

**NÄKYKÖ HYVÄKSYMIS - JA OMISTAUTUMISTERAPIAN SOVELTAMINEN
YLEISSAIRAALAPSYKIATRIANOSASTOLLA HOITOTULOKSESSA?**

**Leena Landström
Pro gradu –tutkielma
Psykologian laitos
Tampereen yliopisto
Marraskuu 2006**

SISÄLTÖ

JOHDANTO.....	4
Hyväksymis- ja omistautumisterapia (ACT).....	4
Kielen ja kärsimyksen yhteys.....	5
Suhdekehysteoria.....	6
Välttämisestä hyväksyntään.....	7
Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT).....	9
Funktionaalinen-analyttinen psykoterapia (FAP).....	11
Aikaisempaa tutkimusta hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuudesta.....	12
Tutkimuksen lähtökohta.....	17
MENETELMÄT.....	18
Tutkimustehtävä.....	18
Tutkimuspaikka.....	18
Tutkimushenkilöt ja asetelma.....	19
Arviointimenetelmät.....	22
Tutkimuksen kulku.....	23
Hoitomenetelmät.....	24
Tulosten analysointimenetelmät.....	25
TULOKSET.....	26
Uusien menetelmien vaikutus hoitotulokseen.....	26
Terapeuttien kokemuksia.....	31
POHDINTA.....	34
LÄHTEET.....	37
LIITTEET	
BDI.....	38
SCL-90.....	41
AAQ.....	45

TAMPEREEN YLIOPISTO

Psykologian laitos

LANDSTRÖM, LEENA: Näkykö hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltaminen yleisairaala-psykiatrian osastolla hoitotuloksessa?

Pro gradu –tutkielma, 36 s., 8 liites.

Ohjaaja: Raimo Lappalainen

Psykologia

Marraskuu 2006

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sitä näkykö hyväksymis- ja omistautumisterapian (ACT) soveltaminen yleisairaala-psykiatrianosastolla hoitotuloksessa, tapahtuuko hyväksynnässä/psykkisessä joustavuudessa muutosta hoitajakson aikana ja mikä on sen yhteys hoitotulokseen. Lisäksi kerättiin tietoa hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltamisesta sairaalahoitoon haastatteleamalla tutkimukseen osallistuneet terapeutit. Tutkimukseen osallistui yhteensä 22 potilasta. Tutkimuksen potilaat satunnaistettiin kahteen eri ryhmään, koeryhmä sai ACT -menetelmiin perustuvia omahoitajakeskusteluja tutkimukseen osallistuvilta terapeuteilta. Vertailuryhmä sai osastolla tavallisesti käytettyjä, lähinnä supportiiviseen terapiaan perustuvia, omahoitajakeskusteluja samoilta terapeuteilta. Tämän lisäksi tutkimusta varten perustettiin 2 uutta ryhmää, ACT- ryhmä osallistui ns. metaforaryhmään ja vertailuryhmä ongelmanratkaisuryhmään. Tuloksista voidaan päätellä että molemmat ryhmät hyötyivät hoidosta, sekä masennus että oireipisteet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi molemmissa ryhmissä. Ryhmien välille ei kuitenkaan saatu tilastollisesti merkitsevää eroa eli masentuneisuus ja koetut oireet vähenivät samalla tavalla molemmissa ryhmissä. Myöskään hyväksynnän kohdalla ei saatu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille eli hyväksyntä kasvoi molemmissa ryhmissä keskimäärin yhtä paljon hoidon aikana. Tutkimuksessa käytettiin mittarina myös J. Kuivalaisen (2003) tutkimuksessaan kehittämää itsearviointilomaketta jonka tarkoituksena oli kattaa muiden mittareiden ulkopuolelle jääviä alueita. Itsearviointilomakkeiden kysymysten alku- ja loppumittausten välille saatiin tilastollisesti merkitsevä ero ACT-ryhmässä 4 kysymyksen kohdalla: ahdistuneisuus väheni ja tyytyväisyys itseen, elämästä nauttiminen sekä ihmissuhteiden tuottama tyydytys kasvoi, vertailuryhmässä vain tyytyväisyys itseen oli kasvanut tilastollisesti merkitsevästi. Lopuksi tutkimukseen osallistujat jaettiin kahteen ryhmään siten että ryhmään 1 tulivat ne joiden hyväksyntä oli kasvanut hoidon aikana ja ryhmään 2 ne joiden hyväksyntä oli pysynyt samana/pienentynyt. Ryhmässä 1, jossa oli tapahtunut hyväksynnän lisääntymistä masennus ja oireipisteet olivat laskeneet tilastollisesti merkitsevästi hoidon aikana. Ryhmän 2 ero alku- ja loppumittausten välillä edellä mainituilla mittareilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Tulokset viittaavat siihen että hyväksyntä on tärkeä osa toipumisprosessia ja että hyväksymis- ja omistautumisterapia vaikuttaisi laaja-alaisemmin potilaan elämäntilanteeseen kuin vertailtavana ollut terapia.

JOHDANTO

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (ACT)

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (*Acceptance and Commitment Therapy*) on Steven Haysin ja hänen työryhmänsä, Nevadan Yliopistossa, kehittämä terapiamenetelmä. Terapia lukeutuu uusiin ns. ”kolmannen aallon” terapiamuotoihin (ks. Hayes, 2004), Hayesin, Strosahlin, ja Wilsonin, *Acceptance and Commitment Therapy, An Experiential Approach to Behavior Change*, ilmestyi vuonna 1999. Terapia ei perustu mihinkään muuhun terapeuttiseen lähestymistapaan tai terapiamuotoon, siinä on kuitenkin yhtäläisyyksiä muihin terapiamuotoihin kuten jäljempänä esiteltävään dialektiseen käyttäytymisterapiaan ja funktionaaliseen analyttiseen terapiaan jotka myös kuuluvat ns. kolmannen aallon terapiaihin. (Lappalainen, Lehtonen, Hayes, Batten, Gifford, Wilson, Afari, McCurry, 2004.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapian filosofinen perusta on funktionaalinen kontekstualismi, näkemys joka korostaa sitä että voidaksemme ymmärtää jonkin tapahtuman luonnetta ja toimintaa meidän tulee huomioida koko tapahtuma ja sen konteksti. Funktionaalisen kontekstualismin painottaa objektiivisen totuuden sijaan pragmaattista totuuskäsitystä. (Hayes & Batten, 2000.)

Toinen keskeinen filosofinen lähtökohta terapiassa on ettei siinä yritetä muuttaa henkilökohtaista kokemusta vaan kokemuksen merkitystä/vaikutusta. Sen vuoksi yksilöllisten arvojen määrittely on terapiassa keskeistä, kaikkea toimintaa tarkastellaan suhteessa henkilön valitsemiin arvoihin ja päämääriin. Kun yritetään saavuttaa tavoitetta, omien arvojen mukaista elämää, tärkeintä on halukkuus muutokseen ja valittujen keinojen toimivuus suhteessa tavoitteisiin, ei objektiivinen totuus. Toisin sanoen; ”on tärkeämpää jäädä henkiin kuin olla oikeassa”. (Lappalainen ym., 2004.)

Selvimmän hyväksymis- ja omistautumisterapia erottuu useimmista muista terapioiden siinä, että se on kehitetty kielellisten ohjeiden ja sääntöjen vaikutusta selvittävien tutkimusten, erityisesti käyttäytymisanalyttisen kielitutkimuksen, pohjalta. Se perustuu ns. suhdekehysteoriaan, relational frame theory, mikä on vaikutevastaavuusteorian laajennus. Vaikutevastaavuusteorian kolme ominaisuutta, refleksiivisyys, symmetrisyys ja transitiivisuus (Tuomisto, Lappalainen & Timonen, 1998) on suhdekehysteoriassa korvattu termeillä molemminpuolinen vastaavuus, yhdistetty vastaavuus ja vaikutteen merkityksen muuttuminen. Edellä mainittuja tutkimuksia Hayes työryhmineen on koonnut teokseen; *Relational Frame theory: A Post-Skinnerian Account of human Language and Cognition*. Terapian eräänlaisena metatavoitteena onkin että omaan kokemukseen luottaminen

lisääntyisi ja kielellisyys, sanojen valta vähenisi. (Lappalainen ym., 2004. Kuivalainen & Lappalainen, 2003)

Kielen ja kärsimyksen yhteys

Terapian mukaan kärsimyksen perussy on se että kielellistä ongelmanratkaisua sovelletaan sellaisiin ongelmiin joissa se ei toimi. Kulttuurimme perustuu pitkälti kielelliseen viestintään, puhuttu ja kirjoitettu kieli on mahdollistanut suurten tietomäärien siirtämisen eteenpäin yksilöiltä ja sukupolvelta toiselle. Ilman kieltä eläisimme täysin toisenlaisessa maailmassa, mutta kehityksen hintana on se että olemme joutuneet tavallaan tämän kielellisen systeemin vangiksi. Ihminen yrittää esimerkiksi päästä eroon epämiellyttävistä tunteista/ajatuksista antamalla itselleen ajatuksissaan erilaisia ohjeita, kuten esimerkiksi kieltää itseään tuntemasta jotakin tunnetta, tai ajattelemasta tiettyä asiaa, jolloin samalla tulee ikään kuin tuottaneeksi sen mistä haluaa eroon. (Lappalainen ym., 2004).

Kielen yhteys kärsimykseen ei liity pelkästään sanoihin – kysymys on paremminkin tavastamme yhdistellä ja johtaa asioita kielen avulla. Tästä kielen ominaisuudesta on paljon hyötyä, ihminen voi tietää esimerkiksi että auton ajaminen humalassa on vaarallista ilman että hänellä on henkilökohtaista kokemusta asiasta. Mutta kykymme johtaa yhteyksiä asioiden välille tuottaa myös paljon kärsimystä, esimerkiksi itseen kohdistuva kritiikki voi ns. johdettujen suhteiden kautta lisääntyä, ilman henkilökohtaisia kokemuksia asiasta. Jos emme esimerkiksi saa hakemaamme työpaikkaa, voimme ajatella olevamme huonompia kuin henkilö B, jos vielä arvioimme että henkilö B on huonompi kuin henkilö C, voimme johtaa suhteen itsemme ja henkilön C välille, henkilö C on parempi ja taitavampi kuin minä. (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen, 2003).

Hayesin ym., (2001) mukaan kielen ohjaamalla käyttäytymisellä on useita ”suhteellisia ominaisuuksia” jotka johtuvat kielen luonteesta, tällainen on esimerkiksi edellä mainittu johdettujen suhteiden aikaansaama merkityksen epäsuoruus. Myös aikakäsitteen on laajentuminen on kielellisen käyttäytymisen ominaisuus, me luomme menneisyyttä jatkuvasti uudelleen ja suunnittelemme tulevaisuutta ”sitten kun” ja ”ennen - jälkeen” suhdekehysillä. Kielellisen käyttäytymisen ominaisuus on myös sosiaalinen laajentuminen, kieli opitaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja se säilyttää sosiaalisen luonteensa myös silloin kuin muita ihmisiä ei ole läsnä. Kun ihminen elää nykyisen tietoyhteiskunnan kaltaisessa ympäristössä, jossa esiintyy yhtä aikaa sekä sanatarkkoja merkityksiä että vaikutemerkitysten muuntelua, todelliset ei-kielelliset merkitykset sekoittuvat yhä enemmän kielellisiin merkityksiin. Ja ihmisen sisäinen maailma muuttuu yhä kielellisemmäksi. Kielellinen käyttäytyminen eroaa omaan suoraan kokemukseen perustavasta oppimisesta myös siinä että se on usein pysyvämpää. Ihminen muuttaa yleensä käyttäytymistään kokemuksen kautta saadun palautteen

perusteella, mutta kielellinen käyttäytyminen vahvistaa itse itseään johdettujen suhteiden ja järjeistämisen kautta. Terapeutti on potilaan lailla tämän kielellisen systeemin vanki, terapeutti voi kuitenkin auttaa potilasta koska hän on ulkopuolinen asiakkaan kielelliseen systeemiin nähden. (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen, 2003).

Kielen erityinen heikkous on myös se että se ei erota asioiden ominaisuuksia ja niistä tehtyjä arvioita toisistaan. Hayes kuvaa kirjassaan tätä eroa kahdella lauseella ”tämä kuppi on muovia” ja ”tämä kuppi on huono”. Ensimmäisessä lauseessa kupin muovisuus on sen ominaisuus joka säilyy vaikka kaikki ihmiset katoaisivat maapallolta, toisessa lauseessa on sen sijaan kysymys arviosta joka on aina suhteessa johonkin esim. käyttötarkoitukseen. Kuppi voi esimerkiksi olla hyvä kylmän veden juomiseen, mutta huono kuuman kahvin juomiseen ts. kupin huonous tai hyvyys on kontekstisidonnaista. (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen, 2003).

