

596

**MASENTUNEIDEN JA PERSONALLISUUSHÄIRIÖISTEN  
IHMISTEN AJATTELU- JA TULKINTASTRATEGIAT**

Pro gradu -tutkielma

Kirsi Selonen

Toukokuu 1998

## TIIVISTELMÄ

Masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ihmisten ajattelu- ja tulkintastrategiat

Tekijä: Kirsi Selonen

Ohjaaja: ma. professori Jari-Erik Nurmi

Psykologian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Toukokuu 1998

48 sivua ja 8 liitettä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia ajattelu- ja tulkintastrategioita käyttävät masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset. Tutkimushenkilöinä oli 23 masennusdiagnoosin ja 23 persoonallisuushäiriödiagnoosin saanutta ihmistä sekä 23 vertailuryhmän ihmistä. Aineisto kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen sairaaloista ja työväenopiston kursseilta. Tutkimusmenetelminä strategioiden arvioinnissa käytettiin CAST- ja SAQ-testejä. Psykkisen hyvinvoinnin arvioinnin menetelminä olivat Rosenbergin itsetuntemittari, STAI ja BDI. Hypoteesina oli, että masentuneet ihmiset käyttäisivät opitun avuttomuuden mukaista strategiaa ja että persoonallisuushäiriöiset käyttäisivät minää tukevaa attribuutioerhettä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, onko psyykinen hyvinvointi yhteydessä ajattelu- ja tulkintastrategioihin ja säilyvätkö mahdolliset ryhmien väliset erot, jos hyvinvoinnin taso kontrolloidaan. Tutkimustulokset olivat pääpiirteissään hypoteesien mukaisia. Masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset suhtautuivat sekä suoriutumistilanteisiin että sosiaalisiin tilanteisiin pessimistisemmin ja suunnittelivat niitä vähemmän etukäteen kuin vertailuryhmä. He myös uskoivat vähemmän pystyvänsä vaikuttamaan asioiden tapahtumiseen suoriutumistilanteissa, ja heillä oli heikompi tunne-elämän hallinta kuin vertailuryhmällä. Sosiaalisissa tilanteissa he vetäytyivät ja toimivat enemmän itseä vahingoittavasti kuin vertailuryhmä. Persoonallisuushäiriöiset ihmiset käyttivät muutoin samanlaisia strategioita kuin masentuneet ihmiset, paitsi että he käyttivät masentuneita enemmän minää tukevaa attribuutioerhettä sosiaalisissa tilanteissa. Tutkimusryhmää tärkeämmäksi strategioita selittäväksi tekijäksi nousivat kuitenkin strategian valintaan vaikuttavat tekijät, kuten itsetunto, ahdistuneisuus ja masentuneisuus. Kun näiden taso kontrolloitiin, ryhmien väliset erot yleensä hävisivät.

## Esipuhe

Tämän tutkimuksen teon aikana olen tavannut monia ihmisiä, jotka ovat osaltaan mahdollistaneet tämän projektin toteutumisen. Haluankin kiittää erityisesti kaikkia niitä, jotka vapaaehtoisesti suostuivat tutkimushenkilöikseni ja uhrasivat omaa aikaansa haastatteluun. Ilman heitä tämä tutkimus ei olisi onnistunut. Tutkimushenkilöiden tavoittamisen mahdollistivat mukavat yhteistyökumppanit. Kiitos siis myös psykologi Seppo Anttoselle, lääketieteen lisensiaatti Pirjo Lappalaiselle, psykologi Hannu Majavalle, psykologi Eero Rantasillalle ja osastonhoitaja Esko Salolle, jotka auttoivat haastattelujen järjestämisessä. Kiitän psykologian laudaturopiskelijaa Jaana Mamanea yhteistyöstä CAST:n luokittelun opettelussa ja reliabiliteettien tarkastelussa. Kiitos myös läheisilleni, jotka tukivat gradun teon hankalina hetkinä.

