

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAN YHDISTÄMINEN
KOGNITIIVISEEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAAN SEKÄ HYVÄKSYNNÄN
MUUTOKSEN YHTEYS HOITOTULOKSEEN**

Tampereen yliopisto
Psykologian laitos
Pro gradu – tutkielma
Henna-Riikka Tuomela
Huhtikuu 2006

Tässä tutkimuksessa selvitettiin opintojensa loppuvaiheessa olevien psykologian opiskelijoiden kykyjä hoitaa tehokkaasti asiakkaita kymmenen kerran aikana kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä. Tutkimuksessa selvitettiin myös hoidon tuloksellisuutta kun tutkitusti tehokkaaseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan lisätään hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Lisäksi haluttiin tarkastella asiakkaiden kokemuksia terapiaprosessista, kun heitä hoidettiin näillä menetelmillä ja sitä, vaikuttaako hyväksynnän muutos terapian aikana kokemuksiin terapiaprosessista ja hoidon tuloksiin.

Tutkimukseen osallistui 17 terapeuttia ja 32 asiakasta. Asiakkaat jaettiin satunnaisesti kahteen hoitoryhmään, joko kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saavaan ryhmään. Jokaisella terapeutilla oli kaksi asiakasta, yksi kummastakin ryhmästä. Asiakasryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ennen terapian alkua.

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

Tutkimusten tulokset osoittivat, että psykologian opiskelijat kykenevät hoitamaan tuloksellisesti asiakkaita, joilla on psyykkisiä oireita, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja pari- ja ihmissuhdeongelmia. Molemmissa ryhmissä asiakkaiden psyykkinen vointi parani. Terapiaprosessin kokemisessa ei ryhmien välillä ollut eroja. Hyväksymis- ja omistautumisterapian lisääminen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan lisäsi asiakkaiden psykologista hyväksyntää ja tämän kautta paransi hoitotulosta. Hyväksynnän lisääntyminen oli yhteydessä sekä parempaan hoitotulokseen että kokemuksiin terapiaprosessista. Hyväksynnän lisääntyminen vaikutti terapiaan siten, että tapaamiset koettiin helpommiksi ja miellyttävämmiksi. Asiakkaat kokivat myös, että tärkeitä asioita käsiteltiin enemmän ja arvioivat mielialansa paremmaksi.

Tutkimuksen keskeisinä johtopäätöksinä voidaan todeta, että hyväksynnän lisääntyminen on tärkeä osa psykoterapiaprosessia. Hyväksynnän lisääntyminen parantaa hoidon tuloksia ja vaikuttaa positiivisesti asiakkaiden kokemuksiin terapiaprosessista. Tämän vuoksi hyväksyntää lisääviä menetelmiä kannattaa painottaa etenkin terapian alkuvaiheessa. Molemmat tutkimuksessa käytetyt terapiamuodot vaikuttavat sekä tämän tutkimuksen että aiempien tutkimusten perusteella tehokkailta, mikä puoltaa menetelmien opettamista psykologian perustutkintoon kuuluvana osana.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	4
1.1	Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	4
1.2	Kognitiivinen käyttäytymisterapian tutkimustuloksia.....	4
1.3	Hyväksymis- ja omistautumisterapia.....	9
1.4	Hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimustuloksia.....	11
1.5	Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua....	12
1.6	Hyväksyntä ja kokemuksellinen välttäminen terapiaprosessissa.....	12
1.7	Hyväksyntään ja kokemukselliseen välttämiseen liittyviä tutkimustuloksia.....	13
1.8	Yhteenvedo.....	15
1.9	Tutkimuskysymykset.....	16
2	MENETELMÄT	17
2.1	Tutkimusasetelma.....	17
2.2	Tutkimushenkilöt.....	18
2.2.1	Terapia-asiakkaat.....	18
2.2.2	Terapeutit.....	21
2.3	Arviointimenetelmät.....	22
2.4	Tutkimuksen kulku.....	24
2.5	Hoitomenetelmät.....	24
2.6	Tilastolliset menetelmät.....	26
3	TULOKSET	27
3.1	Asiakkaat.....	27
3.2	Terapiaprosessin kuvaus.....	29
3.3	Hyväksyntä ja hoitotulos.....	33
3.4	Hyväksyntä ja terapiaprosessi.....	35
3.5	Terapeutit.....	37
3.5.1	Alkuhaastattelu.....	37
3.5.2	Loppuhaastattelut.....	40
3.5.3	Terapeuttien alku- ja loppumittaukset.....	42
4	POHDINTA	46
	LÄHTEET	51

1 JOHDANTO

1.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Perinteisen käyttäytymisterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian juuret ovat klassisessa oppimisteoriassa, ehdollisessa, operantissa oppimisessa sekä sosiaalisessa oppimisessa. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ei olla niinkään kiinnostuneita siitä, kuinka asiakkaan ongelmat ovat syntyneet tai saaneet alkunsa, vaan terapian tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät ylläpitävät käyttäytymistä. (Roth & Fonagy, 2005.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia kehittyi kolmessa vaiheessa. Perinteinen käyttäytymisterapia kehittyi Iso-Britanniassa ja USA:ssa 1950- ja 1970-lukujen välisenä aikana. 1960-luvun puolivälin jälkeen kognitiivisen terapian kasvu alkoi USA:ssa. Käyttäytymisterapian ja kognitiivisen terapian yhdistyminen kognitiiviseksi käyttäytymisterapiaksi tapahtui 1980-luvun lopussa. Tällä hetkellä kognitiivinen käyttäytymisterapia on laajasti hyväksytty, kliinistä työtä ja – tutkimusta hallitseva terapiamuoto. Erityisesti Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa sen käyttö kliinisessä työssä on koko ajan kasvussa. (Rachman, 1997, 3.)

1.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapian tutkimustuloksia

Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan psykoterapiatutkimuksessa on olemassa hierarkia. Tämän hierarkian mukaan tiettyjä tutkimuksia pidetään todistusarvoltaan tärkeämpinä kuin toisia. Hierarkiassa ensimmäisenä eli tärkeimpänä ovat satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset ja niiden yhdistelyt systemaattisiksi katsauksiksi ja meta-analyyseiksi. Seuraavana hierarkiassa ovat kontrolloidut tutkimukset ilman satunnaistamista, kvasikokeet ja kokeelliset yhden tapauksen tapaustutkimukset. Terapiatutkimusten hierarkiassa kolmantena ovat kohorttitutkimukset ja neljäntenä tapaustutkimukset. (Roth & Fonagy, 2005.)

Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa vertaillaan kahta tai useampaa hoitomuotoa. Tutkittavat jaetaan satunnaisesti hoitoryhmiin, jotta pystyttäisiin kontrolloimaan eri muuttujia, kuten iän ja sukupuolen jakautumista ryhmissä. Tutkimus pyritään suorittamaan siten, että vähennetään sellaisten muuttujien tilastollista vaikutusta, joilla todennäköisesti on merkittävää vaikutusta hoidon tuloksiin. Tyypillisiä vaikuttavia muuttujia ovat esimerkiksi terapeutin kokemuksen määrä ja hoitoajan pituus. Satunnaistamisessa on kuitenkin ongelmia. Usein psykoterapiatutkimuksissa tutkittavia on vain 20–30 kussakin ryhmässä ja tällöin on todennäköistä, että ryhmät eroavat toisistaan tilastollisesti monin tavoin, vaikka tutkittavat olisi jaettu ryhmiin satunnaisesti, pyrkimyksenä kontrolloida ryhmien välisiä eroja. (Roth & Fonagy, 2005.)

Kliinisessä terapiatutkimuksessa tulee erottaa toisistaan kaksi käsitettä: efficacy eli terapiamenetelmiä käyttämällä tarkoin kontrolloidussa tutkimusasetelmassa saadut tulokset ja effectiveness eli terapian tulokset kliinisessä työssä. Efficacy-tutkimuksesta puhuttaessa tarkoitetaan tutkimusta, jonka kohteena on tietty, tarkoilla kriteereillä valittu tutkittavien joukko. Effectiveness-tutkimus tarkoittaa kliinistä tutkimusta, jossa tutkimusta tehdään kliinisen työn tapaan, eli terapiamuodon tehokkuutta arvioidaan, kun terapiaan otetaan kaikki ne asiakkaat, jotka haluavat hoitoa. (Roth & Fonagy, 2005.) Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan tutkimusterapia on yleensä tehokkaampaa kuin kliininen hoito. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat mm. tiettyjen strukturoitujen hoitomenetelmien käyttö ja säännöllinen työnohjaus. Myös osallistujien hakeminen lehti-ilmoituksen avulla johtaa erilaiseen potilaskantaan verrattuna kliinisessä työssä tapahtuvaan hoitoon hakeutumiseen. Tutkimukseen otetaan tavallisesti vain potilaita, joilla on tietty diagnoosi. Toisaalta terapian tuloksellisuuteen vaikuttavat potilaan sosioekonomiset olosuhteet, potilaan häiriön taso ja häiriön vaihe, jossa hoitoon tullaan sekä monet terapeuttiin liittyvät tekijät. (Roth & Fonagy, 2005.)

Eräs tapa käsitellä tieteellisiä tutkimustuloksia ovat niin kutsutut meta-analyysit. Meta-analyyseissä verrataan terapiaryhmää ja vaihtoehtoista terapiaa saavaa ryhmää tilastollisesti toisiinsa. Vertailu voidaan suorittaa myös terapian ja plasebo-ryhmän tai odotuslista-menettelyn välillä. Meta-analyyseissä lasketaan terapiavaikutuksen suuruutta kuvaavia lukuja eli effect size – lukuja monista eri tutkimuksista. Nämä niin kutsutut kontrolloidut effect size – luvut tulkitaan seuraavasti: 0,20 pieni vaikutus, 0,50 keskisuuri vaikutus ja 0,80 suuri vaikutus (Cohen, 1988; Roth & Fonagy, 2005). Terapiahoidon vaikuttavuuslukuja voidaan laskea myös ryhmän sisällä, tällöin puhutaan kontrolloimattomista tai ryhmän sisäisistä effect size – luvuista. Ryhmän sisäiset effect size – luvut kuvaavat terapiavaikutuksen suuruutta alku- ja lopputilanteen välillä. Nämä luvut ovat tavallisesti suurempia kuin kontrolloidut luvut ja niitä tulkitaan seuraavasti: 0,50 pieni vaikutus, 0,80 keskisuuri vaikutus ja 1,10 suuri vaikutus. (Öst, 2006.) Koska meta-analyysejä pidetään tärkeimpänä todistusaineistona terapiatutkimusten tulosten arvioinnissa, tässä on keskitytty tarkastelemaan meta-analyysien tuloksia.

Barlow ja Hoffmann (1997) toteavat kliininen terapiatutkimuksen osoittaneen, että psykologiset hoitomuodot ovat selvästi tehokkaampia kuin plasebo-interventiot monien psyykkisten häiriöiden hoidossa. Viimeaikaiset tutkimukset ovat lisäksi osoittaneet, että psykologiset hoidot eivät ole pelkästään tehokkaampia kuin plasebo tai ilman hoitoa jääminen, vaan vähintään yhtä tehokkaita tai jopa tehokkaampia kuin lääkehoito. Ongelmallista on kuitenkin se, että tehokkaiksi todetut hoitomuodot eivät ole niiden asiakkaiden saatavilla, jotka hyötyisivät niistä. Ja toisaalta

psykkisistä ongelmista kärsivät ihmiset eivät ole tietoisia siitä, että tehokkaita psykologisia hoitomuotoja on olemassa. (Barlow & Hoffmann, 1997.)

American Psychological Association eli APA perusti vuonna 1993 työryhmän selvittämään empiirisesti tehokkaiksi osoitettuja psykologisia hoitomuotoja eri psykkisiin häiriöihin. Työryhmän mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimustulosten perusteella osoitettu tehokkaaksi hoitomuodoksi yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (Borkovec ym., 1987; Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991), bulimian (Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Conner, 1993), paniikkihäiriön (agorafobian kanssa tai ilman) (Clark, 1994) ja kroonisen kivun (Keefe, Dunsmore, & Bunett, 1992) hoidossa. Näiden lisäksi ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia on todettu tehokkaaksi sosiaalisen fobian hoidossa (Mattick & Peters, 1988). (APA, 1993; Barlow & Hofmann, 1997.)

APA:n (1993) selvityksen jälkeen tutkimusten määrä vaikuttaa lisääntyneen, sillä Rothin ja Fonagyn (2005) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas muidenkin häiriöiden hoidossa. He totesivat, että kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusten mukaan tehokas ja tulokellinen hoitomuoto seuraavien psykkisten häiriöiden hoidossa: depressio, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö (agorafobian kanssa tai ilman agorafobiaa), PTSD, bulimia nervosa, ja seksuaaliset ongelmat. Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet terapian tuloksellisuutta lasten häiriöiden, kuten pakko-oireiden ja yleistyneen ahdistuneisuuden sekä vanhuusiän depression hoidossa. (Roth & Fonagy, 2005.)

Butler, Chapman, Forman ja Beck (2006) tarkastelivat 16:sta meta-analyysiä pyrkimyksensä selvittää kuinka tehokas hoitomuoto kognitiivinen käyttäytymisterapia on ja mihin hoitomuotoihin sitä on verrattu sekä minkä häiriöiden hoidossa tehokkuus on osoitettu ja kuinka pysyviä tulokset ovat. Katsauksen mukaan KKT osoittautui erittäin tehokkaaksi hoitomuodoksi yksisuuntaisen depression, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön, sosiaalisen fobian, PTSD ja lapsuusiän depression ja ahdistuneisuuden hoidossa. Terapiamuoto todettiin melko tehokkaaksi myös hoidettaessa parisuhdeongelmia, vihaa, lapsuusiän somaattisia häiriöitä ja kroonista kipua, mutta tulokset eivät olleet yhtä merkittäviä. (Butler ym., 2006.)

Östin (2006) yhteenvedon mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusten mukaan osoittautunut tehokkaimmaksi hoitomuodoksi seuraavien psykiatristen diagnoosien kohdalla: sosiaalinen fobia, paniikkihäiriö, ahdistuneisuus, posttraumaattinen stressihäiriö, depressio, skitsofrenia, bulimia ja itsetuhoinen käyttäytyminen. Taulukossa 1 on esitetty Östin katsauksessa

esitetty (2006, 276; taulukko 15:6) terapiaohidon vaikutuksen suuruutta kuvaavat kontrolloidut effect size – luvut ja ryhmän sisäiset effect size – luvut.

Taulukko 1. Terapiaohidon vaikutuksen suuruus parhaalle hoitomuodolle diagnoosin mukaan

Diagnoosi	Paras hoito	Kontrolloitu ES *	Ryhmän sisäinen ES **	
			Hoidon jälkeen	Seurannan jälkeen
Spesifi fobia	Yhden kerran hoito	1.69	2.86	3.13
Sosiaalinen fobia	KKT	1.56	2.26	2.35
Agorafobia	Altistus in vivo	1.15	1.53	1.91
Paniikkihäiriö	KKT	2.40	2.67	2.58
Ahdistuneisuushäiriö	KKT	1.86	2.48	2.44
Pakko-oireinen häiriö	Altistus ja reaktion ehkäisy	1.12	1.53	1.28
PTSD	KKT	2.25	2.82	2.44
Depressio	KKT	1.03	2.20	2.30
Skitsofrenia	KKT	0.91	1.20	1.30
Bulimia nervosa	KKT	0.66	1.11	1.44
Unettomuus	Vaikutehallinta	0.87	1.16	1.14
Rajatilahäiriö	DKT	0.69	0.83	0.35
Itsetuhoinen käyttäyt.	KKT	0.41	-	-
Alkoholin väärinkäyttö	Lyhyt interventio	0.67	-	-

* kontrolloitu effect size – luku; hoidon tehokkuus verrattaessa tuloksia toiseen hoitomuotoon

** ryhmän sisäinen effect size – luku; hoidon tehokkuus alkutilanteeseen nähden

Taulukosta 1 havaitaan, että terapiaohidon vaikutuksen suuruutta kuvaavat kontrolloidut effect size – luvut ovat suuria (Cohenin $d > 0.80$) hoidettaessa sosiaalista fobiaa, paniikkihäiriötä, ahdistuneisuushäiriötä, posttraumaattista stressihäiriötä, depressiota ja skitsofreniaa kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Terapian hoidon vaikutus on keskisuuri (> 0.50) hoidettaessa bulimia nervosaa ja pieni (> 0.20) hoidettaessa itsetuhoista käyttäytymistä kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Ryhmän sisäisiä effect size – lukuja tarkasteltaessa havaitaan, että tilanteessa, jossa kognitiivinen käyttäytymisterapia on paras hoitomenetelmä, hoidon vaikutus on suuri kaikkien kyseisten psykiatristen diagnoosien kohdalla.

Fedoroff ja Taylor (2001) totesivat sosiaalisen fobian meta-analyysissään KKT-menetelmät tehokkaammiksi kuin odotuslistakontrolli. Kuitenkin vain altistus yhdistettynä kognitiiviseen terapiaan oli tehokkaampi kuin plasebomenettely. Tulokset säilyivät 1-6 kuukauden seurannassa tai jopa paranivat. Taulukossa 2 (Öst, 2006, taulukko 15:2) on tarkasteltu kognitiivisen käyttäytymisterapian eri menetelmien vaikutuksen suuruutta hoidettaessa sosiaalista fobiaa. Meta-analyysin perusteella voitiin todeta, että kaikki aktiiviset KKT-menetelmät osoittautuivat tehokkaammiksi kuin odotuslista-menettely. Meta-analyysin effect size – luvut kasvoivat seurannan aikana, mikä viittaa siihen, että kognitiivisen käyttäytymisterapian tekniikoilla saadaan aikaan todellista muutosta asiakkaiden tilanteisiin. (Öst, 2006.)

Taulukko 2. Hoitomenetelmien vaikutuksen suuruus hoidettaessa sosiaalista fobiaa eri menetelmillä

Hoitomenetelmä	Ryhmän sisäinen effect size - luku	
	Hoidon jälkeen	Seurannan jälkeen
Altistus in vivo	1.08	1.31
Kognitiivinen terapia	0.72	0.78
Altistus ja kognit. terapia	0.84	0.95
Sosiaalisten taitojen harjoittelu	0.64	0.86
Sovellettu rentoutus	0.51	-
Huomiointi- plasebo	0.45	0.42
Odotuslistakontrolli	0.03	-

Paniikkihäiriön hoidosta on tehty meta-analyysi, jossa tutkittiin lääkehoidon ja psykologisten hoitojen tehokkuutta. Lääkehoidon tai kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien välillä ei ollut merkittäviä eroja. Mutta mikäli sosiaaliseen fobiaan liittyi agorafobia, antidepressiivisen lääkityksen ja altistusmenetelmän yhdistelmä osoittautui tehokkaimmaksi sekä hoidon jälkeen tehdyssä mittauksessa että seurantamittauksessa. (Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw & van Dyck, 1998; Öst, 2006.) Yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa KKT on osoittautunut hieman tehokkaammaksi menetelmäksi kuin pelkkä käyttäytymisterapia tai kognitiivinen terapia, mutta kuitenkin selvästi tehokkaammaksi kuin plasebo-menettely tai vaihtoehtoiset terapiat (0.71) sekä odotuslista-menettely tai ei hoito (1.09) (Borkovec & Ruscio, 2001; Öst, 2006).

Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen (2005) julkaisivat meta-analyysitutkimuksen posttraumaattisen stressihäiriön hoidosta. Menetelmistä olivat mukana altistus, KKT, altistus +

kognitiivinen interventio ja EMDR. Näiden välillä hoidon tehokkuudessa ei ollut eroja, mutta nämä kaikki olivat tehokkaampia kuin odotuslista-menettely tai supportiivinen terapia. Seuranta, kesti vähintään 6 kuukautta, osoitti, että tulokset säilyivät ainakin 6-12 kuukautta.

Masennuksen hoidosta kognitiivisen terapian avulla on myös paljon tutkimustietoa. Gloaguenin, Cottrauxin, Cucheratin ja Blackburnin (1998) meta-analyysin mukaan kognitiivinen terapia on merkittävästi tehokkaampi kuin odotuslista-menettely, antidepressiivinen lääkitys tai muut terapiamuodot. Ero kognitiivisen terapian ja käyttäytymisterapian välillä ei ollut merkittävä. Tutkimuksessa oli myös viitteitä siitä, että kognitiivinen terapia saattaisi ehkäistä uudelleen masentumista, kun taas lääkityksen suhteen masennuksen uusiutumisluvut ovat korkeat. Östin (2006) mukaan voidaan sanoa, että empiirinen tuki masennuksen hoitoon kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla on vahva. KKT – menetelmillä saadaan yhtä hyviä tai parempia tuloksia kuin lääkehoidolla ja parempia tuloksia kuin muilla psykologisilla hoitomenetelmillä lukuun ottamatta interpersoonallista terapiaa. Tutkimustulokset viittaavat myös siihen, että masennuksen uusiutuminen on todennäköisempää lääkehoidon jälkeen kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian jälkeen.

Östin (2006) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusten mukaan myös tehokas skitsofrenian hoitomenetelmä. Gouldin, Mueserin, Boltonin, Maysin ja Goffin (2001) tutkimuksessa esiteltiin meta-analyysi, johon sisältyi 7 tutkimusta. Näissä tutkimuksissa oli mukana yhteensä 340 potilasta. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutus psykoottisiin oireisiin oli keskiuuri (ES = 0.65) hoidon päättymisen jälkeen, mutta vaikutus lisääntyi seurannan aikana (ES = 0.93).