Suhdekehysteoria

”Suhdekehys-käsitteellä kuvataan käyttäytymistä tai toimintaa joka pohjautuu rajattomasti ja ”mielivaltaisesti” luotuihin tai johdettuihin suhteisiin ja joka tapahtuu ympäristön vaikutuksen alaisena. Suhdekehysteoriassa eritellään molemminpuolinen vastaavuus tai sidonnaisuus, yhdistetty/johdettu vastaavuus sekä vaikutteen merkityksen muuntuminen. Suhdekehysteoria painottaa sitä, että edellä kuvatut vaikutesuhteet ilmenevät aina jossain tietyssä ympäristössä, mikä myös määrittää näitä suhteita.” (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen, 2003)

Molemminpuolinen vastaavuus syntyy esim. hyväksikäytön uhrin mielessä, kun hän yhdistää jonkin esineen tai asian traumaattiseen tapahtumaan. Tällöin esine voi saada ominaisuuksia joita sillä ei ollut ennen traumaattista kokemusta, esineestä voi tämän molemminpuolisen vastaavuuden seurauksena tulla pelottava. Yhdistetty/johdettu vastaavuus voi syntyä siten, että henkilö yhdistää kaksi erillistä asiaa samaan kokemukseen, tällöin näiden kahden asian välille muodostuu johdettu suhde niitä yhdistävän kolmannen tekijän vuoksi. Hyväksikäyttötapauksessa tällainen suhde voi uhrin mielessä rakentua esimerkiksi mieshenkilön ja punaisten verhojen välille – jos traumaattinen kokemus tapahtui huoneessa missä oli punaiset verhot ja hyväksikäyttäjä oli mies. (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen, 2003)

Vaikutteen merkityksen muuntuminen tai siirtyminen tapahtuu kun esineellä/asialla/henkilöllä on vaikutteestaavuuden vuoksi samoja merkityksiä kuin itse traumaattisella tapahtumalla. Esimerkiksi edellä mainitussa, kuvitellussa hyväksikäyttötapauksessa; mieshenkilön ja punaisten verhojen merkitys on muuttunut. Mieshenkilön läsnäolo tai punaisten verhojen näkeminen aiheuttaa uhrin mielessä

traumaattiseen tapahtumaan liittyvien tunteiden aktivoitumista, pelkoa, häpeää, syyllisyyttä, outoja tuntemuksia iholla ja halua paeta tilanteesta. Tästä syystä hänen voi olla paitsi erittäin vaikea sanoa joitakin sanoja tai kertoa joitakin asioita terapeutille myös ymmärtää omaa käytöstään ja tuntemuksiaan. Hän voi yrittää selittää näitä monimutkaisia tapahtumia järjellään, jolloin selitykset ovat todennäköisesti joko puutteellisia tai vääriä. Nämä selitykset voivat olla muutoksen esteenä. (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen, 2003, Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Suhdekehysteorian mukaan kielelliset vaikutteet eivät kuitenkaan rajoitu pelkkiin sanoihin, tästä syystä kielelliseen käyttäytymiseen kuten ajatteluun, voidaan vaikuttaa kokemuksellisten harjoitusten avulla mikäli asiat ovat vaikutevastaavuussuhteessa keskenään. Johdetut kielelliset suhteet voivat syntyä ja säilyä hyvin vähäisellä ympäristön tuella, esimerkiksi asioiden ”järjellä selittämisen” kautta. Toisaalta ”ympäristö, joka ei tue järjellä selittämistä on tehokas heikentämään johdettuja vaikutevastaavuuksia tai kielellisiä suhteita.” Siitä syystä terapiassa on kiinnitettävä huomio siihen ettei uusilla selitysmalleilla vahvisteta olemassa olevia yhteyksiä. Ihmiset selittävät epätoivottua käytöstään usein ajatuksilla ja tunteilla, kun esimerkiksi masentunut ihminen sanoo ettei mennyt töihin masennuksensa vuoksi, tulkitaan se niin että tunne (masennus) aiheuttaa käyttäytymisen (jäämisen kotiin). Looginen johtopäätös tästä on että tunne täytyy poistaa, niin käyttäytyminenkin poistuu - mutta miten masennus poistetaan? (Lappalainen ym., 2004.)

Välttämisestä hyväksyntään

Hoidon lähtökohtana on että kärsimys kuuluu ihmisenä elämiseen, eikä sitä voi kokonaan poistaa. On kuitenkin hyvin ymmärrettävää että ihminen haluaa välttää ajatuksia, tunteita ja kokemuksia jotka tuottavat tuskaa. Toisinaan olisi kuitenkin viisaampaa olla kuuntelematta sisäistä ääntään, joka käskee lähteä pakoon, ja tehdä juuri päinvastoin, mennä sitä kohti mikä eniten pelottaa. Arkikokemuksen ohella tutkimustulokset vahvistavat nimittäin sitä näkemystä että yritys välttää jotakin tunnetta tai ajatusta johtaa useimmiten niiden lisääntymiseen (esim. Clark, Ball & Pape, 1991, Gold & Wegner, 1995, Wegner, Schneider, Carter & White, 1987, Wegner, Schneider, Knutson & McMahon, 1991). Pitkällä aikavälillä yritys olla ajattelematta joitakin ajatuksia epäonnistuu – tiettyyn tunnetilaan liittyvät ajatukset aktivoituvat tavallisesti myöhemmin, kun yksilö kokee tämän saman tunnetilan. Onkin havaittu että henkilöillä joilla välttäminen on tärkein selviytymisstrategia, esiintyy muita enemmän masennus- ja pakko-oireita (Wegner & Zanakos, 1994). Yritys välttää kärsimystä voi siis lisätä sitä, tästä syystä terapiassa kiinnitetään erityistä huomiota asiakkaan käyttämiin välttely- ja kontrolli-/hallintastrategioihin. (Lappalainen ym., 2004, Kuivalainen & Lappalainen 2003)

Välttelykäyttäytymisellä pyritään varmistamaan ettei pelottavaa asiaa, esim. epämiellyttävää tunnetta, jouduttaisi kohtaamaan. Paradoksaalisesti kohtaamisen välttely estää kuitenkin asian käsittelemisen ja uudenlaisten kokemusten saamisen, mikä auttaisi pääsemään irti pelosta. Jos asiakas välttelee esim. ahdistuksen kohtaamista, ottamalla alkoholia aina kun alkaa ahdistaa, hän ei koskaan saa kokemusta siitä että ahdistus alkaa helpottaa jonkin ajan kuluttua ja että ahdistavistakin tilanteista selviää.

Ennen terapiaan tuloa asiakas on tavallisesti yrittänyt ratkaista ongelmaansa monin eri tavoin, mutta yritykset eivät ole toimineet. Hyväksymis- ja omistautumisterapian yhtenä oletuksena on että asiakkaan yritykset ratkaista ongelmaa ovat osa ongelmaa. Terapian alussa onkin hyvä selvittää mitä asiakas haluaa, mitä asiakas on jo tehnyt päästäkseen haluamaansa, sekä miten nämä yritykset ovat toimineet. Nämä kysymykset valmistavat asiakasta hyväksyntään ja opettavat häntä luottamaan omaan kokemukseensa. Kun asiakas oppii luottamaan omaan kokemukseensa, jäykät johdettuihin suhteisiin perustuvat käyttäytymismallit eivät enää hallitse käyttäytymistä, vaan hän voi valita eri toimintavaihtoehtojen välillä ja ottaa myös vastuun käyttäytymisestään. Hoidon tavoitteena on että asiakas oppisi hyväksymään asiat joita ei tarvitse tai ei voi muuttaa ja toisaalta löytäisi keinoja, motivaatiota ja voimaa sellaisten asioiden muuttamiseen mitä on mahdollista ja hyödyllistä muuttaa. Eli ACT-hoidon voi tiivistää kolmeen sanaan, (A=Accept, C= Choose, T= Take action.). (Lappalainen ym., 2004.)

Näihin tavoitteisiin pyritään keskustelujen, kotitehtävien, erilaisten harjoitusten sekä metaforien ja paradoksien avulla. Käsiteltäviä teemoja ovat esim. hyväksyntä ja välttäminen, vanhoista hallintamenetelmistä luopuminen, muutosodotukset, halukkuus, arvot ja päämäärät, käsitys omasta itsestä, onnellisuus jne. Seuraavaksi esiteltävässä dialektisessä käyttäytymisterapiassa, joka myös kuuluu ns. uusiin terapiamuotoihin, käytetään osittain samoja menetelmiä, kuten metaforia ja paradokseja. Myös sisällöllisesti terapiosta löytyy yhtäläisyyksiä kuten nykyhetkeen keskittyminen ja siihen liittyvät tietoisuusharjoitukset sekä hyväksynnän merkityksen painottaminen. (Lappalainen ym., 2004.)

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on Marsha M. Linehanin kehittämä menetelmä erityisesti tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden (ns. rajatilapersonallisuus) hoitoon. DKT on interaktiivinen hoito ja sen teoreettisen perustan muodostavat oppimisteoria, kognitiivinen teoria sekä dialektinen- ja zenbuddhalainen filosofia. (Kåver & Nilsonne, 2002).

Edellisten lisäksi lähtökohtana on biososiaalinen näkemys ihmisestä, missä huomioidaan sekä potilaan synnynnäiset temperamenttitekijät, että hänen vuorovaikutuksensa ympäristön kanssa. Biososiaalisen teorian mukaan emotionaalisesti epävakaa persoonallisuus syntyy kun temperamentiltaan emotionaalisesti herkkä/haavoittuva yksilö joutuu kasvamaan ympäristössä jossa hän ei jostakin syystä saa mahdollisuutta opetella herkkyytensä käsittelemiseen tarvittavia taitoja vaan jää voimakkaiden ja vaikeasti hallittavien tunteidensa armoille. (Kåver & Nilsonne, 2002.)

Hoidon ytimen muodostaa siis oppimisteoria jonka terapeuttisena välineinä ovat käyttäytymisterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. DKT:ssa käytetäänkin edellä mainitusta terapiosta tuttuja menetelmiä jotka liittyvät toiminnan seurauksista oppimiseen, kuten vahvistaminen, sammuttaminen ja altistaminen. Joskus taas toimintaa laukaisevat tilanteessa/ympäristössä olevat tekijät/signaalit, DKT:ssa nämä ns. laukaisevat tekijät kartoitetaan ja ongelmallisia ympäristöjä pyritään muuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Myös funktionaalinen analyysi eli ketjuanalyysi ja ongelmanratkaisu menetelmä kuuluvat DKT:n ”työkalupakkiin”. (Kåver & Nilsonne, 2002.)

Kognitiivisen terapian perusajatuksena on, että kun potilaan ajattelussa saadaan aikaan muutos, sen seurauksena myös tunne ja toiminta muuttuvat (Kähkönen, Karila, Holmberg & Chydenius 2001). Kognitiivisessa terapiassa painotetaan asiakkaan omaksumien ajattelumallien kuten ns. automaattisten ajatusten, elämänsääntöjen, sekä itseä ja maailmaa koskevien hallitsevien käsityksien eli skeemojen muokkaamista. Kognitiivisen terapian perusmenetelmiä ovat ns. sokraattiset tekniikat joissa terapeutti johdattelee asiakasta havaitsemaan realiteetteja ja etsimään tietoa joka auttaa oikaisemaan tämän vääristynyttä/kaavamaista ajattelua itsestään tai ympäröivästä maailmasta. Nämä tekniikat ovat käytössä myös DKT:ssa. (Kåver & Nilsonne, 2002)

Voimakkaasti ahdistuneiden potilaiden kohdalla edellä mainitut tekniikat eivät kuitenkaan ole osoittautuneet kovinkaan toimiviksi. Tästä syystä DKT:ssa ensisijainen huomio kohdistetaan ajattelun uudelleenmuotoilun sijaan potilaan realistisen ja tarkoituksenmukaisemman (ei välttämättä myönteisemmän) ajattelun vahvistamiseen. DKT:ssä ajatteluun kohdistuvien tekniikoiden tärkein tavoite on opettaa asiakasta erottamaan ajatukset ja tunteet toisistaan, minkä jälkeen asiakasta ohjataan etsimään tosiasioita tulkintojensa perustaksi ja niiden haastajaksi. (Kåver & Nilsonne, 2002)

Dialektisesta filosofiasta DKT- terapiaan on omaksuttu asioiden dialektinen tarkastelutapa, jolla tarkoitetaan kykyä nähdä asioiden molemmat puolet, ilmiöiden vaihtelevuus ja monitahoisuus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä että johonkin kokonaisuuteen pystytään sisällyttämään keskenään ristiriitaisia puolia, esim. havaitsemaan ja hyväksymään sen että ihminen voi samanaikaisesti olla sekä

hyvä että paha, oikeassa ja väärässä jne. Terapian aikana asiakas joutuu kohtaamaan tämän itsensä, muiden ihmisten ja maailman monitahoisuuden useita kertoja. Keskeinen dialektinen teema terapiassa on, ACT- terapian tapaan, se että yhtäältä pyritään hyväksyntään ja toisaalta muutokseen. (Kåver & Nilsonne, 2002)

Tunne-elämältään epävakaa henkilö häilyy usein kahden ääripään välillä, toisinaan hän tarkastelee tilannetta rationaalisesta, älyllisestä näkökulmasta, toisinaan antautuu täysin tunteittensa ohjailmaksi. Toisin sanoen henkilö säätelee tunteitaan joko liikaa tai liian vähän. Terapian tavoitteena on oppia elämään nykyhetkessä siten että sekä tunne että järki ovat mukana, tätä synteesiä kutsutaan DKT:ssä viisaudeksi. (Kåver & Nilsonne, 2002)

Dialektisia erityisstrategioita edellisen lisäksi ovat metaforien ja paradoksien käyttö, kärjistäminen ja vaikeuksien näkeminen mahdollisuutena. Myös ”paholaisen asianajaja” on DKT:n perusstrategia, siinä terapeutti esittää aluksi jonkin äärimmäisen näkemyksen, teesin, hän voi esimerkiksi epäillä sitä kannattaako asiakkaan edes pyrkiä muutokseen. Seuraavaksi on asiakkaan vuoro esittää sille antiteesi ts. löytää perusteita sille miksi muutos on tärkeää, jolloin päästään synteisiin. Asiakkaan esittämiin argumentteihin voidaan palata terapiassa myöhemmin kun työskentely on raskasta ja asiakas on heikosti motivoitunut/lannistunut. (Kåver & Nilsonne, 2002)

Zenbuddhalaisesta filosofiasta DKT:n on omaksuttu pyrkimys olla tietoisesti ja tarkkaavaisena läsnä nykyhetkessä. Mietiskelytekniikat voivat siis palauttaa asiakkaan huomion nykyhetkeen sen sijaan että hän miettisi menneitä tai murehtisi tulevia. Mietiskelyn keskeinen periaate on että havainnoitavaa kohdetta ei arvoteta tai tuomita. Tietoisien läsnäolon harjoittaminen ja havainnointikohteiden kuvailu ilman arvottamista, auttavat asiakasta saamaan etäisyyttä tuskallisiin tunteisiinsa mikä helpottaa niiden käsittelyä. (Kåver & Nilsonne 2002)

DKT eroaa monista muista terapioista siinä että terapiatyö jakautuu eri vaiheisiin, jossa käytetään osittain eri menetelmiä. Terapia alkaa perehdyttämisvaiheella jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaan tavoitteita ja saada hänet sitoutumaan työskentelyyn. Varsinaisen terapian ensimmäisessä vaiheessa tavoite on turvallisuuden ja vakauden saavuttaminen, tähän pyritään seuraavien osatavoitteiden kautta: itseä vahingoittavasta käyttäytymisestä eroon pääseminen, terapiaa haittaavan käyttäytymisen väheneminen, elämänlaatua heikentävän käyttäytymisen väheneminen ja taitojen kehittyminen. Taitojen harjoittamiseen DKT:ssä on kehitetty erityinen taitovalmennus jota antaa ns. taitovalmentaja joka on eri henkilö kuin asiakkaan yksilöterapeutti, tämä valmennus tapahtuu yleensä ryhmässä. (Kåver & Nilsonne, 2002).