Jyväskylässä, 19.5.1998

Kirsi Selonen

## SISÄLTÖ

1. JOHDANTO .....	1
2. KOGNITIIVINEN PERSOONALLISUUSTEORIA JA KLIININEN PSYKOLOGIA .....	2
2.1 Minäkäsitys .....	2
2.2 Attribuutioteoria .....	3
2.3 Kognitiivinen kliininen psykologia .....	4
3. STRATEGIAVIITEKEHYS .....	5
3.1 Strategioiden prosessimalli .....	6
3.1.1 Strategioiden valintaan vaikuttavat tekijät .....	6
3.1.2 Strategioiden alaprosessit .....	7
3.2 Strategiatyyppejä .....	9
4. MASENNUS .....	10
5. PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT .....	12
6. PSYKKINEN HYVINVOINTI JA KOGNITIIVISET STRATEGIAT .....	14
6.1 Tutkimukset ei-kliinisillä ryhmillä .....	14
6.2 Tutkimukset kliinisillä ryhmillä .....	16
7. MENETELMÄT .....	18
7.1. Tutkittavat .....	18
7.2. Mittarit .....	20
7.3. Tutkimuksen toteuttaminen .....	22
8. TULOKSET .....	24
8.1 Hyvinvointi .....	24
8.2 Suoriutumistilanteiden strategiat .....	25
8.3 Sosiaalisten tilanteiden strategiat .....	29
9. POHDINTA .....	35
LÄHTEET .....	41

Liitteet (8 kpl)

# 1. JOHDANTO

Psykologiassa on viime aikoina tarkasteltu persoonallisuutta kognitiivisten, ajattelu- ja tulkintastrategioiden valossa (Buss & Cantor, 1989; katsaukset: Cantor, 1990; Nurmi, 1989). Strategian käsite pitää sisällään yhtenäisiä arvioinnin, tavoitteiden asettamisen, suunnittelun ja yrittämisen malleja (Cantor & Kihlström, 1987; katsaus: Showers & Cantor, 1985), joiden tarkoituksena on auttaa yksilöä selviytymään hankalista tilanteista (Norem, 1989). Ajattelu- ja tulkintastrategiat siis kuvaavat, miten ihmiset käyttävät hyväkseen tietoa omasta itsestään ja ympäröivästä sosiaalisesta maailmasta (Cantor & Kihlström, 1987) yrittäessään ratkaista ulkoisen tilanteen arvioinnin pohjalta syntynyttä haastetta tai uhkaa (katsaus: Nurmi & Salmela-Aro, 1992).

Strategiatutkimukselle on ollut tyypillistä selvittää, miten erilaisten strategioiden käyttö liittyy joko hyvään tai heikkoon menestykseen eri tilanteissa (Norem, 1989; Nurmi, Salmela-Aro & Eronen, 1995). Tutkimuksella on kuitenkin vielä tiettyjä puutteita. Vaikka tutkimukset ovat antaneet tietoa suoriutumisen kannalta tarkoituksenmukaisista strategioista (Nurmi, ym. 1995; katsaus: Taylor & Brown, 1988), on eri strategioiden yhteyksiä hyvinvointiin tutkittu vielä suhteellisen vähän (Nurmi, ym. 1995). Strategialähestymistapaa sivuava hallintakeinojen (coping) tutkimus (katsaus: Nurmi ja Salmela-Aro, 1992) on sen sijaan selvitelty stressaavissa tilanteissa käytettyjen hallintakeinojen yhteyksiä hyvinvointiin (esim. Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; Nakano, 1991; Rector & Roger, 1996). Strategiatutkimuksen toinen puute on se, että suurin osa tutkimuksista on tehty psykologian opiskelijoilla, eikä varsinaisista ongelmista kärsiviä ole juurikaan tutkittu. Tämän vuoksi olisi tärkeää pyrkiä siirtämään strategiatutkimusta enemmän myös käytännöllisiin sovellusalueisiin, kuten kliinisen psykologian alueelle, esimerkiksi kliinisten ryhmien vertailuun (katsaus: Nurmi & Salmela-Aro, 1992, Nurmi, Salmela-Aro & Ruotsalainen, 1994). Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin selvittää, miten ajattelu- ja tulkintastrategiat ovat yhteydessä hyvinvointiin kahdella kliinisellä ryhmällä: masentuneilla ja persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä.

