

HARJOITUSTEN JA METAFORIEN KÄYTTÖ HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIASSA

- **Terapeuttien ominaisuuksien yhteydet harjoitusten ja metaforien määrään**

Jasmin Kurkaa-Kivelä
Satu Koponen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Toukokuu 2014

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

KURKAA-KIVELÄ, JASMIN & KOPONEN, SATU: Harjoitusten ja metaforien käyttö hyväksymis- ja omistautumisterapiassa. Terapeuttien ominaisuuksien yhteydet harjoitusten ja metaforien määrään.

Pro gradu -tutkielma, 31 s., 3 liites.

Ohjaaja: Raimo Lappalainen

Psykologia

Toukokuu 2014

Masennuksesta kärsii tilastojen mukaan vuosittain noin 5 % suomalaisista, joista useimmat eivät hae aktiivisesti hoitoa. Masennus aiheuttaa psyykkistä ja fyysistä kärsimystä ja heikentää toimintakykyä. Tyypillisiä hoitomuotoja ovat psykoterapia ja lääkitys. Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) kuuluu kolmannen aallon psykoterapioihin, ja se on todettu toimivaksi hoitomuodoksi erilaisiin psyykkisiin häiriöihin. Terapiasuuntauksen päätavoite on harjoitusten ja metaforien avulla lisätä asiakkaan psykologista joustavuutta, joka edistää hyväksyntää ja arvojen mukaisen elämän toteutumista, lisää tietoisuutta läsnäoloa ja heikentää kielellistä kontrollia.

Tutkimuksemme selvitettiin terapiaistunnoissa käytettyjen harjoitusten ja metaforien määrän yhteyttä terapeuttien ikään, työkokemukseen, psykologiseen joustavuuteen sekä terapiatyöskentelyyn liittyviin asenteisiin ja ennako-oletuksiin. Lisäksi tarkastelimme harjoitusten ja metaforien määrän sekä terapeuttien psykologisen joustavuuden yhteyttä hoitotulokseen.

Tutkimusaineistomme koostui koeryhmästä (n=60) ja sitä hoitaneista terapeuteista (n=39). Terapeutit olivat Jyväskylän yliopiston psykologian opiskelijoita. Koeryhmä osallistui kuuden kerran HOT -lyhytinterventioon masennuksen vuoksi. Hoitotuloksen arvioinnissa on käytetty masennuksen ja psykologisen joustavuuden pistemääriä. Tilastollisina analyysimenetelminä on käytetty korrelaatiotestiä sekä riippumattomien otosten t-testiä.

Tutkimuksestamme selvisi, että terapeutit käyttivät istuntojen aikana melko vaihtelevassa määrin harjoituksia ja metaforia. Terapeuttien ominaisuuksilla (psykologinen joustavuus, ikä, työkokemus ja ennakoasenteet) ei ollut merkitseviä yhteyksiä harjoitusten ja metaforien määrälliseen käyttöön. Myöskään hoitotuloksella ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä harjoitusten ja metaforien määrään eikä terapeuttien psykologiseen joustavuuteen.

Käytännön terapiatyön ja -koulutuksen kannalta olisi aiheellista painottaa menetelmien käyttöä osuvasti ja harkiten. Johtopäätöksenä voimme todeta, että HOT:ssa ei ole oleellista keskittyä harjoitusten ja metaforien mahdollisimman runsaaseen käyttöön, vaan tärkeää on asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen sekä menetelmien laadullinen käyttö.

Avainsanat: harjoitukset, hyväksymis- ja omistautumisterapia, masennus, metaforat, opiskelijaterapeutit, psykologinen joustavuus

Sisällysluettelo

JOHDANTO	1
Depressio	1
Hyväksymis- ja omistautumisterapia	2
Psykologinen joustavuus	3
Harjoitukset ja metaforat	4
HOT:n vaikuttavuus	6
HOT depression hoidossa	7
Yhteenveto	8
Tutkimuskysymykset	9
MENETELMÄ	10
Tutkimuksen kulku	10
Tutkimushenkilöt	11
Kuvaus interventtiosta	13
Arviointi- ja mittausmenetelmät	15
Tilastolliset analyysit	16
TULOKSET	16
POHDINTA	24
LÄHTEET	28
LIITTEET	32

JOHDANTO

Depressio

Kun arjessa puhutaan masennuksesta, sillä yleensä tarkoitetaan ohimenevää, hetkellistä masentunutta ja alakuloista mielialaa. Masennustila (depressio) on oireyhtymä, joka on muuttunut hetkellisestä masentuneisuudesta vallitsevammaksi, pitkäkestoiseksi tunteeksi. Käypä hoito – suosituksen (2013) mukaan depressiota esiintyy vuosittain noin 5 %:lla suomalaisista. Perusterveydenhuollossa on arvioitu, että useimmat depressiosta kärsivät eivät hae aktiivisesti hoitoa, ja mitä vaikeammasta ja pitkäkestoisemmasta masennuksesta on kyse, sitä helpommin hoitoon hakeudutaan.

Käypä hoito – suosituksen (2013) mukaan depression ydinoireita ovat masentunut mieliala, väsyneisyys sekä kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen. Oireet voivat ilmetä sekä fyysisinä että psyykkisinä. Suomessa depression diagnosointiin käytetään useimmiten ICD-10-tautiluokitusta. Luokituksen mukaan oireiden on täytynyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja niiden tulee olla vaikeusasteeltaan kliinisesti merkittäviä. Diagnoosi myös edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta vähintään neljän tulee esiintyä. ICD-10-tautiluokituksessa depression vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan ja vaikeusasteet ryhmitellään lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida myös oiremittareiden, kuten Beckin depressioasteikon avulla. Lievässä masennuksessa henkilön toimintakyky on yleensä säilynyt ennallaan, mutta vallitseva mieliala on alakuloinen. Keskivaikeassa masennustilassa henkilön toimintakyky on jo selvästi heikentynyt, ja vaikeasta masennuksesta kärsivä tarvitsee usein apua päivittäisissä toiminnoissaan.

Depression tunnistamiseen on kehitetty useita seulontamenetelmiä. Käypä hoito - suosituksen (2013) mukaan seulonnasta on hyötyä silloin, kun siihen liittyy käyttökelpoinen hoitomalli, mahdollisuus konsultoida erikoislääkärinä ja hoidon tehoa seurataan systemaattisesti. Depression seulontaa suositellaan kohdistettavaksi niihin potilasryhmiin, joissa depressiota esiintyy keskimääräistä enemmän. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi sosiaalisesti moniongelmaiset, työuupumuksesta kärsivät tai terveystalveluja paljon käyttävät. Yleisesti käytettäviä seulontamenetelmiä ovat esimerkiksi depressioseula (DEPS), Beckin depressioasteikko (BDI) sekä kaksi depressioniin liittyvää kysymystä sisältävä Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders).

Käypä hoito – suosituksen (2013) mukaan depression hoidon kannalta on tärkeää erottaa masennustilat kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä sekä selvittää, etteivät oireet aiheudu somaattisesta sairaudesta tai päihteiden väärinkäytöstä. Erotusdiagnostiikassa tulee ottaa huomioon myös monihäiriöisyys, sillä esimerkiksi noin puolella depressiosta kärsivällä esiintyy ahdistuneisuushäiriöitä, jotka tulee huomioida hoitoa suunniteltaessa.

Käypä hoito – suosituksesta (2013) käy ilmi, että hoidossa voidaan käyttää psykoterapiaa, lääkitystä, sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiota (TMS). Hoitomuodon valinnassa huomioidaan hoidon saatavuuden lisäksi masennuksen vaikeusaste. Erilaiset psykoterapiat ja lääkehoito yhdessä ovat yleensä tehokkaita masennuksen hoidossa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT, engl. Acceptance and commitment therapy, ACT) on Steven Hayesin ja hänen työryhmänsä 1990-luvulla kehittämä terapiamuoto (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Terapian nimi ACT tulee sanoista accept, choose ja take action, mikä voidaan ilmaista suomeksi sanoilla hyväksy, omistaudu arvojesi mukaiseen elämään ja toimi arvojesi mukaan (Lappalainen ym., 2004). Hayesin (2004) mukaan HOT on kohtalaisen uusi, tieteelliseen näyttöön perustuva psykoterapiamenetelmä, joka on osa kognitiivisen käyttäytymisterapian kolmatta aaltoa. Sen teoreettinen tausta on funktionaalisessa kontekstualismissa ja suhdekehysteoriassa.

Funktionaalisen kontekstualismin ominaispiirteitä ovat keskittyminen kokonaisuuteen, kontekstin huomioiminen, pragmaattinen totuuskäsitys ja tavoitteiden asettaminen (Hayes ym. 1999). Hayes (2004) toteaa, että HOT:n filosofinen tausta näkyy sen tavassa tarkastella psykologisia häiriöitä kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon konteksti, jossa oireet ilmenevät. Terapiassa ei etsitä objektiivista totuutta, vaan totena pidetään sitä, mikä asiakkaan elämässä toimii. Ajatukset eivät itsessään ole oikeita tai vääriä, vaan kysymys on siitä, palvelevatko ne arvojen mukaista elämää (Ruiz, 2010). Suhdekehysteoriassa (engl. relational frame theory, RTF; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001) suhteiden johtaminen eri asioiden välillä nähdään opittuna käyttäytymisenä (Hayes, Fox, Gifford & Wilson, 2001). Sen mukaan ihmisen kielen ja kognition ytimessä on kyky oppia yhdistämään asioita ja tapahtumia toisiinsa silloinkin, kun niiden välillä ei ole varsinaista yhteyttä (Hayes, 2004). Lappalaisen ym. (2004) mukaan henkilö voi esimerkiksi oppia, että A liittyy tietyllä tavalla B:hen ja B

liittyy tietyllä tavalla C:hen, minkä seurauksena myös A:n ja C:n välille johdetaan yhteys. Kielellisten suhteiden avulla on näin mahdollista aktiivisesti siirtää merkityksiä näiden suhteiden muodostamassa verkossa. Tämä ilmiö voi vaikuttaa haitallisesti ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin esimerkiksi lisääntyneen itsekritiikin kautta.

