangaistaan.
 3 Tunnen, että minua rangaistaan.

7 0 En ole pettynyt itseäni.
 1 Olen pettynyt itseäni.
 2 Inhoan itseäni.
 3 Vihaan itseäni.

8 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
 1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
 2 Moitin itseäni virheistäni.
 3 Moitin itseäni kaikesta mikä menee pieleen.

9 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
 2 Haluaisin tappaa itseni.
 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

- 10 0 En itke tavallista enempää.
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
2 Itken nykyisin aina.
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.
- 11 0 En ole nyt sen ärtynempi kuin yleensäkin.
1 Ärtynyttä nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnan itteni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivosuuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.
- 12 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat mielen kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
- 13 0 Pysyn tekemään päätöksiä kukaan aina ennenkin.
1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
- 14 0 Mielestäni ulkoasuni ei ole muuttunut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
2 Ulkoasuni on rapautunut pysyviin muutoksiin ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
- 15 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
2 Voidakseni tehdä josakin minun on suoritettava pakotettava itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
- 16 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1-2 nauttia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, enkä pääse uudelleen uneen.
- 17 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
2 Väsyn lähes tyhjäksi.
3 Olen liian väsynyt tehäkseni mitään.
- 18 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
- 19 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.
- Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.
Kyllä _____ Ei _____

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

2 = SCL-90

Etunimi _____ Lomakkeen täyttöpvm. _____

SCL-90-OIREKYSELYLOMAKE

TÄYTTÖOHJEET

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

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

Vastatkaa jokaiseen kysymykseen
Merkitkää vain yksi kohta kustakin kysymyksestä.

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

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

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

4

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

Tarkistaistitko vielä ystävällisesti, että olette muistanut vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANÄÖSTÄ

3 = JESI

JES JOKAPÄIVÄISESTÄ ELÄMÄSTÄ SELVIYTYMINEN ITSEARVIOINTILOMAKE		NIMI: _____ päivämäärä: _____	
1. Onko sinulla työtä? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>		12. Kuinka usein omaan elämänpiräsi kuuluvat ihmiset lähestyvät sinua? Hyvin usein <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/>	
Jos kyllä 2a: Kuinka kiinnostunut olet työstäsi? Erittäin kiinnostunut <input type="checkbox"/> Melko kiinnostunut <input type="checkbox"/> En kovinkaan kiinnostunut <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>		Jos ei 2b: Kuinka kiinnostunut olet kotitöistäsi? Melko kiinnostunut <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>	
3. Teetkö töitäsi / askareitasi: Hyvin innostuneesti <input type="checkbox"/> Melko innostuneesti <input type="checkbox"/> Vain hieman innostuneesti <input type="checkbox"/> En lainkaan innostuneesti <input type="checkbox"/>		13. Otatko huomioon yhteiset säännöt, hyvät tavat, kohteliasuusäännöt, jne.? Aina <input type="checkbox"/> Lähes aina <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> En koskaan <input type="checkbox"/>	
4. Oletko kiinnostunut harrastuksista/ vapaa-ajan vietoista? Erittäin kiinnostunut <input type="checkbox"/> Melko kiinnostunut <input type="checkbox"/> En kovinkaan kiinnostunut <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>		14. Miten paljon olet mukana eri rientoissa (kuten yhdistykset, seurakunta jne.)? Tietyllä <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>	
5. Miten arvioit vapaa-aikasi laatua: Erinomainen <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Melko hyvä <input type="checkbox"/> Epätyydyttävä <input type="checkbox"/>		15. Otatko mielelläsi selvää asioista, tilanteista ja ihmisistä, jotta ymmärtäisit niitä paremmin? Erittäin mielelläni <input type="checkbox"/> Melko mielelläni <input type="checkbox"/> En kovinkaan mielelläni <input type="checkbox"/> En lainkaan mielelläni <input type="checkbox"/>	
6. Kuinka usein otat yhteyttä oman perheesi jä- seniin (puolisosi, lapsiin, vanhempiin jne.)? Hyvin usein <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> En koskaan <input type="checkbox"/>		16. Oletko kiinnostunut tieteestä, teknikasta, kulttuurista tai muusta vastaavasta? Erittäin kiinnostunut <input type="checkbox"/> Melko kiinnostunut <input type="checkbox"/> En kovinkaan kiinnostunut <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>	
7. Otatko ihmissuhteet kotonaasi: Olosuhteet hyvät <input type="checkbox"/> Hyvät <input type="checkbox"/> Kohtalaiset <input type="checkbox"/> Riittämättömät <input type="checkbox"/>		17. Miten usein sinusta on vaikea ilmaista mielipiteesi muille? Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/>	
8. Onko sinulla muita ihmissuhteita: Hyvin paljon <input type="checkbox"/> Muutamia <input type="checkbox"/> Vain harvoja <input type="checkbox"/> Ei lainkaan <input type="checkbox"/>		18. Kuinka usein tunnet itsesi lähimpinä hyökkä- mäksi ja sen ulkopuolelle suljetuksi? Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> En koskaan <input type="checkbox"/>	
9. Pyritkö luomaan ihmissuhteita: Hyvin aktiivisesti <input type="checkbox"/> Aktiivisesti <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>		19. Miten tärkeinä pidät ulkonuotoasi? Hyvin tärkeinä <input type="checkbox"/> Kohtalaisen tärkeinä <input type="checkbox"/> En kovin tärkeinä <input type="checkbox"/> En lainkaan tärkeinä <input type="checkbox"/>	
10. Miten yleensä arvioit ihmissuhteitasi: Erinomaiset <input type="checkbox"/> Hyvät <input type="checkbox"/> Kohtalaiset <input type="checkbox"/> Riittämättömät <input type="checkbox"/>		20. Onko sinulla taloudellista vaikeuksia? Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/>	
11. Minkä arvon annat ihmissuhteillesi? Arvostan suuresti <input type="checkbox"/> Arvostan jossain määrin <input type="checkbox"/> Arvostan vain hieman <input type="checkbox"/> En arvosta <input type="checkbox"/>		21. Pystytkö järjestelemään oman ympäristösi mielehänne ja tarpeitasi mukaisesti? Kyllä varmasti <input type="checkbox"/> Melkoisella varmuudella <input type="checkbox"/> En kovin varmasti <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/>	