## 2. KOGNITIIVINEN PERSOONALLISUUSTEORIA JA KLIININEN PSYKOLOGIA

Ihminen kohtaa päivittäin valtavan määrän tietoa, jota hän pyrkii järjestämään saadakseen jonkinlaista rakennetta, pysyvyyttä ja ennustettavuutta maailmaansa (Pervin, 1989). Kognitiivisen viitekehyksen mukaan ihmisen käyttäytymisen ymmärtäminen edellyttää, että tiedetään, miten ihminen käsittelee häntä ympäröivää tietoa (Carver & Scheier, 1988). Kognitiivinen persoonallisuuspsykologia tarkastelee tätä kysymystä paljolti minäkäsityksen ja kausaaliattribuutioiden eli syy päätelmien kautta.

### 2.1 Minäkäsitys

Rosenberg (1979) määrittelee minäkäsityksen yksilön omaa itseä koskevien ajatusten ja tunteiden kokonaisuudeksi, joka koostuu eri elementeistä (esim. sukupuoli, ikä, persoonallisuus ja ulkonäkö). Markuksen ja Wurfin (katsaus:1987) mukaan minäkäsitys taas koostuu useista erilaisista minärepresentaatioista, joista kullakin hetkellä yksi on aktiivisena "työminänä" (working self). Tämä lähestymistapa sallii nähdä minäkäsityksen samalla sekä pysyvänä että mukautuvana.

Minäkäsityksellä on hyvin merkittäviä vaikutuksia sosiaalisesti ja psykologisesti. Teoreettisesta viitekehyksestä riippumatta useimmat psykoterapeutit ovat sitä mieltä, että kuva itsestä vaikuttaa syvästi emotionaaliseen tyytyväisyyteen, sopeutuneisuuteen sekä rationaaliseen ajatteluun (Hartman & Blankstein, 1986). Minäkäsitykseen liittyviä keskeisiä käsitteitä ovat itsetunto, minäpystyvyys ja minäskeema.

Rosenbergin (1979) mukaan itsetunto kuvaa itsensä hyväksymistä, kunnioittamista ja arvostamista. Ihmiset, joilla on hyvä itsetunto, ovat tyytyväisiä siihen mitä he ovat, vikoineen päivineen. Myönteisen minäkäsityksen säilyttämistä voidaan pitää yhtenä hyvän mielenterveyden kriteerinä (Taylor & Brown, katsaus: 1988). Minäpystyvyydellä (self-efficacy) tarkoitetaan ihmisen omaa arviota kyvyistään tulla toimeen erilaisissa tilanteissa. Se on eräs keskeisimmistä ihmisen toimintaan vaikuttavista tekijöistä. Omien kykyjen arviointi helpottaa ihmisten päivittäisiä päätöksiä siitä, mitä toimintoja suorittaa ja kuinka

kauan kannattaa yrittää, vaikka aluksi epäonnistuisikin (Bandura, 1977; 1985). Minäskemällä tarkoitetaan aikaisempiin kokemuksiin perustuvia minää koskevia kognitiivisia yleistyksiä, jotka ohjaavat minään liittyvän tiedon prosessointia (Markus, 1977). Sen kanssa yhdenmukaista tietoa prosessoidaan tehokkaasti, mutta ristiriitaista tietoa vastustetaan ja saatetaan jopa hylätä (katsaukset: Markus & Wurf, 1987; Nurmi, 1989).