1.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Acceptance and Commitment Therapy on Steven Hayesin yhdessä työryhmänsä kanssa Pohjois-Amerikassa, Nevadan yliopistossa Renossa kehittämä terapiamenetelmä. Terapiasta käytetään kansainvälisesti lyhennettä ACT (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999). Suomeksi terapiaa kutsutaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaksi (HOT). Hyväksymis- ja omistautumisterapia kuuluu ns. uusiin terapiamuotoihin. (Lappalainen, Lehtonen, Hayes ym. 2004.) Tässä tutkimuksessa terapiasta on käytetty lyhennettä ACT, koska se on yhteensopiva kansainvälisen käytännön kanssa.

Hayesin (2004) mukaan käyttäytymisterapia voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe oli perinteinen käyttäytymisterapia ja toinen vaihe kognitiivinen käyttäytymisterapia. Hyväksymis- ja omistautumisterapia kuuluu käyttäytymisterapian ns. kolmanteen vaiheeseen.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian yksi keskeinen piirre on se, että se pyrkii auttamaan ihmisiä elämään arvojensa mukaista elämää.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa yhdistyvät kielen perustutkimus ja teoreettinen sekä filosofinen analyysi. Menetelmä on kehitetty yli kymmenen vuoden aikana kokeellisen perustutkimuksen pohjalta. Lappalaisen ym. (2004) mukaan hyväksymis- ja omistautumisterapia eroaa perinteisestä kognitiivisesta terapiasta ja käyttäytymisterapioista filosofisen peruslähtökohtansa suhteen. Terapiassa ei pyritä muuttamaan henkilökohtaista kokemusta, vaan kokemuksen merkitystä. Ihmisen toimintaa tarkastellaan toimivuuden perusteella ja suhteessa hänen valitsemiinsa arvoihin ja päämääriin.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa on keskeistä ajatus kärsimyksen inhimillisyydestä ja ihmisen vaikeudesta olla onnellinen. Lappalaisen ym. (2004) mukaan kärsimys johtuu siitä, että ihmiset käyttävät kielellisiä ongelmanratkaisukeinoja ratkaistakseen sellaisia ongelmia, joiden kohdalla kielellinen ratkaisu ei toimi. Keskeinen ajatus on myös kontrollin ja hyväksynnän suhde. Vaikuttaa siltä, että ihmisellä on kielen perusteella kehittynyt kyky kontrolloida asioita. Tämä yritys kontrolloida asioita on yleistynyt myös asioihin, jotka eivät ole kontrolloitavissa, kuten emootiot. Ihminen on oppinut, että jos jokin on epämiellyttävää, siitä pitää pyrkiä eroon. Tutkimustulosten mukaan yritys välttää epämiellyttävää emootiota kuitenkin lisää sen intensiteettiä ja pidentää sen kestoja. Kontrollointi ei siis toimi sisäisten tapahtumien kohdalla. Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla pyritään hyväksymään asiat, joita ei voi muuttaa ja muuttaa sellaisia asioita, joita voidaan muuttaa. Terapiaan kuuluu ajatus siitä, että monet ihmiselämän ongelmista johtuvat siitä, että ihminen on kadottanut kyvyn olla läsnä tässä hetkessä. Tätä asiaa harjoitellaan erilaisten tietoisuusharjoitusten (mindfulness) avulla.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa on kuusi ydinprosessia, joiden pohjalta muutoksen ajatellaan tapahtuvan. Näitä ydinprosesseja ovat seuraavat: 1) yhteys nykyhetkeen, 2) hyväksyntä, 3) kielellisen kontrollin heikentäminen, 4) arvot, 5) omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan ja 6) minä nähdään tilana tai paikkana. Ydinprosessien avulla on tarkoitus lisätä psykologista joustavuutta. (Hayes & Strosahl, 2005.) Hayesin, Luoman, Bondin, Masudan ja Lillisin (2006) mukaan psykologisen joustavuuden vastakohta on psykologinen joustamattomuus. Jos käyttäytyminen on joustavaa, on myös hyväksyntää. Jos taas käyttäytyminen on joustamatonta, ihmisellä on usein taipumusta välttämiskäyttäytymiseen.

1.4 Hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimustuloksia

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on vielä nuori terapiamuoto, mutta sitä on tutkittu jo melko paljon. Hayes, Luoma, Bond, Masuda ja Lillis (2006) ovat julkaisseet katsauksen, jossa he ovat koonneet yhteen kaikki hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimukset, jotka oli julkaistu artikkeleita kirjoitettaessa.

Hayes ym. (2006) totesivat, että jos verrataan hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta mihin tahansa hoitoasetelmaan tai menetelmään, terapiahoidon vaikutus on keskisuuri (ES: hoidon päätyttyä 0.66 ja seurannan jälkeen 0.66). Seuranta-ajat näissä tutkimuksissa olivat kestoaltaan 8-52 viikkoa, keskimäärin 19.2 viikkoa. Vertailtaessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa odotuslistamenettelyyn, huomiointi-plaseboon tai tavanomaiseen hoitoon TAU (treatment as usual) ACT:n vaikutus oli hoidon päätyttyä suuri ja seurannan jälkeen keskisuuri (ES: 0.99 ja 0.71). Kun hyväksymis- ja omistautumisterapiaa verrattiin johonkin vaihtoehtoiseen strukturoituun hoitomuotoon, joka oli suunniteltu jonkin tietyn ongelman hoitoon, terapian vaikutus oli sekä hoidon päätyttyä että seurannan jälkeen keskisuuri (ES = 0.48 ja 0.63).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on tutkittu monien eri psyykkisten häiriöiden hoidossa. Satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia on tehty mm. depression, ahdistuksen, stressin, psykoosin, päihteiden käytön ja kroonisen kivun hoidosta. (Hayes, 2006.)

Seuraavassa kuvataan joitakin hyväksymis- ja omistautumisterapiasta tehtyjä tutkimuksia. Bachin ja Hayesin tutkimuksessa (2002) 80 positiivisista psykoottisista oireista (hallusinaatiot ja harhaluulot) kärsivää potilasta jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään: toista ryhmää hoidettiin tavanomaisella hoidolla (TAU = treatment as usual) ja toista ryhmää hoidettiin tavanomaisen hoidon lisäksi hyväksymis- ja omistautumisterapialla. Potilaat, jotka saivat ACT-hoitoa tavanomaisen hoidon lisäksi, raportoivat merkitsevästi enemmän oireita ja vähemmän oireisiin uskomista ja uudelleen sairaalahoitoon joutuneiden määrä oli puolet tavanomaisen hoidon saaneiden määrästä 4 kuukauden seurannan jälkeen. Bachin ja Hayesin mukaan psykoottisiin oireisiin uskomisen vähentyminen vaikutti uudelleen sairaalahoitoon joutumiseen. Ainoastaan kaksi ACT-hoitoa saanutta potilasta, jotka myönsivät oireensa, joutui tutkimuksen aikana uudelleen sairaalaan. (Bach & Hayes, 2002.)

Hayesin ym. (2004) tutkimuksessa vertailtiin ACT:n ja strukturoidun psykososiaalisen intervention tehokkuutta huumeriippuvaisten asiakkaiden hoidossa. Tutkittavina oli 138 metadonihoitoa saavaa huumeriippuvaista, jotka käyttivät edelleen huumeita metadonihoidon aikana. Tutkittavat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään: metadonihoito, metadonihoito + ACT tai metadonihoito +

strukturoitu psykososiaalinen interventio (ITSF). Sekä ACT – ryhmässä että ITSF – ryhmässä asiakkaita hoidettiin 16 viikon ajan 4 kertaa viikossa. Tulokset osoittivat, että ACT-ryhmä käytti vähemmän huumeita seurannassa verrattuna metadoni-ryhmään. Sekä ACT että ITSF osoittautuivat tehokkaiksi huumeriippuvuuden hoidossa.

1.5 Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian vertailua

Hayesin ym.(2006) mukaan on tehty ainoastaan muutama tutkimus, joissa on vertailtu ACT:a ja perinteistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai kognitiivista terapiaa (Block, 2002; Branstetter, Wilson, Hildebrandt, & Mutch, 2004; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989). Näissä vertailuissa terapiahoidon vaikutuksen suuruutta kuvaavat effect size - luvut ovat olleet 0.73 hoidon jälkeen ja 0.83 seurannan jälkeen. Nämä tulokset viittaavat Hayesin ym. (2006) mukaan siihen, että ACT olisi tehokkaampi. Hoidon jälkeen terapian vaikutus on ollut keskisuuri ja seurannan jälkeen vaikutus on ollut suurta. Alustavat tuloksellisuustutkimukset viittaavat siihen, että ACT ja KKT saattavat vaikuttaa muutosprosesseihin eri tavalla ja että ACT:n avulla saadaan parempia hoitotuloksia.

1.6 Hyväksyntä ja kokemuksellinen välttäminen terapiaprosessissa

Hyväksyntä on eräs keskeisistä hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseista (Hayes & Strosahl, 2005). Vaikuttaa siltä, että terapiaprosessissa hyväksymisen lisääntyminen on olennaisen tärkeää. Hayesin ja Pankeyn (2003) mukaan on yhä enemmän viitteitä siitä, että hyväksyntätaidot ovat keskeisiä ihmisen psykologisessa hyvinvoinnissa ja että hyväksyntätaidot voivat lisätä psykoterapian vaikuttavuutta monien erityyppisten asiakkaiden kohdalla.

Hyväksynnällä, laajasti määriteltynä, tarkoitetaan osatekijää, jonka kautta muutos tapahtuu ja joka on itsessäänkin merkittävä muutosmekanismi (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova & Eldridge, 2000). On kuitenkin olemassa eroja hyväksynnän käsitteellisissä määritelmässä, niissä tekniikoissa, joita käytetään hyväksynnän aikaansaamiseksi, niissä muutosmekanismeissa, joita pidetään tärkeinä sekä siinä keskitytäänkö hyväksyntään prosessin vai tuloksen näkökulmasta (Hayes & Pankey, 2003). Linehanin (1994) mukaan ajatus terapeuttisesta asiakkaan hyväksymisestä ja siitä, että terapiassa autetaan asiakasta itse hyväksymään itsensä, sisältyy jossain määrin kaikkiin terapiasuuntauksiin. Hyväksyntää on sisällytetty empiiristä tukea saaneisiin terapiamuotoihin, kuten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Terapiamuodot, jotka hyödyntävät hyväksyntää, ovat usein käsikirjaan perustuvia ja hyväksyntä on systemaattisesti käsitteellistetty. Hayesin (1994) mukaan

hyväksynnällä tarkoitetaan tietoista, suoran muutoksen hylkäämistä, erityisesti yksilön sisäisten tapahtumien suhteen, ja avoimuutta kokea tunteet ja ajatukset sellaisina kuin ne ovat.

Hyväksynnällä tarkoitetaan erityisesti tässä tutkimuksessa asioiden ja tilanteiden hyväksymistä sellaisenaan yrittämättä muuttaa niitä. Erityisen tärkeänä hyväksyntää pidetään yksilön sisäisten asioiden suhteen, kuten negatiivisten ajatusten tai tunteiden suhteen. Omien negatiivisten tunteiden ja ajatusten hyväksyminen tarkoittaa sitä, että ihminen tiedostaa niiden olemassaolon, kenties tarkkailee niitä, mutta ei yritä muuttaa niitä tai päästä niistä eroon.

Kokemuksellista välttämistä pidetään hyväksynnän vastakohtana. Lappalainen ym. (2004) määrittelevät kokemuksellisen välttämisen seuraavasti: ”kokemuksellisella välttämällä tarkoitetaan henkilön pyrkimystä välttää tiettyjä yksityisiä kokemuksia (esim. fyysisiä tuntemuksia, tunteita, ajatuksia, muistoja, mieltymyksiä) ja yritystä muuttaa näiden tapahtumien muotoa tai esiintymistiheyttä ja sitä ulkoista tai sisäistä ympäristöä tai olosuhteita, jotka saavat ne aikaan.” (Lappalainen ym. 2004, 27). Lappalaisen ym. (2004) mukaan välttäminen näyttää olevan yhteydessä esimerkiksi somaattisten tuntemusten kokemiseen. Välttämistä ennustavat negatiivisia tuloksia sellaisten asiakkaiden hoitotulosten seurannassa, joilla oli päihteiden väärinkäyttöä, masennusta tai lapsuudessa koettua seksuaalista hyväksikäyttöä. Välttämistä ylläpitää yleensä se, että välttämisen lyhyt aikainen vaikutus on myönteinen. Kuitenkin pitemmällä aikavälillä yritys välttää tiettyjä ajatuksia tai tunteita, saa aikaan nämä tunteet ja lisää niitä.

1.7 Hyväksyntään ja kokemukselliseen välttämiseen liittyviä tutkimustuloksia

Edellä kuvatun perusteella hyväksyntä vaikuttaa olevan keskeinen prosessi psykoterapiassa (Hayes, 2006). Hyväksynnän mittaamiseksi Hayes ym. (2004) sekä Bond ja Bunce (2003) ovat kehittäneet AAQ – mittarin (Acceptance and Action – questionnaire). Mittarilla voidaan mitata sekä asiakkaan hyväksyntää tai psykologista joustavuutta että välttämiskäyttäytymistä. Mittarista on olemassa kaksi versiota, 9 osion versio ja 16 osion versio.

Kokemuksellinen välttäminen näyttää olevan yhteydessä yleisen psykopatologian korkeaan tasoon, masennukseen, ahdistukseen, erilaisiin pelkoihin, traumoihin ja matalaan elämän laatuun. (Hayes ym. 2004). Hayesin ym. (2006) hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevassa tutkimuskatsauksessa tarkasteltiin 32 tutkimusta, joissa oli yhteensä 6628 osallistujaa. Näissä tutkimuksissa selvitettiin AAQ:lla mitatun hyväksynnän ja erilaisten elämänlaatua kuvaavien mittareiden yhteyttä korrelaatioiden avulla. Elämänlaatumittareiden lisäksi selvitettiin hyväksynnän yhteyttä masennukseen ja ahdistuneisuuteen, PTSD:hen, trikotillomaniaan, stressiin, kipuun,

työsuoriutumiseen ja negatiivisiin tunteisiin. Tutkimusten mukaan hyväksyntä ja psykologinen joustavuus olivat yhteydessä parempaan elämän laatuun ja parempiin hoitotuloksiin. Hayesin ym. (2006) mukaan kolmessa tutkimuksessa (Bond & Bunce, 2000, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004) osoitettiin, että psykologinen joustavuus ja hyväksyntä olivat yhteydessä psyykkisen häiriön matalaan todennäköisyyteen. Näissä tutkimuksissa AAQ:n ja GHQ:n (general health questionnaire; mittari, joka mittaa psyykkistä kuormittuneisuutta ja seuloo todennäköisiä potilaita vastaajien joukosta) välinen korrelaatio oli .40. Bondin ja Buncen tutkimus (2003) osoitti, että psykologinen joustavuus ennusti parempaa psyykkistä hyvinvointia.

Hyväksynnän ja masentuneisuuden yhteyttä on tutkittu hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevissa tutkimuksissa yleensä AAQ:n ja BDI:n (Beck Depression Inventory) avulla. Hayes ym. (2006) esittelevät tutkimustuloksia, joissa on selvitetty hyväksynnän yhteyttä masentuneisuuteen. Näissä tutkimuksissa masentuneisuuden ja hyväksynnän väliset korrelaatiot vaihtelivat .50–.72 välillä. Tulosta on tulkittu siten, että hyväksyntä on yhteydessä masentuneisuuteen siten, että mitä enemmän asiakkaalla on hyväksyntää, sitä vähemmän hänellä on masentuneisuutta. (Hayes ym. 2006; Bond & Bunce, 2000; Dykstra & Follette, 1998; Forsyth, Parker, Finlay, 2003; Hayes, Strosahl, ym, 2004; Plumb, Orsillo, Luterek, 2004; Polusny, Rosenthal, Aban & Follette, 2004; Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998).

Hyväksynnän ja koettuja oireita kartoittavan SCL-90-R – mittarin yhteyttä on Hayesin ym.(2006) mukaan selvitetty kolmessa tutkimuksessa: (Cook, 2004; Polusny ym.2004; Toarmino, Pistorello & Hayes, 1997). Näissä tutkimuksissa kokonaiskorrelaatio oli .53. Tämä viittaa siihen, että oireiden määrä oli yhteydessä hyväksynnän määrään, siten että mitä enemmän oireita sitä vähemmän hyväksyntää. (Hayes ym. 2006).

Välttämiskäyttäytymisestä on tehty myös kokeellista tutkimusta. Kareklan ym. (2004) tutkimuksessa 54 opiskelijaa jaettiin kahteen ryhmään AAQ:lla mitatun välttämiskäyttäytymispistemäärän mukaan. Toiseen ryhmään kuuluivat ne, joilla oli korkea pistemäärä ja toiseen ne, jotka saivat matalan pistemäärän kyseisellä mittarilla. Tutkimuksessa opiskelijat hengittivät 20 sekunnin ajan hiilidioksidilla rikastettua ilmaa ja samalla heidän fysiologisia ja subjektiivisia reaktioitaan mitattiin. Opiskelijoilla, joilla oli korkeat välttämispistemäärät, oli enemmän paniikkioireita, vakavampia kognitiivisia oireita, enemmän pelkoa ja kontrolloimattomuutta kuin opiskelijoilla, joilla ei ollut samantasoista välttämistaipumusta. (Karekla ym., 2004.)

Levitt, Brown, Orsillo ja Barlow julkaisivat 2004 tutkimuksen, jossa tutkittavina oli 60 paniikkihäiriöstä kärsivää potilasta. Potilaat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Yksi ryhmä kuunteli 10 minuutin nauhan, jossa kuvailtiin hyväksyntää. Toinen ryhmä kuunteli samanpituisen nauhan, jossa kuvailtiin tunteiden tukahduttamista. Kolmannen ryhmän nauha oli neutraali. Tämän jälkeen ryhmät hengittivät 15 minuuttia hiilidioksidilla rikastettua ilmaa. Hyväksyntäryhmä oli merkitsevästi vähemmän ahdistunut ja vähemmän välttävä kuin tunteiden tukahduttamis- ja kontrolliryhmä. Hyväksyntäryhmä oli myös halukkaampi osallistumaan uuteen tutkimukseen. Ryhmät eivät eronneet toisistaan itse raportoitujen paniikkioireiden tai fysiologisten reaktioiden suhteen. Tunteiden tukahduttamis- ja kontrolliryhmän välillä ei ollut eroja. Tunteiden tukahduttaminen oli yhteydessä suurempaan subjektiiviseen ahdistuneisuuteen kokeen aikana. Hyväksyntä oli yhteydessä halukkuuteen osallistua seuraavaan tutkimukseen. Tutkijoiden mukaan vaikuttaa siltä, että hyväksyntä on käyttökelpoinen keino, jolla voidaan vähentää ahdistuneisuutta ja välttämiskäyttäytymistä paniikkihäiriöstä kärsivillä potilailla. (Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004).

Tutkimusten mukaan hyväksyntä ja välttämiskäyttäytyminen eivät ole pelkästään yhteydessä psykopatologiaa mittaavien mittareiden kanssa (Hayes ym., 2006). Psykologinen joustavuus näyttää olevan yhteydessä myös työsuoriutumisen ja onnistuneen kivunhallinnan kanssa. (Bond & Bunce, 2003; McCracken, 1998). McCracken (1998) selvitti, että psykologinen joustavuus (AAQ-kipusovelluksella mitattuna) oli yhteydessä parempaan asemaan työssä ja parempaan toimintakykyyn kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kohdalla. McCrackenin, Vowlesin ja Ecclestonen (2004) mukaan psykologinen joustavuus kroonisilla kipupotilailla oli yhteydessä myös kipuun liittyvien lääkärisä käyntien ja kipulääkkeiden määräämisten vähenemiseen.

1.8 Yhteenveto

Edellä kuvatun perusteella voidaan todeta, että kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkitusti tehokas terapiamuoto monien eri psyykkisten häiriöiden hoidossa (Butler ym., 2006; Öst, 2006; Roth & Fonagy, 2005; APA 1993). Tutkimusten perusteella tiedetään myös, että kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutus säilyy kuudesta kuukaudesta jopa 10 vuoteen, eli kyse ei ole tilapäisestä hetkellisestä muutoksesta asiakkaan voinnissa. Lisäksi Öst (2006) toteaa, että kognitiivinen käyttäytymisterapia toimii kliinisessä työssä. Hyväksymis- ja omistautumisterapia on uudempi ja tällä hetkellä vähemmän tutkittu terapiamenetelmä kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia, mutta alustavat tutkimustulokset viittaavat siihen, että hyväksymis- ja omistautumisterapia saattaa vaikuttaa terapiaprosessiin eri tavalla ja että sen avulla saataisiin yhtä

hyviä, jopa parempia hoitotuloksia kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla. On myös tutkimustuloksia, jotka viittaavat siihen, että hyväksynnällä on terapiaprosessissa merkittävä rooli. Hyväksyntä vaikuttaa olevan yhteydessä paremman elämänlaadun parempien hoitotulosten kanssa. (Hayes ym., 2006.)

Barlowin ja Hofmannin (1997) mukaan ei voida enää todeta, että kaikki psykologiset hoitomuodot olisivat keskenään yhtä tehokkaita. Tällä hetkellä tiedetään mitkä hoitomuodot ovat tutkimusten perusteella tehokkaita eri psyykkisten ongelmien ja häiriöiden hoidossa. Usein nämä tehokkaat hoitomuodot eivät kuitenkaan ole niiden ihmisten saatavilla, jotka hyötyisivät niistä, eivätkä asiakkaat ole tietoisia siitä, että tehokkaita psykologisia hoitomuotoja on olemassa. APA:n vuonna 1993 tekemän selvityksen mukaan vain harvoille kliinisen psykologian opiskelijoille opetetaan tehokkaiksi osoitettuja hoitomenetelmiä.