4 = AAQ

Nro _____

Suomenkielinen versio: Martti T. Tuomisto 2003

Nimi: _____

Täyttöpäivämäärä: _____

AAQ-8

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

Ei koskaan
pidä
paikkaansa Pitää aina
paikkansa

Jatkan yleensä elämäni tavalliseen tapaan enkä painiskele murheideni tai onnetoman oloni kanssa	1	2	3	4	5	6	7
Vaikka joskus olenkin epävarma pystyn yleensä suunnittelemaan tekemiseni ja tekemään niin kuin olen suunnitellut	1	2	3	4	5	6	7
En pelkää tunteitani	1	2	3	4	5	6	7
Elämäni on hallinnassa	1	2	3	4	5	6	7
Vaikka kyllästynkin johonkin tehtävään pystyn silti tekemään sen loppuun	1	2	3	4	5	6	7
En pysty huolehtimaan velvollisuuksistani, kun olen masentunut tai ahdistunut	1	2	3	4	5	6	7
Murehdin harvoin sitä, pystynkö hallitsemaan tunteitani, huoliani ja ahdistavia asioita	1	2	3	4	5	6	7
Näyttää siltä, että muut selviytyvät elämästään paremmin kuin minä, jos vertaan itseäni muihin ihmisiin	1	2	3	4	5	6	7

5 = Mieliala

Nimi _____ Pv _____

MIELIALA

Mielinen mieliala on? Oletko iloinen ja hyväntuulinen vai enko sinulla taipumusta synkkyyteen ja huonotuisuuteen? Arvioi oheisen janan avulla mielialasi. Älä arvioi mielialasi juuri tällä hetkellä, vaan anna yleistys siitä, millainen mielialasi yleensä on. Vedä polkkipöytä siihen kohtaan, joka kuvaa mielialasi parhaiten. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pystytööralla jatkua.

ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA	100	Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katottuna koskaan huonolla tuulella.
OKEN HYVÄ MIELIALA	80	Olen useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olen mielialassa. Jos huonotuisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
HYVÄ MIELIALA	60	Mielialani on yleensä valloisa ja myönteinen. Vaikka tiedän, mitä synkkyyttä tai huonotuisuutta on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei siitä juuri ole merkitystä elämässäni.
MELKO HYVÄ MIELIALA	70	Enimmäkseen mielialani on myönteinen. Vaikka minulla on hukan taipumusta synkkyyteen, se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
KOHTALAINEN MIELIALA	50	Vaikka huonotuisuutta joskus esiintyy, on parempia hetkiä sittenkin enemmän. Synkkyyttä ei ole niin voimakasta, että se häiritseisi elämääni merkittävästi. Mielialani on pikemminkin hyvä kuin huono.
MELKO HUONO MIELIALA	40	Tunnen itseni välillä huonotuisemmaksi mutta sitten taas on aikoja, jolloin olen hyvällä tuulella. Mielialani ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
HUONO MIELIALA	20	Työni ja elämäni hoidan kohtuullisesti, mutta synkkistä ajatuksistani on taido päästä eroon. Hyviäkin hetkiä on aika ajoittain, mutta viime aikoina minulla on ollut taipumusta synkkyyteen ja huonotuisuuteen.
OKEN HUONO MIELIALA	10	Synkkä mieliala ei tahdo heikentyä. Aivan hetimitään tuntuu siitä, kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstäni ja arkisista asioista selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvasti huono.
ERITTÄIN HUONO MIELIALA	0	Olen hyvin vaikeasti synkkyyteen taipuva. En ole aivan maassa, mutta paljoo ei puutu. Kaikki näyttää synkkältä ja toivotonalta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain valvoin.
		Mielialani on erittäin synkkä ja raskas. Olen on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kulaan. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.

6 = Itseluottamus

Nimi _____ Pv _____

ITSELUOTTAMUS

Alla oleva jana kuvaa itsetuottamukseen vaihtelua. Itsetuottamukseen tarkoitetaan uskon omiin mahdollisuuksiin ja varmuutta siitä, että selviytyy vaativista tehtävistä. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa källytystäsi. Luo kaikki vaihtoehdot ja valitse niistä se, joka parhaiten vastaa omaa källytystäsi. Vedä janan yli lyhyt potkivilva siihen kohtaan, joka on osavin. Potkivilvan voi vetää kahden kuvauksen välisiin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat lähes yhtä hyviltä.

ERITTÄIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	100	En koskaan epäile mahdollisuuksiani ja edellytyksiani, vaan luotan aina itseäni. Mihin todella paneudun ja kokoon voimani, sinä tunnen onnistuvani. Vaikka epäonnistuisinikin jossakin asiassa, se ei vaikuta itsetuottamukseen.
HYVIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	80	Itsetuottamukseeni voi joskus hetken horjua, mutta epävarmuus ei koskaan kestä kauan, vaan voin taas kohta rohkeasti kohdata elämän tuomia haasteita.
VAHVA ITSELUOTTAMUS	60	Suhtaudun mahdollisuuksiini ja kykyihini luottavasti. En tölki pysty mihin tahansa, mutta yleensä onnistun sinä, minkä koen mielekkäiksi ja itelleni tärkeiksi. Epäonnistuminen voi olla kuaellista, mutta voin silti luottaa itseäni.
MELKO VAHVA ITSELUOTTAMUS	70	Itsetuottamukseeni on yleensä melko vahva. Voin luottaa siihen, että selviydyn aika hyvin niistä asioista ja tehtävistä, joista joudun vastaamaan. Ajoittain tunnen itseni epävarmaksi, mutta se on sittenkin ohimenevä.
	60	Itsetuottamukseeni ei ole vahva, mutta sinä on kuitenkin enemmän lujutta kuin heikkoutta. Epävarmuus vaivaa minua aika ajoin, mutta sitten otan häikästä sarvista ja käyn luottavaseksi seloisiin kiinni.
KOHTALAINEN ITSELUOTTAMUS	50	Itsetuottamukseeni horjhtelee ylös ja alas. Joskus luotan itseäni, joskus taas en. Tunhu kuin olisin keinuaudalla, joka välillä nousee ja välillä laskee.
	40	Itsetuottamukseeni ei lehdä kestä, vaan se tuntuu painotuvan hiukan "pakkaan puolelle". En oikein jaksa uskoa itseäni, vaikka tiedänkin, että yltä jos toista olen saanut aikaan.
MELKO HEIKKO ITSELUOTTAMUS	30	En oikein luota itseäni, vaan suhtaudun epäillen mahdollisuuksiini. Haluan olla varovainen, koska epäonnistumisen vaara on olemassa.
HEIKKO ITSELUOTTAMUS	20	Itsetuottamukseen puute on minulle tavellista. En ole haasteita vasten, vaan kiertelen ja kaartelen ja vasta pitkän jalkailun jälkeen uskallan ryhtyä johonkin.
HYVIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	10	Itsetuottamukseeni ovat vain rippeet jäljellä. Ehkä en kuulu kukaan "toivottomimpiin tunaraihin", mutta paljon ei puutu.
ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	0	Minulla on tunne, etten pysty juuri mihinkään. Epäonnistun kuitenkin kaikessa mihin ryhdyn.