Minää koskevat käsitykset ja skeemat ovat olennaisesti yhteydessä myös ajattelu- ja tulkintastrategioihin (katsaus: Nurmi & Salmela-Aro, 1992). Ne vaikuttavat odotuksiin omista kyvyistä suoriutua tehtävästä (Bandura, 1977;1985), tavoitteen asettamiseen (katsaus: Markus & Wurf, 1987), toiminnan toteuttamiseen (katsaus: Nurmi, 1989), ja tapahtumasta tehtyihin syypäätelmiin (katsaukset: Peterson & Seligman, 1984; Zuckerman, 1979).

## 2.2 Attribuutioteoria

Attribuutiot ovat myös olennainen osa ajattelu- ja tulkintastrategioiden tutkimusta (Nurmi, ym. 1995). Attribuutioteoria käsittelee kausaaliattribuutioita eli syypäätelmiä, joita ihmiset käyttävät selittäessään tapahtumia. Syypäätelmät ovat usein vastauksia ”Miksi?” -kysymyksiin (Anderson & Weiner, 1992; Försterling, 1988). On todettu, että erityisesti epäonnistumiset (Diener & Dweck, 1978) ja odottamattomat tapahtumat (Hastie, 1984; Langer, 1978) saavat aikaan attribuutioprosessin. Weinerin (katsaus: 1985) mukaan syysuhteen tutkimisen taustalla on pyrkimys pystyä hallitsemaan asioita. Kun tapahtuman syyt on määritelty, on mahdollista toimia tarkoituksenmukaisesti tulevaisuudessa. Syypäätelmät ovat siis tärkeitä ihmisen toiminnalle, ja voitaisiin jopa sanoa, että sopeutuminen maailmaan ei ole mahdollista ilman kausaalialalyysia.

Attribuutiotyylin on todettu olevan yhteydessä itsetuntoon ja sukupuoleen. Hyvän itsetunnon omaaville ihmisille on tyypillistä käyttää ns. *minää tukevaa attribuutioerhettä*, mikä on eräs keino säilyttää myönteinen minäkäsitys. Minää tukevalla attribuutioerheellä tarkoitetaan tapaa selittää onnistumisen johtuvan itsestä ja epäonnistumisen johtuvan itsen ulkopuolisista tekijöistä. Tällaisissa syyselityksissä on kyse toisaalta minän suojelusta, toisaalta itsetunnon vahvistamisesta (Zuckerman, katsaus: 1979). Heikon itsetunnon omaavat ihmiset tavallisesti pitävät epäonnistumispalautetta informatiivisena, mutta väheksyvät onnistumispalautetta. Tästä johtuen vain epäonnistumispalautte heijastuu heidän

todelliseen suoritukseensa (Ickes & Layden, 1978; Tennen & Herzberger, 1987). Attribuutiyyteissä voidaan nähdä myös sukupuolieroja. Miesten attribuutiotaipumukset muistuttavat vahvan itsetunnon omaavien ihmisten attribuutioita, kun taas naiset muistuttavat attribuutioissaan heikon itsetunnon omaavien ihmisten tyyliä ja käyttävät vähemmän minää tukevaa attribuutioerhettä (Ickes & Layden, 1978; katsaus: Zuckerman, 1979).

Kausaaliselityksiä voidaan tutkia tarkemmin selvittämällä niiden rakennetta. Syiden rakennetta on arvioitu sen mukaan, miten ne sijoittuvat eri ulottuvuuksille (dimension). Tutkimuksissa käytetyt ulottuvuudet eivät kuitenkaan ole olleet yhdenmukaisia. Abramson, Seligman ja Teasdale (1978) esittävät, että syitä voidaan luokitella kolmen ulottuvuuden mukaan: sisäinen vs. ulkoinen (sijainti, locus), pysyvä vs. vaihteleva (pysyvyys) ja laaja-alainen vs. erityinen (laaja-alaisuus). Weiner (1985) sen sijaan pitää laaja-alaisuutta vähemmän tärkeänä ja nostaa kontrolloitavuuden kolmanneksi tärkeäksi ulottuvuudeksi. Peterson (katsaus: 1991) on puolestaan sitä mieltä, ettei ole olemassa tiettyä ulottuvuuksien perusyhdistelmää, joka pysyisi muuttumattomana ja jota voitaisiin automaattisesti aina soveltaa. Sen sijaan tutkimuksissa käytettävä kausaalirakenne tulisi aina eritellä suhteessa siihen tarkoitukseen, mihin niitä käytetään.