Lappalainen ym. (2004) esittävät, että HOT:ssa inhimillinen kärsimys nähdään yleismaailmallisena. Hallitakseen ikäviä tunteita, ajatuksia ja muistoja ihminen pyrkii käyttämään kielellisiä ongelmanratkaisukeinoja. Selitysten luominen ja analysointi eivät kuitenkaan yleensä toimi, sillä sisäisiä tapahtumia on vaikea kontrolloida. Tämän seurauksena henkilö yrittää päästä niistä eroon, mitä kutsutaan kokemukselliseksi välttämiseksi. Ciarrochin, Bilichin ja Godsellin (2010) mukaan välttämiskäyttäytyminen, kuten liiallinen juominen tai sosiaalisten tilanteiden välttely, saattaa olla haitallista henkilön fyysiselle, emotionaaliselle ja psykologiselle hyvinvoinnille. Lisäksi se vahvistaa suhdekehyksiä ja epämiellyttäviä ajatuksia ja tunteita entisestään (Hayes, 2004).

Psykologinen joustavuus

Hayes, Luoma, Bond, Masuda ja Lillis (2006) esittävät psykopatologian juurien olevan psykologisessa joustamattomuudessa, johon liittyy muun muassa välttämiskäyttäytymistä ja mielen kontrollia. Heidän mukaansa terapian päätavoitteena on lisätä asiakkaan psykologista joustavuutta. Sillä viitataan ihmisen kykyyn olla kosketuksissa nykyhetkeen ja toimia tavalla, joka pitkällä tähtäimellä edistää arvojen mukaisen elämän toteutumista. Psykologinen joustavuus rakentuu kuuden terapeutin prosessin kautta. Prosessit ovat osittain päällekkäisiä ja yhteydessä toisiinsa, ja niitä voidaan tarkastella positiivisina psykologisina taitoina. Luoman ja Vilardagan (2013) mukaan HOT-menetelmien tehokas käyttö edellyttää myös terapeutilta psykologista joustavuutta. Seuraavaksi terapeutin prosesseja kuvataan hieman tarkemmin.

Hyväksyntä on vaihtoehto kokemukselliselle välttämiselle (Hayes ym., 2006). Tavoitteena on lisätä asiakkaan halukkuutta hyväksyä omat sisäiset kokemuksensa niiden välttämisen sijaan (Ciarrochi ym., 2010). *Mielen kontrollin heikentämisessä* (cognitive defusion) on kyse kielellisten prosessien heikentämisestä tai neutralisoinnista: asiakasta opetetaan näkemään ajatukset ja tunteet sellaisina kuin ne ovat sen sijaan, että niitä pidettäisiin heijastuksina

todellisuudesta (Hayes ym., 1999). Tarkoituksena ei ole muuttaa ajatuksia, vaan suhtautumistapaa niihin (Hayes ym., 2006). *Tietoisien läsnäolon* avulla voidaan joustavasti suunnata huomio ympäristöön tai sisäiseen, psykologiseen maailmaan eläen tässä ja nyt (Russ, 2009). Hayes ym. (2006) toteavat prosessin tukevan asiakkaan suoraa kokemusta maailmasta ja sitä kautta käyttäytymisen joustavuutta sekä arvojen mukaista toimintaa. Tarkoituksena ei ole tuomita tai arvioida tapahtumia, vaan ottaa ne vastaan sellaisina kuin ne ovat. *Havainnoiva minä* on se puoli meissä, joka on tietoinen ajatuksistamme, tunteistamme ja toiminnastamme (Russ, 2009). HOT:ssa tästä käytetään nimitystä minä kontekstina (Hayes ym., 2006). Tällä viitataan minään paikkana, jossa asiat havaitaan. Tämän prosessin avulla ihminen voi olla tietoinen kokemustensa virrasta samaistumatta siihen (Hayes ym., 2006).

Arvot ovat valittuja elämän suuntia, jotka ohjaavat yksilön toimintaa (Ciarrochi ym., 2010; Russ, 2009). Hayesin ym. (1999) mukaan arvoja ei voi koskaan saavuttaa, mutta ne ovat aina läsnä henkilön toimiessa niiden mukaisesti. HOT:ssa arvotyöskentely on tärkeässä asemassa. Asiakasta autetaan tunnistamaan, mikä hänelle on elämässä tärkeää ja mihin suuntaan hän haluaa kulkea elämän eri osa-alueilla (Batten, 2011). *Omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan* on prosessi, jossa asiakasta rohkaistaan elämään arvojensa mukaisella tavalla, vaikka se herättäisi hankalia tunteita ja epämukavuutta (Russ, 2009). Arvojen mukaisen suunnan valitseminen täytyy tehdä uudelleen esimerkiksi epäonnistumisen jälkeen (Ciarrochi ym., 2010). Toisin kuin arvot, konkreettiset arvojen mukaiset tavoitteet voidaan saavuttaa, ja tähän terapiassa pyritään (Hayes ym., 2006).

Harjoitukset ja metaforat

HOT:n päämenetelmiä ovat metaforat ja harjoitukset. Metaforien käyttöä Lappalainen ym. (2004) ovat perustelleet siten, että metaforat eivät ole selkeitä, jolloin niitä on vaikea kiistää tai vastustaa. Metaforia käytettäessä on vaikeampaa käyttää sosiaalisesti opittuja sääntöjä tai ohjeita, jotka voivat estää muutoksen. Metaforat eivät myöskään ole loogisia, lineaarisia kielellisiä muotoja, vaan enemmänkin kuvia. Hyvä metafora voi toimia kokemuksellisenä harjoituksena, siten kuin olisi itse kokenut tapahtuman tai tarinan. Lisäksi metaforat ovat helposti muistettavia, jolloin niitä voidaan käyttää useammissa yhteyksissä.

Hayesin ym. (1999) mukaan HOT:ssa käytetään paljon tietoisuusharjoituksia (mindfulness-harjoitukset) sekä kokemuksellisia harjoituksia, joiden tarkoituksena on saada

asiakas kontaktiin omien ongelmallisten sekä usein välteltyjen ajatustensa, tunteidensa, muistojensa tai fyysisten tuntemustensa kanssa. Tietoisuusharjoitusten avulla opetetaan asiakasta olemaan enemmän läsnä tässä ja nyt ilman arviointia tapahtumista. Kokemukselliset harjoitukset pyrkivät heikentämään kielellisiä prosesseja. Niiden avulla asiakkaan on esimerkiksi mahdollista seurata kielellisiä prosessejaan neutraalin havainnoijan näkökulmasta, jolloin hän voi nähdä ajatustensa tulevan ja menevän takertumatta niihin (Ciarrochi ym., 2010). Hayesin ym. (1999) mukaan harjoitukset sallivat asiakkaan kokea epämiellyttävät ajatukset ja tunteet turvallisessa tilanteessa. Harjoitukset voivat vaikuttaa joihinkin kielen suhteisiin, jotka ylläpitävät ajatusten tai tunteiden välttämistä. Myös vaikeiden kokemusten esille saaminen antaa mahdollisuuden tarkastella tunteita ja ajatuksia kokemuksellisesti. Harjoitukset auttavat asiakasta kysymään itseltään jatkuvasti “Mitä kokemuksesi kertoo sinulle?”.

Mindfulness on viime vuosikymmenten aikana noussut kiinnostavaksi tutkimuskohteeksi psykologisena käsitteenä ja kliinisen intervention muotona. Tietoisuustaitojen harjoittamisella voi tutkimusten mukaan olla suotuisia psykologisia vaikutuksia, kuten subjektiivisen hyvinvoinnin lisääntymistä ja psykologisten oireiden vähenemistä. (Keng, Smoski & Robins, 2011.) Baer (2003) esittää, että mindfulnessiin perustuvat interventiot voivat olla hyödyksi useissa mielenterveyden ongelmissa ja parantaa psykologista toimintakykyä. Tietoisuustaidot voivat johtaa oireiden vähenemiseen ja käyttäytymisen muutokseen muun muassa hyväksynnän, altistuksen, kognitiivisen muutoksen ja rentoutumisen kautta.

Healyn, Barnes-Holmesin, Barnes-Holmesin, Keoghin, Lucianon ja Wilsonin (2008) tutkimuksen mukaan mielen kontrollin heikentämiseen tarkoitettut tekniikat (defuusiotekniikat) ovat hyödyllisiä, sillä ne vähentävät negatiivisten tuntemusten vaikutusta ja lisäävät halukkuutta kokea tunteet sellaisina kuin ne ovat. Useissa tutkimuksissa (muun muassa Masuda, Hayes, Sackett & Twohig, 2004) on saatu viitteitä defuusiotekniikoiden positiivisista vaikutuksista. Masudan, Feinsteinin, Wendellin ja Sheehanin (2010) mukaan tärkeänä osatekijänä ovat kokemukselliset harjoitukset. Mielen kontrollin heikentämiseen tähtäävät tekniikat yhdistettynä kokemuksellisiin harjoituksiin vähentävät emotionaalista epämukavuutta ja negatiivisten ajatusten uskottavuutta. Defuusiotekniikoiden hyötynä nähdään myös niiden soveltuvuus erilaisille ihmisille, joilla on eriasteisia oireita (Masuda ym., 2010).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ja yleisesti kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa harjoituksia tehdään myös terapiaistuntojen ulkopuolella. Kotitehtävien teettämisestä on löydettävissä useampia niiden käyttöä tukevia tutkimuksia. Kazantziksen, Deanen ja Ronanin

(2000) teettämän meta-analyysin mukaan kotitehtävien antaminen ja niiden tekeminen vaikuttavat myönteisesti terapian tuloksellisuuteen. Kotitehtävien tekeminen on todettu hyödylliseksi esimerkiksi masennuksen (Thase & Callan, 2006) ja ahdistuneisuushäiriöiden (Huppert ym., 2006) hoidossa.

HOT:n vaikuttavuus

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevia tutkimuksia on tehty jonkin verran, ja tulokset näyttävät tukevan menetelmää hyvin. Ruiz (2010) tarkasteli katsauksessaan HOT:sta tehtyjä tutkimuksia ja havaitsi niiden olevan melko yhteneväisiä ja menetelmää tukevia. Hänen mukaansa HOT on tehokas menetelmä useimpiin ongelmiin, joissa kokemuksellista välttämistä ilmenee. Hän huomauttaa, että joissakin tutkimuksissa HOT:a käytettiin myös erittäin lyhyissä interventioissa ja silti se vaikutti tehokkaalta menetelmältä. Yleisesti menetelmän vaikutus todettiin hyväksi ja seurantatutkimukset antoivat lupaavia tuloksia (Ruiz, 2010).