7 = Tyytyväisyys elämään

Nimi _____ Py _____

TYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN

Miten tyytyväinen olet elämällesi tässä hetkessä? Tehtäväsi on arvioida tyytyväisyytesi elämään alla olevalla asteikolla. Vähä tyynti polkkipiiva pyetyyruon janan yll ailton kotruon, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; polkkipiiven voi vetää kahden kuvauksen välilläkin.

ERITTÄIN TYTYVÄINEN	100	Olen erittäin tyytyväinen elämääni. Asiat eivät voisi olla paremmiin. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.
HYVIN TYTYVÄINEN	90	Olen hyvin tyytyväinen elämääni. Minun on vaikea keksiä, mitä vielä toivoin tai haluaisin.
TYTYVÄINEN	80	Olen tyytyväinen elämääni. On vain muutamia asioita, joihin en ole tyytyväinen. Niitä ei ole minulla paljon harmia.
	70	Olen elämäni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kielteisiä asioita.
MELKO TYTYVÄINEN	60	Eräitä kielteisiä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani paljolti myönteiseksi.
KOHTALAISEN TYTYVÄINEN	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämässäni ja ovat omalla tavallaan tasapainossa. Joitakin asioita olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvaa tyytymättömyyttä.
	40	Eräitä myönteisiä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani paljolti kielteiseksi.
	30	Olen melko tyytymätön elämääni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydyttäviä asioita.
TYTYMÄTÖN	20	Olen tyytymätön elämääni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät kuitenkaan paljon miusta hämmästä.
HYVIN TYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämääni. Minun on vaikea keksiä asioita, joihin olen tyytyväinen.
ERITTÄIN TYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mitään ole kohtalasta.

Nro _____

Taustatietolomake

Pvm _____._____.2004

Yhteystiedot

Nimi: _____

Osoite: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

Ikä _____ vuotta

Koulutus

__Kansakoulu

__Keskikoulu

BBPeruskoulu

BB Ammattikoulu

BBAmmatillinen opisto

BBLukio

BBAmmattikorkeakoulu

BBKorkeakoulu

BBYliopisto

BBJokin muu, mikä _____

Ammattini on _____

Työtilanteeni tällä hetkellä

BBTöissä

BBSairauslomalla

BBTyötön (kesto _____)

BBOpiskelija

BBKotiäiti tai –isä

BBEläkkeellä

BBJokin muu, mikä _____

Siviilisäätty

BBNaimaton

BBAvoliitossa

__Avoliitossa

BBEronnut

BBLeski

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

Asiakas numero/etunimi _____

Pv _____

Merkitse rastille (x) sopivaan kohtaan?

Voitko suositella saamaasi terapiaa muille?

- Voin suositella
- En voi suositella

Kuinka tyytyväinen olet ollut terapiaan?

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

Kuinka monta kertaa olet ollut poissa terapian aikana?

Muuta, mitä haluat sanoa terapiasta

Asiakasnumero _____ Pvm _____

Ympäröi oikea vaihtoehto

Voitko suositella samaasi terapiaa muille?

- Voin suositella
- En voi suositella

Kuinka tyytyväinen olet ollut terapiaan?