1.9 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää seuraavia asioita: 1) pystyvätkö ensikertalaiset terapeutit hoitamaan asiakkaita tehokkaasti 10 kerran aikana lyhyen (20 h) menetelmäopetuksen jälkeen, 2) saadaanko kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa yhdistämällä parempia hoitotuloksia kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla pelkästään, 3) onko terapiaprosessi erilainen, kun asiakkaita hoidetaan kognitiivisella käyttäytymisterapialla verrattuna kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian yhdistelmään ja 4) vaikuttaako hyväksynnän muutos terapian tuloksellisuuteen ja terapiaprosessiin. Lisäksi tutkitaan ensikertalaisten terapeuttien kokemuksia terapiasta ja sitä onko terapian tekemisellä vaikutusta terapeutteihin.

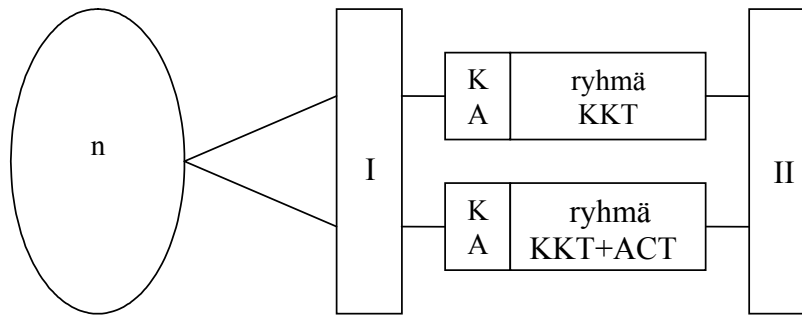
2 MENETELMÄT

2.1 Tutkimusasetelma

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

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

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



Kuvio 1. Tutkimusasetelma

2.2 Tutkimushenkilöt

2.2.1 Terapia-asiakkaat

Tutkimukseen osallistui 34 asiakasta, joista naisia oli 27 ja miehiä 7. Asiakkaat olivat iältään 20–75- vuotiaita. KKT – ryhmän iän keskiarvo oli 44 vuotta ja yhdistelmäryhmän 43 vuotta. Taulukkoon 3 on koottu yhteenveto terapia-asiakkaiden taustatiedoista. Parisuhteessa olevien ja yksin elävien määrä jakautui ryhmissä tasaisesti. KKT - ryhmässä 10 asiakasta oli saanut aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa, yhdistelmäryhmässä heitä oli 9. Kuudella asiakkaalla oli aikaisempaa terapiaa. Viisi asiakasta oli ollut sairaalahoidossa mielenterveysongelmien vuoksi. Samanaikaista hoitoa terapian aikana oli kolmella asiakkaalla. Aikaisemman terapiahoidon ja samanaikaisen hoidon suhteen asiakkaat jakautuivat tasaisesti hoitoryhmiin. Mielenterveyden ongelmiin liittyvää lääkitystä oli terapian aikana käytössä KKT – ryhmässä 7 asiakkaalla ja yhdistelmäryhmässä 9 asiakkaalla.

Asiakkailla oli mahdollisuus käydä terapiassa 8-10 kertaa. Yksi asiakas kävi terapiassa vain 7 kertaa ja yhden asiakkaan kohdalla käyntejä oli yksitoista perustuen asiakkaan tilanteeseen ja työnohjaajan arvioon. Molemmissa ryhmissä terapiakäyntejä oli keskimäärin 9. KKT - ryhmän asiakkaita hoidettiin yhteensä 169.1 tuntia ja yhdistelmäryhmän asiakkaita yhteensä 146.3 tuntia. KKT – ryhmässä asiakasta hoidettiin keskimäärin 9.95 tuntia ja yhdistelmäryhmässä keskimäärin 9.75 tuntia. Keskimääräisessä hoitoajassa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Terapiatapaamisen kestoksi oli kahta ensimmäistä tapaamista lukuun ottamatta sovittu 1 tunti. Kaksi ensimmäistä tapaamista saivat kestää 1.5 tuntia. Osalla asiakkaista tapaamiset olivat kuitenkin pidempiä. Käyntikertojen kesto ylittyi 14 asiakkaalla, joista 6 kuului yhdistelmäryhmään (ylimennyt aika keskimäärin 63 min) ja 8 KKT – ryhmään (yli mennyt aika keskimäärin=83 min).

Taulukko 3. Tutkimushenkilöiden taustatiedot hoitoryhmittäin

	KKT	KKT + ACT
Ikä (M)	43.82 (15.98)	43.35 (12.36)
Naisia/Miehiä	14 / 3	13 / 4
Parisuhteessa/yksin	9/8	9/8
Saanut aiemmin mielenterveyteen liittyvää hoitoa	10	9
Mielenterveyslääkitys käytössä tutkimuksen aikana	7	9
Käyntikerrat	9.29 (1.05)	9.33 (0.98)

Tutkittavien koulutus jakautui siten, että perusasteen koulutus oli neljällä (12 %) asiakkaalla (kansakoulu, keskikoulu ja peruskoulu), 16 (47 %) asiakkaalla oli toisen asteen koulutus (ammattikoulu, ammatillinen opisto ja lukio) ja 14 (41 %) asiakkaalla oli kolmannen asteen koulutus (ammattikorkeakoulu, korkeakoulu ja yliopisto). Tutkittavien työtilanne oli terapioiden alussa seuraava: asiakkaista 22 (65 %) oli töissä, 7 (21 %) oli eläkkeellä ja 3 (9 %) sairauslomalla. Muiden syiden vuoksi pois työelämästä oli 2 asiakasta.

Kaksi asiakasta keskeytti terapian neljännen terapiakäynnin jälkeen. Toinen asiakkaista oli 39-vuotias yksin elävä nainen, jolla oli perusasteen koulutus. Toinen keskeyttäneistä oli 31-vuotias parisuhteessa elävä mies, jolla oli toisen asteen koulutus. Molemmat kuuluivat yhdistelmäryhmään. Keskeyttäneiden poistamisesta huolimatta taustatiedot jakautuivat tasaisesti hoitoryhmissä. Asiakkaan terapeutti arvioi keskeyttämisen syytä niin, että toisen asiakkaan kohdalla oli todennäköisesti kysymys motivaation puutteesta ja toisen kohdalla haluttomuudesta käsitellä syvemmin omia asioitaan ja arvojaan sekä tehdä muutoksia elämässään.

Käyttäytymisanalyysin yhteydessä terapeutti laati yhdessä asiakkaan kanssa ongelmaluettelon, joka koostui asiakkaan sillä hetkellä kokemista ongelmista. Jokainen asiakas ilmoitti useamman kuin yhden ongelman. Taulukkoon 4 on koottu yleisimmät asiakkaiden ilmoittamat ongelmat. Näiden lisäksi asiakkaat ilmoittivat paljon muita yksittäisiä ongelmia. Pari- ja ihmissuhdeongelmat olivat suurimmat ongelmaryhmät. Ahdistuneisuus ja masennus olivat myös melko yleisiä ongelmia. Ongelmat jakaantuivat tasaisesti KKT – ryhmän ja yhdistelmäryhmän välillä, lukuun ottamatta parisuhdeongelma- ja tyytymättömyys itsen -ongelmaryhmää. Ihmissuhdeongelmat liittyivät perheenjäseniin, ystäviin tai muihin läheisiin ihmisiin. Kyseessä saattoi olla esimerkiksi huoli lapsista, läheisen sairaus tai riidat. Nukkumiseen liittyviä ongelmia oli 35 % asiakkaista. Tähän

ryhmään kuuluivat unettomuus, nukahtamisvaikeudet, katkonainen uni ja painajaiset. Tyytymättömyys itsen, johon kuului epävarmuuden, riittämättömyyden, huonomuuden ja arvottomuuden tunteet sekä itsesyytökset epäonnistumisista, oli ongelma yli kolmannekselle asiakkaista.

Taulukko 4. Asiakkaiden ilmoittamat ongelmat terapian alussa

	KKT – ryhmä n= 17	KKT + ACT – ryhmä n=17	Yht. n=34
Parisuhdeongelmat	6 (35 %)	11 (65 %)	17 (50 %)
Ihmissuhdeongelmat	8 (47 %)	7 (41 %)	15 (44 %)
Ahdistuneisuus	8 (47 %)	7 (41 %)	15 (44 %)
Masennus	8 (47 %)	5 (29 %)	13 (38 %)
Nukkumiseen liittyvät ongelmat	7 (41 %)	5 (29 %)	12 (35 %)
Tyytymättömyys itsen	9 (53 %)	3 (18 %)	12 (35 %)
Fyysiset oireet/sairaudet	4 (24 %)	4 (24 %)	8 (24 %)
Uupumus, jaksamattomuus, stressi	3 (18 %)	5 (29 %)	8 (24 %)

Asiakkaiden ilmoittamat ongelmat voidaan jaotella myös käyttämällä lähtökohtana DSM - IV:n luokitusta. Tämän luokituksen mukaan asiakkaiden koetut ongelmat liittyivät seuraaviin alueisiin: neuroottiset, stressiin liittyvät, somatoformiset häiriöt (33), mielialahäiriöt (16), fysiologiset häiriöt ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät häiriöt (12).

Aineiston asiakkaista 21:llä (62 %) BDI – pistemäärä oli 10 tai enemmän, joka viittaa masentuneisuuteen. Näistä 12 (57 %) kuului KKT – ryhmään ja 9 (43 %) yhdistelmäryhmään. BDI – pistemäärän mukaan (< 10) 13 (38 %) asiakkaalla ei ollut masennusta. Khiin neliö – testi osoitti, että ryhmien välillä ei ollut eroja masentuneitten lukumäärässä [$X(1) = 1,01$; $p > .05$]. Kun keskeyttäneiden asiakkaiden tiedot poistettiin analyysistä, ei tapahtunut muutoksia.

Asiakkaista 11:sta (32 %) oli jokin diagnoosi ja heistä neljällä oli useampi diagnoosi samanaikaisesti. Diagnoosit jakautuivat tasaisesti ryhmissä: KKT – ryhmässä diagnooseja oli 5 ja yhdistelmäryhmässä 6. Masennus-diagnoosi oli kuudella asiakkaalla. Ahdistuneisuuteen liittyvä häiriö oli kolmella asiakkaalla ja kahdella oli uupumus-diagnoosi. Seuraavia diagnooseja oli jokaista yksi: bulimia, pakko-oireinen häiriö, paranoidinen skitsofrenia, vaativa persoonallisuus ja traumaperäinen stressihäiriö. Diagnoosit oli tehnyt aikaisemmin lääkäri tai terapeutti terapian aikana. 23 (68 %) asiakkaan kohdalla minkään diagnoosin kriteerit eivät täytyneet.

Hoidon alussa selvitettiin asiakkaan muutosvalmiutta eli sitä, miten valmis asiakas oli saamaan muutosta tilanteeseensa ja miten valmis hän oli työskentelemään muutoksen eteen. Taulukossa 5 on esitetty asiakkaiden muutosvalmiuden keskiarvot ja keskihajonnat KKT – ja yhdistelmäryhmässä. Asiakkaiden muutosvalmiudessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä. Tätä testattiin t-testillä ja Mann – Whitney - testillä.

Taulukko 5. Asiakkaiden muutosvalmius

	KKT	KKT + ACT
Keskiarvo (M)	8,34	8,24
Keskihajonta (sd)	1,69	1,56

2.2.2 Terapeutit

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

2.3 Arviointimenetelmät

Mittarit valittiin siten, että asiakkaiden ja terapeuttien psyykkisen tilanteen kartoittaminen onnistuisi mahdollisimman monipuolisesti ja että voitaisiin seurata psyykkisessä tilanteessa tapahtuvia muutoksia. Tutkimuksessa käytettiin seuraavia mittareita: SCL-90 – oirekyselykaavake, joka kartoittaa erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita (Holi, Sammallahti, & Aalberg, 1998), BDI – depressiomittari, joka mittaa masennuksen astetta (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), hyväksyntää ja välttämiskäyttäytymistä mittaava AAQ-8 – mittari (Hayes ym., 2004), sosiaalista toimintakykyä kartoittava JES – lomake (Bosc, Dubini ja Polin, 1997) sekä itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään mittaavat 0-100 – skaalat (Ojanen, 1997, 2001). Mittarit ovat liitteessä 6.

Päämittarina pidettiin SCL -90 – mittaria, koska sitä on kansainvälisesti käytetty ja tutkittu paljon, sekä se kartoittaa laaja-alaisesti erilaisia oireita. SCL -90 koostuu yhdeksästäkymmenestä kysymyksestä, jossa tietyn oireen esiintyvyyttä arvioidaan asteikolla 0-4 (0=ei lainkaan, 4=erittäin paljon) viimeisen viikon ajalta. Suuri pistemäärä on yhteydessä oireiden paljouteen ja sen myötä hyvinvoinnin heikkenemiseen. BDI – mittari kartoittaa 21 kysymyksen avulla masennuksen astetta siten, että mitä korkeampi pistemäärä sitä vakavampi masennuksen aste on kyseessä. Pistemäärät tulkitaan siten, että alle 10 pistettä = ei masennusta, 10–16 pistettä = lievä masennus, 16–29 pistettä = keskivaikea masennus, yli 30 pistettä = vakava masennus.

AAQ-8 – mittari on muokattu alkuperäisen AAQ – mittarin (Hayes ym., 2004) 16- osion versiosta. AAQ-8 mittaa kahdeksan kysymyksen avulla tutkittavan psykologista hyväksymistä ja välttämiskäyttäytymistä. Mittari sisältää seuraavat kysymykset: 1) jatkan yleensä elämäni tavalliseen tapaan enkä painiskele murheideni tai onnettoman oloni kanssa 2) vaikka olenkin joskus epävarma pystyn yleensä suunnittelemaan tekemiseni ja tekemään niin kuin olen suunnitellut 3) en pelkää tunteitani 4) elämäni on hallinnassa 5) vaikka kyllästyinkin johonkin tehtävään pystyn silti tekemään sen loppuun 6) en pysty huolehtimaan velvollisuuksistani, kun olen masentunut tai ahdistunut 7) murehdin harvoin sitä, pystynkö hallitsemaan tunteitani, huoliani ja ahdistavia asioita 8) näyttää siltä, että muut selviytyvät elämästään paremmin kuin minä, jos vertaan itseäni muihin ihmisiin. Kysymyksiin vastataan asteikolla 1-7 (1 = ei koskaan pidä paikkaansa, 7 = pitää aina paikkansa). Mitattaessa hyväksymistä mittarin pisteet lasketaan yhteen siten, että osioiden 6 ja 8 pisteet lasketaan käännetysti. Kun mitataan välttämiskäyttäytymistä, pisteet lasketaan osioiden 1, 2, 3, 4, 5, 7 kohdalla käännetysti. Suuri pistemäärä hyväksyntää mitattaessa viittaa parempaan asioiden

ja tilanteiden hyväksyntään. Hyväksyntä tarkoittaa omien negatiivisten ajatusten ja tunteiden hyväksymistä ilman, että koettaisi muuttaa niitä jollain tavoin tai päästä niistä jollain tavalla eroon.

JES kartoittaa tutkittavan sosiaalista toimintakykyä. Jokainen kysymys pisteytetään 0-3 ja kysymysten pisteet lasketaan yhteen. Suurempi pistemäärä viittaa parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn. Itseluottamusta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään kartoitettiin 0-100 – skaaloilla, joissa suuri pistemäärä liittyy siihen, että kyseistä ominaisuutta on paljon. Asiakkaat ja terapeutit arvioitiin kaksi kertaa: ennen terapioiden alkamista ja terapioiden päätyttyä.

Tyytyväisyyspäiväkirjaa (liite 7) asiakkaat täyttivät hoidon alussa ja lopussa viikon ajan. Heitä pyydettiin arvioimaan tyytyväisyyttään kyseisenä päivänä asteikolla 0 – 10. Taustatietolomakkeella (liite 5) selvitettiin asiakkaiden taustatietojen lisäksi heidän muutosvalmiuttaan oman tilanteensa parantamiseksi.

Terapeuteille oli annettu ohje kirjata menetelmäpäiväkirjoihin (liitteet 10 ja 11) jokaisen tapaamiskerran jälkeen, mitä menetelmiä asiakkaan kanssa oli käytetty. Lisäksi menetelmien käytön seuraamista varten terapiakäynneistä nauhoitettiin neljä tapaamista. Näitä nauhoja ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa analysoitu. Terapiaprosessin kulkua seurattiin terapiakäynnin arviointilomakkeella (liite 8), jonka täytti sekä asiakas että terapeutti jokaisen käynnin lopulla. Arviointilomakkeella arvioitiin terapiakäyntiä visuaalis-analogisten – asteikkojen avulla. VAS – asteikolla asiakas arvioi kysyttyä ominaisuutta tai asiaa asteikolla 0-10 (0 = ei lainkaan/vähän; 10 = erittäin paljon). Lomakkeella selvitettiin asiakkaiden ja terapeuttien arvioita seuraavista muuttujista: terapiatapaamisen helppous, negatiivisten tunteiden määrä, positiivisten tunteiden määrä, tärkeiden asioiden käsittelyn määrä, vaikeiden asioiden käsittelemisen määrä, tapaamisesta koetun hyödyn määrä, tapaamisen miellyttävyys, mieliala tapaamisen lopussa sekä arvio selviytymisestä seuraavaan tapaamiseen asti.

Terapeutit haastateltiin ennen terapioiden alkua sekä niiden päätyttyä. Haastattelu kesti noin tunnin kerrallaan. Haastattelun avulla selvitettiin terapeuttien tuntemuksia ja kokemuksia terapiasta. Haastattelukysymykset ovat liitteissä 12 ja 13.

Terapioiden päätyttyä asiakkaat täyttivät terapian palautelomakkeen (liite 9), jossa he arvioivat koko terapiaa ja sen hyödyllisyyttä tilanteessaan. Palautelomakkeessa kysyttiin erityisesti asiakkaiden kantaa siihen, suosittelisivatko he terapiaa muille.

2.4 Tutkimuksen kulku

Kun terapeutit olivat saaneet asiakkaidensa yhteystiedot, he ottivat yhteyttä asiakkaisiin ja sopivat ensimmäisen tapaamisen. Ensimmäiset tapaamiset olivat viikolla 40. Ennen ensimmäistä tapaamista terapeuteilla oli työnohjaus, jossa he saivat ohjeet terapian aloittamisesta. Ensimmäisellä tapaamisella terapeutti kertoi asiakkaalle lisätietoja tutkimuksesta ja terapian kulusta sekä antoi asiakkaalle luettavaksi tutkimustiedotteen (liite 2). Tämän jälkeen asiakas ja terapeutti allekirjoittivat terapiasopimuksen (liite 3), jossa asiakas ilmaisi suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen. Ensimmäisellä tapaamisella terapeutti selvitti asiakkaan taustatietoja (liite 5). Asiakas sai kotitehtäväksi alkumittauslomakkeiden täyttämisen (SCL-90, BDI, JES, AAQ-8, itseluottamus, mieliala, tyytyväisyys elämään, tyytyväisyyspäiväkirja) (Liitteet 6 ja 7). Kahdella ensimmäisellä tapaamisella terapeutti teki yhdessä asiakkaan kanssa käyttäytymisanalyysin (Haynes, O'Brien 1990), jossa kartoitettiin asiakkaan sen hetkistä tilannetta. Käyttäytymisanalyysiin sisältyy ongelmaluettelon laatiminen ja sen pohjalta terapeutti piirsi graafisen kuvauksen ongelmien yhteyksistä toisiinsa. Kolmannella tapaamisella sovittiin yhdessä asiakkaan kanssa terapian tavoitteista ja sen pohjalta tehtiin hoitosopimus (liite 4). Tämän jälkeen alkoi varsinainen terapiatyöskentely. Kolmannesta tapaamisesta eteenpäin neljä terapiakäyntiä nauhoitettiin tutkimusta varten 90 minuutin c-kasetille. Jokaisen tapaamisen jälkeen sekä terapeutti että asiakas täyttivät terapiakäynnin arviointilomakkeen (liite 8), jossa he arvioivat visuaalisilla analogia-asteikoilla terapiakäyntiä. Tapaamiset olivat tavallisesti kerran viikossa ja tapaamisten välillä terapeutti sai työnohjausta seuraavaa tapaamista varten. Työnohjausta oli mahdollista saada myös pienryhmätapaamisten ulkopuolella, mikäli terapeutilla oli tarvetta. Terapioiden aikana terapeutit kirjasivat käyttämänsä hoitomenetelmät menetelmäpäiväkirjaan (liitteet 10 ja 11). Toiseksi viimeisellä tapaamiskerralla terapeutti antoi asiakkaalle täytettäväksi loppumittauslomakkeet, jotka olivat samat kuin asiakkaan alussa täyttämät lomakkeet. Lisäksi asiakas sai terapian palautelomakkeen, jonka he palauttivat suljetussa kirjekuoressa tutkijoille.