Hayes ym. (2006) toteavat katsauksessaan HOT:n toimivan tehokkaasti monenlaisiin ongelmiin psykoosista työstressiin. Vaikutus on ollut hyvä varsinkin vakavampien häiriöiden kohdalla, ja myös seurantatutkimusten tulokset ovat olleet myönteisiä. Heidän mukaansa HOT:n terapeuttiset prosessit vaikuttavat osaltaan sen tuloksellisuuteen ja ne näyttävät toimivan samalla tavalla olosuhteista tai otoksista riippumatta.

HOT on saanut osakseen myös kritiikkiä. Öst (2008) tutki katsauksessaan kolmannen aallon terapioiden (mm. HOT) vaikuttavuutta, kuvaili niitä metodologisesti sekä arvioi sitä, vastaavatko kolmannen aallon terapioihin kohdistuvat tutkimukset American Psychological Association (APA) asettamia kriteerejä empiirisesti tuetuista hoidoista. Hän toteaa, että kolmatta aaltoa koskevissa tutkimuksissa käytetty tutkimusmetodologia oli merkittävästi väljempi kuin samana vuonna, samoissa lehdissä julkaistujen kognitiivista käyttäytymisterapiaa koskevien tutkimusten metodologia. Metodologisesti parhaimpien tutkimusten tulokset eivät osoittaneet HOT:n olevan parempi verrattuna toiseen hoitomuotoon. Hänen mukaansa HOT:n vaikuttavuus on kohtalaista eivätkä kolmannen aallon terapiat täytä empiirisesti tuetun hoidon kriteerejä.

Hofmann ja Asmundson (2008) ovat ottaneet esille kysymyksen siitä, onko varsinaisia kolmannen aallon terapioiden olemassaoloa vai onko HOT vain jatkoa jo olemassa olevalle

kognitiiviselle käyttäytymisterapialle. Heidän mielestään tutkimukset eivät tue sitä näkemystä, että HOT ym. kolmannen aallon terapiat olisivat täysin uusia terapiamuotoja.

HOT depression hoidossa

Battenin (2011) mukaan depressio on epäonnistunut yritys paeta vältteltyjä tunteita tai ajatuksia. Turtuneisuus ja väsyneisyys auttavat henkilöä välttelemään esimerkiksi pettymyksen ja surun tunteita. Terapeutin tehtävänä onkin auttaa asiakasta kohtaamaan kaikki tunteensa ja ajatuksensa, jotta välttelyä ei tarvittaisi. Hän lisää, että masentuneilla henkilöillä on usein korostunut taipumus ajatella olevansa yhtä ajatustensa kanssa ja uskoa negatiivisiin arvioihin itsestä tai tapahtumista. Terapiassa pyritäänkin häivyttämään kielellisyyden hallitsevaa asemaa defuusiotekniikoiden avulla. Mielen kontrollia voidaan heikentää kokemuksellisten harjoitusten avulla, jolloin depressiota ei nähdä esteenä toiminnalle, vaan depressiosta huolimatta henkilö voi toimia omien arvojensa mukaisesti.

Batten (2011) esittää, että depression oireiden myötä henkilö jättää tekemättä asioita, joita olisi aiemmin tehnyt. Tällöin henkilö etäänny omista arvoistaan ja niiden suuntaisesta toiminnasta. Battenin mukaan depressiosta kärsivät henkilöt jäävät usein kiinni omiin tarinoihinsa depressioon johtaneista syistä sekä rooliinsa ”marttyyrina”. Heidän on vaikeaa päästää irti omien ajatustensa uskottavuudesta ja niiden liittämisestä omaan identiteettiin. Identiteettiin voi kuulua tietynlaista kärsimistä, tai yksilön menneisyydessä on voinut tapahtua sellaista väärinkäyttöä, joka pitäisi antaa anteeksi, mutta jota on vaikeaa unohtaa. Lopuksi Batten vielä lisää, että tietoisuustaitoharjoitusten avulla henkilö voi olla läsnä tässä hetkessä eikä kiinni menneisyydessään.

HOT:n käytöstä depression hoidossa on saatu lupaavia tutkimustuloksia. Folke, Parling ja Melin (2012) toteuttivat tutkimuksessaan kuuden kerran HOT-lyhytintervention masennuksen takia pitkään sairauslomalla olleille henkilöille. Tutkittavat jaettiin kontrolliryhmään sekä HOT-ryhmään. Tutkimustulosten mukaan HOT-hoitoa saaneet kärsivät vähemmän depressiosta ja heidän yleinen terveytensä sekä elämänlaatunsa parani 18 kuukauden seurannassa verrattuna kontrolliryhmään. Sairauspoissaolot eivät kuitenkaan vähentyneet suurimmalla osalla tutkittavista.

Forman, Herbert, Moitra, Yeomans ja Geller (2007) saivat myös lupaavia tuloksia HOT:n vaikuttavuudesta. He vertasivat tutkimuksessaan perinteisen kognitiivisen terapian ja HOT:n vaikuttavuutta henkilöillä, jotka kärsivät ahdistuneisuudesta ja depressiosta. Molemmat lähestymistavat olivat yhtä tuloksellisia ja kohensivat tutkittavien tilaa muun muassa depression, ahdistuneisuuden ja elämänlaadun osalta. Tulosten perusteella Forman ym. (2007) totesivat HOT:n olevan tehokas menetelmä.

Bohlmeijer, Fledderus, Rokx ja Pieterse (2010) tutkivat hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan varhaisen intervention vaikutusta masennusoireisiin. Tulokset osoittivat oireiden vähentyneen ja riskin sairastua kliiniseen depressioon laskeneen. Tulosten perusteella Bohlmeijer ym. (2010) uskoivat hyväksynnän lisäämisen vähentävän masennusoireita.

Yhteenveto

Masennuksessa on kyse oireyhtymästä, joka on muuttunut hetkellisestä masentuneisuudesta vallitsevammaksi, pitkäkestoiseksi tunteeksi. Masennuksesta kärsii tilastojen mukaan vuosittain noin 5 % suomalaisista, joista useimmat eivät hae aktiivisesti hoitoa. Moninaisten oireidensa kautta masennus aiheuttaa psyykkistä ja fyysistä kärsimystä ja heikentää toimintakykyä. Tyypillisiä masennuksen hoitomuotoja ovat psykoterapia ja lääkitys, joiden yhdistelmä on todettu tehokkaaksi lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia kuuluu kolmannen aallon psykoterapioihin, ja se on todettu toimivaksi hoitomuodoksi erilaisiin psyykkisiin häiriöihin. HOT:n käytöstä depression hoidossa on saatu lupaavia tutkimustuloksia. HOT:n mukaan psykopatologian juuret ovat psykologisessa joustamattomuudessa, johon kuuluu olennaisena osana kokemuksellinen välttäminen ja mielen kontrolli. Terapian hoidollinen päätavoite on lisätä asiakkaan psykologista joustavuutta kuuden terapeuttisen prosessin avulla. Prosessit keskittyvät hyväksyntään, mielen kontrollin heikentämiseen, tietoiseen läsnäoloon, havainnoivaan minään, arvoihin sekä arvojen mukaiseen toimintaan. Tietääksemme tutkimuksia terapeutin psykologisen joustavuuden ja hoitotuloksen yhteydestä ei ole, joten aihetta tulisi tutkia.

HOT:n päämenetelminä käytetään metaforia sekä harjoituksia, jotka voidaan jakaa tietoisuusharjoituksiin ja kokemuksellisiin harjoituksiin. Harjoitusten ja metaforien avulla

pyritään edistämään psykologista joustavuutta lisääviä terapeuttisia prosesseja. Harjoitusten hyödyllisyys on osoitettu tutkimuksissa tietoisuusharjoitusten, kokemuksellisten harjoitusten, defuusiotekniikoiden sekä kotitehtävien kohdalla. HOT:ssa käytettyjen harjoitusten ja metaforien määrästä ja siihen liittyvistä tekijöistä ei tietääksemme ole aiempaa tutkimustietoa. Harjoitukset ja metaforat ovat keskeinen osa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja tärkeitä työkaluja sekä terapeutille että asiakkaalle. Näin ollen aihetta olisi mielestämme syytä tutkia tarkemmin.

Tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää istunnoissa käytettyjen harjoitusten ja metaforien määrän yhteyksiä terapeuttien ikään, työkokemukseen, psykologiseen joustavuuteen sekä terapiatyöskentelyyn liittyviin asenteisiin ja ennako-oletuksiin. Tutkimuskysymyksemme eivät pohjautu aiempaan tutkimukseen, sillä tietääksemme aihetta ei ole juurikaan tutkittu. Olemme lähestyneet aihetta seuraavien tutkimuskysymysten kautta:

1. Kuinka paljon harjoituksia ja metaforia käytettiin istuntojen aikana?
2. Onko opiskelijaterapeuttien psykologisella joustavuudella yhteyttä harjoitusten ja metaforien lukumäärään?
3. Onko terapeuttien taustatiedoilla (ikä ja aiempi työkokemus) tai asenteilla ja ennako-oletuksilla yhteyttä harjoitusten ja metaforien määrään?
4. Onko harjoitusten ja metaforien lukumäärällä tai terapeuttien psykologisella joustavuudella yhteyttä hoitotulokseen (asiakkaiden psykologisen joustavuuden pistemäärien ja masennuspistemäärien muutoksiin)?