### **2.3 Kognitiivinen kliininen psykologia**

Kliiniset kognitiiviset teorit ovat saaneet vaikutteita sekä psyykkisten prosessien kokeellisesta tutkimuksesta että sosiaalipsykologiasta (Brewin, 1988). Kokeellinen kognitiivinen psykologia on antanut tietoa siitä, miten ihmiset havaitsevat, luokittelevat ja muistavat tietoa, sekä miten he käyttävät sitä hyväkseen tehdessään päätöksiä. Sosiaalipsykologiasta kognitiivinen kliininen psykologia on saanut tietoa motivationaalisista prosesseista ja havaintojen ja arviointien merkityksestä käyttäytymisessä.

Kognitiivinen kliininen psykologia pitää kliinisissä häiriöissä keskeisenä ihmisen asennetta omaa itseään kohtaan (esim. Mahoney, 1991; 1995). Guidanon ja Liottin (1983) mukaan minäkäsitys vaikuttaa ihmisen tapaan havaita todellisuutta ja itseään todellisuudessa. Kun jäykkä asenne itseä kohtaan estää minäkäsityksen ja todellisuuteen suhtautumisen uudelleen muotoilemisen, yksilön vuorovaikutus todellisuuden kanssa tulee stereotyyppiseksi ja yksitoikkoiseksi. Sen seurauksena uusien kokemusten omaksuminen vaikeutuu ja yksilö sopeutuu heikommin ympäristöön.



### 3. STRATEGIAVIITEKEHYS

Strategiaviitekehys (Nurmi, ym. 1995) on viime aikoina laajentunut kohti sosiaali- ja persoonallisuuspsykologiaa (Cantor, 1981). Sosiaali- ja persoonallisuuspsykologian tutkijat ovat yhdistäneet voimansa tutkiessaan tilannetekijöiden vaikutusta käyttäytymiseen ja sosiaalisen kanssakäymisen vuorovaikutuksellista, dynaamista luonnetta. Kognitiiviset prosessit, tavoitteet, odotukset ja tulkinnat ovat yhteisiä tutkimuksen aiheita persoonallisuuspsykologian ja kognitiivisen psykologian tutkijoille (Cantor, 1981).

Ihmisten käyttämissä strategioissa tulevat esiin heidän erilaiset tapansa lähestyä asioita. Yksilölliset erot ilmenevät ensinnäkin siinä, miten eri tilanteita tulkitaan ja millaisia päämääriä tavoitellaan. Esimerkiksi jollekin ihmiselle voi olla tärkeää toisten voittaminen, toiselle taas oman tuloksen parantaminen (Norem, 1989). Tavoitteet heijastelevat ihmisen muodostamia käsitteitä, sääntöjä ja muistoja. Toiseksi ihmiset valitsevat tietyt strategiat, koska ne sopivat heidän tavoitteisiinsa tietyssä tilanteessa (Cantor & Kihlström, 1987). Strategianäkökulmassa oletetaan, että jollain piirteellä, ominaisuudella tai motiivilla voi olla useita mahdollisia ilmaisutapoja. Samalla tavalla tietty käyttäytyminen voi edustaa eri ihmisten kohdalla erilaisia piirteitä (Norem, 1989).