2.5 Hoitomenetelmät

Kaksi ensimmäistä terapiatapaamista käytettiin käyttäytymisanalyysin tekemiseen. Käyttäytymisanalyysi on menetelmä, jossa kartoitetaan asiakkaan sen hetkistä tilannetta ja laaditaan sen pohjalta ongelmaluettelo asioista, jotka asiakas kokee ongelmiksi ja joihin hän haluaa muutosta. Käyttäytymisanalyysiin kuuluu graafisen kuvauksen tekeminen asiakkaan tilanteesta, ongelmista ja ongelmien välisistä suhteista. (Haynes, O'Brien, 1990.) Käyttäytymisanalyysin jälkeen toiseen ryhmään kuuluneita asiakkaita hoidettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä ja

yhdistelmäryhmään kuuluneita asiakkaita hoidettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä (ACT).

Taulukoissa 6 ja 7 on esitelty terapeuttien käyttämät menetelmät terapioiden aikana. Hoitomenetelmien kuvaukset on esitetty liitteessä 14. KKT – hoidossa terapeutit käyttivät eniten kotitehtäviä, itsehavainnointia, altistusta sisäisille kohteille ja ongelmanratkaisumenetelmää. Altistus ulkoisille kohteille oli vähiten käytetty menetelmä. Yhteensä menetelmiä käytettiin KKT - hoidossa 304 kertaa.

Taulukko 6. Terapeuttien käyttämät menetelmät KKT – hoidossa

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

Yhdistelmähoidossa käytettiin sekä KKT – menetelmiä että ACT – menetelmiä. Terapeutit käyttivät kuitenkin enemmän ACT – menetelmiä (297), kuin KKT – menetelmiä (114). Eniten käytettiin kotitehtäviä (67). Yhdistelmähoidossa terapeutilla oli mahdollisuus antaa asiakkaalle joko KKT – menetelmiin tai ACT – menetelmiin liittyviä kotitehtäviä. Menetelmäpäiväkirjassa ei eritelty kotitehtäviä menetelmittain, siispä ei tiedetä käytettiinkö enemmän KKT- vai ACT – kotitehtäviä.

Erillisistä menetelmistä eniten käytetyt ACT – menetelmät olivat arvot, metaforat, keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä, vähiten käytetty menetelmä oli tietoisuusharjoitukset. KKT – menetelmistä käytetyimpiä menetelmiä olivat altistus sisäisille kohteille ja itsehavainnointi. Vähiten käytetty KKT – menetelmä oli altistus ulkoisille kohteille. Muita menetelmiä terapeutit ilmoittivat käyttäneensä 17 kertaa.

Taulukko 7. Terapeuttien käyttämät menetelmät KKT + ACT – hoidossa

KKT -menetelmät		ACT – menetelmät	
Altistus ulkoisille kohteille	1	Tavoitteiden selventäminen	32
Altistus sisäisille kohteille	30	Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen sekä toimimattomista luopuminen	33
Itsehavainnointi	25	Arvot	62
Käyttäytymisen aktivointi	16	Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä	45
Ongelmanratkaisumenetelmä	19	Käsitys itsestä – keskustelu	19
Sosiaaliset taidot	10	Metaforat	53
Rentoutuminen	13	Kielen merkityksen käsittely	24
		Tarkkailijaharjoitus	22
		Tietoisuusharjoitukset	7
Yhteensä	114		297

2.6 Tilastolliset menetelmät

Tässä tutkimuksessa aineiston analysointi suoritettiin SPSS – tilasto – ohjelmalla, versiolla 12.0. Ryhmien sisäisessä analysoinnissa käytettiin parittaisten keskiarvojen t – testiä ja Mann – Whitney – testiä. Ryhmien välisiä vertailuja tehtiin pääasiassa kovarianssianalyysin avulla. Lisäksi käytettiin Wilcoxon – testiä, riippumattomien otosten t-testiä ja korrelaatioanalyysiä.

3 TULOKSET

3.1 Asiakkaat

Mikään seitsemästä mittarista ei osoittanut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä ennen hoitojen aloittamista (taulukko 8, alkumittaus). Taulukossa 8 on esitetty asiakkaiden alku- ja loppumittauksen keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmissä. Tähdellä merkityissä kohdissa oli ryhmän sisällä tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä Wilcoxon - testillä ja t-testillä laskettuna.

Taulukko 8. Alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat hoitoryhmissä

Mittari	KKT – ryhmä		KKT + ACT – ryhmä	
	Alkumittaus	Loppumittaus	Alkumittaus	Loppumittaus
SCL – 90	93.18 (63.82)	62.29* (62.58)	83.73 (48.29)	54.87* (52.43)
BDI	16.94 (8.88)	10.76* (8.83)	12.20 (9.94)	8.27 (*) (9.97)
AAQ-8	35.82 (8.56)	37.00 (9.06)	35.87 (7.69)	40.40* (9.13)
JES	37.41 (4.66)	38.88 (5.48)	38.53 (7.24)	39.27 (6.84)
Itseluottamus	54.53 (19.92)	61.71 (22.70)	59.93 (17.02)	69.47 (14.19)
Mieliala	51.47 (20.52)	58.18 (24.28)	50.40 (18.09)	66.27* (19.45)
Tyytyväisyys elämään	50.18 (10.32)	58.24* (18.06)	57.80 (14.48)	69.60* (12.86)

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

(*) tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä t-testillä laskettuna.

Tilastollisesti merkitseviä eroja havaittiin ryhmien sisällä KKT – ryhmässä SCL – 90 - mittarin ($Z = -2.391$, $p < .017$), BDI - mittarin ($Z = -2.631$, $p < .009$) ja tyytyväisyys elämään – mittarin ($Z = -2.108$, $p < .035$) osalta. Yhdistelmäryhmässä tilastollisesti merkitseviä eroja oli seuraavien mittareiden kohdalla: SCL – 90 ($Z = -2.699$, $p < .007$), AAQ-8 ($Z = -2.394$, $p < .017$), mieliala ($Z = -3.011$, $p < .003$) sekä tyytyväisyys elämään ($Z = -2.922$, $p < .003$). Lisäksi BDI – mittarissa yhdistelmäryhmässä oli lähes tilastollisesti merkitsevä muutos, joka näkyi t-testillä testattuna tilastollisesti merkitseväksi muutoksena [$t(14) = 2.175$, $p < .047$], mutta ei Wilcoxon – testillä testattuna ($Z = -1.680$, $p < .093$). Tätä tulosta voidaan kuitenkin pitää suuntaa-antavana. Myös itseluottamuksessa oli yhdistelmäryhmässä lähes tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittauksen välillä. Ero näkyi Wilcoxon – testillä ($Z = -1.916$, $p < .055$) ja t – testillä [$t(14) = -2.084$, $p < .056$]. Tätä eroa voidaan myös pitää suuntaa antavana.

Ryhmiä välisiä eroja tarkasteltiin kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina käytettiin asiakkaiden alkumittaustuloksia. Kovarianssianalyysi osoitti, että ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja minkään mittarin osalta, kun analyysissä otettiin huomioon asiakkaiden lähtötilanne. Toisin sanoen testi viittasi siihen, että molemmat terapiamuodot ovat olleet yhtä tehokkaita.

KKT – ryhmän ja yhdistelmäryhmän tuloksia verrattiin toisiinsa effect size – parametrin (Roth & Fonagy, 2005) avulla (Effect Size Calculator, <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escalc3.htm>). Taulukossa 9 on esitetty tulokset terapiaohjelmien vaikutuksen suhteen effect size- lukuina. Tulokset laskettiin siten, että ryhmä 1 (treatment) oli yhdistelmäryhmä ja ryhmä 2 (control) oli KKT – ryhmä. Analyysin perusteella voidaan sanoa, että loppumittauksessa keskisuuri ero ryhmien välillä oli tyytyväisyys elämään – mittarin kohdalla ja pieni ero itseluottamuksessa, mielialassa, hyväksynnässä (AAQ) ja masentuneisuudessa (BDI). SCL-90:n kohdalla eroa ei ollut. (ks. Cohen, 1988).

Taulukko 9. Terapiaohjelmien vaikuttavuutta kuvaavat effect size – luvut

Mittarit	Cohen's d
	Loppumittaus
SCL-90	-0.13
BDI	-0.26
AAQ	0.37
JES	0.06
Itseluottamus	0.41
Mieliala	0.37
Tyytyväisyys elämään	0.72

Taulukossa 10 on esitetty ryhmien sisäiset terapiaohjelmien vaikuttavuutta kuvaavat effect size – luvut. Yhdistelmäryhmässä pieni vaikutus (>0.50) havaittiin SCL-90, AAQ-8 ja itseluottamuksen kohdalla. Mielialan ja tyytyväisyyden kohdalla terapian vaikutus oli keskisuuri. KKT – ryhmässä pieni vaikutus (>0.50) havaittiin BDI:n ja tyytyväisyyden osalta. Taulukosta nähdään, että hoidon vaikutus on ollut hieman suurempaa yhdistelmäryhmässä, lukuun ottamatta BDI:tä ja JES:iä. Tämä viittaa siihen, että yhdistelmäryhmässä hoito on ollut jonkin verran tehokkaampaa kuin KKT – ryhmässä.

Taulukko 10. Ryhmien sisäiset effect size – luvut

Mittari	KKT - ryhmä	KKT + ACT - ryhmä
SCL-90	0.49	0.57
BDI	0.70	0.39
AAQ-8	-0.13	-0.54
JES	-0.29	-0.11
Itseluottamus	-0.34	-0.61
Mieliala	-0.30	-0.85
Tyytyväisyys	-0.55	-0.86

Terapian alussa asiakkaat täyttivät tyytyväisyyspäiväkirjaa yhden viikon ajan ja terapian loppuvaiheessa yhden viikon ajan. Terapian alussa asiakkaiden tyytyväisyydessä ei ollut eroja ryhmien välillä. KKT – ryhmän keskiarvo hoidon alussa oli 7.13 ja keskihajonta 0.96. Yhdistelmäryhmässä keskiarvo alussa oli 7.00 ja keskihajonta oli 1.32. Tilastollisesti merkitseviä muutoksia alku- ja loppumittauksen välillä tapahtui KKT – ryhmässä ($Z = -2.074$; $p < .038$). Ryhmän keskiarvo oli lopussa 7.92 ja keskihajonta oli 0.97. Yhdistelmäryhmässä ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia tyytyväisyyspäiväkirjamerkintöjen osalta ($m 7.54$, $sd 1.49$).

Kaikki asiakkaat palauttivat terapian palautelomakkeen (liite 9) ja jokainen asiakas ilmoitti, että voisi suositella vastaavaa terapiaa muillekin. Kaikki asiakkaat olivat tyytyväisiä terapiaan, 34 % asiakkaista oli melko tyytyväinen terapiaan ja 66 % asiakkaista erittäin tyytyväinen 5-portaisella asteikolla mitattaessa (1=erittäin tyytymätön, 5=erittäin tyytyväinen). Nämä jakautuivat tasaisesti ryhmien välillä siten, että molemmissa ryhmissä oli yhtä paljon melko tyytyväisiä asiakkaita.

Asiakkaista 5 olisi halunnut jatkaa terapiaa. Asiakkaat olivat ilmaisseet myös tyytyväisyytensä terapeuteihin palautelomakkeissa. Asiakkaat kuvailivat terapeutteja ammattitaitoisina, osaavina, empaattisina, kuuntelevina, sympaattisina, pätevinä, asiakkaat hyväksyvinä ja heistä kiinnostuneina ja oikealla alalla oleviksi. Lisäksi he pitivät terapiaa tavoitteellisena, selkeänä, johdonmukaisena terapiana, jonka terapeutit hallitsivat.

3.2 Terapiaprosessin kuvaus

Terapiaprosessia tutkittiin tapaamisen lopussa täytettävällä terapiakäynnin arviointilomakkeella. Lomakkeen täytti sekä asiakas, että terapeutti. Lomakkeessa selvitettiin VAS – asteikkojen (0 – 10) avulla seuraavia asioita: tapaamisen helppous, negatiivisten tunteiden määrä, positiivisten tunteiden

määrä, tärkeiden asioiden käsittelyn määrä, vaikeiden asioiden käsittelyn määrä, tapaamisesta koettu hyöty, tapaamisen miellyttävyys, mieliala tapaamisen lopussa sekä arviota selviytymisestä seuraavaan tapaamiseen asti. Aineistoa tiivistettiin siten, että muodostettiin jokaiselle muuttujalle kolme keskiarvoa: käyttäytymisanalyysivaihe = KA (tapaamiset 1-2), keskivaihe (tapaamiset 3-6) ja loppuvaihe (loput tapaamiset). Taulukkoon 11 on koottu prosessimuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat terapian eri vaiheissa hoitoryhmissä.

Taulukko 11. Terapian aikana tapahtuneet muutokset ryhmittäin 8 prosessimittarilla

	KKT			KKT + ACT		
	KA	Keskivaihe	Loppuvaihe	KA	Keskivaihe	Loppuvaihe
Helppous	8.06(2.09)	7.59 (0.98)	8.20 (1.62)	7.64(1.34)	8.07 (1.27)	8.23 (1.40)
Neg. tunteet	3.78(2.90)	3.46 (2.04)	2.32 (1.54)	2.79(2.06)	3.02 (1.49)	2.65 (1.62)
Pos. tunteet	6.49(1.99)	7.29 (1.38)	7.99 (1.48)	6.38(1.63)	7.45 (1.22)	8.18 (1.31)
Tärkeät asiat	8.86(0.69)	8.59 (0.74)	8.84 (0.76)	8.75(0.92)	8.54 (0.90)	8.57 (1.18)
Vaikeat asiat	7.13(2.12)	7.15 (1.28)	6.89 (1.84)	7.60(1.67)	6.99 (1.82)	6.50 (1.82)
Tapaamisen hyöty	7.36(1.61)	7.56 (0.86)	7.79 (1.61)	7.04(1.62)	7.86 (1.31)	8.07 (1.38)
Tapaamisen miellyttävyys	8.62(1.54)	8.31 (0.97)	8.54 (1.49)	8.36(1.04)	8.41 (0.89)	8.49 (1.17)
Mieliala lopussa	8.52(0.94)	8.39 (0.83)	8.64 (1.15)	7.78(1.56)	8.22 (1.17)	8.81 (1.08)

KA = käyttäytymisanalyysivaihe

Keskivaihe = tapaamiset 3-6

Loppuvaihe = tapaamiset 7 →

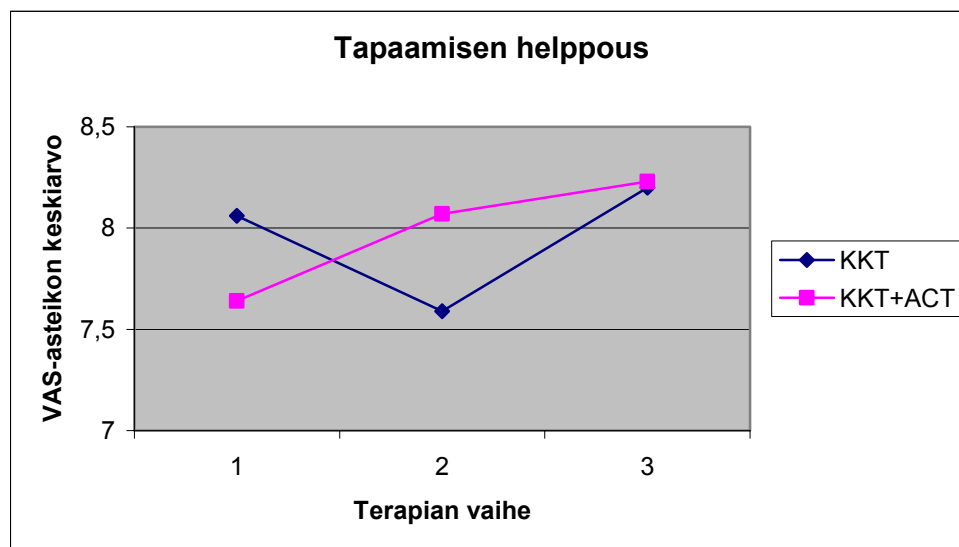
Minkään prosessimuuttujan kohdalla ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä kovarianssianalyysin perusteella. Kovariaattina käytettiin käyttäytymisanalyysivaihetta. Tämä viittaa siihen, että ryhmien välillä ei ollut eroja terapiaprosessissa.

Ryhmien sisällä oli tilastollisesti merkitseviä eroja molempien ryhmien kohdalla. Käyttäytymisanalyysivaiheen ja keskivaiheen välillä KKT – ryhmässä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja minkään prosessimuuttujan kohdalla. Keskivaiheen ja loppuvaiheen välillä KKT – ryhmässä tilastollisesti merkitseviä muutoksia oli tapaamisen helppoudessa ($Z = -2.103, p < .035$), negatiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.669, p < .008$) ja positiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.045, p < .041$). Tässä ryhmässä tapaamiset olivat muuttuneet helpommiksi, negatiiviset tunteet

olivat vähentyneet ja positiiviset tunteet olivat lisääntyneet. Yhdistelmäryhmässä käyttäytymisanalyysivaiheen ja keskivaiheen välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja positiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.512, p < .012$) ja tapaamisesta koetun hyödyn määrässä ($Z = -2.167, p < .030$), siten että positiiviset tunteet ja tapaamisesta koettu hyöty olivat lisääntyneet käyttäytymisanalyysivaiheen ja keskivaiheen välillä. Yhdistelmäryhmässä ei ollut tilastollisesti merkitseviä muutoksia keskivaiheen ja loppuvaiheen välillä.

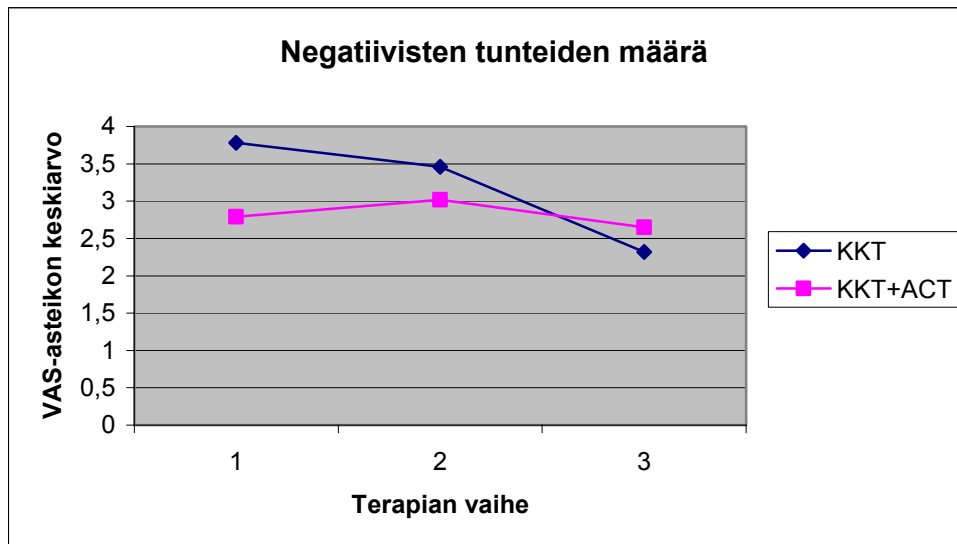
Tarkasteltaessa koko prosessia eli keskiarvojen eroja käyttäytymisanalyysivaiheen ja loppuvaiheen välillä, tilastollisesti merkitseviä eroja KKT – ryhmässä oli negatiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.198, p < .028$) ja positiivisten tunteiden määrässä ($Z = -3.051, p < .002$) siten, että negatiiviset tunteet olivat vähentyneet terapian aikana ja positiiviset tunteet olivat lisääntyneet. Yhdistelmäryhmässä tilastollisesti merkitseviä eroja oli positiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.481, p < .013$), tapaamisesta koetussa hyödyssä ($Z = -2.353, p < .019$) ja mielialassa ($Z = -2.490, p < .013$). Positiiviset tunteet olivat lisääntyneet, tapaamisten hyöty oli lisääntynyt ja mieliala koettiin paremmaksi.

Seuraavissa kuvioissa 2, 3, 4 ja 5 on esitetty tapaamisten (ts. terapiakäyntien) helppouden, negatiivisten tunteiden määrän, vaikeiden asioiden käsittelyn määrän ja mielialan muutoksia hoitoryhmittäin terapian eri vaiheissa.



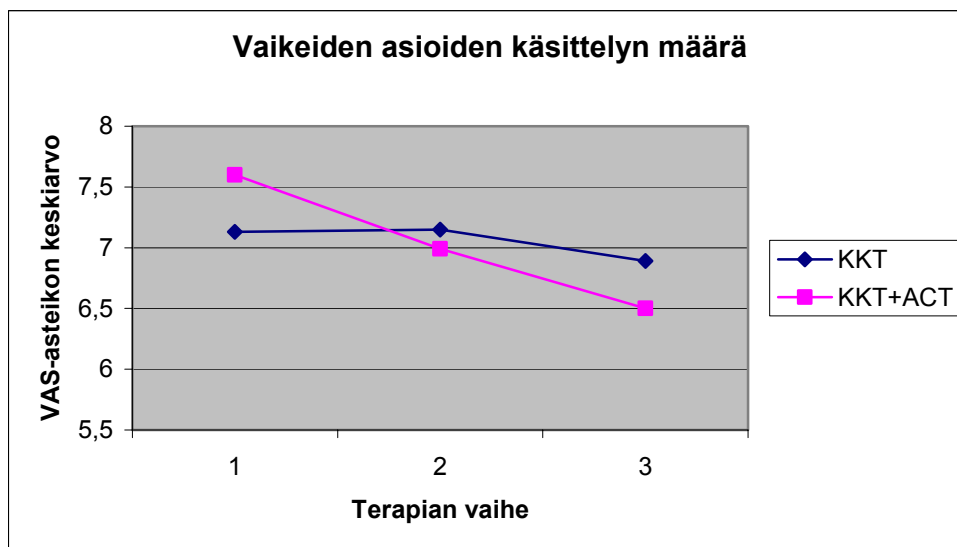
Kuvio 2. Tapaamisen helppous terapian eri vaiheissa

Tapaamisen helppous eli se, kuinka helpoksi tai vaikeaksi terapiakäynti oli koettu, vaihteli ryhmissä siten, että KKT – ryhmässä terapiatapaamiset vaikeutuivat terapian puolivälissä ja helpottuivat loppuosassa, kun taas yhdistelmäryhmässä tapaamiset helpottuivat koko terapian ajan.