MENETELMÄ

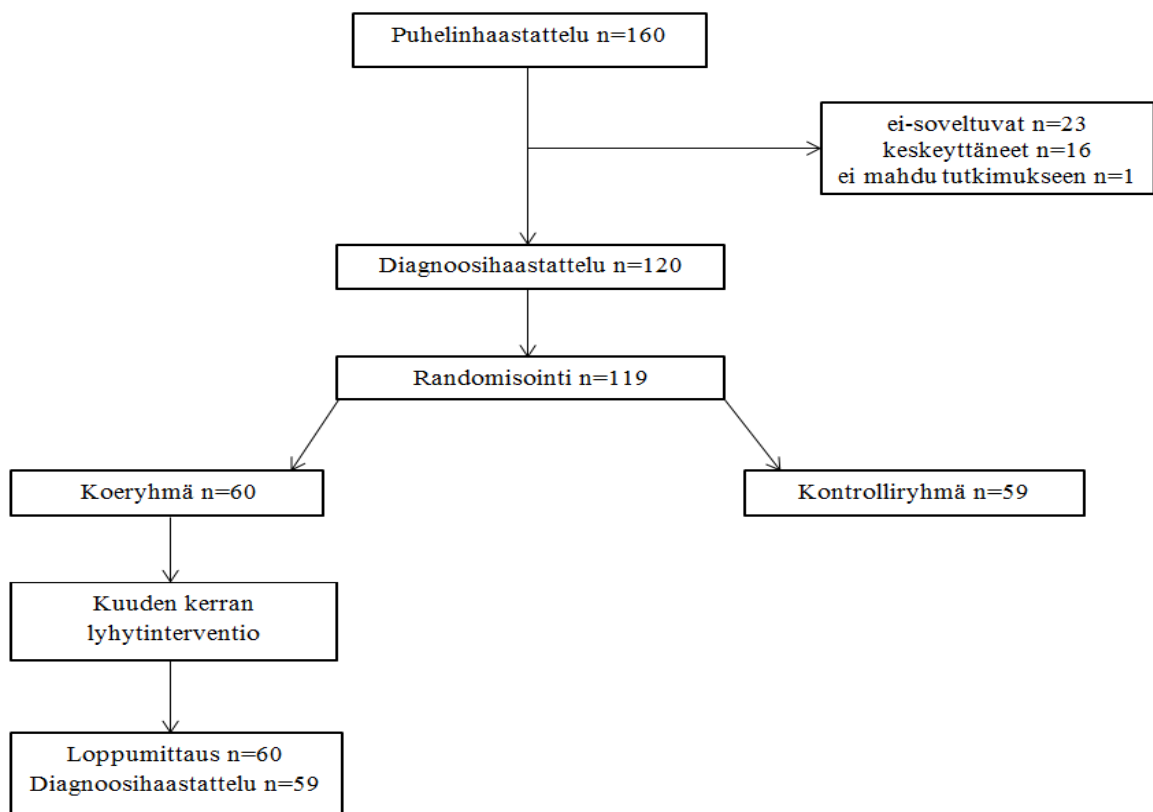
Tutkimuksen kulku

Tämä tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa, syksyllä 2011 aloitettua masennustutkimusta, joka toteutettiin Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella. Masennustutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuuden kerran lyhytinterventioiden vaikutusta psykologisiin muutosprosesseihin ja kehittää masennuksen hoitoa. Lisäksi EEG-mittausten avulla tutkittiin terapian vaikuttavuutta aivotoiminnan tasolla. Tutkittavia otettiin mukaan tutkimukseen kolmena ajankohtana: syksyllä 2011, keväällä 2012 ja syksyllä 2012. Interventiot jatkuivat vuoden 2012 loppuun asti, ja seurantatutkimuksia on tehty kuuden kuukauden ja vuoden jälkeen hoidon päätyttyä.

Keskisuomalaisessa ja Suur-Jyväskylä -lehdessä sekä Keski-Suomen alueen terveyskeskusten ilmoitustauluilla julkaistuissa ilmoituksissa haettiin tutkittavia, jotka kokivat itsensä masentuneiksi ja joilla oli esiintynyt masennusoireita viimeisen kuukauden aikana. Ilmoituksessa kerrottiin hoidon kesto ja ajankohta sekä poissulkukriteerit. Näitä olivat muu samanaikainen psykologinen hoito, muut psykiatriset diagnoosit kuin masennus, ikä (muu kuin 18–65 vuotta), alkoholi- tai huumeriippuvuus sekä neurologiset sairaudet. Tutkittavat ilmoittautuivat sähköpostilla tai puhelinsoitolla, ja heille tehtiin tarkempi soveltuvuushaastattelu puhelimitse. Haastattelussa kartoitettiin masennusoireita, masennuksen kestoja, muita mahdollisia hoitoja sekä itsetuhoisten ajatusten esiintyvyyttä. Puhelinhaastatteluun osallistui 160 henkilöä, joista 120 henkilölle tehtiin lääkärin diagnoosahaastattelu sekä EEG-mittaukset. Puhelinhaastattelun jälkeen 23 henkilön kohdalla todettiin, että he eivät soveltuneet tutkimukseen, omasta tahdostaan pois jäi 16 henkilöä ja yksi henkilö ei mahtunut tutkimukseen. Lääkärin haastattelussa selvitettiin tutkittavien elämäntilannetta, psyykkistä ja fyysistä terveydentilaa sekä diagnosoitiin masennus. Masennusdiagnoosi oli kriteerinä tutkimukseen osallistumiselle. Diagnoosahaastattelun jälkeen yksi henkilö keskeytti tutkimuksen. Ennen hoidon aloitusta tutkittavat jaettiin satunnaisesti koeryhmään (n=60) ja kontrolliryhmään (n=59) ikä, sukupuoli, masennusdiagnoosi ja lääkitys huomioiden.

Ennen terapian alkamista tutkittaville lähetettiin kotiin taustatietolomake ja alkukyselylomakkeet, joihin kuului 15 eri prosessi- ja oiremittaria. Tässä tutkimuksessa niistä

käytettiin kahta, jotka on kuvattu tarkemmin myöhemmin. EEG-mittaukset sekä lääkärin diagnoosihaastattelu tehtiin uudelleen hoidon päätyttyä. Loppumittaukseen osallistui koeryhmästä 60 henkilöä ja diagnoosihaastatteluun 59 henkilöä. Yksi henkilö ei saapunut haastatteluun. Kuvassa 1 on havainnollistettu tutkimuksen kulkua.



KUVA 1. Tutkimuksen kulku.

Tutkimushenkilöt

Tutkimusaineistomme koostui koeryhmän tutkittavista, joita oli 60. Heistä suurin osa oli naisia (75 %) ja neljännes (25 %) miehiä. Tutkittavien ikä vaihteli 19–65 vuoden välillä, keski-ikä oli 49,6 ja keskihajonta 11,6. Tutkittavista noin puolet (55,9 %) eli avo- tai avioliitossa. Yhdeltä henkilöltä puuttui tieto parisuhteen tilanteesta. BDI:llä mitattu masennusaste jakautui tasaisesti kolmeen ryhmään: lievään, kohtalaiseen ja vaikeaan

masennukseen. Kahdella henkilöllä lääkäri diagnosoi masennuksen, vaikka BDI-mittarin mukaan masennusdiagnoosin pistemäärä ei täyttynyt. Yhdeltä henkilöltä puuttui tieto masennusasteesta. Taulukossa 1 on kuvattu tarkemmin tutkittavien tiedot.

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot.

Sukupuoli (n=60)	
Nainen	45 (75 %)
Mies	15 (25 %)
Ikä (n=60)	
19 – 29	5 (8,3 %)
30 – 39	7 (11,7 %)
40 – 49	12 (20 %)
50 – 59	21 (35 %)
60 –	15 (25 %)
Parisuhde (n=59)	
Vakiintunut (avio- / avoliitto)	33 (55,9 %)
Muut	26 (44,1 %)
Koulutus (n=60)	
Keskikoulu	2 (3,3 %)
Peruskoulu	1 (1,7 %)
Ammattikoulu	11 (18,3 %)
Ammatillinen opisto	23 (38,3 %)
Lukio	7 (11,7 %)
Ammattikorkeakoulu	6 (10 %)
Yliopisto	10 (16,7 %)
Masennusaste, BDI* (n=59)	
ei masennusta	2 (3,4 %)
lievä masennus	19 (32,2 %)
kohtalainen masennus	20 (33,9 %)
vaikea masennus	18 (30,5 %)

* BDI – alkumittaus

Tutkimusaineistoomme kuuluivat myös koeryhmän hoidon toteuttaneet terapeutit (n=39), jotka olivat Jyväskylän yliopiston psykologian pääaineopiskelijoita. Terapeutiksi pääsyn kriteerinä oli psykologian aineopintojen kliinisen psykologian II-kurssin suorittaminen ja osallistuminen 32 tunnin HOT-koulutukseen. Suurin osa terapeuteista oli naisia, ja iän vaihteluväli oli 20–39 vuotta iän keskiarvon ollessa 24,4 ja keskihajonnan 3,8. Terapeutit olivat yhtä lukuun ottamatta päätoimisia opiskelijoita. Enemmistöllä ei ollut mielenterveystyöhön liittyvää aiempaa kokemusta. Yhdeltä terapeutilta puuttui tieto työkokemuksesta. Terapeuttien taustatietoja on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Terapeuttien sukupuoli, ikä ja työkokemus.

Sukupuoli (n=39)	
Nainen	35 (89,7 %)
Mies	4 (10,3 %)
Ikä (n=39)	
20 – 24	26 (66,7 %)
25 – 29	11 (28,2 %)
30 –	2 (5,1 %)
Työkokemus (n=38)	
kyllä	10 (26,3 %)
ei	28 (73,7 %)

Kuvaus interventiosta

HOT-interventio koostui kuudesta tunnin mittaisesta terapiaistunnosta, joita oli viikoittain. Koeryhmä sai hoidon ensin, ja kontrolliryhmä sai saman hoidon kuusi viikkoa myöhemmin koeryhmän hoidon päätyttyä. Koeryhmän terapiaistunnot videoitiin, ja istuntojen jälkeen terapeutit katsoivat tallenteet ja kirjasivat ylös istuntojen kulun. Tämä tehtiin kaikkien muiden paitsi ensimmäisen tapaamiskerran kohdalla, sillä ensimmäinen tapaaminen koostui

lähinnä asiakkaan tilanteen kartoituksesta. Kontrolliryhmän istunnot äänitettiin, ja terapeutit merkitsivät lomakkeille, mitä harjoituksia ja metaforia he olivat milläkin kerralla käyttäneet.

Hoidon toteuttaneita terapeutteja oli yhteensä 71. Heidät jaettiin satunnaisesti hoitamaan joko koe- (n = 39) tai kontrolliryhmän (n = 32) asiakkaita. Asiakkaiden määrä yhtä terapeuttia kohden vaihteli yhden ja kolmen välillä. Koulutuksen lisäksi terapeutit saivat viikoittain työnohjausta. Lisäksi he tapasivat viikoittain pienryhmissä, joissa heidän oli mahdollista keskustella terapian herättämistä ajatuksista keskenään. Terapeutit täyttivät ennen hoidon alkua taustatietolomakkeen, jossa kysyttiin taustatietojen lisäksi terapiatyöskentelyyn liittyviä asenteita ja ennako-oletuksia. Lopuksi he täyttivät loppuhaastattelulomakkeen ja arvioivat tutkimuskäytäntöjä. Hoidon alussa ja lopussa terapeuttien psykologinen joustavuus mitattiin AAQ-2 –mittarilla (katso arviointi- ja mittaamenetelmät).