Nurmi, ym. (1995) toteavat, että ihmisten käyttämällä strategioilla on keskeinen merkitys heidän hyvinvoinnilleen ja menestykselleen opiskelu- ja työtilanteissa sekä sosiaalisessa elämässä. Onnistuminen ja epäonnistuminen näyttää olevan kasautuvaa. Tämä johtuu siitä, että tietyn strategian käyttö johtaa seurauksiin, jotka lisäävät taipumusta käyttää samaa strategiaan myös myöhemmissä tilanteissa, vaikka se olisikin johtanut epäonnistumiseen. Strategioiden kehitystä voidaan kuvata itseään vahvistavana myönteisenä syklinä tai kielteisenä noidankehänä (katsaus: Nurmi & Salmela-Aro, 1992; Nurmi, ym. 1995).

Myönteisillä ja tehokkailla strategioilla on ehdotettu olevan tiettyjä piirteitä. Nurmi (katsaus: 1989) ehdottaa, että pystyäkseen toimimaan menestyksellisesti ihmisen olisi: 1) suhtauduttava tehtävään myönteisesti 2) asetettava tehtävään liittyviä tavoitteita ja 3) luotava suunnitelma niiden toteuttamiseksi. Norem (1989) esittää, että mitä enemmän ihmisellä on käytettävissään eri strategioita, sitä paremmin hän voi sopeutumisen vaihtuviin tilanteisiin, mutta suuri lukumäärä ei yksinään riitä. Cantor ja Kihlström (1987) taas kuvaavat toimintaa adaptiivisena, silloin kun se on tarkoituksenmukaista, joustavasti kulloinkin tärkeimpiin tavoitteisiin sopeutunutta, ei jäykän stereotyyppistä tai mielivaltaista.

Norem (1989) mukaan strategioiden tehokkuutta arvioitaessa kannattaa huomioida seuraavat asiat: a) missä määrin strategia johtaa onnistumiseen, b) strategian käytön aiheuttamat kustannukset (emotionaalinen kuluttavuus, muiden ihmisten reaktiot, menetetyt mahdollisuudet), c) strategian käyttämättä jättämisestä aiheutuvat haitat.

### 3.1 Strategioiden prosessimalli

Strategiatutkimuksessa keskeistä on prosessi: miten ihmiset rakentavat odotuksia ja tavoitteita ja miten he muuntavat tavoitteensa toiminnaksi (Norem, 1989; katsaus: Showers & Cantor, 1985). Nurmi ja Salmela-Aro (katsaus:1992) ovat esittäneet strategioiden prosessimallin, jossa ihmisten toimintatapoja kuvataan eri osatekijöiden ja vaiheiden jatkumona. Mallissa kuvataan strategioiden valintaan vaikuttavia tekijöitä sekä strategian eri alavaiheita.

#### 3.1.1 Strategioiden valintaan vaikuttavat tekijät

Vain muutamat toiminnot vaikuttavat ihmisen elämään yhtä vahvasti kuin minän suojeleminen ja vahvistaminen (self-enhancement) (Brewin, 1988; Rosenberg, 1979). Myös ajattelu- ja tulkintastrategioiden keskeisimmät *motiivit* liittyvät minäkäsitykseen (Nurmi & Salmela-Aro, katsaus: 1992). Ihmiset ovat yleensä motivoituneita säilyttämään myönteisen kuvan itsestään (Brewin, 1988; Rosenberg, 1979; katsaukset: Snyder & Higgins, 1988; Taylor & Brown, 1988). Toisaalta on esitetty, että ihmiset pyrkivät säilyttämään itsestään ennemminkin johdonmukaisen kuin myönteisen kuvan (Swann, 1987). Myös myönteisen vaikutelman tekemisen (Leary & Kowalski, katsaus: 1990) ja kontrollintunteen säilyttämisen (Brewin, 1988) on ehdotettu olevan keskeisiä motiiveja ihmisen toiminnalle.