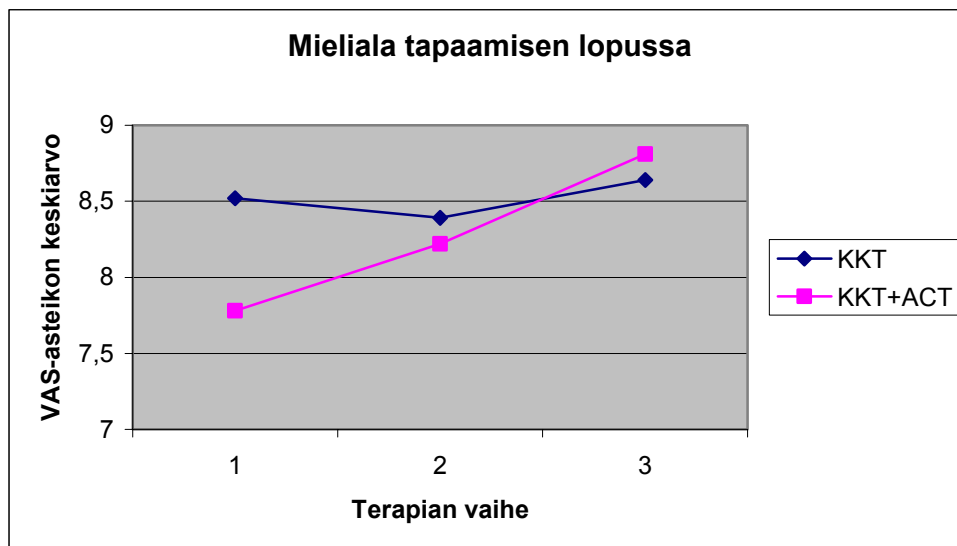
Kuvio 3. Negatiivisten tunteiden määrä terapian eri vaiheissa

Molemmassa ryhmässä negatiivisten tunteiden määrä väheni terapian aikana, mutta on mielenkiintoista, että yhdistelmäryhmässä negatiivisten tunteiden määrä lisääntyi hieman terapian keskivaiheessa, kun taas KKT – ryhmässä negatiivisten tunteiden määrä väheni koko ajan.



Kuvio 4. Vaikeiden asioiden käsittelyn määrä terapian eri vaiheissa

Yhdistelmäryhmässä vaikeiden asioiden käsittelyn määrä väheni koko terapian ajan, kun taas KKT – ryhmässä tämä pysyi alkuun samalla tasolla ja väheni vasta loppuvaiheessa. Yhdistelmäryhmässä koettiin, että vaikeita asioita käsiteltiin loppuvaiheessa vähemmän kuin KKT – ryhmässä, vaikka käyttäytymisanalysivaiheessa kokemus oli päinvastainen.



Kuvio 5. Asiakkaan arvio mielialastaan tapaamisen lopussa terapian eri vaiheissa

Terapian alussa KKT – ryhmä arvioi mielialansa paremmaksi kuin yhdistelmäryhmässä. Yhdistelmäryhmässä asiakkaat arvioivat mielialansa tapaamisen lopussa koko ajan paremmaksi, kun taas KKT – ryhmässä mieliala huononi ensin hieman ja kohentui vasta terapian loppuvaiheessa.

3.3 Hyväksyntä ja hoitotulos

Aikaisemman tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että hyväksyntä on tärkeä prosessi psykoterapiassa. Tässä tutkimuksessa hyväksyntä oli yhteydessä masentuneisuuden ja koettujen oireiden määrän vähäisyyteen. AAQ – 8:n ja BDI:n välinen korrelaatio oli $-.62$ ($n = 32$) eli mitä enemmän asiakkaalla oli hyväksyntää hoidon alussa, sitä vähemmän hänellä oli masentuneisuutta. Koettujen oireiden, joita mitattiin SCL – 90 – mittarin avulla, ja hyväksynnän välinen korrelaatio oli $-.74$ ($n = 32$). Toisin sanoen, mitä enemmän asiakkaalla oli hyväksyntää, sitä vähemmän hänellä oli koettuja oireita. Molemmat korrelaatiot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < .01$).

Seuraavaksi haluttiin selvittää oliko asiakkaiden hyväksynnän muutos (AAQ - muutos) yhteydessä hoitotulokseen eli SCL-90:n ja BDI:n muutospisteisiin. Tätä tutkittiin laskemalla AAQ – 8 -muutoksen ja SCL-90-muutoksen ja BDI - muutoksen väliset korrelaatiot. Korrelaatiot olivat tilastollisesti merkitseviä. Hyväksyntämuutos ja masentuneisuuden muutos korreloivat positiivisesti [$r = .54$ ($n = 32$), $p < .001$] samoin hyväksyntämuutos ja SCL-90-muutos [$r = .47$ ($n = 32$), $p < .007$]. Hyväksyntämuutos ja muutos tyytyväisyydessä elämään korreloivat positiivisesti [$r = .51$ ($n = 32$), $p < .003$]. Toisin sanoen tulokset viittaavat siihen, että mitä enemmän hyväksyntä lisääntyy hoidon aikana, sitä enemmän masentuneisuus ja erilaiset koetut oireet vähentyvät hoidon aikana ja

sitä tyytyväisempi asiakas on elämäänsä. Hyväksynnän muutos ei ollut yhteydessä muiden mittareiden muutokseen. Taulukossa 12 on korrelaatiomatriisi, jossa on esitetty mittareiden muutos pisteiden väliset korrelaatiot.

Taulukko 12. Hyväksynnän muutoksen yhteys hoitotulokseen eri mittareilla

	AAQ-8	SCL-90	BDI	JES	Itseluottamus	Mieliala	Tyytyväisyys elämään
AAQ-8	1	.47**	.54**	.31	.10	.09	.51**
SCL-90	.47**	1	.61**	.37*	.37*	.38*	.72**
BDI	.54**	.61**	1	.57**	.23	.29	.54**
JES	.31	.37*	.57**	1	.37*	.30	.46**
Itseluottamus	.10	.37*	.23	.37*	1	.45*	.51**
Mieliala	.09	.38*	.29	.30	.45*	1	.49**
Tyytyväisyys elämään	.51**	.72**	.54**	.46**	.51**	.49**	1

** tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .01$

* tilastollisesti merkitsevä korrelaatio $p < .05$

Muiden mittareiden välisistä korrelaatioista voidaan todeta, että tyytyväisyys elämään on yhteydessä kaikkien mittareiden kanssa, erityisen korkea korrelaatio on SCL-90:n ja tyytyväisyys elämään – mittarin välillä [$r = .72$ ($n = 32$)]. Myös masentuneisuutta mittaavan BDI ja SCL-90 välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä korrelaatio [$r = .61$ ($n = 32$)].

Seuraavaksi tarkasteltiin tarkemmin hyväksynnän muutoksen yhteyttä hoitotulokseen. Aineisto jaettiin mediaanin perusteella suuren ja pienen hyväksyntämuutoksen ryhmiin. Ryhmät jaettiin siten, että suuren hyväksyntämuutoksen ryhmässä hyväksyntä oli lisääntynyt vähintään kolme pistettä AAQ – mittarilla mitattuna. Pienen muutoksen ryhmässä hyväksyntä oli lisääntynyt korkeintaan 2 pistettä AAQ – mittarilla mitattuna tai vähentynyt.

Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja alkutilanteessa. Ryhmässä, jossa hyväksyntä oli muuttunut paljon positiivisesti, tilastollisesti merkitseviä muutoksia alku- ja loppumittauksen välillä oli SCL-90 – mittarin ($Z = -3.577$, $p < .000$), BDI – mittarin ($Z = -3.506$, $p < .000$), JES – mittarin ($Z = -2.079$, $p < .038$), itseluottamuksen ($Z = -2.487$, $p < .013$), mielialan ($Z = -2.557$, $p < .011$) ja tyytyväisyys elämään – mittarin ($Z = -3.504$, $p < .000$) kohdalla. Toisin sanoen suuren hyväksyntämuutoksen ryhmässä kaikissa mittareissa oli alku- ja loppumittauksen välillä tilastollisesti merkitsevä ero toivottuun suuntaan. Masennus ja oireet olivat vähentyneet, sosiaalinen

toimintakyky oli parantunut ja asiakkaat kokivat itseluottamuksensa, mielialansa ja tyytyväisyytensä elämään paremmiksi kuin terapian alussa. Ryhmässä, jossa hyväksyntämuutos oli pieni, ei vastaavia muutoksia ollut tapahtunut. Pienen ja suuren hyväksyntämuutosryhmän alku- ja loppumittauksen keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 13.

Taulukko 13. Alku- ja loppumittauskeskiarvot ja – hajonnat hyväksyntämuutos – ryhmissä

Mittari	Negatiivinen tai pieni positiivinen muutos hyväksynnässä		Suuri positiivinen muutos hyväksynnässä	
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
SCL-90	70.93 (50.90)	67.67 (60.82)	104.47 (57.72)	51.00 (54.54)*
BDI	14.47 (9.61)	13.93 (10.84)	14.94 (9.79)	5.76 (5.65)*
JES	37.80 (7.68)	37.47 (8.11)	38.06 (4.07)	40.47 (3.00)*
Itseluottamus	55.40 (19.54)	60.33 (22.04)	58.53 (18.05)	69.76 (15.87)*
Mieliala	51.67 (23.77)	61.13 (26.61)	50.35 (14.59)	62.71 (18.23)*
Tyytyväisyys	54.27 (15.43)	56.80 (19.84)	53.29 (10.51)	69.53 (10.48)*

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

Ryhmien välisiä eroja hoidon tuloksellisuuden suhteen selvitettiin kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina oli alkumittauspistemäärä. Kovarianssianalyysin mukaan loppumittauksessa tilastollisesti merkitseviä eroja oli seuraavien muuttujien kohdalla: SCL-90 [F(1,29) = 15.56, p < .000], BDI [F(1,29) = 17.27, p < .000], JES [F(1,29) = 4.38, p < .045] ja tyytyväisyys elämään [F(1,29) = 9.70, p < .004]. Tämä viittaa siihen, että hyväksynnällä on merkittävä vaikutus koettujen oireiden ja masentuneisuuden vähenemisessä, sosiaalisen toimintakyvyn paranemisessa ja tyytyväisyydessä elämään.

3.4 Hyväksyntä ja terapiaprosessi

Seuraavaksi selvitettiin mitkä tämän tutkimuksen prosessimuuttujista olivat yhteydessä hyväksynnän muutokseen. Tätä selvitettiin laskemalla korrelaatiot AAQ - muutoksen ja prosessimuuttujien muutoksien välille. Prosessimuuttujista neljä korreloi tilastollisesti merkitsevästi hyväksyntämuutoksen kanssa. Nämä olivat: terapiakäynnin helppous [r = .53 (n = 29), p < .003], tärkeiden asioiden käsittelyn määrä [r = .42 (n = 29), p < .025], tapaamisen miellyttävyys [r = .46 (n = 27), p < .015] ja mieliala tapaamisen lopussa [r = .50 (n = 27), p < .008]. Tämä viittaa siihen, että kun hyväksyntä lisääntyy, terapiakäyntien koetaan muuttuvan helpommiksi, tärkeitä asioita

koetaan käsiteltävän enemmän, tapaamiset koetaan miellyttävämmiksi ja asiakas arvioi mielialansa tapaamisen lopussa paremmaksi.

Seuraavaksi tarkasteltiin prosessimuuttujien keskiarvoja käyttäytymisanalyysivaiheessa ja terapian loppuvaiheessa. Ryhmässä, jossa hyväksyntä oli vähentynyt tai muuttunut vähän positiiviseen suuntaan tilastollisesti merkitseviä eroja oli positiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.291, p < .022$), tärkeiden asioiden käsittelyn määrässä ($Z = -1.978, p < .048$) ja vaikeiden asioiden käsittelyn määrässä ($Z = -2.291, p < .022$). Muutokset olivat tapahtuneet siten, että positiivisten tunteiden määrä oli lisääntynyt hoidon aikana, tärkeiden asioiden ja vaikeiden asioiden käsittelyn määrä oli vähentynyt. Ryhmässä, jossa hyväksynnässä oli tapahtunut suuri positiivinen muutos, tilastollisesti merkitseviä eroja oli negatiivisten tunteiden määrässä ($Z = -2.471, p < .013$), positiivisten tunteiden määrässä ($Z = -3.181, p < .001$), tärkeiden asioiden käsittelyn määrässä ($Z = -2.097, p < .036$), tapaamisesta koetussa hyödyssä ($Z = -2.70, p < .007$), tapaamisten miellyttävyydessä ($Z = -2.587, p < .010$) ja mielialassa ($Z = -3.110, p < .002$). Muutokset olivat tapahtuneet siten, että negatiivisten tunteiden määrä oli vähentynyt hoidon aikana, positiiviset tunteet olivat lisääntyneet, tärkeiden asioiden käsittelyn määrä oli lisääntynyt, tapaamisesta koettu hyöty oli lisääntynyt, tapaamisten miellyttävyys oli lisääntynyt ja asiakkaat kokivat mielialansa tapaamisen lopussa paremmaksi. Tapaamisten helppoudessa muutos oli lähes tilastollisesti merkitsevä ja se näkyi t-testillä [$t(14) = -2.179, p < .047$], mutta ei Wilcoxon – testillä ($Z = -1.761, p < .078$).

Toisin sanoen, vaikuttaa siltä, että hyväksynnällä ei ole vaikutusta positiivisiin tunteisiin, koska molemmissa ryhmissä oli tilastollisesti merkitsevä ero. Tärkeiden asioiden määrässä oli tilastollisesti merkitsevä ero molemmissa ryhmissä, mutta tämän muuttujan kohdalla ryhmissä on tapahtunut muutos eri suuntaan. Taulukkoon 14 on koottu prosessimuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat käyttäytymisanalyysivaiheessa ja loppuvaiheessa hyväksyntämuutos-ryhmittäin.

Taulukko 14. Prosessimuuttujien keskiarvot ja – hajonnat käyttäytymisanalyysi- ja loppuvaiheessa hyväksyntämuutos – ryhmissä

Mittari	Negatiivinen tai pieni positiivinen muutos hyväksynnässä		Suuri positiivinen muutos hyväksynnässä	
	Käyttäytymis-analyysi	Loppuvaihe	Käyttäytymis-analyysi	Loppuvaihe
Helppous	7.85 (2.11)	7.64 (1.77)	7.88 (1.42)	8.72 (1.00)(*)
Negatiiviset tunteet	2.69 (2.71)	2.61 (1.87)	3.95 (2.31)	2.35 (1.28)*
Positiiviset tunteet	6.28 (2.24)	7.68 (1.61)*	6.60 (1.28)	8.43 (1.08)*
Tärkeät asiat	8.93 (0.64)	8.31 (1.04)*	8.70 (0.93)	9.07 (0.76)*
Vaikeat asiat	7.97 (1.56)	6.98 (1.55)*	6.73 (2.07)	6.48 (2.03)
Koettu hyöty	6.77 (2.00)	7.29 (1.31)	7.65 (0.93)	8.47 (1.44)*
Tapaamisen miellyttävyys	8.32 (1.61)	7.80 (1.53)	8.67 (0.97)	9.13 (0.70)*
Mieliala lopussa	8.17 (1.67)	8.20 (1.30)	8.18 (0.84)	9.17 (0.64)*

*tilastollisesti merkitsevä ero käyttäytymisanalyysivaiheen ja loppuvaiheen välillä Wilcoxon – testillä.

(*) tilastollisesti merkitsevä ero käyttäytymisanalyysivaiheen ja loppuvaiheen välillä t-testillä.

Prosessimuuttujien eroja hyväksyntämuutosryhmissä tutkittiin kovarianssianalyysillä. Kovariaattina käytettiin käyttäytymisanalyysikeskiarvoa. Analyysin mukaan tilastollisesti merkitseviä eroja oli seuraavien muuttujien kohdalla: tapaamisten helppous [F (1, 26) = 6.948, p < .014], tärkeiden asioiden käsittelyn määrä [F (1, 26) = 9.577, p < .005], tapaamisen miellyttävyys [F (1, 24) = 14.683, p < .001] ja mieliala tapaamisen lopussa [F (1, 24) = 11.419, p < .002]. Tämä viittaa siihen, että hyväksynnällä on suuri vaikutus tapaamisen helppouteen, tärkeiden asioiden käsittelyn määrään, tapaamisen miellyttävyyteen ja mielialaan tapaamisen lopussa.

3.5 Terapeutit

3.5.1 Alkuhaastattelu

Suurimmalla osalla terapeuteista oli jonkin verran kokemusta käyttäytymisanalyysin tekemisestä. Aikaisempi kokemus asiakastyöstä oli pääosin koulutukseen kuuluvaa ja sitä oli terapeuteilla melko vähän. Terapeuteista kolme (18 %) mainitsi lukeneensa terapiakirjallisuutta, joka ei sisältynyt psykologian opintojen kurssivaatimuksiin.

Terapeuteilla oli suuria odotuksia terapioiden suhteen. He odottivat oppivansa menetelmien käyttöä (53 %), terapiaprosessin viemistä alusta loppuun ja ennen kaikkea saavansa arvokasta käytännön kokemusta terapiatyöstä. Toisaalta terapeuteista kuusi (35 %) odotti saavansa myös varmuutta asiakastyöhön, sekä selvyyttä siitä, onko itsestä terapeutiksi ja haluaako jatkossa tehdä terapiatyötä. Terapeuteista kuudella (35 %) oli positiivisia odotuksia siitä, että terapia vaikuttaisi heidän omaan osaamiseensa ja vuorovaikutustaitojen parantumiseen. He odottivat, että hoidot olisivat tuloksellisia ja että he osaisivat auttaa jollain tavoin asiakkaitaan ja saisivat onnistumisen kokemuksia. Viisi (29 %) terapeuttia mainitsi odottavansa myös sitä, että terapia tulisi olemaan vaikeaa, raskasta ja työlästä.

Alkuhaastattelussa selvitettiin terapeuttien ajatuksia siitä, millaisia ongelmia he odottavat terapioiden aikana kohtaavansa. Suurin osa odotetuista ongelmista liittyi asiakkaaseen ja terapiasuhteeseen tai terapeutin omaan epävarmuuteen. Molemmat mainittiin 9 haastattelussa (53 %). Asiakkaaseen liittyviä ongelmia olivat mm. terapiasuhteen toimimattomuus, asiakkaan sitoutumattomuus terapiaan, asiakkaan liian vaikeat ongelmat. Terapeutin epävarmuuteen liittyivät mm seuraavat ongelmat: osaako auttaa, kun ei ole kokemusta, onko terapeuttina asiakkaan silmissä uskottava, miten osaa hallita omaa epävarmuutta terapiatilanteessa. Kahdeksan terapeuttia (47 %) odotti ongelmia, jotka liittyvät menetelmiin tai tutkimusasetelmaan. He miettivät, sopivatko menetelmät asiakkaan tarpeisiin, miten menetelmien erottaminen toisistaan onnistuu käytännössä ja miten asiakkaan auttaminen onnistuu 10 kerran aikana.

Suurin osa terapeuttien pelon kohteista ennen terapioiden alkua liittyi asiakassuhteeseen. Tämä mainittiin kymmenen (59 %) haastattelun yhteydessä. Itseen liittyviä pelon aiheita tuli esiin yhdeksän (53 %) terapeutin kohdalla. Ne liittyivät kokemattomuuteen, ammattitaidon puutteeseen tai siihen, jos ei tiedä mitä terapiatilanteessa tekisi. Haastattelussa kysyttiin myös terapeuttien ahdistuksen kohteita. Terapeuteista yhdeksän (53 %) mainitsi ahdistuksen liittyvän jollain tavoin heihin itseensä, omaan epävarmuuteen ja tilanteen hallintaan. Ahdistuksen kohteina olivat myös asiakkaan ongelmat ja osaamattomuus menetelmien suhteen. Jännityksen kohteita kysyttiin myös haastattelussa. Suurin osa jännityksen kohteista liittyi asiakkaaseen. Eli asiakkaan ongelmaan, motivointiin, vuorovaikutukseen, terapiasuhteeseen, asiakkaan suhtautumiseen opiskelijaan terapeuttina. Asiakkaaseen liittyviä jännityksen kohteita tuli esiin 12 (71 %) haastattelussa.

Kaikki terapeutit odottivat oppivansa terapiakokemuksen avulla paljon. Yli puolet terapeuteista odotti oppivansa yleisesti terapiaprosessiin liittyviä asioita kuten kokonaisuuden ja erilaisten näkökulmien hallintaa. Yli puolet toi esiin myös oppivansa ammatillisia taitoja tulevaa psykologin

työtä varten. Tällaisia asioita olivat mm. itsevarmuutta ja luottamusta omiin taitoihin sekä viitteitä siitä, onko itsestä terapeutiksi ja millaista terapeutin työ on. Muutama terapeutti odotti oppivansa epävarmuuden sietoa ja viisi terapeuttia odotti oppivansa vuorovaikutustaitoja.