Ensimmäisellä tapaamisella terapeutti kartoitti asiakkaan elämäntilannetta ja teki haastattelun pohjalta käyttäytymisanalyysin, jossa kuvattiin asiakkaan ongelmia ja niiden välisiä suhteita. Ensimmäisen terapiaistunnon päätteeksi terapeutit antoivat asiakkaille kotitehtäväksi pohtia omia arvojaan ”Hyvän elämän analyysin” avulla. Ensitapaamisella terapeutit eivät vielä teettäneet asiakkaalle harjoituksia tai metaforia, vaan keskittyivät ainoastaan elämäntilanteen kartoittamiseen. Toisella terapiakerralla terapeutin tuli käydä läpi käyttäytymisanalyysiä ja asiakkaan arvoja tämän kanssa. Toisesta istunnosta lähtien terapeutit hyödynsivät harjoituksia ja metaforia. Niillä pyrittiin edistämään ja tukemaan psykologisen joustavuuden ydinprosesseja (hyväksyntä, mielen kontrollin heikentäminen, tietoinen läsnäolo, havainnoiva minä, arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan). Kolmannesta tapaamisesta lähtien terapeutit saivat toimia vapaammin asiakkaan yksilöllisen tilanteen sekä oman näkemyksensä mukaan keskittyen asiakkaan kannalta tärkeisiin prosesseihin.

Terapeuttien tuli sisällyttää terapiaistuntoihinsa ennalta määritellyt kokemukselliset ja tietoisuusharjoitukset sekä metaforat (ks. liitteet 1 ja 2). Jokaisella kerralla asiakkaalle annettiin vähintään yksi kotitehtävä, joka käytiin läpi seuraavan tapaamisen aikana. Lisäksi asiakkaat täyttivät viikkopäiväkirjaa (Act Weekly Diary, AWD), jonka avulla he arvioivat terapiassa omaksumiensa taitojen soveltamista arkielämään. Terapeutteja ohjeistettiin täyttämään asiakkaan kanssa Valued Living Questionnaire (VLQ; Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts, 2010) toisella tapaamiskerralla sekä loppumittauksessa. Kolmannella ja viidennellä tapaamiskerralla terapeutti täytti asiakkaan kanssa Personal Strivings Assessment -kyselyn (PSA; Emmons, 1986). Kuudennella tapaamisella terapeutti ja asiakas keskustelivat

terapian herättämistä ajatuksista ja mahdollisista muutoksista asiakkaan mielialassa. Lopussa he pohtivat keinoja, joilla asiakas voisi jatkossa edistää omaa hyvinvointiaan.

Arviointi- ja mittausmenetelmät

Terapeuttien ja asiakkaiden psykologista joustavuutta mitattiin Acceptance and Action Questionnaire -kyselyllä (AAQ-2; Hayes ym., 2004). Lomakkeessa on kymmenen väittämää, joita arvioidaan asteikolla 1–7 (1= ”ei koskaan pidä paikkaansa”...7= ”pitää aina paikkansa”). Kyselyssä pisteet vaihtelevat 10–70 välillä ja korkea pistemäärä viittaa korkeaan psykologiseen joustavuuteen. Tutkimuksessamme käytimme terapeuttien kohdalla AAQ-2-kyselyn alkumittauksen tuloksia. Asiakkaiden mahdollista muutosta psykologisen joustavuuden pistemäärissä tutkittiin alku- ja loppumittauksen erotuksella.

Asiakkaiden masennusoireiden vaikeusastetta mitattiin Beckin depressiokyselyllä (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Kyselyssä on 21 kysymystä, joista jokaisesta voi saada 0–3 pistettä. Pisteet vaihtelevat välillä 0–63. Kysely jaottelee masennusoireiden vaikeusasteen kolmeen luokkaan: lievään (14–18 pistettä), keskivaikeaan (19–28 pistettä) ja vaikeaan masennukseen (vähintään 29 pistettä). Alle 13 pistettä viittaa siihen, ettei asiakas ole masentunut. Asiakkaiden mahdollista masennuspistemäärien muutosta tutkittiin alku- ja loppumittauksen erotuksella.

Terapeuttien ajatuksia terapiatyöskentelystä selvitettiin 12 kysymyksen avulla, joiden arvot vaihtelivat 0–10 välillä. Olemme jakaneet kysymykset kahteen luokkaan, joista toinen mittasi asennoitumista ja kiinnostusta terapiamenetelmiä kohtaan. Toiseen ryhmään kuuluvat kysymykset mittasivat terapeuttien koettuja taitoja ja osaamista terapiatyöskentelyssä. Kysymykset on kuvattu tarkemmin tulososion taulukoissa 3 ja 4.

Koeryhmän terapeuttien istunnot videoitiin. Tapaamisten jälkeen he katsoivat tallenteet ja kirjasivat erillisille lomakkeille, mitä istuntojen aikana oli tehty viiden minuutin välein. Terapeuttien tuli kirjata, mihin psykologisen joustavuuden ydinprosessiin (esimerkiksi hyväksyntä) ja sen funktioon (esimerkiksi anteeksianto) toiminta kulloinkin keskittyi. Terapeutin asiakkaalle esittämät kysymykset, kuvaukset asiakkaan tilanteesta, psykoedukaatio, yleinen keskustelu ja käyttäytymistä vahvistavat kommentit, kuten rohkaisu ja kehuminen, kirjattiin myös ylös. Harjoituksille ja metaforille oli lomakkeella omat sarakkeensa, johon terapeutit pyrkivät kirjaamaan niiden nimet manuaalien mukaan.

Viittaukset aiemmin käytettyihin harjoituksiin ja metaforiin, niihin liittyvä ohjeistus sekä terapeutin itse keksimät harjoitukset ja metaforat merkittiin samoille sarakkeille. Harjoitusten ja metaforien lukumäärät on saatu laskemalla yhteen terapeuttien koodaamat tiedot toisesta istunnosta lähtien. Kaikki terapeuttien käyttämät harjoitukset ja metaforat on kuvattu liitteissä 1 ja 2.

Tilastolliset analyysit

Tilastolliset analyysit toteutettiin SPSS Statistics 20 -ohjelmalla. Harjoitusten ja metaforien lukumäärien yhteyttä terapeuttien ikään ja työkokemukseen tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiotestin avulla. Lisäksi harjoitusten ja metaforien lukumäärien yhteyttä työkokemukseen analysoitiin riippumattomien otosten t-testillä vertaamalla ryhmää, jolla oli kokemusta terapiatyöskentelystä ryhmään, jolla kokemusta ei ollut. Riippumattomien otosten t-testillä tarkasteltiin myös harjoitusten ja metaforien lukumäärien ja iän yhteyttä vertaamalla 20–24-vuotiaiden ryhmää 25–39-vuotiaiden ryhmään. Tarkastelimme Spearmanin korrelaatiotestillä kaikkien harjoitusten ja metaforien summan, terapeuttien psykologisen joustavuuden pistemäärien, asenteiden ja ennakko-oletusten pistemäärien sekä hoitotuloksen (AAQ- ja BDI-pistemäärien muutokset) yhteyksiä.

TULOKSET

Ensimmäiseksi halusimme selvittää, kuinka paljon terapeutit (n=39) käyttivät istuntojen aikana harjoituksia ja metaforia. Keskimäärin terapeutit teettivät asiakkaille 11,41 harjoitusta (sd=5,28) harjoitusten määrän vaihdellessa 4–32 välillä. Metaforia käytettiin keskimäärin 7,15 (sd=2,90) vaihteluvälin ollessa 3–14. Kaiken kaikkiaan harjoituksia ja metaforia käytettiin yhteensä keskimäärin 18,56 (sd=6,68) määrän vaihdellessa 9–46 välillä. Istuntojen aikana käytetyt harjoitukset ja metaforat on kuvattu liitteissä 1 sekä 2, ja ne on nimetty HOT-manuaalien (Hayes & Smith, 2008; Lappalainen ym. 2004) mukaan. Kaikkia harjoituksia tai

metaforia ei löytynyt manuaaleista kyseisillä nimillä, joilla terapeutit olivat ne koodanneet. Suurin osa on kuitenkin kuvattu manuaaleissa.

Taulukossa 3 on kuvattu terapeuttien psykologista joustavuutta sekä asennoitumista ja kiinnostusta terapiamenetelmiä kohtaan. Keskimäärin terapeuttien psykologisen joustavuuden pistemäärät olivat korkeita, mikä viittaa korkeaan psykologiseen joustavuuteen. Terapeutit olivat hyvin kiinnostuneita terapiatyöskentelystä ja HOT-menetelmistä. He kokivat HOT:n periaatteet ja menetelmät sopiviksi itselleen ja pitivät toiminnallisia harjoituksia sekä kotitehtäviä tärkeinä terapiatyöskentelyn kannalta.

TAULUKKO 3. Terapeuttien psykologinen joustavuus (AAQ) sekä asennoituminen ja kiinnostus menetelmiä kohtaan.

	ka	kh	min	max
Psykologinen joustavuus (alkumittaus)	59,28	5,82	42	68
Asennoituminen ja kiinnostus menetelmiä kohtaan				
Kuinka kiinnostunut olet terapiatyöskentelystä?	9,10	0,97	6	10
Kuinka kiinnostunut olet HOT-menetelmien käytöstä?	9,28	0,79	8	10
Koetko HOT:n periaatteet ja menetelmät sinulle sopiviksi?	8,38	1,11	5	10
Kuinka tärkeäksi näet toiminnalliset harjoitukset terapiatyöskentelyssä?	8,97	1,11	6	10
Kuinka tärkeäksi näet kotitehtävät terapiatyöskentelyssä?	9,00	1,15	5	10
a. psykologinen joustavuus (AAQ-II) 10–70 b. kysymykset 1–5: en ollenkaan – hyvin paljon (0–10)				

Taulukossa 4 on kuvattu terapeuttien itsearvioituja taitoja ja koettua osaamista, joiden kokemuksessa ilmeni jonkin verran vaihtelua. Keskimäärin omat taidot ja osaaminen arvioitiin kohtalaisen hyväksi. Vaihtelua ilmeni myös arvioitaessa koulutuksen riittävyttä. Keskimäärin koulutukseen oltiin kuitenkin suhteellisen tyytyväisiä.