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

Oletko ollut tämän terapian jälkeen mielenterveyteen liittyvässä hoidossa?

- Kyllä. Missä? _____
- En

Koetko tällä hetkellä olevasi mielenterveyteen liittyvän hoidon tarpeessa?

- Kyllä
- En

Suunnitteletko tällä hetkellä meneväsi psykoterapiaan?

- Kyllä. Mihin? _____
- En

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

- Kyllä
- Ei

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

18.5.2005

TUTKIMUSTIEDOTE

Olet mukana tutkimuksessa, jossa kehitetään uusia lyhytoitomenetelmiä. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa syksyllä 2004 kävit terapiakäynneillä ja täytit erilaisia arviointilomakkeita. Nyt olemme tulleet tutkimuksen päätösvaiheeseen, jossa tämänhetkistä tilannettasi on tarkoitus kartoittaa oheisilla lomakkeilla, joiden tarkoituksena on selvittää onko terapioiden vaikutus ollut pysyvä.

Tutkimuksen loppuunsaattamiseksi pyydämme sinua ystävällisesti täyttämään oheiset arviointilomakkeet ja palauttamaan ne mukana olevassa kirjekuoressa. Lomakkeisiin ei tarvitse kirjoittaa henkilötietoja. Niiden sisältö tullaan käsittelemään luottamuksellisesti.

Tarvittaessa voit ottaa yhteyttä psykologian laitokselle puhelimitse: 215 8830 (klo: 9.30-10.30).