Terapian toisessa vaiheessa tavoitteena on asiakkaan kokeman trauman läpityöskentely ja hyväksyminen, syyllisyyden vähentäminen sekä luopuminen itsensä mitätöinnistä. Terapian myöhemmässä vaiheessa tavoitteena on itsekunnioituksen lisääminen ja mielekkään elämän saavuttaminen.(Kåver & Nilsonne, 2002). Seuraavaksi esitellään funktionaalis-analyyttisen psykoterapian lähtökohtia, yhteistä hyväksymis- ja omistautumisterapian kanssa sille on ainakin käyttäytymis-analyyttinen perusta, keskittyminen nykyhetkeen sekä pragmaattinen totuuskäsitys /funktionaalisuus.

Funktionaalis-analyyttinen psykoterapia (FAP)

Funktionaalis – analyyttinen psykoterapia painottaa terapiasuhteen ja –tilanteen merkitystä asiakkaan ongelmakäyttäytymisen esiin saamisessa ja muokkaamisessa (Kåver & Nilsonne, 2002). Mikäli terapiatilanteessa tulee esiin sellaista ongelmallista käyttäytymistä, mikä aiheuttaa ongelmia myös muissa sosiaalisissa suhteissa, terapeutilla on tilaisuus vaikuttaa niihin suoraan. FAP:ssa terapeutin tehtävä on tarkkailla jatkuvasti asiakkaan käyttäytymistä ja tehdä oletuksia asiakkaan kannalta ongelmallisesta käyttäytymisestä. Ongelmia aiheuttaa esimerkiksi asiakkaan taipumus voimakkaisiin tunnereaktioihin, pyrkimys miellyttää terapeuttia olemalla koko ajan samaa mieltä hänen kanssaan, tai kyvyttömyys nähdä vaihtoehtoja.(Lappalainen, R., 1999.) FAP-terapeutti siis soveltaa käyttäytymis-analyysia asiakkaan ongelmakäyttäytymiseen tavallaan ”tässä ja nyt”.

Kun ongelmakäyttäytymistä ilmenee terapiatilanteessa terapeutilla ja asiakkaalla on mahdollisuus ”reaaliajassa” pohtia sitä yhdessä asiakkaan kanssa. Tällainen keskustelu voi antaa uutta tietoa esimerkiksi käyttäytymistä edeltävistä tekijöistä, samalla kun voidaan pohtia mihin muutokseen asiakas olisi valmis. Muutoksia voidaan myös testata terapiatilanteessa. Terapiasuhteen jatkuessa terapeutti kiinnittää huomionsa asiakkaan ongelmallisen käyttäytymisen muutokseen ja antaa asiakkaan edistymisestä positiivista palautetta, mikä suuntaa asiakkaan huomiota omiin vahvuuksiin ja vähentää keskustelua negatiivisista asioista.(Lappalainen, 1999.)

FAP- terapiatilanne ja ympäristö on suunniteltava sellaiseksi että se lisää todennäköisyyttä asiakkaan ongelmallisen käyttäytymisen havaitsemiseen (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, Guerrero, 2004). Terapeutin tulee tiedostaa mikä tilanteessa aiheuttaa kyseistä käyttäytymistä, tehdä oletuksia ja tarkistaa niiden oikeellisuus keskustelemalla avoimesti asiakkaan kanssa (Lappalainen, 1999). Terapeutti sekä reagoi asiakkaan käyttäytymisen muutokseen ja antaa palautetta siitä jatkuvasti terapiasuhteen aikana, että opettaa asiakasta havaitsemaan ja kuvaamaan käyttäytymistään funktionaalisesta näkökulmasta. Toisin sanoen tuomaan esiin koko tapahtumaketjun, käyttäytymistä

edeltäneestä ympäristön tapahtumista, itse käyttäytymisen, kuten ajatusten ja tunteiden, kuvailuun sekä niiden seurauksiin. (Hays, 2004.)

Aikaisempaa tutkimusta hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuudesta

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tehokkuutta on tutkittu useissa pienimuotoisissa tutkimuksissa, etenkin Yhdysvalloissa, jossa terapiaa on sovellettu pisimpään. Ensimmäinen esiteltävä tutkimus on Strosahlin, Hayesin, Bergan ja Romanon tutkimus vuodelta 1998, tutkimuksessa selvitettiin terapeuteille annetun ACT- terapiakoulutuksen vaikutusta hoitotulokseen. Tutkimukseen osallistui 18 kokenutta, samassa avohoitoyksikössä toimivaa psykoterapeuttia. Yksikön terapeuttien kolme yleisimmin käyttämää hoitomuotoa olivat ratkaisukeskeinen-, kognitiivis – behavioraalinen - ja narratiivinen terapia. Koeryhmä, johon kuului 8 terapeuttia, sai vuoden kestävän ACT-koulutuksen. Loput kymmenen terapeuttia toimivat kontrolliryhmänä, heille ei annettu mitään lisäkoulutusta. Koulutuksen alkuun kuului 5-päivän intensiivinen työpajatyöskentely vaihe, joissa mm. opeteltiin ACT-menetelmiä, seurattiin terapiaistuntoja ja keskusteltiin niistä. Alkuvaiheen jälkeen koulutus jatkui työnohjausryhmässä kerran kuussa. (Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998.)

Koulutusjakson jälkeen terapeutit saivat käyttää oppimiaan taitoja vapaasti, eikä niitä raportoitu mitenkään. Kummankin terapeuttiryhmän hoitotulokset mitattiin alku- ja loppumittauksin, ennen koulutusjaksoa ja sen jälkeen. Hoitotulosta arvioitiin kolmella (Likert- asteikollisella) itsearviointi – mittarilla, ensimmäiseksi arvioitiin ongelmien vakavuutta, ”severy index”, toiseksi kykyä tulla toimeen ongelmiansa kanssa ”coping index” ja kolmanneksi sitä missä määrin asiakkaat pystyivät hyväksymään ongelmaansa ja siihen liittyvät henkilökohtaiset reaktionsa, ”acceptance index”. (Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998.)

Tutkimuksen tulokseksi saatiin että ACT- koulutuksella ei ollut vaikutusta siihen kuinka vakaviksi asiakkaat kokivat ongelmansa. Sen sijaan asiakkaiden arviot omasta kyvystään selviytyä ongelmansa kanssa ja hyväksyä siihen liittyvät tunteet yms. paranivat merkitsevästi enemmän ACT- koulutettujen terapeuttien ryhmässä. ACT- koulutettujen terapeuttien asiakkaista useimmat myös lopettivat terapiansa 5 kk:n seurantajakson kuluessa ja he olivat myös merkitsevästi useammin samaa mieltä terapeuttinsa kanssa terapian lopettamisesta. Tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä heikentää tosin jonkin verran se että asiakkaiden diagnooseista puuttuivat ”vakavammat” häiriöt, terapeutteja ei oltu satunnaistettu ja kontrolliryhmä ei saanut mitään lisäkoulutusta. (Strosahl, Hayes, Bergan & Romano, 1998.)

Toinen esiteltävä tutkimus on Bachin ja Hayesin tutkimus vuodelta 2002, siihen osallistui 80 psykiatrisen sairaalan potilasta jotka kaikki kärsivät psykoottisista oireista. Yleisimmät diagnoosit olivat skitsofrenia ja skitso – affetiivinen häiriö. Tutkimukseen osallistuvat potilaat oli jaettu kahteen 40 potilaan ryhmään, joista kontrolliryhmä sai sairaalan tavanomaista hoitoa ja koeryhmä 4 kertaa ACT-terapiaa tavanomaisen terapian lisäksi. ACT- terapiaistunnot kestivät n. 40 minuuttia kerrallaan ja niitä pidettiin 1 tai 2 viikossa. (Bach & Hayes, 2002.)

Ensimmäisessä istunnossa keskityttiin pelkästään harhojen havaitsemiseen, miettimättä sitä ovatko ne todellisia vai ei, sekä keskusteltiin potilaan aikaisemmista yrityksistä tulla toimeen harhojen kanssa. Esimerkkinä tässä vaiheessa käytetystä interventioista tutkimuksessa mainittiin ”Vie mielesi kävelyllä” harjoitus (ks. Lappalainen ym., 2004.) Toisessa istunnossa opeteltiin hyväksymään oireet, siitä huolimatta että ne tuntuisivat epämiellyttäviltä. Tässä vaiheessa terapiaa käytettiin mm. ”Valheenpaljastin” – metaforaa (ks. Lappalainen ym., 2004.) Kolmannessa istunnossa keskityttiin arvojen ja tavoitteiden määrittämiseen, sekä mietittiin keinoja miten selvittää harhojensa kanssa, sitten kun tavoitteet on saavutettu (monien tavoite oli itsenäinen asuminen). Neljännessä istunnossa kerrattiin aikaisempien kertojen asioita. (Bach & Hayes, 2002.)

Neljän kuukauden seurantajakson aikana ACT- ryhmän potilaista sairaalaan palanneita oli 50 % vähemmän kuin kontrolliryhmässä, ACT- potilaat raportoivat harhoista merkitsevästi enemmän, mutta vastaavasti uskoivat niihin merkitsevästi vähemmän kuin kontrolliryhmä. (Bach & Hayes, 2002.)

Kolmas esiteltävä tutkimus on edellisen tutkimuksen jatkotutkimus, Gaudiano, & Herbert, 2005. Kun koe- ja kontrolliryhmän potilaiden hoitotulosta vertailtiin heidän sairaalasta pääsemisensä aikoihin, ACT-ryhmän potilaiden lyhyen aikavälin hoitotulokset olivat parempia kun vertailtiin oireiden haittaavuutta, yleistä paranemista, sosiaalisuutta ja harhoihin liittyvän ahdistuksen määrää. Tämän lisäksi ACT-ryhmässä oli myös enemmän sellaisia potilaita joidenka oireet paranivat kliinisesti merkitsevästi. Neljän kuukauden seurantajakson aikana sairaalaan paluuluvut olivat alhaisempia ACT-ryhmässä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Vain ACT-ryhmässä harhoihin uskomisen vähentyi mikä taas vähentää tarvetta kontrolloida harhoja ja kontrollin tarpeesta johtuvaa ahdistusta joka puolestaan on yhteydessä harhojen esiintymistiheyteen. (Gaudiano & Herbert, 2005).

Neljänneksi esiteltävä tutkimus on Hayesin , Luoman, Bondin, Masudan ja Lillisin yhteenveto vuoteen 2005 mennessä julkaistuista hyväksymis- ja omistautumisterapiaa tai sen eri osia käsittelevistä tutkimuksista (Hayes ym., 2006). Lähestymistavan perustan kehittäminen on tutkijoiden mukaan vienyt paljon aikaa ja resursseja, joten kaikkia terapiaan liittyviä näkökohtia ei ole vielä ehditty

empiirisellä tutkimuksella todentamaan. Saadut tulokset tukevat kuitenkin tutkijoiden mukaan mallia laajasti ja vaikuttavat lupaavilta. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Tutkimuksia joissa käytettiin AAQ:ta, Acceptance and Action Questionnaire, liite 3, mittarina oli meta-analyysissä mukana 32, tutkittavia niissä oli yhteensä 6628. Kyseinen mittari on kehitetty kokoamalla yhteen erilaisia väitteitä jotka kuvastavat ACT-terapian kohteena olevaa kliinistä prosessia; ajatuksia, tunteita ja toimintaa. Lopputuloksena saatiin mittari joka mittaa yleistä psykologista joustavuutta, johon oleellisesti kuuluu kyky hyväksyntään. Kyseisissä tutkimuksissa käytettiin AAQ- mittarista kahta, 9- ja 16- kohtaista, yleisesti käytössä olevaa ja validoitua versiota. Lisäksi joissakin tutkimuksissa oli käytössä erityisesti kroonisesta kivusta kärsiville kehitetty versio samasta mittarista; Chronic Pain Acceptance Questionnaire. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Meta-analyysissä tutkittiin AAQ- pisteiden ja erilaisten elämänlaatuun liittyvien tekijöiden yhteyttä. Näitä olivat esim. masennus, ahdistuneisuus, post-traumaattinen stressireaktio, trichotillomania, kipu, työtehtävästä suoriutuminen, negatiiviset tunnereaktiot ja stressi. Koko aineisto tuotti 74 korrelaatiota AAQ pistemäärän ja erilaisten elämänlaatuun liittyvien tekijöiden välille. Painotettu vaikutuksen koko (effect size) edellä mainituissa yhteyksissä oli .42 (95% luottamusväli .41- .43). Tutkimuksen tuloksena saadaan siis kohtuullinen yhteys ACT-prosessin ja elämänlaadun välille yleisesti. Mikään korrelaatioista ei ollut negatiivinen, mikä tarkoittaa sitä että saadut korrelaatiot sopivat yhteen ACT-terapiamallin kanssa: suuri psykologinen joustavuus on yhteydessä parempaan elämänlaatuun. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Meta-analyysissä oli myös mukana kahdeksan tutkimusta jossa vertailtiin masennuksen, Beck Depression Inventory, liite 1, ja psyykkisen joustavuuden, (AAQ), välistä yhteyttä. Näissä tutkimuksissa keskimääräinen vaikutuksen koko oli .50 (95% luottamusväli: .46 –.54). Tutkimuksia joissa tutkittiin potilaan kokemien oireiden, Symptom Checklist-90-R, liite 2, ja psyykkisen joustavuuden (AAQ) yhteyttä, meta-analyysissä oli mukana kolme. Tutkimusten keskimääräinen korrelaatio oli .53 (95% luottamusväli: .47 - .58). (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Edellä mainittujen eri tutkimuksista koottujen tulosten perusteella, vaikuttaa tutkijoiden mukaan siltä että hyväksymis- ja omistautumisterapian malli toimii tavallista laajemmalla alueella. Tutkimuksissa on ollut mukana sosiaaliselta ja etniseltä taustaltaan hyvin erilaisia ihmisiä ja tutkittavien ongelmat ovat vaihdelleet eri tutkimuksissa vaikeusasteiltaan ja laajuudeltaan - työn suorittamiseen liittyvästä stressistä psykoottisiin oireisiin asti. Tulokset viittaisivat siihen että ACT