TAULUKKO 4. Terapeuttien taidot ja koettu osaaminen.

	ka	kh	min	max
Taidot ja koettu osaaminen				
Kuinka hyvin ajattelet osaavasi HOT:n periaatteet ja menetelmät?	6,26	1,55	2	9
Miten hyvin ajattelet pystyväsi hyödyntämään HOT -menetelmiä?	7,31	1,42	4	10
Kuinka hyvin ajattelet osaavasi käyttäytymisanalyysin menetelmät?	6,67	1,69	2	9
Miten hyvin uskot, että asiakas tulee hyötymään terapiasta?	7,46	1,17	5	10
Minulle terapeutin roolin ottaminen on?	7,00	1,67	3	9
Kuinka riittäväksi koet saamasi terapiatyöskentelyyn valmistavan koulutuksen käyttäytymisanalyysin osalta?	6,77	1,78	3	10
Kuinka riittäväksi koet saamasi terapiatyöskentelyyn valmistavan koulutuksen HOT:n periaatteiden ja menetelmien osalta?	6,46	1,68	3	9
<p>a. kysymykset 1–4: en ollenkaan – hyvin paljon (0–10) b. kysymys 5: vaikeaa – helppoa (0–10) c. kysymykset 6–7: täysin riittämätön – kattava (0–10)</p>				

Toinen tutkimuskysymyksemme liittyi siihen, oliko terapeuttien psykologisella joustavuudella yhteyttä istuntojen aikana tehtyjen harjoitusten ja metaforien määrään. Niiden välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, vaan korrelaatio oli alhainen ($r=0.09$, $p=0.60$). Lisäksi selvitimme, oliko terapeuttien asenteilla ja ennako-oletuksilla yhteyttä heidän psykologiseen joustavuuteensa. Tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi psykologisen joustavuuden ja terapiatyöskentelyyn kohdistuvan kiinnostuksen väliltä ($r=0.34$, $p<0.05$): mitä korkeampi henkilön psykologinen joustavuus oli, sitä kiinnostavampana hän piti

terapiatyöskentelyä. Muiden kysymysten osalta tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä psykologiseen joustavuuteen ei löytynyt korrelaatioiden ollessa matalia ($r=0.00-0.30$).

Kolmanneksi tarkastelimme, oliko terapeuttien iällä ja aikaisemmalla työkokemuksella tai asenteilla ja ennako-oletuksilla yhteyttä terapiaistuntojen aikana tehtyjen harjoitusten ja metaforien määrään. Terapiassa tehtyjen harjoitusten ja metaforien määrän yhteydet ikään ($r=0.04$, $p=0.80$) tai työkokemukseen ($r=0.05$, $p=0.77$) eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Riippumattomien otosten t-testillä analysoituna ikäryhmien 20–24 ja 25–39 väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä eroja suhteessa terapian aikana käytettyjen harjoitusten ja metaforien määrään. Myöskään sillä, oliko terapeuteilla aiempaa työkokemusta, ei ollut riippumattomien otosten t-testin mukaan yhteyttä harjoitusten ja metaforien määrään. Asenteiden ja ennako-oletusten osalta korrelaatiot olivat matalia ($r=0.01-0.20$) eivätkä tilastollisesti merkitseviä. Tutkimme myös taustatietojen yhteyttä ennakoasenteisiin. Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä löytyi kaksi: iän ja terapiatyöskentelyyn kohdistuvan kiinnostuksen ($r=0.32$, $p<0.05$) sekä iän ja terapeutin roolin ottamisen kokemuksen ($r=0.44$, $p<0.01$) väliltä. Mitä korkeampi oli henkilön ikä, sitä kiinnostuneempi hän oli terapiatyöskentelystä ja sitä helpommaksi hän koki terapeutin roolin ottamisen. Muiden ennakoasenteiden korrelaatiokertoimet taustatietoihin olivat matalia ($r=0.01-0.30$). Tulokset on kuvattu tarkemmin taulukoissa 5 ja 6.

Neljänneksi tarkastelimme sitä, oliko harjoitusten ja metaforien lukumäärällä tai terapeuttien psykologisella joustavuudella yhteyttä asiakkaiden psykologisen joustavuuden pistemäärien (AAQ) ja masennuspistemäärien (BDI) muutoksiin. Masennuspistemäärät laskivat hoidon aikana keskimäärin 12,98 pistettä keskihajonnan ollessa 9,29 (alku: $ka=23.08$, $kh=7.65$, loppu: $ka=10.08$, $kh=8.39$; $t(58)=10.84$, $p<0.01$). Psykologinen joustavuus lisääntyi keskimäärin 8,85 pistettä keskihajonnan ollessa 13,01 (alku: $ka=38.55$, $kh=10.90$, loppu: $ka=47.40$, $kh=12.09$; $t(57)=5.18$, $p<0.01$). Asiakkaiden BDI-muutoksilla ja AAQ-muutoksilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä harjoitusten ja metaforien määrään eikä terapeuttien psykologiseen joustavuuteen ($r=0.02-0.19$). BDI-muutoksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys AAQ-muutokseen ($r=-0.55$, $p<0.01$). Masennuspistemäärän laskiessa psykologisen joustavuuden pistemäärä nousi.

Lisäksi tarkastelimme terapeutin asenteita ja koettua osaamista mittaavien kysymysten yhteyksiä toisiinsa. Kun tutkittiin kaikkien 13 kysymyksen yhteyksiä toisiinsa, tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ei löytynyt korrelaatioiden ollessa melko matalia ($r=0.01-0.31$). Taulukossa 5 ovat näkyvillä asennoitumista ja kiinnostusta mittaavien kysymysten korrelaatiokertoimet. Merkitseviä yhteyksiä löytyi neljä. Kiinnostuksella

terapiatyöskentelyyn oli yhteys HOT-menetelmiin kohdistuvaan kiinnostukseen ($r=0.40$, $p<0.05$); mitä kiinnostuneempi henkilö oli terapiatyöskentelystä, sitä kiinnostuneempi hän oli HOT-menetelmistä. Kiinnostus HOT-menetelmiin korreloi myös kokemukseen HOT:n sopivuudesta itselle ($r=0.50$, $p<0.01$) sekä kokemukseen toiminnallisten harjoitusten tärkeydestä ($r=0.40$, $p<0.05$). Mitä kiinnostuneempi henkilö oli HOT-menetelmistä, sitä sopivammiksi hän koki ne itselleen ja sitä tärkeämpinä hän piti toiminnallisia harjoituksia osana terapiaa. Kokemuksella toiminnallisten harjoitusten tärkeydestä oli yhteys kokemukseen kotitehtävien tärkeydestä terapiassa ($r=0.44$, $p<0.01$); henkilön kokiessa toiminnalliset harjoitukset tärkeiksi hän piti myös kotitehtäviä tärkeinä.

Taulukossa 6 on esitetty tulokset taitoja ja koettua osaamista mittaavien kysymysten yhteyksistä toisiinsa. Merkitseviä yhteyksiä löytyi useita. HOT-menetelmien ja periaatteiden osaaminen korreloi tilastollisesti merkitsevästi sen kanssa, kuinka hyvin henkilö koki pystyvänsä hyödyntämään menetelmiä ($r=0.35$, $p<0.05$). Kokemus menetelmien ja periaatteiden osaamisesta merkitsi sitä, että henkilö koki pystyvänsä hyödyntämään niitä. HOT-menetelmien ja periaatteiden osaaminen korreloi myös käyttäytymisanalyysin osaamisen, ($r=0.44$, $p<0.01$), terapeutin roolin ottamisen ($r=0.43$, $p<0.01$) ja koulutuksen riittävyyden kanssa sekä käyttäytymisanalyysin ($r=0.37$, $p<0.05$) että HOT-menetelmien osalta ($r=0.58$, $p<0.01$). Koettu osaaminen tuki kokemusta käyttäytymisanalyysin periaatteiden osaamisesta ja teki terapeutin roolin ottamisen helpommaksi. Kun koulutus koettiin riittäväksi, luottamus omaan osaamiseen menetelmien ja periaatteiden osalta oli parempaa.

Menetelmien hyödynnettävyyden kokemuksella oli yhteys uskomukseen asiakkaan terapiasta hyötymisestä ($r=0.43$, $p<0.01$) sekä kokemukseen terapeutin roolin ottamisesta ($r=0.33$, $p<0.05$). Jos terapeutti tunsu pystyvänsä hyödyntämään menetelmiä, uskoi hän asiakkaan saavan enemmän hyötyä terapiasta. Tällöin myös terapeutin roolin ottaminen oli helpompaa. Käyttäytymisanalyysin osaamisella oli yhteys uskomukseen asiakkaan hyötymisestä ($r=0.35$, $p<0.05$) sekä koulutuksen riittävyyden kokemukseen käyttäytymisanalyysin ($r=0.57$, $p<0.01$) ja HOT-menetelmien osalta ($r=0.42$, $p<0.01$). Jos terapeutti tunsu hallitsevansa käyttäytymisanalyysin perusteet, uskoi hän asiakkaan hyötävän terapiasta ja piti koulutusta riittävänä.

Uskomus asiakkaan terapiasta hyötymisestä korreloi terapeutin roolin ottamisen ($r=0.37$, $p<0.05$) ja koulutuksen riittävyyden kanssa käyttäytymisanalyysin ($r=0.46$, $p<0.01$) ja HOT-menetelmien osalta ($r=0.48$, $p<0.01$). Kun terapeutti uskoi asiakkaan hyötävän terapiasta, koki hän terapeutin roolin ottamisen helpommaksi ja koulutuksen riittäväksi. Terapeutin

roolin ottaminen oli lisäksi yhteydessä käyttäytymisanalyysin ($r=0.38$, $p<0.05$) ja HOT-menetelmien ($r=0.38$, $p<0.05$) koulutuksen riittävyteen. Kokemus koulutuksen riittävydestä helpotti terapeutin roolin ottamista. Käyttäytymisanalyysiin liittyvä koulutus korreloi HOT-metelmiin liittyvän koulutuksen kanssa ($r=0.67$, $p<0.01$). Henkilön ollessa tyytyväinen koulutukseen käyttäytymisanalyysin osalta, oli hän tyytyväinen myös HOT:n menetelmä-koulutukseen.