Raimo Lappalainen
Psykologi, dosentti

Tuula Lehtonen
Psykologi, psykoterapeutti

Terapeuttien haastattelukysymykset

Nro _____

Pvm ____.____2004

1. Kuinka paljon aikaisempaa terapiakokemusta tai koulutusta sinulla on?

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

3. Minkälaisia ajatuksia sinulla on tällä hetkellä ennen terapioiden alkamista?

4. Minkälaiset odotukset sinulla on terapioiden suhteen?

5. Minkälaisia ongelmia odostat?

6. Kuinka paljon pelkäätkä terapioiden alkamista?

0

En ollenkaan

10

Hyvin paljon

7. Kuinka ahdistunut olet terapioiden alkamisesta?

0	10
En ollenkaan	Hyvin ahdistunut

8. Kuinka paljon jännität asiakkaiden tapaamista?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

9. Mitä jännität?

10. Kuinka innostunut olet?

0	10
En ollenkaan	Hyvin innostunut

11. Mitä odotat oppivasi tästä koulutuksesta?

12. Millä tavalla luulet pystyväsi auttamaan asiakasta?

13. Kuinka hyvin mielestäsi osaat terapiatyöskentelyn?

14. Kuinka hyvin tunnet osaavasi kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät?

0 10
En ollenkaan Hyvin

15. Kuinka hyvin tunnet osaavasi ACT:n menetelmät?

0 10
En ollenkaan Hyvin

16. Kumpaa menetelmää haluat käyttää?

Terapeuttien haastattelukysymykset

Nro _____

Pvm ____.____2004

17. Minkälaisia ajatuksia sinulla on tällä hetkellä terapioiden päätyttyä?

18. Vastasivatko terapiat kokonaisuudessaan ennakko-odotuksiasi? Millä tavalla?

19. Minkälaisia ongelmia kohtasit käyttäessäsi kognitiivista käyttäytymisterapiaa?

20. Minkälaisia ongelmia kohtasit käyttäessäsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa?

21. Mitä pelkäsit KKT-terapian aikana?

22. Mitä pelkäsit ACT-terapian aikana?

23. Mikä sinua ahdisti KKT-terapian aikana?

24. Mikä sinua ahdisti ACT-terapian aikana?

25. Mitä jännitit KKT-terapioiden aikana?

26. Mitä jännitit ACT-terapioiden aikana?

27. Mitä opit KKT-terapiaprosessista?

28. Mitä opit ACT-terapiaprosessista?

29. Millä tavalla autoit KKT-terapian avulla?

30. Millä tavalla autoit ACT-terapian avulla?

31. Oliko jompikumpi menetelmistä mielestäsi parempi asiakkaan auttamisessa? Jos oli, niin kumpi ja miksi?

32. Kumpaa menetelmää haluat käyttää? Miksi?

33. Miten sanallisesti kuvaisit sinun ja asiakkaasi välistä suhdetta käyttäessäsi KKT-terapiaa?

34. Miten sanallisesti kuvaisit sinun ja asiakkaasi välistä suhdetta käyttäessäsi ACT-terapiaa?

35. Minkälaisia parannusehdotuksia ehdotat kurssia/projektia varten jatkossa?

36. Kuinka paljon sinulla oli pelon tuntemuksia kognitiivisen käyttäytymisterapian aikana?

_____ 10
0
Ei ollenkaan Hyvin paljon

37. Kuinka paljon sinulla oli pelon tuntemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapian aikana?

_____ 10
0
Ei ollenkaan Hyvin paljon

38. Kuinka paljon sinulla esiintyi ahdistusta kognitiivisen käyttäytymisterapian aikana?

_____ 10
0
Ei ollenkaan Hyvin paljon

39. Kuinka paljon sinulla esiintyi ahdistusta hyväksymis- ja omistautumisterapian aikana?

_____ 10
0
Ei ollenkaan Hyvin paljon

40. Jännititkö asiakkaiden tapaamista kognitiivisen käyttäytymisterapian aikana?

_____ 10
0
En ollenkaan Hyvin paljon

41. Jännititkö asiakkaiden tapaamista hyväksymis- ja omistautumisterapian aikana?

_____ 10
0
En ollenkaan Hyvin paljon

42. Kuinka paljon koet pystyneesi auttamaan asiakasta kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

43. Kuinka paljon koet pystyneesi auttamaan asiakasta hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

44. Kuinka hyvin tunnet osaavasi kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

45. Kuinka hyvin tunnet osaavasi hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

46. Kuinka tyytyväinen olit omaan työskentelyysi käyttäessäsi kognitiivista käyttäytymisterapiaa?

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

47. Kuinka tyytyväinen olit omaan työskentelyysi käyttäessäsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa?

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

48. Millaiseksi arvioit sinun ja asiakkaasi välistä suhdetta käyttäessäsi kognitiivista käyttäytymisterapiaa?

- Erittäin huono
- Melko huono
- Ei hyvä eikä huono
- Melko hyvä
- Erittäin hyvä

49. Millaiseksi arvioit sinun ja asiakkaasi välistä suhdetta käyttäessäsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa?