Haastattelussa selvitettiin, millä tavoin terapeutit odottivat pystyvänsä auttamaan asiakkaitaan. Suurin osa terapeuteista (71 %) uskoi, että pystyy auttamaan jollain tavoin asiakkaitaan. Tällaista saattoi terapeuttien mukaan olla uuden näkökulman tai uusien työkalujen antaminen asiakkaalle, ongelmien selventäminen, uusien käyttäytymismallien miettiminen asiakkaan kanssa. Toisin sanoen jotain pientä, jolla voisi saada muutosprosessin liikkeelle. Myös tuen antamista pidettiin tärkeänä. Kuusi (35 %) terapeuttia mainitsi uskovansa, että pystyvät auttamaan asiakkaitaan menetelmien avulla. Muutama terapeutti oli epävarma kykeneekö auttamaan asiakkaitaan lainkaan, kolmen (18 %) mielestä auttamiseen tarvitaan työnohjauksen tukea.

Terapeuteilta kysyttiin, miten hyvin he mielestään osasivat ennen hoitoja terapiatyöskentelyn. Terapeuteista vain kuusi (35 %) suhtautui luottavaisesti omiin taitoihinsa. He totesivat luottavansa siihen, että osaavat tehdä jotain ja oppivat nopeasti lisää. He uskoivat myös menetelmiin. Terapeuteista viisi (29 %) oli epävarma oman osaamisensa suhteen ja kuusi terapeuttia arvioi taitonsa huonoiksi ennen terapioiden alkua. Terapeuteilta kysyttiin, uskovatko he, että terapiassa käytettävillä menetelmillä pystytään auttamaan asiakkaita. Terapeuteista 15 (88 %) ilmoitti uskovansa menetelmiin. He perustelivat kantaansa seuraavasti: menetelmät ovat monipuolisia, menetelmien tehokkuudesta on positiivisia tutkimustuloksia ja jos menetelmiä osaa käyttää oikealla tavalla, niillä voi varmasti auttaa asiakkaita. Kaksi (12 %) terapeuttia oli epäilevä sen suhteen, voiko menetelmien avulla auttaa asiakkaita ja perustelivat menetelmien tehon riippuvan asiakkaan ongelmien luonteesta.

Terapeutteja pyydettiin arvioimaan, kumpi menetelmistä on tehokkaampi: kognitiivinen käyttäytymisterapia vai hyväksymis- ja omistautumisterapia. Yli puolet (53 %) terapeuteista eli yhdeksän terapeuttia ei osannut sanoa, kumpi menetelmistä olisi tehokkaampi. He totesivat tehokkuuden riippuvan ongelmasta. Terapeuteista seitsemän (41 %) oli sitä mieltä, että hyväksymis- ja omistautumisterapia on tehokkaampi kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia. Perustelut tälle kannalle olivat seuraavia: menetelmä on luonnollinen, terapeutin omaan ajatusmaailmaan sopiva, suoraviivainen, helppo käyttää, tehokkuus johtuu näkökulmasta, usko tehokkuuteen tutkimustulosten perusteella. Yhden (6 %) terapeutin mielestä kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokkain menetelmä.

Terapeutit suhtautuivat tutkimusasetelmaan eli menetelmien yhdistämiseen pääosin positiivisesti. Terapeuteista 13 (76 %) oli sitä mieltä, että menetelmien yhdistäminen on toimiva ajatus. Perusteluina sanottiin mm. toimiva yhdistelmä, tuntuu luontevalta ja monipuoliselta, terapiaa pystyy muokkaamaan asiakkaan tilanteen ja tarpeiden mukaan, liikkumavaraa on enemmän verrattuna toisen menetelmän käyttöön. Ajatus ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta tuli myös esiin perusteluissa, kuten myös se, että menetelmien yhdistäminen on enemmän todellista terapiatyöskentelyä. Terapeuteista neljä (24 %) oli epävarma menetelmien yhdistämisen suhteen.

3.5.2 Loppuhaastattelut

Loppuhaastattelussa terapeutit kuvailivat ensimmäistä terapiakokemustaan antoisaksi ja opettavaiseksi kokemukseksi. He olivat helpottuneita, että olivat suoriutuneet kymmenen kerran terapiasta ja tiivistähtisestä projektista. Muutama terapeutti mainitsi saaneensa paljon itseluottamusta lisää. Lähes kaikilla terapeuteilla oli positiivisia kokemuksia. Muutama terapeutti totesi pohtivansa asiakkaansa keskeyttämisen syytä. Positiivisista ajatuksista huolimatta terapeutit totesivat, että terapia on ollut raskasta, työlästä ja stressaavaa. Omien aikataulujen yhteen sovittaminen asiakkaan kanssa oli aiheuttanut stressiä muutamalle terapeutille, kun taas muutama totesi, että ei ollut mitään vaikeuksia aikataulujen suhteen.

Terapeutit kokivat oppineensa paljon terapiaprosessin aikana. Loppuhaastattelussa 12 (71 %) terapeuttia kertoi oppineensa asiakkaan kohtaamista ja kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien käyttöä. Terapeuteista 9 (53 %) totesi oppineensa käytännön terapiatyöstä paljon. Terapioiden aikana terapeutit olivat oppineet myös itsevarmuutta, luovuutta ja epävarmuuden sietoa. Toisaalta kokemus oli opettanut terapeuteille myös sitä, että terapian avulla voi auttaa ihmisiä ja että joskus pienikin muutos voi olla merkittävä asiakkaan tilanteessa. Lähes kolmannes mainitsi haastattelussa huomanneensa sen, että terapiatyö vaatii terapeutilta erittäin paljon ja että terapeutti vaikuttaa paljon siihen, miten terapia onnistuu.

KKT- menetelmien käytössä terapeutit kokivat ongelmalliseksi sen, että menetelmien sisältö oli heille jossain määrin epäselvä ja menetelmien käyttäminen oli tämän vuoksi vaikeaa. Tämä tuli esiin kuuden terapeutin (35 %) haastattelussa. Toinen yhtä yleinen ongelma KKT – menetelmissä oli se, että menetelmät eivät terapeutin mielestä sopineet asiakkaan ongelmiin. Terapeuteista 5 (29 %) oli sitä mieltä, että kognitiivisen käyttäytymisterapia menetelmiä oli käytössä liian vähän. Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien suhteen suurin ongelma oli terapeuttien mielestä se, kun terapeutti ei ollut mielestään omaksunut terapian periaatteita riittävästi ja tästä

syystä näitä periaatteita oli vaikeaa selittää asiakkaalle. Tämän ongelman toi esiin 8 (47 %) terapeuttia. Neljälle terapeutille (24 %) ongelmallista oli menetelmien toimimattomuus asiakkaan tilanteessa. Tutkimusasetelmasta johtuvista ongelmista suurin ongelma oli 10 (59 %) terapeutin mielestä menetelmien käyttörajoitukset. Toisin sanoen se, kun KKT – asiakkaan kanssa ei saanut käyttää ACT – menetelmiä. Asetelma koettiin eettisesti vaikeaksi. Tapaamisten nauhoittamisen mainitsi ongelmaksi viisi terapeuttia (29 %). Viisi terapeuttia (29 %) koki, ettei tutkimusasetelmasta aiheutunut lainkaan ongelmia.

Terapeutit kokivat terapiasuhteet pääasiassa hyväksi. Molemmissa hoitoryhmissä 4/5 terapiasuhteista koettiin hyväksi. 1/5 terapiasuhteista eli viiden asiakkaan kohdalla terapeutit kuvailivat suhdetta jossain määrin vaikeaksi. Terapeuteista 9 (53 %) oli sitä mieltä, ettei menetelmillä ollut vaikutusta terapiasuhteeseen, 6 (35 %) oli vastakkaista mieltä eli että menetelmät vaikuttivat suhteeseen.

Kysyttäessä nauhoituksen vaikutusta terapiaan terapeutit arvioivat ettei nauhoitus vaikuttanut 82 % asiakkaista. Kuuden asiakkaan eli 18 % kohdalla asiakkaista terapeutit epäilivät että nauhoitus saattoi vaikuttaa jossain määrin. Esimerkiksi siten että vaikeammat asiat kerrottiin vasta viimeisillä kerroilla, joita ei enää nauhoitettu. Terapeuteista 9 (53 %) oli sitä mieltä, että tapaamisten nauhoittaminen vaikutti jollain tavalla heidän omaan toimintaansa terapian aikana.

Terapeuteilta kysyttiin heidän mielipidettään siitä, kummasta menetelmästä he pitivät enemmän. Terapeuteista noin puolet (53 %) eli 9 terapeuttia ilmoitti pitävänsä enemmän ACT:stä kuin KKT:sta. He perustelivat kantaansa seuraavasti: ACT on ihmisläheinen, joustava, luonteva, inhimillinen, oivaltava, aito, syvälinen menetelmä, sen perusajatus on kiehtova, sopii hyvin ihmiselämän peruskysymyksiin ja tunteiden käsittelyyn. Terapeutit totesivat myös, että ACT vastaa enemmän omia arvoja ja ACT:ssä on enemmän menetelmiä ja menetelmät ovat parempia kuin KKT:ssa. Toisaalta osa oli sitä mieltä, että heidän kantansa johtuu hyvästä terapiasuhteesta KKT + ACT – asiakkaan kanssa. Terapeuteista vain neljä (24 %) oli sitä mieltä, että he pitävät KKT:sta enemmän kuin ACT:sta. He perustelivat kantaansa näin: KKT sopii omaan tyyliin, menetelmät ovat suoraviivaisempia, terapiaa voi suunnitella paremmin etukäteen ja KKT:ta on helppo käyttää heti ja se toimii terapeuttien mukaan paremmin. Neljä terapeuttia (24 %) oli sitä mieltä, että menetelmät ovat yhtä hyviä, eivätkä he valinneet kumpaakaan. Heidän mielestään menetelmän hyvyys riippuu asiakkaasta ja asiakkaan ongelmasta.

Kysyttäessä, mikä terapiassa oli vaikeinta, saatiin monen tyyppisiä vastauksia. Vaikeana pidettiin sitä, ettei terapiakäyntiä voi aina etukäteen tarkasti suunnitella ja vaikka suunnitelman olisikin tehnyt, käynti ei välttämättä edennyt suunnitelman mukaan. Tämän kaltaisen epävarmuuden sietämisen terapiatyössä koki vaikeaksi 4 (24 %) terapeuttia. Toisaalta vaikeaksi koettiin myös terapiatilanteen hallinta eli sen hahmottaminen, mitä tehdä missäkin vaiheessa ja miten löytää olennaiset asiat ja keskittyä niihin. Käytännön asiat kuten ajanpuute, ajan käyttö, terapian aloittaminen ja lopettaminen olivat vaikeita muutaman terapeutin mielestä.

Vaikein KKT – menetelmä oli 9 (53 %) terapeutin mielestä altistusmenetelmä. Rooliharjoitukset, ongelmanratkaisumenetelmä ja rentoutuminen mainittiin 3 kertaa (18 %) kysyttäessä vaikeinta KKT – menetelmää. Vaikeimmaksi ACT – menetelmäksi 9 (53 %) terapeuttia koki terapian ajatuksen kielellisyydestä ja kokemuksellisuudesta sekä näiden ajatusten välittämisen asiakkaalle. Metaforat olivat vaikeita neljälle (24 %) terapeutille.

3.5.3 Terapeuttien alku- ja loppumittaukset

Asiakkaiden lisäksi myös terapeutit täyttivät alku- ja loppumittauslomakkeet. Tämän avulla tutkittiin miten terapiatyöskentely vaikuttaa kokemattomien, ensi kertaa terapiatyötä tekevien psykologian opiskelijoiden psyykkiseen vointiin. Taulukossa 15 on esitetty terapeuttien alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat jokaisen käytetyn mittarin osalta.

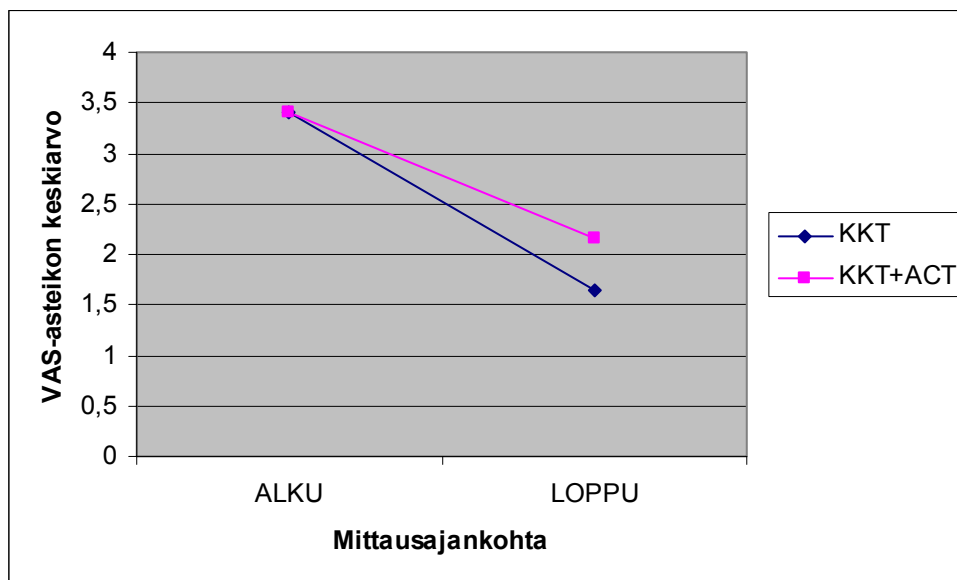
Taulukko 15. Terapeuttien alku- ja loppumittausten keskiarvot ja keskihajonnat

Mittari	Alkumittaus	Loppumittaus
SCL-90	27.35 (18.06)	22.47 (15.87)
BDI	2.65 (1.20)	2.59 (1.87)
AAQ	45.53 (4.95)	47.06 (4.31)
JES	44.65 (4.73)	45.59 (4.62)
Itseluottamus	74.65 (11.60)	76.71 (10.25)
Mieliala	75.12 (10.98)	75.94 (11.65)
Tyytyväisyys	72.76 (9.20)	74.29 (10.53)

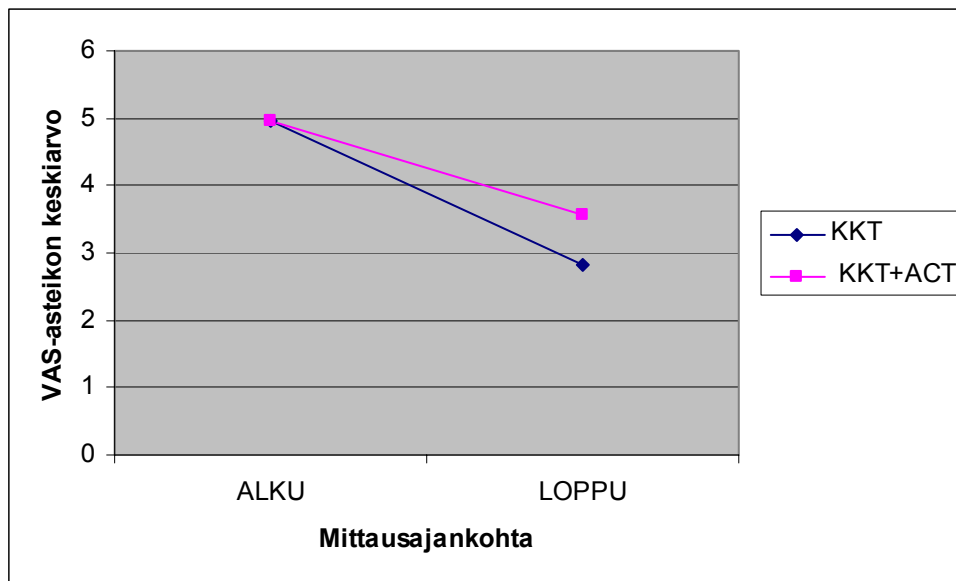
Alkumittauspistemääristä voidaan todeta, että terapeuteilla oli jonkin verran erilaisia oireita ennen terapioiden alkua. Masennusta heillä ei ollut. Terapeuttien alku- ja loppumittausten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Yleisesti ottaen voidaan kuitenkin todeta, että oire- ja masennuspistemäärä ovat vähentyneet, hyväksyntä on lisääntynyt hieman, samoin sosiaalinen

toimintakyky. Terapeuttien itseluottamus, mieliala ja tyytyväisyys elämään ovat lisääntyneet hieman terapioiden aikana.

Alkuhaastatteluiden yhteydessä selvitettiin VAS – asteikkojen (0-10) avulla, kuinka paljon terapeuteilla oli pelkoa, ahdistusta ja jännitystä ennen terapioiden alkua. Loppuhaastattelussa kysyttiin kuinka paljon terapeutti koki näitä tunteita käyttäessään kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja yhdistelmähoitoa. Terapeuttien tunnekokemuksissa tapahtuneita muutoksia on kuvattu seuraavissa kuvissa (kuviot 6, 7). Kuvista nähdään, että terapeuttien pelko ja jännittyneisyys vähentyivät terapioiden aikana, kun taas ahdistuneisuus lisääntyi hieman. Pelko väheni tilastollisesti merkitsevästi KKT – hoidon aikana ($Z = -2.379, p < .017$), mutta ei yhdistelmähoidon aikana ($Z = -1.939, p < .052$) ja jännitys väheni molemmissa hoidoissa tilastollisesti merkitsevästi (KKT: $Z = -2.415, p < .016$, KKT + ACT: $Z = -2.107, p < .035$). Ahdistuneisuuden kohdalla muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevää.



Kuvio 6. Terapeuttien pelon muutokset terapioiden aikana



Kuvio 7. Terapeuttien jännityksen muutokset terapioiden aikana

Haastatteluiden yhteydessä selvitettiin terapeuttien yleistä kiinnostusta terapiatyöskentelyä kohtaan. Terapeutit olivat hyvin kiinnostuneita terapiatyöstä jo ennen terapioiden alkua, jolloin keskiarvo oli 7.565 ja keskihajonta 2.34. Terapioiden päätyttyä kiinnostus terapiatyötä kohtaan oli hieman lisääntynyt ($m = 7.9$; $sd = 1.91$), muutos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Innostusta projektin suhteen kysyttiin ennen terapioiden alkua. Terapeutit olivat hyvin innostuneita alkavista terapioiden aloituksesta, asteikolla 0 – 10 keskiarvo oli 7.30 ja keskihajonta oli 2.17.

Koska terapeutit saivat vain lyhyen koulutuksen ennen terapioiden alkua, haluttiin selvittää, kuinka riittävänä he sitä pitivät. Asteikolla 0 – 10 terapeuttien arvioiden keskiarvo oli 4.12 ja keskihajonta 2.24. Työnohjauksen riittävyyteen oltiin sen sijaan tyytyväisempiä, keskiarvo oli 8.15 ja keskihajonta 1.52. Terapeuteilta kysyttiin myös kuinka myönteinen kokemus terapiaprosessi kokonaisuudessaan oli. Asteikolla 0 – 10 terapeutit arvioivat kokemuksen myönteisyyttä siten, että arvioiden keskiarvo oli 8.45 ja keskihajonta 1.24. Terapeuttiroolin ottamisen terapeutit kokivat melko helpoksi, keskiarvo oli 7.22 ja keskihajonta 2.25. Kokemus oli myös merkittävä terapeuttien ammatti – identiteetin kannalta, sillä asteikolla 0 – 10, terapeuttien arviointien keskiarvo oli 8.88 ja keskihajonta oli 1.14.

Loppuhaastattelussa selvitettiin VAS – asteikkojen avulla terapeuttien kokemuksia kun he työskentelivät KKT – asiakkaan ja yhdistelmäasiakkaan kanssa. Taulukossa 16 on esitetty terapeuttien VAS – arviointien keskiarvot ja keskihajonnat eri hoitoryhmien osalta. Asteikkojen avulla selvitettiin terapeuttien kokemusta itseluottamuksesta, onnistumisen kokemusten määrästä,

tyytyväisyyttä omaan työskentelyyn, hallinnan tunteen suuruutta, kokemusta prosessin vaikeudesta sekä missä määrin koki auttaneensa asiakastaan.

Taulukko 16. Terapeuttien kokemukset työskennellessään asiakkaiden kanssa

	KKT	KKT + ACT
Itseluottamus(*)	7.19 (1.3)	5.78 (2.28)
Onnistumisen kokemukset	7.22 (1.38)	6.14 (2.40)
Tyytyväisyys työskentelyyn	7.55 (1.19)	6.65 (2.17)
Hallinnan tunne	6.65 (1.32)	5.66 (2.33)
Prosessin vaikeus	6.20 (2.09)	4.81 (2.73)
Kokee auttaneensa asiakasta	6.78 (1.21)	6.01 (2.67)

(*) tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä t-testillä.

Taulukosta 16 nähdään, että arvot olivat pienempiä, kun käytettiin KKT- ja ACT - menetelmiä. Ainoa tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä oli itseluottamuksessa t – testillä testattuna [$t(30) = 2.143, p < .040$]. Tätä eroa ei kuitenkaan havaittu ei - parametristen testien Mann Whitney – testillä ($Z = -1.697, p < .09$).