Tarkastelimme lopuksi terapeuttien ennakoasenteiden yhteyttä hoitotulokseen ja löysimme yhden tilastollisesti merkitsevän yhteyden: terapeutin uskomus asiakkaan terapiasta hyötymisestä korreloi tilastollisesti merkitsevästi AAQ-muutoksen kanssa ($r=0.33$, $p<0.05$). Mitä enemmän terapeutti uskoi asiakkaan hyötävän terapiasta, sitä enemmän asiakkaan psykologisen joustavuuden pistemäärä nousi. Muiden kysymysten osalta korrelaatiot AAQ- ($r=0.01-0.21$) ja BDI-muutokseen ($r=0.02-0.20$) olivat matalia.

TAULUKKO 5. Harjoitusten ja metaforien määrä, psykologinen joustavuus sekä asennoituminen ja kiinnostus terapiatyöskentelyyn.

	kaikki harjoitukset ja metaforat	psykologinen joustavuus alussa	kiinnostus terapia- työskentelyyn	kiinnostus HOT- menetelmiin	HOT-menetelmien ja periaatteiden sopivuus itselle	toiminnallisten harjoitusten tärkeys terapiassa	kotitehtävien tärkeys terapiassa
kaikki harjoitukset ja metaforat	1,000	,087	-,005	,054	-,080	,082	-,118
psykologinen joustavuus		1,000	,339*	-,090	,072	-,076	-,291
kiinnostus terapiatyöskentelyyn			1,000	,401*	,078	,019	-,112
kiinnostus HOT- menetelmiin				1,000	,495**	,400*	,269
HOT-menetelmien ja periaatteiden sopivuus itselle					1,000	,258	,272
toiminnallisten harjoitusten tärkeys terapiassa						1,000	,437**
kotitehtävien tärkeys terapiassa							1,000

*p < 0.05, **p < 0.01

TAULUKKO 6. Harjoitusten ja metaforien määrä, psykologinen joustavuus sekä taidot ja koettu osaaminen.

	kaikki harjoitukset ja metaforat	psykologinen joustavuus	HOT-menetelmien ja periaatteiden osaaminen	miten pystyy hyödyntämään HOT-menetelmiä	käyttätymisanalyysin osaaminen	uskomus asiakkaan hyötymisestä terapiassa	terapeutin roolin ottaminen	koulutuksen riittävyys käyttätymisanalyysin osalta	koulutuksen riittävyys HOT-menetelmiin ja periaatteisiin
kaikki harjoitukset ja metaforat	1,000	,087	,013	-,021	,050	-,191	,019	,203	-,132
psykologinen joustavuus		1,000	,304	,044	-,003	,034	,029	-,122	,029
HOT-menetelmien ja periaatteiden osaaminen			1,000	,348*	,436**	,280	,434**	,372*	,575**
miten pystyy hyödyntämään HOT-menetelmiä				1,000	,183	,429**	,334*	,221	,170
käyttätymisanalyysimenetelmien osaaminen					1,000	,351*	,236	,565**	,422**
uskomus asiakkaan hyötymisestä terapiassa						1,000	,373*	,460**	,481**
terapeutin roolin ottaminen							1,000	,382*	,378*
koulutuksen riittävyys käyttätymisanalyysin osalta								1,000	,669**
koulutuksen riittävyys HOT-menetelmiin ja periaatteisiin									1,000

* p < 0.05, **p < 0.01

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella harjoitusten ja metaforien määrän yhteyttä terapeuttien taustatekijöihin, psykologiseen joustavuuteen, terapiatyöskentelyyn liittyviin asenteisiin ja ennakko-oletuksiin sekä hoitotulokseen. Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli, kuinka paljon harjoituksia ja metaforia tehtiin istuntojen aikana. Molempia käytettiin hyvin vaihtelevasti, ja keskimäärin terapeutit teettivät asiakkailleen 18,56 harjoitusta ja metaforaa. Tuloksemme viittasivat siihen, että terapeuttien psykologisella joustavuudella ei ollut merkittävää yhteyttä käytettyjen harjoitusten ja metaforien määrään. Harjoitusten ja metaforien määrän yhteydet terapeuttien ikään tai työkokemukseen eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Asenteiden ja ennakko-oletusten korrelaatiokertoimet harjoitusten ja metaforien määrään olivat matalia eivätkä tilastollisesti merkitseviä. Asiakkaiden mielialamuutoksella ja psykologisessa joustavuudessa tapahtuneella muutoksella ei myöskään ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä harjoitusten ja metaforien määrään eikä terapeuttien psykologiseen joustavuuteen.

Lisäksi selvitimme, oliko terapeuttien asenteilla ja ennakko-oletuksilla yhteyttä heidän psykologiseen joustavuuteensa. Psykologisen joustavuuden ja terapiatyöskentelyyn kohdistuvan kiinnostuksen väliltä löytyi yhteys: mitä korkeampi henkilön psykologinen joustavuus oli, sitä kiinnostavampana hän piti terapiatyöskentelyä. Muiden kysymysten osalta merkitseviä yhteyksiä psykologiseen joustavuuteen ei löytynyt. Tutkimme myös taustatietojen yhteyttä ennakkoasenteisiin. Iän ja terapiatyöskentelyyn kohdistuvan kiinnostuksen sekä iän ja terapeutin roolin ottamisen kokemuksen väliltä löytyi yhteys. Mitä korkeampi oli henkilön ikä, sitä kiinnostuneempi hän oli terapiatyöskentelystä ja sitä helpommaksi hän koki terapeutin roolin ottamisen.

Tutkimuksestamme selvisi, että terapeutit käyttivät istuntojen aikana melko vaihtelevassa määrin harjoituksia ja metaforia. Tähän ovat voineet vaikuttaa sekä asiakkaan että terapeutin yksilölliset ominaisuudet. Joillain asiakkailla on voinut olla suuri tarve puhua ja sitä kautta keskustelu on saattanut viedä tilaa harjoitusten ja metaforien käytöltä. Jos asiakas on vaikuttanut istunnon kulkuun tuottamalla paljon puhetta, on terapeutin saattanut olla vaikeaa teettää harjoituksia istuntojen aikana. Harjoitusten ja metaforien määrän vaihtelu on toisaalta luonnollista, koska terapeuteilla oli mahdollisuus toteuttaa istunnot asiakkaan yksilöllinen tilanne huomioiden.

Toiseksi tutkimme, oliko terapeuttien psykologisella joustavuudella yhteyttä harjoitusten ja metaforien määrään. Terapeuttien psykologisella joustavuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, kuinka paljon harjoituksia ja metaforia teetettiin. Luoman ja Vilardagan (2013) mukaan terapeutin psykologinen joustavuus on edellytys HOT-menetelmien tehokkaalle käytölle. Tutkimuksestamme selvisi, että terapeuteilla oli keskimääräisesti hyvin korkea psykologisen joustavuuden pistemäärä (ka 59,28). Kuten olemme aiemmin todenneet, harjoitukset ja metaforat ovat HOT:n pääasiallisia menetelmiä. Näin ollen korkea psykologinen joustavuus ja harjoitusten ja metaforien runsas käyttö olisivat voineet olla yhteydessä toisiinsa. Toisaalta menetelmien tehokas käyttö ei välttämättä merkitse harjoitusten ja metaforien runsasta määrää. Tehokasta menetelmien käyttöä voi olla harjoitusten ja metaforien teettäminen osuvasti ja harkiten, asiakkaan yksilöllinen tilanne huomioiden. Tehokas käyttö voi myös vaihdella asiakkaan mukaan: toiselle voi sopia harjoitusten runsas käyttö ja toiselle taas niiden sopivuus ja valikoitu käyttö.

Kolmanneksi selvitimme terapeuttien iän, aiemman työkokemuksen sekä asenteiden ja ennako-oletusten yhteyttä harjoitusten ja metaforien määrään. Mikään näistä muuttujista ei ollut yhteydessä harjoitusten ja metaforien määrään. Vastausten perusteella terapeutit olivat hyvin kiinnostuneita terapiatyöskentelystä ja HOT:n käytöstä, kokivat HOT:n sopivaksi itselleen sekä näkivät toiminnalliset harjoitukset ja kotitehtävät tärkeinä terapiatyöskentelyn kannalta. Myös taidot ja koettu osaaminen koettiin kohtalaisen hyviksi. Terapeuttien vastaukset huomioiden on mielestämme hieman yllättävää, että ne eivät olleet yhteydessä HOT:n päämenetelmien eli harjoitusten ja metaforien käyttöön. Toisaalta emme voi tutkimuksemme perusteella vetää edellä mainituista tuloksista sitä johtopäätöstä, että asenteet ja ennako-oletukset eivät näkyisi käytännön terapiatyöskentelyssä, sillä tämä pitää paikkansa ainoastaan harjoitusten ja metaforien määrän kohdalla.

Neljänneksi tutkimme, oliko harjoitusten ja metaforien lukumäärällä tai terapeuttien psykologisella joustavuudella yhteyttä hoitotulokseen. Asiakkaiden BDI-muutoksilla ja AAQ-muutoksilla ei ollut merkitseviä yhteyksiä harjoitusten ja metaforien määrään. Harjoituksilla ja metaforilla pyritään lisäämään asiakkaan psykologista joustavuutta kuuden terapeuttisen prosessin kautta. Tutkimuksessamme harjoitusten ja metaforien määrällä ei kuitenkaan ollut yhteyttä asiakkaan psykologisen joustavuuden tai masennuspistemäärien muutoksiin. Tämä saattaa johtua siitä, että harjoitusten ja metaforien laadulla voi olla enemmän merkitystä hoitotuloksen kannalta kuin niiden määrällä. Myöskään terapeuttien psykologisen joustavuuden pistemäärät eivät olleet merkitsevästi yhteydessä asiakkaiden BDI- ja AAQ-muutoksiin. Se, että terapeutin psykologinen joustavuus mahdollistaa HOT-menetelmien

tehokkaan käytön (Luoma & Vilardaga, 2013), voisi nähdäksemme olla yhteydessä myönteiseen hoitotulokseen. Kuitenkaan tutkimuksemme perusteella terapeuttien psykologinen joustavuus ei ollut yhteydessä hoitovasteeseen.