toimii erilaisten prosessien kautta kuin verrattavina olleet muut hoitomuodot, mukaan luettuna perinteinen kognitiivis-behavioraalisen terapia. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Viimeisenä esiteltävänä tutkimuksena on Skarpin ja Taubertin Tampereen yliopiston psykologian laitoksella 2005 valmistunut opinnäytetyö. Gradussaan he vertailivat HOT eli ACT- ja KKT-menetelmien (kognitiivinen käyttäytymisterapia) vaikuttavuutta, tutkimukseen osallistui 28 terapia-asiakasta ja 14 terapeuttia jotka olivat psykologian ammattiopintojen loppuvaiheen opiskelijoita. Asiakkaiden ongelmat olivat monimuotoisia esim. vuorovaikutussuhteiden ongelmia, masennusta, ahdistusta, itseluottamuksen puutetta, pelkoja ja jännitystä jne., suurimmalla osalla asiakkaista oli useita ongelmia saman aikaisesti. Useilla terapia-asiakkailla oli myös fyysisiä oireita, viidellä tutkittavalle oli aiemmin tehty masennus diagnoosi ja kolmella oli diagnosoitu persoonallisuushäiriö. (Skarp & Taubert, 2005)

Tutkimukseen osallistujat olivat hakeutuneet itsenäisesti terapiaan lehti-ilmoituksen perusteella. Ensimmäiseksi suoritettiin alkumittaus, jonka jälkeen heidät pairsattiin pareiksi iän ja sukupuolen mukaan. Tämän jälkeen kunkin parin kohdalla arvottiin tutkimusryhmät ja heitä hoitavat terapeutit. Kaikki terapeutit hoitivat kahta asiakasta yhtä ACT-menetelmillä ja toista KKT-menetelmillä. Molemmissa tutkimusryhmissä oli yhteensä 14 asiakasta, molempien ryhmien terapia aloitettiin käyttäytymisanalyysin tekemisellä ja terapian kesto molemmissa ryhmissä oli keskimäärin sama, n. 8 kertaa. (Skarp & Taubert, 2005)

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen että asiakkaiden masennus väheni molemmissa ryhmissä BDI depressiomittarilla arvioituna tilastollisesti merkitsevästi. Ryhmät eivät kuitenkaan eronneet masennuksen vähenemisen suhteen toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Asiakkaiden oireet vähenivät molemmissa ryhmissä myös SCL- mittarilla, mutta vain ACT - ryhmässä oireipisteet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. AAQ- mittarilla mitattuna asiakkaiden hyväksyntä lisääntyi ACT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi, KKT – ryhmässä erot hyväksynnän alku- ja loppumittausten välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Seurantamittauksessa kuuden kuukauden kuluttua ACT-ryhmässä saatiin tilastollisesti merkitsevä ero alkutilanteeseen kaikilla tutkimuksessa käytetyillä mittareilla, tutkijat selittävät tulosten paranemista terapian jälkeenkin sillä että hyväksyntä mahdollisesti lisääntyy ja levittäytyy eri elämänalueille vähitellen, pitkän ajan kuluessa. KKT ryhmässä tilastollisesti merkitseviä eroja ei enää ollut seurantamittauksessa alkutilanteeseen verrattuna. (Skarp & Taubert, 2005)

Yhteenvetona voidaan todeta että tällä hetkellä erityisesti ns. kolmanteen sukupolveen kuuluvia terapiamuotoja kehitetään ja tutkitaan paljon. Tutkimustulokset viittaavat siihen että hyväksymis- ja omistautumisterapialla pystytään auttamaan asiakasta. Erityisesti psykologinen joustavuus/ hyväksyntä näyttäisi olevan tärkeä osa paranemisprosessia.

Tutkimuksen lähtökohta

Tämä tutkimus on jatkoa J. Kuivalaisen Tampereen yliopiston psykologian laitoksella 2003 valmistuneelle pro gradu-tutkielmalle: ”ACT:n eli hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltuvuus yleissairaalapsykiatrian osastolle.” Kyseinen tutkimus toteutettiin TAYS yleissairaalapsykiatrian osastolla 9 A, siis samalla osastolla kuin käsillä oleva tutkimus, nykyään osasto toimii vain eri rakennuksessa ja eri nimellä. Tutkimukseen osallistui kolme ryhmää jotka kaikki osallistuivat osaston normaaliin toimintaan ja saivat tavanomaista osastohoitoa. Kaikki kolme ryhmää siis saivat osastohoitoon sisältyviä omahoitajakeskusteluja osaston normaalin käytännön mukaisesti. (Kuivalainen, 2006)

Tutkimusryhmän (”ACT”) potilaat saivat omistautumis- ja hyväksymisterapiaan perustuvia omahoitajakeskusteluja tutkimukseen osallistuvilta terapeuteilta. Vertailuryhmä (Ei- ACT) sai omahoitajakeskusteluja samoilta terapeuteilta, mutta niissä sovellettiin osastolla tavallisesti käytettyjä, lähinnä supportiiviseen terapiaan perustuvia menetelmiä. Kolmas ryhmä toimi kontrolliryhmänä, tämän ryhmän potilaat saivat omahoitajakeskusteluja osaston muulta henkilökunnalta. Tutkimukseen osallistui yhteensä 52 potilasta, tutkimusryhmään ja vertailuryhmään kuului molempiin 9 potilasta, kontrolliryhmään loput 38 potilasta. Tutkimuksesta jäi kuitenkin pois kaksi henkilöä molemmista ryhmistä, joten lopulta tutkimukseen osallistui, kontrolliryhmää lukuun ottamatta, 14 henkilöä. (Kuivalainen, 2003)

Tutkimuksen tulokset saatiin että ACT - hoitosuhdekeskustelut vähensivät potilaiden oireita yhtä hyvin kuin ACT- menetelmiä sisältämättömät keskustelut. ACT- ryhmässä pisteet laskivat BDI - ja SCL - mittareilla vertailuryhmää enemmän, mutta erot ryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tutkimukseen osallistumisella sinänsä näytti olevan positiivinen vaikutus oireiden vähenemiseen, sillä molempien ryhmien BDI - ja SCL- pisteet laskivat enemmän kuin tutkimukseen osallistumattomilla potilailla. Verrattaessa tyytyväisyysarviointeja hoidon ensimmäisen ja viimeisen viiden päivän osalta, ACT-ryhmässä saatiin tilastollisesti merkitsevä ero, vertailuryhmässä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. ACT- ryhmän tulokset saatiin keskimäärin 3,6 päivää lyhyemmällä

hoidolla, hoitoaikojen erot ryhmien välillä eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. (Kuivalainen, 2003.)

Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää:

1. Näkyykö hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltaminen yleisairaалapsykiatrian osastolla hoitotuloksessa?
2. Tapahtuuko hyväksynnässä muutosta osastohoidon aikana ja onko sillä yhteyttä hoitotulokseen?
3. Mitkä ovat terapeuttien kokemukset ACT- menetelmän soveltamisesta osastolla, mitä uutta ACT-menetelmän soveltaminen tuo terapiatyöskentelyyn? Mitä ongelmia ilmenee?

MENETELMÄT

Tutkimuspaikka

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan yleissairaалapsykiatrian osastolla YSP1. Yleissairaалapsykiatrianosasto on akuutti avo-osasto, joka toimii TAYS: n alueella sijaitsevassa Z 3 – talossa. Osastolle hakeudutaan hoitoon hyvin monenlaisten ongelmien vuoksi, usein taustalla on erilaisia ihmissuhteisiin, jaksamiseen tai päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Osaston erikoisosaamisalueena ovat syömishäiriöhäiriöistä, somaattisista sairauksista, synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden psykiatrinen hoito. (Kuivalainen, Pulkkinen, Lehtonen, & Lappalainen, 2002).

Osaston vakinaiseen henkilökuntaan kuuluu ja potilaiden hoitoon osallistuu lääkäri ja erikoistuva lääkäri, sairaanhoitajat, laitosapulaisia, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja psykologi. Tämän lisäksi potilaiden hoitoon osallistuvat lääketieteen ja sairaanhoidon opiskelijat sekä psykologiharjoittelija. Potilaat tulevat osastolle pääasiassa lääkärin läheteellä, lähettäviä tahoja ovat esimerkiksi terveyskeskus, mielenterveyskeskus, YTHS (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö) sekä TAYS :n muut osastot tai ensiapu. Kun potilas saapuu osastolle hänelle nimetään omahoitaja. Hoito alkaa tulohaastattelulla johon osallistuu lääkärin lisäksi hoitaja (omahoitaja mikäli mahdollista). Tulohaastattelussa tehdään alustavaa suunnitelmaa potilaan hoidon sisällöstä ja pituudesta. Normaali osastohoito sisältää hoitoneuvottelut, hoitosuhdekeskustelut eli ns. omahoitajakeskustelut, pari- ja perhetapaamiset sekä loppukeskustelut. Normaaliin osastohoitoon kuuluu myös lääkärin tapaamiset ja lääkehoito, sosiaalityöntekijän tapaaminen, fysioterapeutin palvelut ja mahdolliset hoitosopimukset. Osa hoitoa on myös eläminen hoitoyhteisössä sen sääntöjen mukaan, säännöt koskevat esimerkiksi

nukkuma- ja ruokailuaikoja, lääkkeidenottoa, liikkumista ja osallistumista osaston toimintaan. Hoidossa keskeisenä elementtinä onkin yhteisöllisyys ja edellisten lisäksi normaaliin osastohoitoon sisältyy erilaisiin ryhmiin osallistumista.

Keskusteluryhmä kokoontuu hoitajan johdolla kaksi kertaa viikossa (ma ja pe) tunnin ajan ja siihen osallistuvat kaikki osaston potilaat. Ryhmässä keskustellaan potilaita kiinnostavista aiheista vapaasti, hoidollista näkökulmaa unohtamatta. Tämän lisäksi potilailla on mahdollisuus osallistua rentoutusryhmään ja toiminnalliseen ryhmään. Rentoutusryhmä kokoontuu fysioterapeutin vetämänä kaksi kertaa viikossa (30 min./kerta). Toiminnallinen ryhmä kokoontuu psykologin ja fysioterapeutin vetämänä kerran viikossa tunnin ajan. Sen tavoitteena on tarjota potilaalle uusi näkökulma oman kehon ja sen toiminnan kautta. Päihderyhmä kokoontuu hoitajan vetämänä n. kerran viikossa, ryhmässä käsitellään päihteiden ongelmakäyttöön liittyviä kysymyksiä kuten juomisen vaikutuksia ja vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Tutkimushenkilöt ja asetelma

Tutkimukseen osallistui (poisjäätien jälkeen) 22 YSP1:n potilasta. Tutkimuksen kaikki potilaat osallistuivat osaston normaaliin toimintaan hoidon aikana. Tutkimukseen osallistuneet potilaat jakautuivat kahteen eri ryhmään: ACT -ryhmä ja vertailuryhmä. ACT –ryhmään kuului 12 potilasta he saivat ACT –periaatteisiin perustuvia omahoitajakeskusteluja tutkimukseen osallistuneilta terapeuteilta. Vertailuryhmään kuului 10 potilasta ja he saivat hoitosuhdekeskusteluja samoilta terapeuteilta, erona ACT -ryhmään oli että tässä ryhmässä sovellettiin osastolla normaalisti hoitosuhdekeskusteluissa käytettyjä, pääasiassa supportiiviseen terapiaan perustuvia menetelmiä.