Terapeuteilta kysyttiin haastattelun yhteydessä heidän arviotaan siitä, kuinka hyvin he osaavat KKT- menetelmiä ja ACT – menetelmiä. Ennen terapioiden alkua terapeutit arvioivat osaavansa menetelmiä yhtä hyvin (mKKT = 4.44; mACT = 4.2). Heidän arvionsa omasta osaamisestaan paranivat, toisin sanoen luottamus omaan osaamiseen oli suurempaa terapioiden päätyttyä (mKKT = 6.72; mACT = 6.01). Alku- ja loppuarvioiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien sisällä (KKT: $t = -4.339, p < .001$) ja (ACT: $t = -3.186, p < .006$). Terapeuteilta kysyttiin miten ACT – menetelmät ja KKT – menetelmät jakaantuivat yhdistelmäasiakkaan kanssa. Heidän arvionsa mukaan ACT – menetelmiä käytettiin keskimäärin 65,5 % ja KKT – menetelmiä 34,5 %.

4 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin pystyvätkö kokemattomat terapeutit, jotka saavat lyhyen (20 h) koulutuksen kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmistä, hoitamaan tuloksellisesti asiakkaita, joita ei valikoitu tutkimukseen minkään kriteerin suhteen. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että opintojensa loppuvaiheessa olevat psykologian opiskelijat kykenevät hoitamaan asiakkaita tuloksellisesti kymmenen kerran aikana 20 tunnin menetelmäopetuksen jälkeen. Tutkimuksen toinen kysymys oli, ovatko tulokset parempia, kun kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin, jotka ovat tutkitusti tehokkaita, lisätään hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä. Kokemattomat terapeutit saivat aikaan tilastollisesti merkitseviä muutoksia sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä, mutta ryhmässä, joka sai sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa että hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, asiakkaiden hyväksyntä lisääntyi merkittävästi ja hoidon vaikutus oli hieman suurempaa yhdistelmäryhmässä.

Kolmantena asiana selvitettiin eroja terapiaprosessissa, kun käytettiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa yhdistelmänä verrattuna pelkkään kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Terapiaprosessissa ei ryhmien välillä ollut eroja. Neljäs kysymys liittyi hyväksynnän ja hoitotuloksen väliseen yhteyteen. Hoitotulos oli selkeästi parempi kaikilla mittareilla mitattuna niillä asiakkailla, joilla hyväksyntä lisääntyi paljon terapian aikana. Asiakkailla, joiden kohdalla terapian aikana hyväksyntä väheni tai muuttui vain hieman positiiviseen suuntaan, ei tällaisia muutoksia ollut. Niillä asiakkailla, joilla hyväksyntä muuttui paljon terapian aikana, oli myös erilainen kokemus terapiaprosessista kuin asiakkailla, joiden hyväksyntä ei muuttunut terapian aikana.

Tutkimuksessa selvitettiin myös terapian tekemisen vaikutuksia ensikertalaisiin terapeutteihin. Terapeuttien psyykkisessä voinnissa ei tapahtunut muutoksia, mutta terapiakokemuksella oli merkittävä vaikutus terapeuttien kokemukseen menetelmien osaamisesta.

Hoidon vaikutuksen suuruus oli jonkin verran suurempaa ryhmässä, jota hoidettiin sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä. Tämä viittaa siihen että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien lisääminen kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin lisää hoidon tehoa. Tulokset vahvistavat myös Hayesin ym. (2006) näkemyksiä siitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla saadaan yhtä hyviä tai jopa parempia tuloksia kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla. Terapiavaikutuksen suuruutta

kuvaavat effect size – luvut olivat tässä tutkimuksessa kuitenkin pienempiä kuin Hayesin ym. (2006) katsauksessa esittelemät luvut, kun verrattiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma oli erilainen, sillä toisessa ryhmässä käytettiin molempia hoitomuotoja. Toisin sanoen hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikutus ei ole puhdas, vaan tulokseen vaikuttaa kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttö. Terapioissa käytetyt menetelmät poikkeavat joiltain osin toisistaan ja tämä on saattanut osaltaan vaikuttaa terapian tuloksiin.

Tulokset ovat myös yhteensopivia Östin (2006), Butlerin ym. (2006) ja Rothin ja Fonagyn (2005) tulosten kanssa siinä, että kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas hoitomuoto monien psyykkisten ongelmien hoidossa. Erityisesti tämä näyttää pitävän paikkansa masennuksen hoidon suhteen, sillä tässä tutkimuksessa kognitiivinen käyttäytymisterapia vaikutti enemmän masennukseen. Menetelmien tehokkuudesta on todisteena myös se, että psykologian opiskelijat, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta terapia- tai asiakastyöskentelystä, 20 tunnin opetuksen jälkeen saavat aikaan merkittäviä muutoksia asiakkaiden psyykkisessä voinnissa. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että lyhyen menetelmäopetuksen, työnohjauksen ja käsikirjojen käytön yhdistelmällä kokemattomat terapeutit saavat aikaan hyviä tuloksia. Tämä tukee sitä oletusta, että psykologian opintojen perustutkintovaiheessa on hyödyllistä ja tarpeellista opettaa psykoterapiamenetelmiä. APA:n selvityksen (1993) mukaan tehokkaita hoitomuotoja opetetaan opiskelijoille kuitenkin erittäin vähän. Jos otetaan huomioon päätelmät siitä, että tehokkaita psykologisia hoitomuotoja on tutkitusti olemassa, voidaan väittää, että tällaisten menetelmien opettaminen psykologian opiskelijoille on eettisesti perusteltua. On tärkeää huomioida se, että kaikilla psykologeilla ei välttämättä ole mahdollisuutta tai kiinnostusta osallistua pitkäkestoiseen ja kalliiseen psykoterapiakoulutukseen. Toisaalta on erittäin todennäköistä, että jokainen psykologi joutuu työssään kohtaamaan tällaisia ongelmia ja asiakkaita, joita tässä tutkimuksessa hoidettiin. Psykoterapiamenetelmien opettaminen perustutkintoon kuuluvana osana antaisi kaikille psykologeille mahdollisuuden auttaa asiakkaitaan ja samalla menetelmien osaaminen vähentäisi ainakin aloittelevien psykologien kohdalla asiakastyöhön liittyvää jännitystä ja helpottaisi sellaisten asiakkaiden kohtaamista, joilla on tavallisia psyykkisiä ongelmia, kuten masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä ihmissuhdeongelmia.

Kaikki tämän tutkimuksen asiakkaat ilmoittivat, että voisivat suositella terapiaa muillekin, yli 2/3 asiakkaista oli erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tämä viittaa siihen, että lähes valmiit psykologian opiskelijat kykenevät antamaan asiakkaille hyvää ja tehokasta terapiaa ja tarjoamaan asiallista kohtelua. Mielenkiintoista oli, että vain 35 % terapeuteista suhtautui luottavaisesti omiin

taitoihinsa toimia terapeuttina ennen terapioiden alkua ja kuitenkin tulokset olivat hyviä ja asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

Näyttää siltä, että hyväksymis- ja omistautumisterapian lisääminen perinteiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan parantaa hoitotulosta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitotulosta parantava tekijä on hyväksynnän lisääntyminen. Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien avulla voidaan vaikuttaa asiakkaiden psykologiseen hyväksyntään ja lisätä sitä terapian aikana. Tässä tutkimuksessa hyväksyntä oli yhteydessä masentuneisuuden ja koettujen oireiden vähäisyyden kanssa ja yhteys oli samaa luokkaa kuin Hayesin ym. (2006) katsauksessa. Tutkimusten tulosten perusteella näyttää yhä selvemmältä, että hyväksynnällä on merkittävä rooli terapeuttisessa muutosprosessissa. Tulokset sopivat yhteen Hayesin ja Pankeyn (2003) päätelmien kanssa siinä, että hyväksyntätaidot ovat merkittäviä ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin kannalta ja että hyväksyntätaidot voivat lisätä terapian vaikuttavuutta. Asiakkailta, joilla hyväksyntä muuttui paljon, oli merkittävästi paremmat hoitotulokset kaikilla mittareilla mitattuna, verrattuna asiakkaisiin, joilla hyväksyntä ei muuttunut hoidon aikana. Näillä asiakkailla merkittäviä eroja ei ollut millään mittarilla mitattuna. Tämä sopii yhteen Hayesin ym. (2006) tulosten kanssa, joiden mukaan hyväksyntä on yhteydessä parempaan hoitotulokseen.

Hyväksynnän lisääntyminen terapian aikana oli yhteydessä siihen, millaisena asiakas koki terapian. Kun hyväksyntä lisääntyi paljon terapian aikana, asiakkaat kokivat tapaamiset miellyttävämpinä ja helpompina. Heidän mielestään terapiassa käsiteltiin heille tärkeitä asioita ja heidän negatiiviset tunteensa vähenivät. Tämä viittaa siihen, että hyväksyntää lisääviä menetelmiä olisi hedelmällistä käyttää enemmän terapian alkuvaiheessa, jotta päästään vaikuttamaan siihen, miten asiakas kokee terapiatapaamiset. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että hyväksynnän lisääntyminen helpottaa terapiatyöskentelyä. Asiakkaan kokemuksella tärkeiden asioiden käsittelyn määrästä on luonnollisesti vaikutusta terapiamotivaatioon. Hyväksyntää lisäämällä päästään vaikuttamaan myös tähän. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa asiakkaiden hyväksynnän lisääntymiseen, sillä hyväksyntä lisääntyi enemmän ryhmässä, jota hoidettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian lisäksi hyväksymis- ja omistautumisterapialla. Aikaisemmissa tutkimuksissa hyväksynnän ja hoitotuloksen yhteyttä on selvitetty korrelaatioiden avulla (ks. esimerkiksi Hayes ym. 2006). Tässä tutkimuksessa toimittiin kuitenkin toisin ja päästiin vertaamaan kahta ryhmää: ryhmää, jossa hyväksyntä ei muuttunut ja ryhmää, jossa se muuttui, ja päästiin tarkastelemaan hyväksynnän muutoksen vaikutusta hoitotulokseen.

Kuitenkin on edelleen hieman epäselvää, mitä todella tapahtuu, kun hyväksyntä muuttuu. Voidaan viitata eri tutkijoiden määrittelyihin hyväksynnästä (Hayes, 1994; Jacobson ym., 2000), mutta nämä määritelmät saattavat kuitenkin olla jotain muuta kuin asiakkaan kokema hyväksynnän muutos. Tämän tutkimuksen perusteella tiedetään, että hyväksynnän lisääntyminen on tärkeä prosessi ja sen kautta saavutetaan parempia hoitotuloksia. Voidaan todeta, että hyväksyntä on jotain sellaista, johon voidaan vaikuttaa ja joka on yhteydessä moniin tekijöihin (Hayes, Strosahl ym., 2004; Hayes ym., 2006), mutta tarvitaan jatkotutkimuksia selvittämään, mitä hyväksynnän muutos todella merkitsee.

Luonnollisesti tutkimuksen rajoitukset on otettava huomioon tuloksia arvioitaessa. Tutkimuksen otoskoko oli pieni ($n = 32$), ja tämä aiheuttaa monia ongelmia (Roth & Fonagy, 2005). Olisikin tärkeää tutkia, toistuvatko tulokset suuremmassa otoksessa. Mutta ottaen huomioon tutkittavien määrän, tulokset ovat hyviä. Muuten tutkimusasetelma oli hyvä. Tutkimuksessa käytettiin kontrolliryhmää ja asiakkaat jaettiin hoitoryhmiin satunnaistamalla ja terapeuttivaikutus kontrolloitiin pois, siten että sama terapeutti hoiti molempien ryhmien asiakkaita, mutta käyttäen eri menetelmiä. Tutkimusasetelmaan liittyvä ongelma on se, että osa käytetyistä menetelmistä oli samoja. Molempien ryhmien asiakkaille tehtiin ensin myös käyttäytymisanalyysi. Molemmissa ryhmissä käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä. Tosin on todennäköistä että yhdistelmäryhmässä kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytettiin vähemmän sillä terapeutit arvioivat käyttäneensä 2/3 hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä.

Tutkimusasetelmassa pystyttiin seuraamaan terapiaprosessia. Tosin tutkimuksessa käytetty lomake oli yksinkertainen ja on mahdollista, että se ei täysin tavoittanut niitä kokemuksia, joissa ryhmien välillä olisi voinut olla eroa. Lomakkeessa ei esimerkiksi ollut kysymyksiä, jotka olisivat selvittäneet asiakkaan hyväksynnän muutosprosessia, joka tulosten perusteella olisi ollut tärkeä osa käynnin arviointia, sillä kokemukset vaihtelivat hyväksynnän muutoksen mukaan. Toisaalta terapeutin läsnäolo asiakkaan täyttäessä terapiakäynnin arviointilomaketta saattoi vaikuttaa tuloksiin siten, ettei asiakas vastannut täysin kokemustensa mukaan. Lisäksi tutkimuksen aikana kävi ilmi, että lomakkeen täyttämiseen olisi pitänyt olla tarkemmat ohjeet. Tutkimuksen rajoituksiin sisältyy myös se, että menetelmien opetuksesta ei ole tarpeeksi selkeätä kuvausta. On mahdollista, että kognitiivisen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä opetettiin eri tavalla ja eri määrää. Työnohjauksesta ei myöskään ole selkeitä kuvauksia, ei tiedetä painottivatko ohjaajat eri menetelmiä ohjauksessaan.

Tuloksia ei kuitenkaan voida tässä vaiheessa yleistää muihin kuin samankaltaisiin tutkimusasetelmiin ja tutkimushenkilöihin. Tässä tutkimuksessa terapeutteina toimivat korkeasti

motivoituneet psykologian opiskelijat, joilla oli käytössään hoitomenetelmien käsikirjat ja jotka saivat työnohjausta kokeneilta psykoterapeuteilta. Jatkotutkimuksia suunniteltaessa tulisi huomioida ja hyödyntää hyväksynnän ja hoitotuloksen välistä yhteyttä. Lisäksi seuraavissa tutkimuksissa kannattaa miettiä, millä keinoin voitaisiin vaikuttaa hyväksynnän lisääntymiseen entistä tehokkaammin ja millä tavoin hyväksynnän muutoksia voitaisiin seurata paremmin terapian aikana. Olisi mielenkiintoista tutkia, pystyvätkö esimerkiksi muut terveydenhuollon ammattilaiset hoitamaan samankaltaisia asiakkaita yhtä tehokkaasti lyhyen 20 tunnin menetelmäopetuksen jälkeen. Vai tarvitaanko tehokkaan psykoterapeuttisen hoidon antamiseen psykologin peruskoulutus? Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että monta vuotta kestävä psykoterapeuttikoulutus ei ole välttämätön, jotta asiakkaiden auttaminen terapeuttisten menetelmien avulla olisi mahdollista.

Lyhyenä yhteenvetona voidaan todeta, että hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien lisääminen perinteisiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin lisää asiakkaiden hyväksyntää ja tämän kautta parantaa hoitotulosta. Hyväksynnän lisääntyminen vaikuttaa asiakkaiden kokemuksiin terapiasta ja tämän vuoksi hyväksyntää lisääviä menetelmiä olisi hyödyllistä käyttää terapian alkuvaiheessa enemmän, jotta terapiatyöskentely olisi asiakkaalle helpompaa. Molemmat hoitomuodot vaikuttavat tutkitusti tehokkailta ja psykologian opiskelijat saavat niiden avulla aikaan merkittäviä muutoksia asiakkaiden voinnissa 10 kerran aikana vain 20 tunnin opetuksen jälkeen. Tutkimustulosten perusteella näiden menetelmien opettaminen on eettisesti perusteltua ja suositeltavaa psykologian perustutkinto-opiskelijoille.

LÄHTEET

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.

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

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

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

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561 – 571.

Becker, L. A. , Effect Size Calculator. Haettu 27.04.2006 osoitteesta <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escalc3.htm>.

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

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

Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88(6)*, 1057-1067.

- Borkovec, T. D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., Nelson, R. (1987). *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 55, 883-888.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11), 37-42.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1) Suppl.1, S57-S70.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brandstetter, A. D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M., Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Paper presented at the *Assosiation for Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans.
- Butler, 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.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Cook, D. (2004). *Culture and acceptance and control-based strategies: Predictors of psychological adjustment among Asian Americans and Caucasian American*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno, NV.

- Donaldson-Feilder, E. J., & Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counseling, 32*(2), 187-203.
- Dykstra, T. A., & Follette, W. C. (1998). An agoraphobia scale for assessing the clinical significance of treatment outcome. Unpublished manuscript.
- 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.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacology, 21*, 311-324.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive behaviors, 28*(5), 851-870.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59-72.
- 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.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. Teoksessa S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (toim.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (s. 13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C. (2006). State of the ACT Evidence. Haettu 24.04.2006 osoitteesta http://www.contextualpsychology.org/state_of_the_act_evidence.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., & Pankey J. (2003). Acceptance. Teoksessa S. C. Hayes, W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (toim.). *Cognitive-behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: Wiley.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (toim.). (2005). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior therapy*, 35, 667-688.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behaviour therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649 – 668.
- Holi, M. M., Samallahti, P. R. & Aalberg, V. A.(1998). A Finnish validation study of SCL-90, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.

- Karekla, M., Forsyth, J.P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy, 35*, 725-746.
- Keefe, F. J., Dunsmore, J., & 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.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., Afari, N., & McCurry, S. M. (2004). *Hyväksymis- ja käyttäytymisterapia käytännön terapiatyössä. Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Clinical manual*. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hynninen, M., Loimala, P., Mikkola, A., Väätäinen, S., Rantanen, M. (2004.) *Sosiaaliset taidot: Työkirja*. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja 5/2004. Tampere: Tampereen yliopisto, Psykologian laitos.
- Lehtonen, T., & Lappalainen, R. (2005). *Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä*. Psykologipalveluiden kehittämissyksikön julkaisuja 6/2005. Tampere: Tampereen yliopisto, Psykologian laitos.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-766.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. Teoksessa S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (toim.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (s. 73-86). Reno, NV: Context Press.
- 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.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.

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

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

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

Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*, 245-257.

Polusny, M. A., Rosenthal, M. Z., Aban, I., & Follette, V. M. (2004). Experiential avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on negative adult outcomes. *Violence and Victims, 19*, 109-120.

Rachman, S. 1997. The evolution of cognitive behaviour therapy. Teoksessa D. M. Clark & C. G. Fairburn (toim.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. New York: Oxford University Press.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2. painos. New York: Guilford Press.

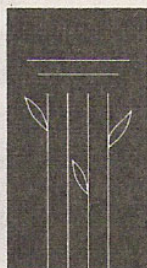
Strosahl, Hayes, Bergan, Romano, 1998. Assessing the field effectiveness of acceptance and commitment therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior therapy, 29*, 35-63.

Toarmino, D., Pistorello, J., & Hayes, S. C. (1997). Validation of Acceptance and Action Questionnaire. Unpublished manuscript.

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

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

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



TAMPEREEN
YLIOPISTO

PSYKOLOGIAN OPISKELIJAT ETSIVÄT PSYKOTERAPIA- ASIAKKAITA

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

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

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

TUTKIMUSTIEDOTE

Tampereen yliopiston psykologian laitoksella kehitetään psykoterapiamenetelmiä erilaisten psykologisten ongelmien hoitoon.

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

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

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

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

Lisätietoja tutkimuksesta antaa lehtori Raimo Lappalainen, puh. 2156584.

Toivomme myönteistä suhtautumista tutkimukseemme.

Tutkimuksen johtaja

Raimo Lappalainen
Lehtori, dosentti
Psykoterapeutti VET

TERAPIASOPIMUS

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

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

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

Tapaamiskerrat ovat kerran viikossa ellei toisin sovita.

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

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

Olen saanut ja lukenut tutkimustiedotteen ja

_____ suostun osallistumaan tutkimukseen

_____ en suostu.

Tampereella _____ / _____ 2005

Asiakkaan allekirjoitus

Koulutusterapeutin allekirjoitus

Nimi painokirjaimin

Nimi painokirjaimin

SOPIMUS HOIDOSTA

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

Tämän terapian tavoitteet ovat

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Sopimus on voimassa ____ / ____ 2005 saakka.

Tampereella ____ / ____ 2005

Asiakkaan allekirjoitus

Koulutusterapeutin allekirjoitus

Nimi painokirjaimin

Nimi painokirjaimin

TAUSTATIETOLOMAKE

NRO _____

Pvm ____ . ____ .2005

Yhteystiedot

Nimi: _____

Osoite: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

Ikä _____ vuotta**Koulutus** Kansakoulu Keskikoulu Peruskoulu Ammattikoulu Ammatillinen opisto Lukio Ammattikorkeakoulu Korkeakoulu Yliopisto Jokin muu, mikä _____**Ammattini on** _____**Työtilanteeni tällä hetkellä** Töissä Sairauslomalla Työtön (kesto _____) Opiskelija Kotiäiti tai -isä Eläkkeellä Jokin muu, mikä _____**Siviilisäätty** Naimaton Avioliitossa Avioliitossa Eronnut Leski**Lasten lukumäärä** _____

Asun tällä hetkellä (kuvaile lyhyesti tämänhetkistä asumistilannettasi)

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

Tulin terapiaan juuri nyt koska

Aiempi mielenterveyteen liittyvä hoito

Minua ei ole hoidettu aiemmin _____
Olen saanut hoitoa _____ kertaa
Hoidon kesto on ollut _____ kk (lyhyin)
_____ kk (pisin)

Muita sairauksia tai terveysongelmia minulla tällä hetkellä on

Lääkkeet joita käytän tällä hetkellä

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

En lainkaan valmis

Hyvin valmis

Etunimi _____

Lomakkeen täyttöpvm. _____

SCL-90-OIREKYSELYLOMAKE**TÄYTTÖOHJEET**

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

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

Vastatkaa jokaiseen kysymykseen

Merkitkää vain yksi kohta kustakin kysymyksestä.