Edellä mainittuihin tuloksiin voi olla useita syitä. Terapian ulkopuoliset tekijät ja asiakkaan elämäntilanne ovat voineet vaikuttaa hoitotulokseen, ei pelkästään itse hoito. Herää myös kysymys siitä, onko HOT menetelmänä sopinut kaikille asiakkaille, etenkin kun kyseessä on lyhytinterventio. Osa ihmisistä on voinut kokea keskustelun itsessään toimivaksi, eikä harjoituksille ja metaforille ole ollut niin suurta tarvetta.

Tutkimuksemme sisälsi jonkin verran rajoituksia. Tutkittavat terapeutit olivat opiskelijoita, joilla ei pääosin ollut aiempaa mielenterveystyöhön liittyvää kokemusta. Tällöin opiskelijaterapeuteista suurin osa käytti HOT-menetelmiä ensimmäistä kertaa. Tutkittavamme olivat myös varsin homogeeninen ryhmä. Näistä syistä emme voi aineistomme perusteella yleistää tuloksia koskemaan HOT-menetelmiä soveltavia terapeutteja. Yleistettävyyttä hankaloittaa myös terapeuttien suhteellisen pieni otoskoko (n=39).

Kuten menetelmä-osiossa kuvasimme, koeryhmän terapiaistunnot videoitiin ja istuntojen jälkeen terapeutit katsoivat tallenteet ja kirjasivat ylös istuntojen kulun. Aineistomme koostuu terapeuttien koodaamista tiedoista, joista käy ilmi muun muassa se, kuinka paljon harjoituksia ja metaforia he käyttivät istuntojen aikana. Terapeutit kirjasivat istuntojen kulkua lomakkeille melko vaihtelevasti: toiset olivat huolellisempia merkinnöissään kuin toiset. On otettava huomioon se mahdollisuus, että kirjaukset voivat sisältää virheitä tai tietoja voi puuttua.

Huomiota herättävää oli terapeuttien korkea psykologinen joustavuus. Psykologiassa tunnetaan ilmiönä kaunistelu, jossa on Honkaniemen (2009) mukaan kyse henkilön pyrkimyksestä antaa itsestään tiedostetusti tai tiedostamattaan mahdollisimman hyvä tai sopiva vaikutelma. Puhutaan myös sosiaalisesti suotavasta vastaamisesta. Terapeutit olivat hyvin kiinnostuneita terapiatyöskentelystä, joten he saattoivat korostaa vastauksissaan niitä puolia, jotka näkivät tärkeinä nimenomaan terapeutin roolissa toimimisen kannalta. Näin ollen on mahdollista, etteivät vastaukset olleet täysin luotettavia ja siten ne ovat voineet vaikuttaa tuloksiin.

Omasta tutkimuksestamme ilmenneet kysymykset ja rajoitukset tuovat esille jatkotutkimusten kannalta tärkeitä aiheita. Jatkon kannalta olisi mielestämme aiheellista keskittyä määrän sijasta harjoitusten ja metaforien laadulliseen käyttöön. Tätä voisi tutkia esimerkiksi sekä asiakkaiden että terapeuttien itsearviointien ja palautteen kautta. Asiakkaan osalta olisi tärkeää tietää, kuinka osuviksi ja hyödyllisiksi hän eri harjoitukset ja metaforat

koki. Toisaalta tärkeitä olisivat myös terapeutin arviot siitä, kuinka osuvasti hän koki käyttävänsä harjoituksia ja metaforia ja kokiko hän asiakkaan hyötyvän niistä. Aihetta olisi syytä tutkia heterogeenisillä ja suuremmilla ryhmillä, jotka koostuisivat mahdollisesti hieman kokeneemmista terapeuteista. Pohdinnassa olemme tuoneet esille kysymyksen HOT-menetelmien tehokkaasta käytöstä. Jotta menetelmien tehokasta käyttöä olisi mahdollista tutkia, tulisi tämä käsite määritellä tarkemmin. Oman tutkimuksemme perusteella määrä ei näyttänyt olevan hyvä mittari kuvaamaan tehokkaan käytön käsitettä.

Johtopäätöksenä voimme todeta, että kaikkiin tutkimuskysymyksiimme liittyy kysymys harjoitusten ja metaforien laadullisesta käytöstä niiden lukumäärän sijaan. Käytännön terapiatyön ja -koulutuksen kannalta olisi mielestämme aiheellista painottaa menetelmien käyttöä asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Harjoitusten ja metaforien avulla pyritään edistämään psykologisen joustavuuden kuutta ydinprosessia, jotka painottuvat eri asiakkaiden kohdalla eri tavalla. Näin ollen harjoituksia ja metaforia tulisi käyttää asiakaslähtöisesti eli mahdollisimman osuvasti ja harkiten. Tutkimuksemme tulosten perusteella ei ole oleellista keskittyä harjoitusten ja metaforien mahdollisimman runsaaseen käyttöön.

Terapeuttien ominaisuuksilla (psykologinen joustavuus, ikä, työkokemus ja ennakoasenteet) ei ollut merkitseviä yhteyksiä harjoitusten ja metaforien määrälliseen käyttöön. Emme löytäneet aiempaa tutkimustietoa aiheesta, joten tutkimuksemme tuo uutta tietoa HOT-menetelmiin liittyen. Käytännön terapiatyön kannalta tärkeää on asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen sekä menetelmien laadullisen käytön merkitys.

LÄHTEET

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62-67.

Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. Teoksessa R. Baer (toim.), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettaman työryhmän Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 27.11.2013. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.

Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068.

Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., & Wilson, K. G. (2001). Derived relational responding as learned behavior. Teoksessa S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (toim.), *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2008). *Get out of your mind & into your life : the new acceptance & commitment therapy / Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää; suom. Raimo Lappalainen (4. painos)*. Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

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

Healy, H., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: coping with negative and positive self-statements. *Psychological Record*, 58, 623–640.

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

Honkaniemi, L. (2009). Persoonallisuuden kaunistelu kyselyvastauksissa. Teoksessa R-L. Metsäpelto & T. Feldt (toim.), *Meitä on moneksi: persoonallisuuden psykologiset perusteet*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Huppert, J. D., Ledley, D. R., & Foa, E. B. (2006). The use of homework in behavior therapy for anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 128-139.

Kazantzis, N., Deane, F.P., & Ronan, K. R. (2000). Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202.

Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K., Afari, N., & McCurry, S. M. (2004). Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Applying acceptance and commitment therapy (ACT). A clinical manual. (7. painos). Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.

Levin, M., & Hayes, S. C. (2009). ACT, RTF and contextual behavioral science. Teoksessa J. T. Blackledge, J. Ciarrochi & F. P. Deane (toim.), *Acceptance and commitment therapy: contemporary theory research and practice*. Bowen Hills, Qld.: Australian Academic Press.

Luoma, J. B., & Vilardaga, J. P. (2013). Improving Therapist Psychological Flexibility While Training Acceptance and Commitment Therapy: A Pilot Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 1–8.

Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: a clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impacts of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, 34, 520-538.

Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy* 42, 477–485.

Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom* 78, 73–80.

Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.

Russ, H. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, Inc.

Thase, M. E., & Callan, J. A. (2006). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 162-177.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.

Öst, L. (2008) . Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.

LIITTEET

Liite 1: Harjoitukset

Ennalta määrätyt harjoitukset:

Mutta – ja (”mutta-sanasta luopuminen”, mainitaan mm. osana mielen kontrollin heikentämismenetelmiä)

Tietoisuusharjoitus

Tavoitteet ja seuraukset lyhyellä ja pitkällä aikavälillä

Tarkkailija

Muut:

Kirkkaankeltainen jeeppi

Kolme tapaa havainnoida itseä

Virrassa lipuvat lehdet / Sotilas paraatissa

Kuvausten ja arviointien väliset erot

Kuvittele että olen ystäväsi, mitä haluat sanoa? (Ei löydy manuaaleista tällä nimellä, mutta on koodattu näin)

Syyttelyveli

Lupaus

Ole siinä missä olet

Aseta tunteet eteesi

Pahan olon päiväkirja

Taistelusta luopuminen

Osallistuminen omiin hautajaisiin

Kirje (Ei löydy manuaaleista tällä nimellä, mutta on koodattu näin)

Anteeksianto

Ajatusten nimeäminen

Yritä poimia kynä

Hyväksyntä tässä hetkessä

Yhdistä mikä tahansa mihin tahansa

Lapsi

Erilaisia tapoja ilmaista asioita

Luova muotoilu

Mitä tunnet ja ajattelet juuri nyt?

Muistokirjoitus

Hautakivi

Tarkastele mielen juna

Ajatusten ja tunteiden kuvaaminen

Anna ongelmallesi muoto

Halukkuusmittari

Älä ajattele ajatuksiasi

Silmiinkatsomisharjoitus

En pysty tekemään

Kehon tuntemukset

Vie mielesi kävelylle / Hiljainen kävely

Laita kädet silmien eteen (defuusiotekniikka)

Pää (kirjataan ylös ajatuksia ja tunteita)

Lappu ("Laita näkyville" tai "Kanna kortteja mukasi", mainitaan osana mielen kontrollin heikentämismenetelmiä)

Mehua, mehua, mehua

Viittaukset harjoitukseen

Ohjeistus harjoitukseen

Terapeutin keksimä harjoitus

Liite 2: Metaforat

Ennalta määrätyt metaforat:

Outo pikkumies

Talo

Matkustajat bussissa

Shakkilauta

Köydenveto hirviön kanssa

Muut:

Ihminen kuopassa

Hirviö / Peltitölkkihirviö

Valheenpaljastuskone

Halukkuusmittari

Matka

Kumivasara

Tienviitta

Juoksuhiikka

Lämpimät hillomunkit

Linnunpesä

Tuoli / Pöytä (kuvausten ja arviointien väliset erot)

Piste horisontissa

Sanelukone (maininta sanakoneesta osana mielen kontrollin heikentämismenetelmiä)

Tietokoneen ohjelmointi

Lapsi, joka haluaa makeisia

Väärä juna

Hyppääminen

Kutsumaton vieras

Auton ajaminen peilin avulla

Tiikerin ruokkiminen / Nälkäinen tiikeri

Kiinalaiset käsiraudat

Viittaus metaforaan

Terapeutin keksimä metafora