Tutkimusta varten perustettiin lisäksi kaksi uutta ryhmää joita psykologiharjoittelija veti. ACT -hoitokeskusteluja saaneet potilaat osallistuivat ns. metafora-ryhmään jossa sovellettiin ACT –menetelmiä (Lappalainen ym.,2004, 127-143). Pääasiassa ryhmässä luettiin metaforia ja keskusteltiin niistä, esim. siitä miten ryhmään osallistujat olivat metaforat ymmärtäneet ja miten ne voisivat liittyä heidän omaan elämäntilanteeseensa. Lisäksi ryhmässä tehtiin tarkkailija- ja en pysty tekemään –harjoitukset (ks. Lappalainen ym., 2004) Vertailuryhmän potilaat osallistuivat ns. ongelmanratkaisuryhmään, ryhmässä sovellettiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaa ongelmanratkaisu-menetelmää (Lehtonen.& Lappalainen, 2005, 30-33)

Potilaat jaettiin terapeuteille osaston normaalin käytännön mukaan, uuden potilaan sai aina se hoitaja jolla ”oli tilaa”. Käytännössä tutkimukseen osallistuvilla terapeuteilla oli yhtä aikaa tai peräkkäin hoidossa kaksi omaa potilasta. Tutkimusasetelma on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1: Tutkimusasetelma

Satunnaistettu jako ryhmiin	Tutkimusryhmä (ACT)	Normaali osastohoito	ACT - menetelmän mukaiset hoitosuhdekeskustelut (ACT – käsikirja)	Metaforaryhmä
	Vertailuryhmä	Normaali osastohoito	Osastolla tavallisesti sovelletun menetelmän mukaiset hoitosuhdekeskustelut (Vertailuryhmän käsikirja)	Ongelmanratkaisuryhmä

Taulukosta 2 nähdään tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatiedot. Kummassakin ryhmässä oli naisenemmistö, ACT - ryhmässä kahdeksan kahdestatoista ja Ei- ACT – ryhmässä kahdeksan kymmenestä, olivat naisia. Ikäjakauma ryhmien välillä oli epätasainen, ACT - ryhmä oli keskimäärin 14 vuotta nuorempi kuin Ei- ACT - ryhmä. Myös siviilisäädyn osalta ryhmät olivat epätasaisesti jakautuneet ACT - ryhmässä enemmistö oli yksineläviä (75 %) kun taas Ei- ACT –ryhmässä enemmistö eli avo- tai avioliitossa (60 %). Molemmissa ryhmissä oli neljä sellaista henkilöä jotka olivat aikaisemmin olleet psykiatrisessa hoidossa. Aikaisemman hoidon pituus oli kuitenkin epätasaisesti jakautunut ryhmien välille. Ei- ACT - ryhmän keskimääräinen hoitokokemus oli pituudeltaan lähes kaksinkertainen ACT –ryhmään verrattuna. Edellä mainitut erot ryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä paitsi iän kohdalla (riippumattomien ryhmien t-testi, $t(20) = 1,025$, $p < ,011$, Mann -Whitney, $p < ,011$)

Taulukko 2. Tutkimushenkilöiden taustatietoja

	ACT		Vertailuryhmä	
Naisia	8		8	
Miehiä	4		2	
Iän keskiarvo (-hajonta)	30,92	(10, 80)	45,00	(12,92)
Parisuhteessa	3		6	
Yksin elävä	9		4	
Ollut aikaisemmin psykiatrisessa hoidossa	4		4	
Aikaisemman hoidon kesto kk:na (keskiarvo ja -hajonta)	1,74	(1,02)	3,31	(2,56)

Tutkimushenkilöiden diagnoosit on esitetty taulukossa 3. Diagnoosikuvaukset noudattavat ICD-10 luokituksia, diagnoosi tehtiin osastolla tulohaastattelun perusteella. Jos diagnooseja oli useita, valittiin se diagnoosi minkä lääkäri oli kirjoittanut ensimmäiseksi, ts. pitänyt potilaan nykytilanteessa olennaisempaan. Tutkimukseen osallistuneitten yleisin diagnoosi oli masennus. Diagnoosit jakautuivat varsin tasaisesti ryhmien välille.

Taulukko 3. *Tutkimukseen osallistuneiden diagnoosit tutkimusryhmittäin*

Diagnoosi	ACT	Vertailuryhmä
Masennus	8	8
Alkoholiongelmat	1	0
Persoonallisuushäiriöt	1	1
Psykoottinen häiriö	1	0
Traumaperäinen stressireaktio	1	0
Syömishäiriö		0
Yhteensä	12	9

Tutkimukseen osallistumisesta kieltäytyi yksi potilas ja kaksi potilasta jäi pois siitä hoidon keskeytymisen vuoksi. Lisäksi yhdeltä vertailuryhmään kuuluvalta potilaalta puutui alkumittaus sekä itsearviointilomakkeen (liite 4) että AAQ – mittarin osalta (liite 3). ACT -ryhmässä oli siis ko. mittareilla tehdyissä analyyseissä mukana 12 henkilöä ja vertailuryhmässä 9 henkilöä.

Arviointimenetelmät

Tutkimuksessa käytettiin masennuksen ja erilaisten oireiden mittaamenetelmänä osastolla yleisesti käytössä olevia BDI- depressiomittaria (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) ja SCL –90 oirekyselyä (Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998), liitteet 1 ja 2. SCL-90 kartoittaa psyykkisten oireiden lisäksi monia yleiseen terveydentilaan liittyviä oireita. Yleistä psyykkistä sopeutumiskykyä mitattiin AAQ- mittarilla (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino, Polusny, Dykstra, Batten, Bergan, Stewart, Zvolensky, Eifert, Bond, Forsyth, Karekla ja McCurry, 2004e), mittarin suomenkielinen, Martti T. Tuomiston, versio liitteenä 3.

Lisäksi arviointimenetelmänä oli Kuivalaisen tutkimuksessaan käyttämä itsearviointilomake jonka tarkoituksena on kattaa BDI:n ja SCL:n ulkopuolelle jääviä alueita (Kuivalainen,2003). Itsearviointilomakkeen kysymyksillä selvitetään potilaan omia kokemuksia hänen nykyisessä elämäntilanteessaan. Esimerkiksi sitä kuinka ahdistunut tai tyytyväinen henkilö on ollut viimeisen viikon aikana. Tutkittavat merkitsivät arvionsa 10 cm:n pituiselle portaattomille janoille jonka ääripäät olivat määritelty sanallisesti esim. ”en ollenkaan” ja ”hyvin ahdistunut”. Myös taustatietojen

keräämistä ja hoitosuhdekeskustelujen arviointia varten oli omat lomakkeensa (Kuivalainen, 2003). Edellä mainitut kaavakkeet on laadittu osaston psykologin kanssa yhteistyössä ja esitettäväksi 12: sta osaston potilaalla Kuivalaisen tutkimuksen yhteydessä. Itsearviointi - ja hoitosuhdekeskustelu - lomakkeiden tulokset mitattiin mm:n tarkkuudella ts. mittareiden ”pisteet” ovat janojen millimetrejä (visuaalinen analogia-asteikko). Lisäksi tutkittavat saivat täytettäväkseen tyytyväisyyspäiväkirjan, niitä saatiin takaisin kuitenkin niin vähän, ACT - ryhmästä 3 ja vertailuryhmästä 4, ettei niihin perustuen ole mahdollista tehdä luotettavia vertailuja ryhmien välillä.

Myös hoidon pituus eli hoitopäivien lukumäärä oli yksi arviointikeino. Hoidon pituudesta päättivät tutkimusryhmän ulkopuoliset osaston lääkärit neuvoteltuaan asiasta potilaan ja tämän omahoitajan kanssa. Lääkärit eivät tieneet mihin ryhmään potilaat kuuluivat. Hoito lopetettiin kun potilaan tila arvioitiin siinä määrin parantuneeksi että hän oli kykenevä huolehtimaan itsestään avohoidon tuella.

Tutkimukseen osallistuvat terapeutit merkitsivät ylös jokaisen hoitosuhdekeskustelun jälkeen mitä menetelmiä potilaan kanssa oli käytetty. Tarkoitusta varten oli laadittu kumpaakin terapiamuotoa varten oma menetelmäpäiväkirja-lomake josta terapeutti rasti kullakin kerralla käyttämänsä menetelmät. Molemmissa lomakkeissa oli myös kohta ”muu, mikä?” johon terapeutit merkitsivät jos heillä oli muita huomioita keskustelusta, käsikirjaan kuulumattomia menetelmiä tai esim. perhe – ja paritapaamisia.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen tiedot kerättiin helmi – syyskuussa 2005. Tutkimukseen sisältyneet omahoitajakeskustelut toteuttivat kolme psykiatrista sairaanhoitajaa sekä psykologiharjoittelija joka myös toimi tutkimukseen kuuluneiden metafora ja ongelmanratkaisuryhmien vetäjänä. Terapeuteille tarjottiin työnohjausta 2 viikon välein, johon heillä oli mahdollisuus osallistua työvuorosta riippuen. Työnohjauksessa kerrattiin ACT-menetelmiä ja sovellettiin niitä ajankohtaisiin potilastapauksiin. Tutkimuksen kulku oli seuraava, kun potilaat tulivat osastolle heille annettiin täytettäväksi 9 lomaketta (taulukko 4).

Taulukko 4. *Hoidon alussa potilaan täytettäväksi annetut lomakkeet*

Hoidon alussa potilaan täytettäväksi annetut lomakkeet:
Tutkimustiedote osaston potilaille
Suostumus tutkimukseen osallistumisesta
Taustatietolomake
BDI – depressiomittari (liite 1)
SCL – 90 oirekysely (liite 2)
AAQ-8 eli psyykkistä sopeutumiskykyä/hyväksyntää mittaava kysely (liite 3)
Itsearviointilomake (liite 4)
Tyytyväisyyspäiväkirja
AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

Terapeutit arpoivat ennen ensimmäistä hoitosuhdekeskustelua kumpaan ryhmään potilas tulisi. Seuraava samalle terapeutille tuleva potilas sijoitettiin automaattisesti siihen ryhmään joka ei ensimmäisellä kerralla tullut valituksi. Kolmannen potilaan sijoittuminen jompaankumpaan ryhmään ratkaistiin taas arpomalla jne.

Omahoitajakeskusteluissa sovellettiin ACT tai vertailuryhmän-käsikirjaa, keskusteluissa käytetyt menetelmät kirjattiin ylös menetelmäpäiväkirjoihin. Viimeisen hoitosuhdekeskustelun jälkeen potilasta pyydettiin palauttamaan tyytyväisyyspäivä-kirja ja hänelle annettiin seuraavat lomakkeet: BDI – depressiomittari, SCL – 90 oirekysely, AAQ – 8, itsearviointilomake ja hoitosuhdekeskustelujen arviointilomake.

Hoitomenetelmät

Vertailuryhmään kuuluneita potilaita pyrittiin hoitamaan osaston tavanomaisen hoitokäytännön mukaan, tämän lisäksi vertailuryhmään kuuluneet potilaat osallistuivat tutkimusta varten perustettuun ongelmanratkaisuryhmään. Ongelmanratkaisuryhmä oli avoin myös tutkimuksen ulkopuolisille osaston potilaille. Vertailuryhmän omahoitajakeskustelut perustuivat menetelmä- käsikirjaan, joka oli

kehitetty Kuivalaisen tutkimusta varten (Kuivalainen, 2003). Käsikirja koottiin aikoinaan siten että ensin laadittiin lista osastolla mahdollisesti käytettävistä interventioista joka palautekaavakkeen kanssa jaettiin henkilökunnalle. Saadun palautteen perusteella lista vastasi varsin kattavasti osastolla käytettyjä menetelmiä joten siihen tehtiin vain vähäisiä muutoksia. Käsikirjan alkuun liitettiin tuolloin (Kuivalainen, 2003.)

Taulukosta 5 nähdään kuinka monta kertaa terapeutit käyttivät kutakin interventiomenetelmää vertailuryhmässä. Selvästi eniten käytetty interventio oli supportiivinen keskustelu (n. 36 %) toiseksi yleisemmäksi menetelmäksi osoittautui tulevaisuuteen suuntautunut keskustelu (n. 20 %) ja kolmanneksi yleisin oli tiedon antaminen (n. 14 %)

Taulukko5. *Terapeuttien ilmoittamat ei –ACT –menetelmien käyttökerrat hoitosuhdekeskusteluissa*

Ei- ACT -menetelmä	käyttökerrat
Supportiivinen keskustelu	64
Konfrontaatio	18
Tiedon antaminen	25
Tulevaisuuteen suuntautunut keskustelu	36
Ratkaisukeskeiset interventiot	10
Yleisesti kontaktin luomiseen ja ylläpitoon liittyvät tekniikat	14
Muu	10
Yhteensä	177

ACT –ryhmän hoitosuhdekeskustelut perustuivat ACT - käsikirjaan joka koottiin Lappalaisen ym. teoksen *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä – pohjalta*. Taulukosta 5 nähdään kuinka monta kertaa terapeutit käyttivät kutakin ACT – interventiomenetelmää. Eniten käytetty ACT – menetelmä hoitosuhdekeskustelussa on arvoihin liittyvä työskentely (n. 21 %), toiseksi eniten keskusteltiin hallinnasta ja hyväksymisestä sekä selvitettiin tavoitteita (n. 13 %). Vähiten käytetty menetelmä oli tietoisuusharjoitukset joita terapeutit eivät menetelmäpäiväkirjojen mukaan käyttäneet kertaakaan terapian aikana.

Taulukko 5. *Terapeuttien ilmoittamat ACT - menetelmien käyttökerrat hoitosuhdekeskusteluissa*

ACT -menetelmä	käyttökerrat
Tavoitteiden selventäminen	24
Muutos- ja ratkaisuyritysten kartoittaminen	15
Arvoihin liittyvä työskentely	40
Keskustelu hallinnasta ja hyväksymisestä	24
Käsitys itsestä -keskustelu	21
Metaforat	11
Tarkkailijaharjoitus	5
Tietoisuusharjoitukset	0
Kotitehtävät	13
Lomakkeet	11
Muut	26
Yhteensä	190

Tulosten analysointimenetelmät

Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin parametrisista testeistä t-testiä ja kovarianssianalyysiä ei-parametrisista testeistä oli käytössä Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney ja Wilcoxon. Lisäksi laskettiin korrelaatioita (Pearson). Testauksen pääkohteena olivat ACT- ja Ei- ACT ryhmien alku- ja loppumittausten erot seuraavilla mittareilla: BDI, SCL-90, AAQ-8 sekä itsearviointilomake.