- Erittäin huono
- Melko huono
- Ei hyvä eikä huono
- Melko hyvä
- Erittäin hyvä

50. Kuinka hyväksi koit itseluottamuksesi käyttäessäsi kognitiivista käyttäytymisterapiaa?

_____ 10
En hyväksi Erittäin hyväksi

51. Kuinka hyväksi koit itseluottamuksesi käyttäessäsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa?

_____ 10
En hyväksi Erittäin hyväksi

52. Kuinka paljon koit onnistumisen tunteita käyttäessäsi kognitiivista käyttäytymisterapiaa?

0
En ollenkaan

10
Erittäin paljon

53. Kuinka paljon koit onnistumisen tunteita käyttäessäsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa?

0
En ollenkaan

10
Erittäin paljon

54. Kuinka paljon koit tyytyväisyyden tunteita käyttäessäsi kognitiivista käyttäytymisterapiaa?

0
En ollenkaan

10
Erittäin paljon

55. Kuinka paljon koit tyytyväisyyden tunteita käyttäessäsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa?

0
En ollenkaan

10
Erittäin paljon

Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät

Tavoitteiden selventäminen	Selvitetään mitä asiakas terapialta haluaa. Asiakkaan kuvaus on usein sekoitus ns. tulos- (esim. hyvä elämä) ja prosessipäämäärästä (esim. tunteiden muuttaminen), ja terapeutin tehtävänä on havaita, erottaa ja selventää nämä asiat toisistaan.
Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen	Selvitetään mitä asiakas on tehnyt tullakseen toimeen ongelmansa kanssa ja miten nämä yritykset ovat onnistuneet. Asiakkaan yrityksiä ei kyseenalaisteta, vaan ilmaistaan, että asiakas on toiminut hyvin omassa järjestelmässään. Suunnataan asiakkaan huomio järjestelmän ja ratkaisuyritysten toimivuuteen sekä siihen mitä asiakkaan mieli ja toisaalta kokemus yritysten toimivuudesta kertoo.
Arvot	Käsitellään asiakkaan arvoja kartoittamalla niiden eri alueita ja keskustelemalla niistä. Määritellään arvoihin liittyviä tavoitteita ja käsitellään esteitä, jotka vaikeuttavat arvojen mukaisen elämän toteutumista. Määritellään ja toteutetaan konkreettisia tekoja, jotka vievät elämää haluttuun suuntaan.
Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä	Keskustellaan asiakkaan kanssa yksityisten sisäisten tapahtumien kontrolloinnin vaikeudesta. Käytetään apuna erilaisia metaforia, joiden avulla osoitetaan, että tunteiden täydellinen hallinta ja välttäminen ei ole mahdollista.
Käsitys itsestä-keskustelu	Keskustellaan asiakkaan kanssa metaforia apuna käyttäen ihmisen käyttäytymisen ohjelmoidusta, automaattisesta luonteesta ja tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus kokea itsensä erossa ohjelmoinnistaan ja vapautua kielellisyydestä. Asiakas oivaltaa, että päättelyn avulla johdettu syy ei ole aina oikea syy, ja että ihminen ei ole yhtä kuin ajatuksensa ja tunteensa. Tavoitellaan kokemusta kielellisyyden sijaan

ja käsitellään minä-käsityksen kehittymistä.

Metaforat

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

Tarkkailijaharjoitus

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

Tietoisuusharjoitukset

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

Kotitehtävät

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

Lomakkeet

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

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät

Altistus ulkoisille kohteille	Autetaan asiakasta kohtaamaan pulmallinen ulkoinen tilanne, esim. sosiaalinen fobia. Asiakkaan kanssa tehdään yhdessä pelätyistä tilanteista tai asioista vaikeusasteen mukainen hierarkia. Asiakas altistetaan valitulle tilanteelle sovitulla hierarkiatasolla, jolta siirrytään asteittain ylöspäin. Altistuksia jatketaan kunnes tilanteet eivät enää saa aikaan ongelmareaktioita.
Altistus sisäisille kohteille	Asiakkaan pelkäämissä tilanteissa voi esiintyä monenlaisia fyysisiä tuntemuksia, esim. sydämen hakkaamista, hikoilua, vapinaa, pahoinvointia jne. Altistuksen tarkoitus on poistaa tai heikentää fyysisen tuntemuksen ja paniikkireaktion välisiä yhteyksiä. Altistus toteutetaan asteittain tarkoituksena aiheuttaa pelättyjä aistimuksia ja tottumisen ja oppimisen kautta todistaa asiakkaalle, että vaara ei ollut todellinen.
Altistus tunteille	Autetaan asiakasta kohtaamaan emotionaalisesti tuskallinen asia, johon liittyviä tunteita hän saattaa välttää tai kieltää ne. Terapeutti auttaa asiakasta löytämään tunteensa ja reagoimaan niihin. Apuna voidaan käyttää esim. mielikuvia, valokuvia tai esineitä. Asiakas käy läpi tunteita terapeutin tukemana niin, että ne menettävät vähitellen voimansa.
Itsehavainnointi	Itsehavainnoinnilla tarkoitetaan oman käyttäytymisen järjestelmällistä havainnointia tai kirjaamista muistiin. Sen avulla suunnataan huomio tarkasti ja järjestelmällisesti tiettyyn käyttäytymiseen. Näin saadaan tietoa siitä, miten usein ja voimakkaana jokin toiminta, tunne, ajatus tai reaktio esiintyy. Samalla saadaan tietoa asioista, joiden käsitteleminen terapiassa on tarpeellista, ja voidaan havaita hoidossa tapahtunut edistyminen.
Käyttäytymisen aktivointi	Käyttäytymisen aktivoinnissa vaikutetaan siihen mihin

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

Ongelmanratkaisumenetelmä

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

Sosiaaliset taidot

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

Rentoutuminen

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

ennen kuin suotuisia tuloksia voidaan saavuttaa.

Kotitehtävät

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

Lomakkeet

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