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

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

	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 ajatuskatkokot	(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 kuolemisenestä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
60. Ylensyöminen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
61. Vaivautuneisuus 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 vähin	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
70. Epämukavuuden tunne ollessanne aterioimassa tai kahvilla julkisella paikalla	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
71. Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
72. Pelon tai pakokauhun puuskat	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
73. Epämukavuuden tunne ollessanne ihmisten keskellä, esim. kaupoissa tai elokuvissa tms.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
74. Joutuminen usein väittelyihin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
75. Hermostuneisuus jäädessänne yksin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
76. Tunne etteivät toiset anna tarpeeksi saavutuksil- lenne					
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olette toisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istu- misenkin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
79. Arvottomuuden tunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
80. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
81. 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 ruumis- sanne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
88. Tunne, etette koskaan ole ollut läheinen kenen- kään kanssa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
89. Syyllisyydentunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
90. Tunne, että "päissänne on jotain vikaa"	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Tarkistaisitteko vielä ystävällisesti, että olette muistanut vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANÄÖSTÄ

Nro _____

BDI-Beckin depressioasteikko

- Nimi* _____
- Seuraavilla sivuilla on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia puutteita. Lue ensin kaikki yhden lauserihrmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä (1-21) se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaisiksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Ympyröi valitsemaasi vaihtoehtoa vastaava numero. Valitse vain yksi väittämä joka ryhmässä. Varmista lopuksi, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.
- _____
- _____
- 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 olen vain sarjan epäonnistumisia.
3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.
- 4 0 asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
3 Olen tyytymätön ja kylästynyt kaikkeen.
- 5 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
1 Minulla on usein syyllinen olo.
2 Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
- 6 0 En koe, että minua rangaistaan.
1 Uskon, että minua saaretaan rangaista.
2 Odotan, että minua rangaistaan.
3 Tunnen, että minua rangaistaan.
- 7 0 En ole pettynyt itseäni.
1 Olen pettynyt itseäni.
2 Inhoan itseäni.
3 Vihaan itseäni.
- 8 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
2 Moitin itseäni virheitäni.
3 Moitin itseäni kaikesta mikä menee pieleen.
- 9 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutta kuitenkin en tee niin.
2 Haluaisin tappaa itseni.
3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

- 10 0 En itke tavallista enemmän.
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
2 Itken nykyisin aina.
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.
- 11 0 En ole nyt sen ärtynyempi kuin yleensäkin.
1 Ärtynyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivostivat 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 muista ihmisistä katoavat miltei kadonnet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
- 13 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.
1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
- 14 0 Mielestäni ulkoasukkeni ei ole muuttanut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
2 Ulkoasussani on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
- 15 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta yhä enemmän poikkeuksia.
2 Voidakseni tehdä josakin minun on suoritettava pakottava itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
- 16 0 Nukun yhä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1-2 kertaa liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
3 Herään useita kertoja 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 tehdekseni mitään.
- 18 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
- 19 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.

Yrittäen tarkoituksellisesti pudottaa painoani työmällä vähemmän.
Kyllä _____ Ei _____

- 20
- 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
 - 1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: särystä, kivusta, vatsavaivoista tai unenpuutteesta.
 - 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.

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 väriä vastauksia vaan vastausten on tarkoitus kuvastaa nimenomaan sinun henkilökohtaisia tunteitasi alla kuvatuista asioista.

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

JES
JOKAPÄIVÄISESTÄ ELÄMÄSTÄ
SELVIYTYMINEN
ITSEARVIOINTILOMAKE

1. Onko sinulla työpaikka?

Kyllä Ei

Jos kyllä
2a: Kuinka kiinnostunut olet työstäsi?

Jos ei
2b: Kuinka kiinnostunut olet kotiarkkiteistasi?

Erittäin kiinnostunut Melko kiinnostunut
En kovinkaan kiinnostunut En lainkaan

3. Teetkö töitäsi / askareitasi:

Hyvin innostuneesti
Melko innostuneesti
Vain hieman innostuneesti
En lainkaan innostuneesti

4. Oletko kiinnostunut harrastuksista / vapaa-ajan vieteistä?

Erittäin kiinnostunut Melko kiinnostunut
En kovinkaan kiinnostunut En lainkaan

5. Miten arvioisit vapaa-aikasi laadun:

Erinomainen Hyvä
Melko hyvä Epätydyttävä

6. Kuinka usein otat yhteyttä oman perheesi jäseniin (puolisosi, lapsiasi, vanhempiasi jne.)?

Hyvin usein Usein Harvoin En koskaan

7. Ovatko ihmissuhteet kotonaasi:

Oikeita hyviä Hyviä
Kohtalaiset Riittämättömät

8. Onko sinulla muita ihmissuhteita:

Hyvin paljon Muutamia
Vain harvoja Ei lainkaan

9. Pyritkö luomaan ihmissuhteita:

Hyvin aktiivisesti Aktiivisesti
Kohtalaisesti En lainkaan

10. Miten yleensä arvioit ihmissuhteitasi:

Erinomaiset Hyvät
Kohtalaiset Riittämättömät

11. Minkä arvon annat ihmissuhteillesi?

Arvostan suuresti Arvostan jossain määrin
Arvostan vain hieman En arvosta

NIMI: _____
päivämäärä: _____

12. Kuinka usein omaan elämänpäiirisi kuuluvat ihmiset lähestyvät sinua?

Hyvin usein Usein Harvoin Ei koskaan

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

Aina Lähes aina
Harvoin En koskaan

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

Työnsä Kohtalaisesti
Harvoin En lainkaan

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

Erittäin mielelläni Melko mielelläni
En kovinkaan mielelläni En lainkaan mielelläni

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

Erittäin kiinnostunut Melko kiinnostunut
En kovinkaan kiinnostunut En lainkaan

17. Miten usein sinusta on vaikea ilmaista mielipiteesi muille?

Aina Usein
Joskus Ei koskaan

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

Aina Usein
Joskus En koskaan

19. Miten tärkeinä pidät ulkomuotoasi?

Hyvin tärkeinä Kohtalaisen tärkeinä
En kovin tärkeinä En lainkaan tärkeinä

20. Onko sinulla taloudellisia vaikeuksia?

Aina Usein
Joskus Ei koskaan

21. Pystytkö järjestelemään oman ympäristösi mielihalujesi ja tarpeitteesi mukaisesti?

Kyllä varmasti Melkoisella varmuudella
En kovin varmasti En lainkaan

Nimi _____

Pv _____

ITSELUOTTAMUS

Alla oleva jana kuvaa itseluottamusta vaihteleva. Itseluottamuksella tarkoitetaan uskoa omiin mahdollisuuksiin ja varmuutta siitä, että selviytyy vaativistaakin tehtävistä. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa itseluottamustasi. Lue kaikki vaihtoehdot ja valitse niistä se, joka parhaiten vastaa omaa käsitystäsi. Vedä janan yli lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on osuvin. Poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen välilläkin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat liian yhtä hyviltä.

ERITTÄIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	100	En koskaan epäile mahdollisuuksiani ja edellytyksiani, vaan luotan aina itseni. Mihin todella paneudun ja kokoon voimani, silloin tunnen onnistuvani. Vaikka epäonnistuisinkin josakin asiassa, se ei vaikuta itseluottamukseeni.
HYVIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	80	Itseluottamukseeni voi joskus heikkin horjua, mutta epävarmuus ei koskaan kestä kauan, vaan voin taas kohta ottaa ohjeet kohdata elämäni tuomia haasteita.
VAHVA ITSELUOTTAMUS	60	Suhtaudun mahdollisuuksiini ja kykyihini luottavasti. En toki pysty mihin tahansa, mutta yleensä onnistun siinä, minkä koen mielekkäältä ja itselleni tärkeältä. Epäonnistuminen voi olla kiva opetus, mutta voin silti luottaa itseni.
MELKO VAHVA ITSELUOTTAMUS	70	Itseluottamukseeni on yleensä melko vahva. Voin luottaa siihen, että selviydyn aika hyvin niistä asioista ja tehtävistä, joista joudun vastaamaan. Ajottain tunnen itseni epävarmaksi, mutta se on siltäkin ohimenevää.
KOHTALAINEN ITSELUOTTAMUS	50	Itseluottamukseeni ei ole vahva, mutta siinä on kuitenkin enemmän lujuuksia kuin heikkouksia. Epävarmuus vahvaa minua aika ajoin, mutta sitten otan harkkää asvasta ja käyn luottavasesti asioihin kiinni.
MELKO HEIKKO ITSELUOTTAMUS	40	Itseluottamukseeni ei tehdä kestä, vaan se tuntuu painottuvan tiukan "pakkaan puolelle". En oikein jaksa uskoa itseni, vaikka tiedänkin, että yhtä jos toista olen saanut aikaan.
HEIKKO ITSELUOTTAMUS	30	En oikein luota itseni, vaan suhtaudun epäillen mahdollisuuksiini. Haluan olla varovainen, koska epäonnistumisen vaara on olemassa.
HYVIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	20	Itseluottamukseeni puute on minulle tavallista. En ota haasteita vastaan, vaan kiartelen ja kiartelen ja vasta pitkän jatkollun jälkeen uskallan ryhtyä johonkin.
ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	0	Minulla on tunne, etten pysty juuri mihinkään. Epäonnistuminen kuitenkin kaksessa mihin ryhdyn.

Nimi _____

Pv _____

MIELIALA

Milainen mielialaasi on? Oletko loinen ja hyväntuulinen vai onko sinulla taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen? Arvioi oheisen jonon avulla mielialaasi. Älä arvioi mielialaasi juuri tällä hetkellä, vaan anna yleiskuva siitä, millainen mielialaasi yleensä on. Vedä polkkipöytä siihen kohtaan, joka kuvaa mielialaasi parhaiten. Arvioitni on tarkoitettu jatkuvalle ajan, että voit valita minkä tahansa kohdan pystysuoralla janalla.

ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA	100	Olen lähes aina loinen ja hyvää tuulella. En ole käytännöllisesti katsoen koskaan huono tuulella.
OKENHYVÄ MIELIALA	90	Olen useimmiten hyvää tuulella. On hyvin harvinaista, että olen mieli masassa. Jos huonotuulisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
HYVÄ MIELIALA	80	Mielialani on yleensä vakoa ja myönteinen. Vaikka tiedän, mitä synkkyyttä tai huonotuulisuutta on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei siitä juuri ole merkitystä elämässäni.
MELKOHYVÄ MIELIALA	70	Enimmäkseen mielialani on myönteinen. Vaikka minulla on hukan taipumusta synkkyyteen, se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
	60	Vaikka huonotuulisuutta joskus esiintyy, on parempia hetkiä siltäkin enemmän. Synkkyyttä ei ole niin voimakasta, että se häiritseisi elämääni merkittävästi. Mielialani on pikemminkin hyvä kuin huono.
KOHTALAINEN MIELIALA	50	Tunnen itseni välillä huonotuulisemmaksi mutta sitten taas on aikoja, jolloin olen hyvää tuulella. Mielialani ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
MELKOHUONO MIELIALA	40	Vaikka olen talpuvalnen synkkyyteen, tulen jotenkin sen kanssa toimeen. Työhöni huonotuulisuudella ja synkkyydellä ei ole suurta vaikutusta.
	30	Työni ja elämäni hoidan kohtuullisesti, mutta synkistä ajatuksistani en tahdo päästä eroon. Hyvätkin hetkät on aika ajoin, mutta viime aikoina minulla on ollut taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen.
HUONO MIELIALA	20	Synkkä mieliala ei tahdo heittää. Aivan hetimitään tuntuu siltä, kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstäni ja arkisista asioista selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvaasti huono.
OKENHUONO MIELIALA	10	Olen hyvin vahvasti synkkyyteen taipuva. En ole aivan masassa, mutta paljon ei puutu. Kaikki näyttää synkältä ja toivotonalta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain vaikein.
ERITTÄIN HUONO MIELIALA	0	Mielialani on erittäin synkkä ja masassa. Olen niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olen putoamassa pohjattomaan kulaan. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.

Nimi _____

Pv _____

TYTYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN

Miten tyytyväinen olet elämääsi tässä hetkessä? Tehtävänä on arvioida tyytyväisyyttäsi elämääsi asia ottaessa asteikolla. Vähä lyhyt pötköviiva pyytävyyden janan yli siihen kohtaan, joka parhaan kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; pötköviivan voi vetää kahden kussakaan väliin.

ERITTÄIN TYTYTYVÄINEN	100	Olen erittäin tyytyväinen elämäni. Asiani eivät voiisi olla paremmiin. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.
HYVIN TYTYTYVÄINEN	80	Olen hyvin tyytyväinen elämäni. Minun on vaikea kokea, että vielä toivotaan tai halutaan.
TYTYTYVÄINEN	60	Olen tyytyväinen elämäni. On vain muutamia asioita, joihin en ole tyytyväinen. Niistä ei ole minulle paljon harmia.
	70	Olen elämäni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kiisteleitä asioita.
MELKO TYTYTYVÄINEN	60	Eräitä kiisteleitä asioita huolimatta arvioin elämäntilanteestani painottuu myönteiseksi.
KOHTALAISEN TYTYTYVÄINEN	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 painottuu kiisteleiksi.
MELKO TYTYTYMÄTÖN	30	Olen melko tyytymätön elämäni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydyttäviä tuottavia asioita.
TYTYTYMÄTÖN	20	Olen tyytymätön elämäni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät kovin paljon minua hämmästyttäne.
HYVIN TYTYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämäni. Minun on vaikea kokea, joihin olen tyytyväinen.
ERITTÄIN TYTYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämäni. Elämässäni ei oleksakaan mikään ole kohdallani.

TERAPIAKÄYNNIN ARVIOINTILOMAKE

Pvm _____

Kerta _____

Nro _____

1. Arvio tapaamisesta

0	10
vaikea	helppo

2. Negatiivisten tunteiden määrä tapaamisen aikana

0	10
vähän	paljon

3. Positiivisten tunteiden määrä tapaamisen aikana

0	10
vähän	paljon

4. Tapaamisessa käsiteltiin Sinulle tärkeitä asioita

0	10
vähän	paljon

5. Tapaamisessa käsiteltiin Sinulle vaikeita asioita

0	10
vähän	paljon

6. Tapaamisesta oli tilanteessani hyötyä

0 **10**
vähän **paljon**

7. Tapaaminen oli mielestäni

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

8. Mielialani tapaamisen lopussa

0 **10**
huono **hyvä**

9. Tunnen selviytyväni seuraavaan terapiatapaamiseen asti

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

Koulutuspsykoterapia slk 2005/arviointi

Asiakas numero/etunimi _____

Päiväys _____

Merkitse rastilla (x) sopivaan kohtaan

Voitko suositella samaasi terapiaa muille?

- Voin suositella
- En voi suositella

Kuinka tyytyväinen olet ollut terapiaan?

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

Kuinka monta kertaa olet ollut poissa terapian aikana?

_____ kertaa

Mitä muuta haluat sanoa terapiasta?

Terapeuttien alkuhaastattelukysymyksetNro _____
Pvm ____ . ____ 2005

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

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

3. Kuinka kiinnostunut olet terapiatyöskentelystä?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

4. Minkälaiset odotukset sinulla on terapioiden suhteen?

5. Minkälaisia ongelmia odotat?

6. Kuinka paljon pelkää terapioiden alkamista?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

7. Mitä pelkäät/miksi et pelkää?

8. Kuinka ahdistunut olet terapioiden alkamisesta?

0 10
En ollenkaan Hyvin ahdistunut

9. Mikä ahdistaa?

10. Kuinka paljon jännität asiakkaiden tapaamista?

0 10
En ollenkaan Hyvin paljon

11. Mitä jännität?

12. Kuinka innostunut olet alkavista terapioiden alkamisesta?

0 10
En ollenkaan Hyvin innostunut

13. Mitä odotat oppivasi tästä koulutuksesta?

14. Millä tavalla luulet pystyväsi auttamaan asiakasta?

15. Kuinka hyvin mielestäsi osaat terapiatyöskentelyn?

16. Kuinka hyvin tunnet osaavasi kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

17. Kuinka hyvin tunnet osaavasi ACT:n menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

18. Uskotko, että menetelmien avulla voit auttaa asiakasta?

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

20. Mitä ajattelet menetelmien yhdistämisestä?

Terapeuttien loppuhaastattelukysymykset

Nro _____

Pvm ____.____2005

1. IKÄ

2. Minkälaisia ajatuksia sinulla on tällä hetkellä terapioiden päätyttyä?

3. Kuinka kiinnostunut olet nyt terapiatyöskentelystä?

0 10

En ollenkaan Hyvin paljon

4. Mitä olet oppinut terapiaprosessista/terapioiden aikana?

5. Minkälaisia käytännön ongelmia ilmeni?

6. Minkälaisia ongelmia ilmeni KKT-menetelmissä?

7. Minkälaisia ongelmia ilmeni ACT-menetelmissä?

8. Mitä ongelmia aiheutui tutkimusasetelmasta johtuen?

9. Mitä negatiivisia tunteita sinulla oli terapioiden aikana ja mihin ne liittyivät? (Esim. ahdistus, jännitys, pelko) Kysy KKT ja KKT-ACT erikseen.

10. Kuinka paljon sinulla oli pelkoa KKT - terapian aikana?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

11. Kuinka paljon sinulla oli pelkoa KKT + ACT – terapian aikana?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

12. Kuinka paljon sinulla oli ahdistusta KKT - terapioiden aikana?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

13. Kuinka paljon sinulla oli ahdistusta KKT + ACT – terapian aikana?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

14. Kuinka paljon sinulla oli jännitystä KKT- terapioiden aikana?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

15. Kuinka paljon sinulla oli jännitystä KKT + ACT – terapian aikana?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

16. Koetko auttaneesi KKT-asiakastasi?

0	10
En ollenkaan	Hyvin paljon

17. Koetko auttaneesi KKT + ACT – asiakastasi?

0	10
Ei ollenkaan	Hyvin paljon

18. Miten kuvailisit sinun ja asiakkaiden välisiä terapisuhteita? Oliko menetelmällä vaikutusta?

19. Miten tapaamisten nauhoittaminen vaikutti terapiaan?

20. Kuinka hyvin tunnet osaavasi kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

21. Kuinka hyvin tunnet osaavasi ACT:n menetelmät?

0	10
En ollenkaan	Hyvin

22. Kummasta menetelmästä pidit enemmän käytännössä (KKT/ACT?) Miksi?

23. Käyttäessäsi toisen asiakkaan kanssa sekä KKT-menetelmiä että ACT-menetelmiä, kumpaa käytit enemmän? Ilmoita suhde prosentteina (jana = 100%).

KKT	ACT
-----	-----

24. Oliko opetus riittävää?

0	10
Ei	Erittäin

25. Oliko työnohjausta riittävästi?

0	10
Ei	Erittäin

26. Minkälainen kokemus terapiaprosessi kokonaisuudessa oli?

0	10
Negatiivinen	Positiivinen

27. Terapeuttiroolin ottamisen vaikeus?

0 10
Vaikea Helppo

28. Kuinka hyväksi koit itseluottamuksesi terapioiden aikana?

0 10
Erittäin hyvä

29. Kuinka tärkeänä pidät terapiakokemusta ammatti-identiteettisi kannalta?

0 10
Ei ollenkaan Hyvin paljon

30. Kuinka vaikeaksi koit terapiaprosessin?

0 10
Vaikea Helppo

31. Mikä oli vaikeinta/helpointa?

32. Mitkä KKT-menetelmät koit vaikeiksi?

33. Mitkä ACT-menetelmät koit vaikeiksi?

34. Kuinka tyytyväinen olit työskentelyysi? Ilmoita KKT-asiakas pystyviivalla (/) ja KKT-ACT-asiakas rastilla (X).

0

10

En ollenkaan

Erittäin

35. Paljonko sinulla oli onnistumisen tunteita terapioiden aikana? Ilmoita KKT-asiakas pystyviivalla (/) ja KKT-ACT –asiakas rastilla (X).

0	10
Ei ollenkaan	Hyvin paljon

36. Kuinka hyvin koit hallitsevasi terapiaprosessin? Ilmoita KKT-asiakas pystyviivalla (/) ja KKT-ACT –asiakas rastilla (X).

0	10
Ei ollenkaan	Hyvin

37. Parannusehdotuksia projektin suhteen?

HOITOMENETELMIEN KUVAUKSET

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät

Altistus ulkoisille kohteille

Autetaan asiakasta kohtaamaan pulmallinen ulkoinen tilanne, esim. sosiaalinen fobia. Asiakkaan kanssa tehdään yhdessä pelätyistä tilanteista tai asioista vaikeusasteen mukainen hierarkia. Asiakas altistetaan valitulle tilanteelle sovitulla hierarkiatasolla, jolta siirrytään asteittain ylöspäin.

Altistuksia jatketaan kunnes tilanteet eivät enää saa aikaan ongelmareaktioita.

Altistus sisäisille kohteille

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

Itsehavainnointi

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

Käyttäytymisen aktivointi

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

Ongelmanratkaisumenetelmä

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

Sosiaaliset taidot

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

Rentoutuminen

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

Kotitehtävät

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

Lomakkeet

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

Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät

Tavoitteiden selventäminen

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

Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen sekä toimimattomista luopuminen

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

Arvot

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

Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä

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

Käsitys itsestä - keskustelu

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

Metaforat

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

Kielen merkityksen käsittely

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

Tarkkailijaharjoitus

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

Tietoisuusharjoitukset

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

Kotitehtävät

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

Lomakkeet

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