TULOKSET

Uusien menetelmien vaikutus hoitotulokseen

Yhtenä hoidon tuloksellisuuden mittarina tutkimuksessa käytettiin hoitoaikaa ja hoitosuhdekeskustelujen määrää. Taulukosta 6, nähdään tutkimukseen osallistuneiden potilaiden hoitoaika osastolla ja hoitosuhdekeskustelujen määrä vaihteluväleinen. Hoitosuhdekeskusteluja oli ACT - ryhmässä keskimäärin kaksi enemmän potilasta kohden (9,58) kuin vertailuryhmässä (7,30). Hoitosuhdekeskustelujen määrä vaihteli potilaskohtaisesti, pienin keskustelujen määrä oli kolme, suurin 21. Vertailuryhmässä oli kaksi sellaista potilasta joilla oli ainoastaan kolme hoitosuhdekeskustelua, ACT - ryhmässä tällaisia potilaita oli yksi (hän ei omien sanojensa mukaan halunnut keskustella). Erot hoitoajan pituudessa ja hoitosuhdekeskustelujen määrässä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Hoitoaika riippumattomien ryhmien t-testi $t(20) = 1,659$, $p < .113$,

hoitosuhdekeskustelujen määrä $t(20) 1,007$, $p < .326$ ja Mann - Whitney, hoitoaika $Z = -1,620$, $p < .105$, hoitosuhdekeskustelujen määrä $Z = -1,159$, $p < .254$)

Taulukko 6. *Potilaiden hoitoaika ja hoitosuhdekeskustelujen määrä vaihteluväleineen.*

YSP1	ACT - ryhmä	Ei - ACT
Hoitoaika vrk:na (keskiarvo ja –hajonta)	31,58 (12,96)	23,20 (10,21)
Hoitoajan vaihteluväli	15 - 53	10 - 42
Hoitosuhdekeskusteluja (keskiarvo ja - hajonta)	9,58 (5,92)	7,30 (4,42)
Hoitosuhdekeskustelujen määrän vaihteluväli	3 - 21	3-15

Toisena hoidon tuloksellisuuden mittarina tutkimuksessa oli alku- ja loppumittausten erot ryhmien sisällä. Taulukosta 7 nähdään ryhmien alku- ja loppumittausten keskiarvot ja –hajonnat BDI, SCL-90 ja AAQ-8- mittareilla. Alku- ja loppumittausten erot olivat tilastollisesti merkitseviä molemmissa ryhmissä BDI - ja SCL – 90 mittareilla. (BDI alku- ja loppupistemäärien ero oli Wilcoxonilla testattuna, ACT: $Z = -2,670$, $p < .008$ ja Ei – ACT: $Z = -2,599$, $p < .009$. SCL alku- ja loppupistemäärien ero, ACT: $Z = -2,197$, $p < .028$ ja Ei – ACT: $Z = -2,701$, $p < .007$). Sen sijaan psyykkistä joustavuutta/hyväksyntää mittaavan AAQ-8 kyselyn alku- ja loppupistemäärät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi kummassakaan ryhmässä.

Taulukko 7. *ACT - ja vertailuryhmän alku- ja loppumittausten keskiarvot ja – hajonnat BDI- , SCL- AAQ-mittareilla.*

Mittari	ACT		Ei – ACT	
	alkumittaus M (SD)	loppumittaus M (SD)	alkumittaus M (SD)	loppumittaus M (SD)
BDI (masennus)	32,25 (9,28)	22,25 (11,18)*	25,20 (12,07)	14,60 (8,63)*
SCL-90 (oirekysely)	187,83 (59,96)	137,0 (66,03)*	141,00 (71,62)	78,70 (42,98)*
AAQ-8 (hyväksyntä)	26,25 (7,69)	28,75 (8,54)	31,30 (10,92)	33,90 (11,70)

**Alku- ja loppumittauksen välillä tilastollisesti merkitsevä ero*

Myös itsearviointilomakkeen yksittäisten kysymysten alku- ja loppumittausten keskiarvoja vertailtiin (taulukko 8). Itsearviointilomakkeen alku- loppumittausten välillä tilastollisesti merkitsevät erot (Wilcoxonilla testattuna) olivat ACT- ryhmässä seuraavissa kohdissa: ”Kuinka ahdistunut olet ollut viimeisen viikon aikana?” ($Z = -2,824$, $p < .005$), ”Kuinka tyytyväinen olet ollut itseesi viim. viikon aikana?” ($Z = -2,118$, $p < .034$), ”Kuinka paljon koet nauttivasi elämästäsi tällä hetkellä?” ($Z = -2,433$, $p < .015$) ja ”Kuinka paljon saat tyydytystä ihmissuhteistasi tällä hetkellä?” ($Z = -2,936$, $p < .003$). Vertailuryhmässä tilastollisesti merkitsevä ero oli ainoastaan kysymyksen 2 kohdalla; ” Kuinka tyytyväinen olet ollut itseesi viim. viikon aikana?”, ($Z = -2,429$, $p < .015$).

Taulukko 8. *Itsearviointilomakkeen eri kysymysten alku- ja loppumittausten keskiarvot ryhmittäin*

Arvioitava asia	ACT		Vertailuryhmä	
	alkumittaus M (SD)	loppumittaus M (SD)	alkumittaus M (SD)	loppumittaus M (SD)
1.Ahdistuneisuus	8,15 (1,64)	4,55 (2,87)*	7,70 (1,72)	4,61 (3,70)
2.Tyytyväisyys itsen	2,03 (2,16)	4,30 (2,40)*	2,00 (1,95)	4,28 (3,12)*
3.Tulevaisuuden näkymät	2,57 (2,75)	4,62 (2,15)	2,44 (2,06)	3,76 (2,58)
4.Elämästä nauttiminen	1,68 (1,61)	3,76 (2,51)*	3,10 (2,76)	4,16 (2,65)
5.Ihmissuhteiden tuottama tyydytys	2,70 (2,02)	5,04 (2,85)*	4,76 (2,64)	5,22 (2,46)
6.Elämän tavoitteiden selvyys	3,68 (3,35)	4,28 (2,87)	3,76 (2,78)	4,71 (2,99)

* *Alku- ja loppumittauksen välillä tilastollisesti merkitsevä ero*

Seuraavaksi vertailtiin hoidon tuloksellisuutta ryhmien välillä. Sitä varten laskettiin muutosluvut BDI, SCL-90 ja AAQ – mittareille, ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. BDI - ja AAQ-8 mittareilla muutosluvut olivat lähes yhtä suuret ACT – ja vertailuryhmissä, SCL-90- oirekyselyn muutosluku oli vertailuryhmässä keskimäärin 11,47 pistettä suurempi kuin ACT - ryhmässä.

Myöskään itsearviointilomakkeen yksittäisille kysymyksille/väittämille lasketut muutosluvut eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi ryhmien välillä, lukuun ottamatta kysymystä 5, ”kuinka paljon saat tyydytystä ihmissuhteistasi tällä hetkellä?” ACT ryhmän tyytyväisyys ihmissuhteisiin kasvoi hoidon aikana tilastollisesti merkitsevästi enemmän verrattuna Ei-ACT ryhmään. (Mann Whitney, $Z = -2,114$, $p < .035$). Ero ei kuitenkaan ollut enää tilastollisesti merkitsevä kovarianssianalyysillä testattaessa, kun ryhmien lähtötaso-erojen vaikutus poistettiin keskiarvotarkastelusta, käyttämällä alkumittausta kovarianttina. Ryhmien väliset vertailut suoritettiin myös BDI, SCL-90 ja AAQ mittareilla siten että iän ja lähtötason vaikutus poistettiin kovarianssianalyysiä käyttäen. Ryhmien välille ei kuitenkaan saatu tilastollisesti merkitsevää eroa.

Hoitosuhdekeskustelujen arviointilomakkeen kysymysten 1 ja 5-10 keskiarvot ja –hajonnat näkyvät taulukosta 9. Suurimmat erot ryhmien välillä ovat kysymysten ” omahoitaja puhui ..(liikaa - liian vähän)” ja ” haluaisin samanlaisia keskusteluja lisää” kohdalla. ”Omahoitaja puhui ...”-kysymyksessä ideaali vastaus olisi 5, ACT - ryhmässä oltiin keskimäärin enemmän sitä mieltä että omahoitaja puhui liikaa (4,31) kun taas vertailuryhmässä oltiin enemmän sitä mieltä että hoitaja puhui liian vähän (5,73), ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä (Mann- Whitney, $Z = -2,623$, $p <$

.009). ACT - ryhmän potilaat myös näyttäisivät haluavan jatkaa samanlaisia keskusteluja keskimäärin enemmän (8,12) kuin Ei- ACT – ryhmän potilaat (6,68), ero ei kuitenkaan ollut ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 10. Potilaiden hoitosuhdekeskustelu- arviointien keskiarvot ryhmittäin

Arvioitava asia	ACT		Vertailur.	
	M	(SD)	M	(SD)
Raportoitu hyöty hoitosuhdekeskusteluissa	7,07	(1,79)	6,00	(3,85)
Kuulluksi tuleminen hoitosuhdekeskusteluissa	7,84	(1,85)	8,50	(2,28)
Ymmärretyksi tuleminen hoitosuhdekeskusteluissa	7,17	(2,68)	8,28	(2,23)
Omahoitajan ammattitaitoisuus	7,74	(2,14)	8,52	(2,46)
Miten miellyttävänä/epämiellyttävänä hoitosuhdekesk. koettiin	7,90	(1,46)	8,10	(2,12)
Haluaisin samanlaisia keskusteluja lisää	8,12	(2,42)	6,68	(3,87)
Oma hoitajan puhuminen (liikaa - liian vähän)	4,31	(1,11)*	5,73	(1,47)*

* Tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä

Seuraavaksi tutkittiin alussa mitatun hyväksynnän yhteyttä muihin alkumittauksiin (Pearsonin korrelaatiokerroin). Alussa mitattu hyväksyntä on yhteydessä sekä masennuspisteisiin, BDI ($r = -.652$, $p < .001$) että oirepisteisiin, SCL-90 ($r = -.771$, $p < .001$). Alussa mitatun hyväksynnän ja itsearviointilomakkeen eri kysymysten välillä oli tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot seuraavien kysymysten kohdalla: ”Kuinka näet omat tulevaisuuden näkymäsi tällä hetkellä?” ($r = .601$, $p < .004$), ”Kuinka paljon koet nauttivasi elämästäsi tällä hetkellä?” ($r = .487$, $p < .025$), ”Kuinka paljon saat tyydytystä ihmissuhteistasi tällä hetkellä?” ($r = .550$, $p < .010$), ”Tavoitteeni ovat elämässä minulle...epäselvät -selvät” ($r = .509$, $p < .018$).

Tämän jälkeen tutkimukseen osallistuneet potilaat jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella oliko hyväksyntä lisääntynyt (ryhmä 1) vai pysynyt ennallaan/vähentynyt hoidon aikana (ryhmä 2). Niitä joiden hyväksyntä oli kasvanut hoidon aikana oli 12, puolet heistä kuului ACT - ryhmään ja puolet Ei- ACT - ryhmään. Potilaita joiden hyväksyntä oli pysynyt ennallaan/vähentynyt oli 10. Ryhmässä jossa hyväksyntä oli kasvanut BDI - ja SCL-90- mittareiden alku- ja loppumittausten erot olivat tilastollisesti merkitsevät Wilcoxonilla testattuna, (BDI: $z = -3,062$, $p < .002$, SCL-90 : $z = -3,059$, $p < .002$). Ryhmässä jossa hyväksyntä oli pysynyt ennallaan tai vähentynyt ero ko. mittareiden alku ja loppupistemäärien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Wilcoxon, BDI: $z = -1,836$, $p < .066$, SCL-90: $z = -1,478$, $p < .139$). Edellä mainittujen ryhmien alku- ja loppumittausten erotuksen keskiarvot ja hajonnat BDI ja SCL-90 mittareilla on esitetty taulukossa 11. Erot ryhmien 1 ja 2 välillä olivat tilastollisesti merkitseviä kovarianssianalyysillä testattaessa sekä BDI- ($F = 7,968$ (1), $p < .011$) että SCL- mittareilla ($F = 5,931$ (1), $p < .025$).

Taulukko 11. *BDI- ja SCL- alku- ja loppumittauksen keskiarvot ja hajonnat hyväksyntämuutoksen mukaan muodostetuissa ryhmissä 1 ja 2.*

Mittari	Ryhmä 1, hyväksyntä kasvaa		Ryhmä 2, hyväksyntä ei muutu/ pienenee	
	alkumittaus M (SD)	loppumittaus M (SD)	alkumittaus M (SD)	loppumittaus M (SD)
BDI	31,50 (10,75)	16,17 (11,21)*	26,10 (11,05)	21,90 (9,45)
SCL-90	179,08 (61,89)	96,75 (64,63)*	151,50 (75,57)	127,0 (59,81)

*Tilastollisesti merkitsevä ero

Myös itsearviointilomakkeen yksittäisten väittämien alku- ja loppupistemäärien erotus testattiin Wilcoxonilla, ryhmässä 1, jossa hyväksyntä oli kasvanut ero oli tilastollisesti merkitsevä kaikkien muiden paitsi kysymyksen 6, “tavoitteeni elämässä ovat minulle epäselvät/selvät”, kohdalla (taulukko 12). Ryhmässä 2, jossa hyväksyntä oli pysynyt ennallaan tai vähentynyt ero alku ja loppumittauksen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä minkään kysymyksen kohdalla.

Taulukko 12. *Itsearviointilomakkeen kysymysten alku- ja loppumittausten tilastollisesti merkitsevät erot ryhmässä 1 (eli ryhmässä jossa hyväksyntä on kasvanut).*

Itsearviointilomakkeen kysymykset	Alussa M (SD)	Lopussa M (SD)	Erojen tilastollinen merkitsevyys, (Wilcoxon)
1. Ahdistuneisuus	8,28 (1,30)	3,30 (2,87)	$z = -2,930$ $p < .004$
2. Tyytyväisyys itseän	2,15 (1,88)	5,26 (2,72)	$z = -2,903$ $p < .004$
3. Tulevaisuuden näkymät	2,31 (1,91)	4,83 (2,57)	$z = -2,433$ $p < .015$
4 Elämästä nauttiminen	2,38 (2,44)	4,64 (2,50)	$z = -2,473$ $p < .013$
5. Ihmissuhteiden tuottama tyydytys	3,72 (2,58)	5,56 (2,57)	$z = -2,275$ $p < .023$

Lopuksi tutkittiin sitä ovatko alussa mitatut itsearvioinnit yhteydessä masennus- ja oirepisteisiin (Pearson). Kaikki lomakkeen kysymykset korreloivat tilastollisesti merkitsevästi masennuspisteisiin, taulukko 13.

Taulukko 13. *Alussa mitattujen itsearviointikysymysten ja masennuspisteiden (BDI) välinen korrelaatio*

Arviointilomakkeen kysymys	(Pearson)
1) ”Kuinka ahdistunut olet ollut viimeisen viikon aikana?”	$r = ,507, p < .016$
2) ”Kuinka tyytyväinen olet ollut itseesi viimeisen viikon aikana?”	$r = - ,476, p < = .025$
3) ”Kuinka näet omat tulevaisuuden näkymäsi tällä hetkellä?”	$r = - ,668, p < .001$
4) ”Kuinka paljon koet nauttivasi elämästäsi tällä hetkellä?”	$r = - ,512, p < = .015$
5) ”Kuinka paljon saat tyydytystä ihmissuhteistasi tällä hetkellä?”	$r = - ,491, p < .020$
6) ”Tavoitteeni ovat elämässä minulle... epäseltvät -selvät”	$r = - ,495, p < .019$

Alussa mitatut itsearvioinnit olivat yhteydessä myös oirepisteisiin tilastollisesti merkitsevästi lukuun ottamatta kohtaa 6, taulukko 14.

Taulukko 14. *Alussa mitattujen itsearviointien (lomake 2, liite 4) yhteys SCL-oiepisteisiin*

Itsearviointilomakkeen kysymys	(Pearson)
1) ”Kuinka ahdistunut olet ollut viimeisen viikon aikana?”	$r = ,548, p < .008$
2) ”Kuinka tyytyväinen olet ollut itseesi viimeisen viikon aikana?”	$r = - ,441, p < .040$
3) ”Kuinka näet omat tulevaisuuden näkymäsi tällä hetkellä?”	$r = - ,697, p < .001$
4) ”Kuinka paljon koet nauttivasi elämästäsi tällä hetkellä?”	$r = - ,555, p < .007$
5) ”Kuinka paljon saat tyydytystä ihmissuhteistasi tällä hetkellä?”	$r = - ,598, p > .003$

Terapeuttien kokemuksia

Tutkimukseen osallistui 4 terapeuttia, yksi terapeuteista suoritti psykologiharjoitteluaan osastolla, muut terapeutit työskentelivät psykiatrisena sairaanhoitajana osastolla, mistä työstä heillä kaikilla kolmella oli useiden vuosien työkokemus. Kellään terapeuteista ei ollut varsinaista terapiakoulutusta, kukaan terapeuteista ei myöskään itse ollut käynyt terapiassa. Kiinnostus terapiatyöskentelyyn yleensä vaihteli välillä 7,2 – 9,8 asteikolla 0-10, (ka. 8,9). Innostus juuri tätä tutkimusprojektia kohtaan vaihteli välillä 7,5- 9,5 (ka. 8,7). Arviot siitä kuinka hyvin terapeutit kokivat hallitsevansa ACT:n menetelmät vaihtelivat välillä 3,0 – 5,2 (ka. 4,2).

Ennako-odotukset terapioiden vaikuttavuudesta olivat erilaisia, kahden terapeutin odotukset terapiaa kohtaan olivat heidän kertomansa mukaan ”suuret tai yli-innokkaat”, yhden terapeutin

ennakko-odotusten mukaan terapiat ”vaikuttivat käyttökelpoisilta” ja yksi kertoi ettei hänellä ollut erityisempiä ennakko-odotuksia. Myös ongelmia osattiin odottaa, pelättiin sitä että potilaat eivät hyötyisi tämälntyyppisestä hoidosta kun heidän ongelmansa ovat niin vaikeita tai ettei ACT -terapia ehdi vaikuttaa osastohoidon aikana kun se on niin lyhyt ja intensiivinen. Toisaalta mietittiin sitä voiko terapian soveltaminen osasto-olosuhteissa (erilaisine häiriötekijöineen) olla niin johdonmukaista ja pitkäjännitteistä kuin sen pitäisi olla. Lisäksi yksi terapeutti epäili oliko uusi menetelmä itsellä vielä ”niin hanskassa” että osaisi soveltaa sitä hyödyllisellä tavalla.

Osastohoitomallin ja ACT-terapian yhteensovittamisessa ilmeni joitakin ongelmia, yhden terapeutin kokemuksen perusteella ACT-terapiaa oli vaikea saada nivottua muuhun hoitoon ja se jäi ”jotenkin irralliseksi”. Toinen terapeutti kokee ongelmaksi sen että henkilökunnalla on niin erilaiset teoreettiset viitekehykset, ”Esimerkiksi kun ACT- terapiassa keskitytään nykyhetkeen ja siihen miten voi omilla valinnoillaan vaikuttaa hyvinvointiinsa, joku toinen saattaa korostaa potilaalle samaan aikaan häiriön syyn selvittämisen tärkeyttä, lapsuuden kokemusten läpikäymistä.”

Myös vuorotyö ja potilaiden eri pituiset hoitajaksot vaikeuttivat hoidon pitkäjänteisyyttä ja loogisuutta terapeuttien mukaan, samoin se että hoitosuhdekeskustelujen yhteydessä on osastolla totuttu hoitamaan myös potilaan käytännön asioita ja tämä vei aikaa varsinaiselta terapiatyöltä. Yhden terapeutin kokemuksen mukaan jotkut potilaat pitivät ACT-terapiaa liian vaikeana, kyseinen terapeutti kuitenkin arvelee tämän johtuneen pikemminkin omasta epävarmuudesta menetelmän soveltamisessa kuin itse menetelmästä.

Tutkimuksen käytännön toteuttamisessa ilmeni terapeuttien mukaan ongelmia liittyen osaston yhteisöllisyyteen joka toimii yhden terapeutin sanoin ”niin hyvässä kuin pahassa”. Osasto-olosuhteet asettavat omat haasteensa tutkimuksen tekemiselle, kun potilaat voivat, avohoidosta poiketen, keskustella saamastaan terapiasta keskenään. Hoitoja on vaikeampi pitää erillisinä, muutosvistarintaa esiintyy kun osa potilaista saa vielä ”vanhaa” hoitoa tai potilaista voi tuntua siltä että toiset saavat parempaa hoitoa ja halutaan että kaikki saisivat samanlaista terapiaa.

Kaksi terapeuttia pitivät ongelmana sitä että eivät saaneet syvempää perehdyttämistä ACT – terapiaan, he kokivat etteivät osanneet hyödyntää ACT: ä tarpeeksi ja/tai ACT:n soveltaminen jäi vain osittaiseksi/irralliseksi yksittäisten ”työkalujen” käytöksi. (Kaikki terapeutit eivät ehtineet saamaan yhtä paljon koulutusta tutkimuksessa käytettäviin menetelmiin, sairaslomien ja työaikojen epäsäännöllisyyden vuoksi). Lisäksi yksi terapeutti olisi kaivannut selkeämpiä ohjeita siihen mitä menetelmiä vertailuryhmän- terapiassa saa käyttää ja mitä ei.

Ongelmaksi muodostui terapeuttien mukaan myös se että joidenkin potilaiden kohdalla hoitosuhdekeskusteluja oli, eri syistä, liian vähän. Osalla potilaista hoitajakso kokonaisuudessaan oli lyhyt, osa kieltäytyi hoitosuhdekeskusteluista (menetelmästä riippumatta) ja joidenkin terapiaa ei päässyt vauhtiin vieroitushoidon vuoksi.

Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää sitä mitä uutta ACT-menetelmän soveltaminen on tuonut hoitotyöhön terapeuttien kokemuksen mukaan. Yksi terapeuteista kuvaa kokemustaan näin: ”Olen pitänyt siitä ajatuksesta ettei etsitä syitä ja selityksiä, asiakasta voi auttaa vaikkei asioiden taustoja käydä perinpohjin läpi. Myös sen olen huomannut että arvojen käsittely on erittäin tärkeää.” Terapeutit kertoivat tutustuneensa ACT:n kautta uusiin menetelmiin, kaikki terapeutit mainitsivat erityisesti arvokartoituksen joka yhden terapeutin sanoin ”...on tullut rutiininomaiseksi työkaluksi.”

Kaikki tutkimukseen osallistuivat terapeutit uskoivat siihen että he voivat ACT:n menetelmien avulla auttaa asiakasta. Kysymykseen siitä kumpi menetelmä (ACT/ vertailuryhmän saama) on tehokkaampi, 2 terapeuttia vastasi että ACT, toisen mielestä ko. menetelmä on tehokkaampi ”koska se on monipuolisempi, siinä ei välttämättä yritetä poistaa ongelmia, vaan tarjotaan välineitä muutokseen ja hyväksyntään, ”eikä märehditä niin paljon menneitä”. Toinen ACT:ä parempana pitänyt terapeutti korostaa omaan elämään liittyvien arvojen, suunnan ja konkreettisten tavoitteiden asettamisen tärkeyttä. Erityisesti arvojenkartoitusta hän pitää tärkeänä - ”siitä seuraava oivallus auttaa löytämään suunnan elämälle ja huomaamaan sen että voi itse valinnoillaan vaikuttaa omaan vointiinsa.”

Kaksi terapeuttia eivät osanneet sanoa kumpi menetelmä olisi parempi, toinen terapeuteista sanoi toivovansa että ”osaisi poimia parhaat elementit kummastakin”. Toinen terapeutti taas oli sitä mieltä että hoidon tehokkuus riippuu potilaasta ja hänen ongelmiansa laadusta. Tämä terapeutti piti erityisesti nuoria naisia ACT-hoitoon soveltavana. Sellaiset potilaat joilla on runsaasti aikaisempaa terapiakokemusta ovat ko. terapeutin oman kokemuksen mukaan haluttomia omaksumaan ACT:n uudenlaista lähestymistapaa. Kyseinen terapeutti koki että ns. hoitomallipotilaiden, erityisesti syömishäiriöpotilaiden, kohdalla ACT:n soveltaminen on vaikeaa koska osasto-olosuhteissa potilaalle ei ole mahdollisuus antaa aikaa niin paljon kuin terapian ja hoitomallin läpiviemiseen yhdessä menisi.

Kaikki terapeutit olivat sitä mieltä että menetelmänä ACT sopii osastohoitoon jossakin muodossa ja he kaikki myös kertoivat aikovansa soveltaa menetelmää jossakin muodossa/laajuudessa myös tulevaisuudessa. Kaikki terapeutit suhtautuivat kuitenkin jossain määrin varauksellisesti ACT soveltamiseen jatkossa. Yksi terapeutti piti terapiaa tietyiltä osin, erityisesti arvokartoituksen osalta käyttökelpoisena, hänen mielestään kuitenkin hoitokausien pituus on liian lyhyt ACT:n soveltamiseen laajemmin. Toinen terapeutti taas oli sitä mieltä että jos ACT:ä alettaisiin soveltaa laajemmin osastolla,

tiettyjä käytäntöjä tulisi muuttaa, esim. pitää hoitosuhdekeskustelut ja käytännön asioiden hoitaminen täysin erillään. Hänen kokemuksensa mukaan osastolla oli kuitenkin potilaita ”joille tapahtui muutosta aika pienellä panostuksella”. Kolmas terapeutti oli sitä mieltä että ACT sopii osastolle ”soveltuvin osin, yhtenä työkaluna lisää pakissa”, neljännen terapeutin mielestä terapian soveltuvuus riippuu potilaasta, terapeutin mielestä menetelmä sopii esim. päihdepotilaille hyvin.

POHDINTA

Tämä tutkimus on jatkoa J. Kuivalaisen (2003) tutkimukselle jossa selvitettiin hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltuvuutta yleissairaalapsykiatrian osastolle. Käsillä olevan tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää näkyykö hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltaminen yleissairaalapsykiatrian osastolla hoitotuloksessa, tapahtuuko hyväksynnässä muutosta hoitojakson aikana ja mikä on sen yhteys hoitotulokseen. Lisäksi haluttiin saada tietoa siitä miten terapeutit olivat kokeneet uuden terapiamenetelmän soveltamisen osastolla.

Tutkimukseen osallistujat satunnaistettiin kahteen ryhmään, koeryhmään ACT ja vertailuryhmään. ACT-ryhmään kuuluvat potilaat saivat hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvia omahoitajakeskusteluja tutkimukseen osallistuneilta terapeuteilta, vertailuryhmä puolestaan sai osastolla tavallisesti käytettyjä, lähinnä supportiiviseen terapiaan perustuvia hoitosuhdekeskusteluja samoilta terapeuteilta. Tämän lisäksi potilaat osallistuivat tutkimusta varten perustettuihin ryhmiin, ACT-potilaat metafora-ryhmään ja vertailuryhmän potilaat ongelmanratkaisuryhmään. Masennusta ja erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita mittaamaan tutkimuksessa valittiin BDI- sekä SCL-90 –mittarit, jotka molemmat ovat yleisesti tunnettuja ja laajalti käytössä. Yleistä psyykkistä sopeutumiskykyä/hyväksyntää mittaamaan tutkimuksessa käytettiin Hayesin työryhmineen kehittämän AAQ-8 mittarin suomenkielistä versiota. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin J. Kuivalaisen tutkimuksen yhteydessä kehitettyä itsearviointilomaketta jonka tarkoituksena oli kattaa edellä mainittujen mittareiden ulkopuolelle jääviä alueita. Tämän lisäksi potilaiden täytettäväksi jaettiin hoitosuhdekeskustelujen arviointilomakkeet sekä tyytyväisyyspäiväkirjat mutta jälkimmäisiä saatiin takaisin niin vähän ettei niiden perusteella voinut tehdä luotettavia päätelmiä.

Terapioiden päätyttyä voitiin selvästi todeta että molemmat ryhmät olivat hyötäneet annetusta hoidosta, sekä BDI- että SCL-pisteet laskivat molemmissa ryhmissä tilastollisesti merkitsevästi alkutilanteeseen verrattuna. Ryhmien välille tilastollisesti merkitseviä eroja ei kuitenkaan saatu eli masentuneisuus ja koetut oireet vähenivät samalla tavalla molemmissa ryhmissä. Psyykkistä joustavuutta/hyväksyntää mittaavalla AAQ- mittarilla ei myöskään saatu tilastollisesti merkitseviä eroja alku- ja loppumittauksen välille. Tulos oli yllättävä siinä mielessä että Skarpin ja Taubertin

(2005) tutkimuksessa asiakkaiden hyväksyntä lisääntyi ACT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi, vertailuryhmässä erot hyväksynnän alku- ja loppumittausten välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. On vaikea sanoa miksi eroja hyväksynnässä ryhmien välillä ei tullut näkyviin tässä tutkimuksessa, ACT-menetelmien käyttökertoja terapioiden aikana on ko. tutkimuksissa keskimäärin yhtä paljon joten sekään ei näyttäisi selittävän eroa tuloksissa. Toisaalta osaston potilaat kärsivät vaikeammista ongelmista kuin avohoidon asiakkaat jolloin tarvitaan mahdollisesti enemmän aikaa siihen että hyväksyntämuutos näkyy AAQ-mittarilla. Osasto-olosuhteissa myös tavoitteiden muuttuminen teoksi voi viedä enemmän aikaa siitä syystä että potilaat ovat erossa normaalista arkiympäristöstään. Yksi selittävä tekijä voi olla myös yhteisöllisyys, ts. terapiota on osasto-olosuhteissa vaikea pitää erillisinä kun potilaat keskustelevat saamastaan hoidosta keskenään ja muutosvastarintaa esiintyy. On myös mahdollista että ACT-menetelmien soveltaminen hoitosuhdekeskusteluissa ja metafora-ryhmässä jää niin pieneksi osaksi osaston kokonaisuhoitoa että tilastollisesti merkitseviä eroja on mahdotonta saada esiin.

Itsearviointilomakkeen kysymysten alku- ja loppumittausten välinen ero ACT-ryhmässä oli tilastollisesti merkitsevä neljän kysymyksen kohdalla; ahdistuneisuus väheni ja tyytyväisyys itseen, elämästä nauttiminen sekä ihmissuhteiden tuottama tyydytys kasvoi hoidon aikana. Vertailuryhmässä ainoastaan elämästä nauttiminen kasvoi tilastollisesti merkitsevästi. Tulos näyttäisi tukevan sitä Hayesin ym. (2006) meta-analyysistään vetämää päätelmää että ACT-terapiassa muutokset ovat kohdistuvat laajemmille elämäalueille kuin tutkimuksen kohteena olleissa muissa terapioiden.

Kun tutkimukseen osallistujat jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella oliko hyväksyntä lisääntynyt hoidon aikana vai pysynyt ennallaan/pienentynyt, ryhmässä jossa hyväksyntä oli kasvanut saatiin tilastollisesti merkitsevä ero alku- ja loppumittausten välille sekä BDI – että SCL- mittareilla, erot ryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä kovarianssianalyysillä testattaessa. Eli hyväksyntämuutos oli yhteydessä parempaan hoitotulokseen. Tulos tukee sitä ns. kolmannen aallon terapioiden yhteistä ja Hayesin ym. meta-analyysissään todentamaa käsitystä että psykologinen joustavuus/hyväksyntä on yhteydessä parempaan elämänlaatuun.

Terapeuttien kokemuksen mukaan ACT:n ja osastohoidon yhteensovittaminen ei ollut aivan ongelmaton. Ongelmista suurin osa liittyi kuitenkin muuhun kuin sovellettavaan menetelmään itseensä, se että uuden terapiamuodon soveltamiseen liittyy tutkimus asettaa aina omat haasteensa kun käytettyjä menetelmiä ja olosuhteita täytyy rajoittaa ja kontrolloida. Yhden terapeutin kokemuksen mukaan jotkut potilaat pitivät ACT-menetelmää liian vaikeana, ko. terapeutti kuitenkin arveli sen johtuvan kuitenkin enemmänkin omasta epävarmuudesta terapian soveltamisessa kuin itse terapiasta. Jatkossa olisikin tärkeä kiinnittää huomiota siihen että koulutusta ja työnohjausta tarjotaan riittävästi

erityisesti silloin kun kysymyksessä on näin erilaisen ja uuden lähestymistavan opetteleminen kuin ACT. Yksi terapeutti oli sitä mieltä että paljon terapiakokemusta omaavat potilaat ovat haluttomia omaksumaan uudenlaista lähestymistapaa, toisen terapeutin mielestä taas osastonhoitojakso on liian lyhyt terapian laajemmalle soveltamiselle. Kaikki terapeutit aikoivat käyttää ACT-menetelmiä jatkossakin ainakin jossain määrin, erityisesti arvojen kartoitusta pidettiin tärkeänä.

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat sitä aikaisemmasta tutkimuksesta tehtyä päätelmää että ACT-terapian vaikutus näyttäisi ulottuvan laajemmalle alueelle potilaan elämäntilanteessa kuin vertailtavana olevan terapian. Tämä ”vaikutuksen laajeneminen” on merkittävää erityisesti psykiatristen potilaiden kohdalla joille on usein kasaantunut psyykkisten ongelmien lisäksi somaattisia vaivoja ja taloudellisia/sosiaalisia ongelmia. Tämän tutkimuksen tulos vahvistaa myös sitä aiempaan tutkimukseen perustuvaa käsitystä että hyväksyntä on yhteydessä parempaan elämänlaatuun ja hoitotulokseen. Kun hyväksyy asiat joille ei voi tehdä mitään, vapautuu paljon energiaa. Ei tarvitse turhaan murehtia ja yrittää kontrolloida asioita jotka eivät ole ohjailtavissa kielellisesti. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat myös sitä Kuivalaisen (2003) tutkimuksestaan tekemää päätelmää että ACT-terapia soveltuu yleissairaalapsykiatrian osastolle. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia sitä miten uuden terapiamenetelmän soveltaminen ”vanhan” rinnalla vaikuttaa hoitotulokseen pitemmällä aika välillä.

LÄHTEET

Bach, P. & Hayes, S., C. The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 1129-1139.

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

Clark D., Ball S., & Pape D., (1991), An Experimental investigation of thought suppression, *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253-257.

Gaudiano, B., A. & Herbert, J. D., (2005) Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy. Pilot results, *Behaviour Research and Therapy*, 1-22.

Gold D. B. & Wegner D. M., 1995, Origins of ruminative thought: Trauma , incompleteness, nondisclosure and suppression, *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245-1261.

Hayes, S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. (1999) *Acceptance and Commitment Therapy, an Experiential approach to behaviour change*, New York, Guildford Press.

Hayes, S., C., Batten, S. V.(2000) Acceptance and Commitment Therapy. *European psychotherapy*, 1, 2-9.

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

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001) (Eds.) *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

- Hayes, S. C., Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies (2004) *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998) Finnish validation study of SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N., Chydenius, E. (2001) *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki Duodecim.
- Kuivalainen, J. (2003) *ACT. n eli hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltuvuus yleissairaala - psykiatrian osastolle*. Tampereen yliopisto. Psykologian pro gradu-työ.
- Kuivalainen, J. & Lappalainen, R. (2003) Suhdekehysteoria ja muu hyväksymis- ja omistautumisterapian teoreettinen tausta. *Käyttäytymisanalyysi ja terapia*, 3-4, 7-17.
- Kuivalainen, J., Pulkkinen, P., Lehtonen, T. & Lappalainen, R. (2002) Hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltuvuus yleissairaalapsykiatrian osastolle. *Käyttäytymisanalyysi ja -terapia*, 1-2, 7-21.
- Lappalainen, R. (1999) *Funktionaalinen-analyttinen psykoterapia (FAP)* <http://www.kansalaistalo.fi/sky/Sky3-99.htm>
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., Afari, N., McCurry, S.M. (2004) *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön hoitotyössä. Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT) a clinical manual*. 2. painos. Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos. SKT :n julkaisusarja: Hoitomenetelmien julkaisuja nro: 3.1. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Lehtonen, T. & Lappalainen, R. (2005) *Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Skarp, E. & Taubert, E. (2005) *Nuoret terapeutit haasteen edessä: Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia opiskelijaterapeuttien asiakastyössä ja koulutuksessa*. Tampereen yliopisto, Psykologian laitos <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00712.pdf>
- Tuomisto, M. T., Lappalainen, R. & Timonen T. E. (1998) *Funktionaalisen käyttäytymisanalyysin perusteet*. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.

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

Wegner D. M., Schneider, D.,J., Knutson B. & McMahon S. R., (1991), Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression on minds environment. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 141-151.

Wegner D. M. & Zanakos S. I., (1994) Chronic thought suppression, *Journal of Personality and Social Psychology* , 62, 615-640.

LIITTEET

Liite 1 (1/3)

Nro _____

BDI-Beckin depressioasteikko

Nimi _____

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

Päiväys ___/___/___

1	0 En ole surullinen. 1 Olen surullinen. 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialastani 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 enkä usko asioiden tässä paranevan.
3	0 En tunne epäonnistuneeni. 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset. 2 Menneisyydestäni 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 mitään. 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt 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 teen niin. 2 Haluaisin tappaa itseni. 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

- 10 0 En itke tavallista enempää.
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
2 Itken nykyisin aina.
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.
- 11 0 En ole nyt sen ärtynempi kuin yleensäkin.
1 Ärsyyntyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivoivat 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 kohtaan ovat miltei kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
- 13 0 Pysyn 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 ulkoäkköni ei ole muuttanut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehätävältä.
2 Ulkonäkökseni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani rumi.
- 15 0 Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suoritettava pakotteita itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
- 16 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, enkä pääse uudelleen uneen.
- 17 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
2 Väsyn lähes tyhjästä.
3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään.
- 18 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
- 19 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.

Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoni työmällä vähemmän.
Kyllä _____ Ei _____

Liite 1 (3/3)

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

Etunimi _____ Lomakkeen täytönpvm. _____

SCL-90-OIREKYSELYLOMAKE

TÄYTTÖOHJEET

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

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

Vastatkaa jokaiseen kysymykseen
Merkitkää vain yksi kohta kustakin kysymyksestä.

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

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

	3				
<u>MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT</u>	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittain paljon
44. Unensaantivaikeudet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
45. Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä tekee	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
46. Vaikeus tehdä päätöksiä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
47. Se että pelkääte matkustaa bussissa, metrossa tai junassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
48. 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 peloittavat Teitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
51. Muisti- tai ajatuskatkot	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
52. Puutuminen tai pistely jossakin ruumiinosassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
53. Palantunne kurkussa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
54. Toivotomuus tulevaisuuden suhteen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
55. Keskittymisvaikeudet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
56. Heikkouden tunne jossain ruumiinosassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
57. Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
58. Painon tunne käsissä tai jaloissa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
59. Ajatukset kuolemasta tai kuolemisesta	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
60. Ylensyöminen	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
61. Vaikeus kuulla 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, lauleminen tai peseminen)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
66. Levoton ja katkonainen uni	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
67. Pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
68. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
69. Häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

4

MISSÄ MÄÄRIN TEITÄ ON VIIMEISEN VIIKON AIKANA VAIVANNUT	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	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 punkat	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
73. Epämukavuuden tunne ollessanne ihmisten keskellä, esim. kaupoissa tai elokuvissa tms.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
74. Joutuminen usein väittelyihin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
75. Hermostuneisuus jäädessänne yksin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
76. Tunne etteivät toiset anna tarpeeksi saavutuksilenne					
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olette toisten seurassa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
79. Arvottomuuden tunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
80. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
81. Halu haataa tai heittää esineitä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
82. Pelko, että pyörtyisitte yleisellä paikalla	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
83. Tunne, että ihmiset yrittävät hyötyä kustannuksellanne, jos annatte siihen tilaisuuden	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
84. Seksuaalisuutta koskevat, häiritsevät asiat	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
85. Ajatus, että Teitä pitäisi rangaista synneistä	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
86. Tunne, että Teitä painostetaan tekemään tehtävänne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
87. Tunne, että jotakin on vakavasti vialla ruumis- sanne	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
88. Tunne, etette koskaan ole ollut läheinen kenenkään kanssa	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
89. Syyllisyydentunteet	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
90. Tunne, että "päissännne on jotain vikaa"	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Tarkistaissitteko vielä ystävällisesti, että olette muistanut vastata jokaiseen kysymykseen.

KIITOS VAIVANÄÖSTÄ

Nimi: _____

Täytöspäivämäärä: _____

AAQ-8

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

Ei koskaan
pidä
paikkaansa

Pitää aina
paikkansa

Jatkan yleensä elämäni tavalliseen tapaan enkä painiskele murheideni tai onnetoman oloni kanssa

1 2 3 4 5 6 7

Vaikka joskus olenkin epävarma pystyn yleensä suunnittelemaan tekemiseni ja tekemään niin kuin olen suunnitellut

1 2 3 4 5 6 7

En pelkää tunteitani

1 2 3 4 5 6 7

Elämäni on hallinnassa

1 2 3 4 5 6 7

Vaikka kyllästynkin johonkin tehtävään pystyn silti tekemään sen loppuun

1 2 3 4 5 6 7

En pysty huolehtimaan velvollisuuksistani, kun olen masentunut tai ahdistunut

1 2 3 4 5 6 7

Murehdin harvoim sinä, 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