Myös *yksilön piirteet* vaikuttavat tapahtumien kulkuun ja hallintakeinojen valintaan (McCrae, 1984). Nurmen ja Salmela-Aron (1992) katsauksen mukaan yksilön piirteistä strategioiden valintaan vaikuttavat erityisesti itsetunto ja mieliala. Minäpystyvyys vaikuttaa siihen, mitä ihmiset tekevät ja kuinka kauan he jatkavat yrittämistä vaikeuksista huolimatta (Bandura, 1977). Tennenin ja Herzbergerin (1987) tutkimusten mukaan itsetunto on yhteydessä attribuutiotyylisiin. Vahvan itsetunnon omaavat ihmiset attribuivat myönteiset

tapahtumat sisäisiin ja positiivisiin tekijöihin. Showers ja Cantor (1985) ovat todenneet myönteisen mielialan lisäävän tilanteessa havaittujen vaihtoehtoisten tulkintojen lukumäärää, mikä mahdollistaa yksilölle paremman joustavuuden. Myös yleisempi dispositionaalinen optimismi tai pessimismi vaikuttaa ihmisten tapaan suhtautua kohtaamiinsa ongelmiin (katsaus: Scheier & Carver, 1992). Optimistit keskittyvät ongelman ratkaisuun ja pessimistit taas välttelemään vaikeita tilanteita ja luovuttavat helposti.

*Tilannetekijät* aktivoivat automaattisesti aikaisemmat tiedot tilanteesta, ja ihmiset tulkitsevat tilanteita yhdistämällä ne nykyistä tilannetta koskeviin tietoihin (katsaus: Showers & Cantor, 1985). Tilanteen laatu vaikuttaa ihmisten hallintakeinojen valintaan stressaavissa tilanteissa (McCrae, 1984). Valitun hallintakeinon on todettu riippuvan siitä, mitä ihminen arvioi hänellä olevan tilanteessa vaakalaudalla ja millaisia keinoja hänellä on käytettävissään. Esimerkiksi tilanteissa, jotka ovat mahdollisesti itsetunnon säilyttämisen kannalta uhkaavia, etsitään vähemmän sosiaalista tukea kuin tilanteissa, joissa uhkaa ei ole (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Myös tilanteen julkisuus vaikuttaa strategian valintaan (Snyder & Higgins, katsaus: 1988).

### 3.1.2 Strategioiden alaprosessit

Strategioiden ensimmäinen vaihe koostuu toimintatuloksen *ennakoinnista*, jolla on vaikutusta myös toiminnan lopputulokseen. Jonesin (1977) mukaan ihminen pyrkii arvioimaan onnistumisen todennäköisyyttä, koska se vähentää epävarmuuden aiheuttamaa ahdistuneisuutta. Bandura (1977) esittää, että on olemassa lopputulosta koskevia odotuksia (outcome expectancies), eli arvioita siitä, tuleeko tietty toiminta johtamaan tiettyihin seurauksiin, sekä pystyvyysodotuksia (efficacy expectations), jotka kuvaavat yksilön uskomuksia omasta kyvystään suoriutua tehtävästä.

Itsesäädely toiminta tapahtuu aina jonkin päämäärän saavuttamiseksi. *Tavoitteen valintaan* vaikuttavia tekijöitä ovat odotukset, affektiiviset tekijät ja toivotut minäkäsitykset (katsaus: Markus & Wurf, 1987). Tavoitteen asettamisen on todettu parantavan tehtävästä suoriutumista (Campbell & Furrer, 1995). Jotta tavoitteet motivoisivat tehokkaasti toimintaa, niiden tulisi olla läheisiä, spesifejä ja haastavia (katsaus: Ahrens, 1987). Itsetuntoaan suojellakseen ihminen voi kuitenkin asettaa matalat tavoitteet, jotta mahdollinen epäonnistuminen ei tuntuisi niin pahalle (Norem & Cantor, 1986).

Nurmi (katsaus: 1989) on kuvannut *suunnittelua* prosessina, joka koostuu alatavoitteiden asettamisesta, suunnitelmien muodostamisesta ja näiden suunnitelmien toteuttamisesta. Strategian konstruointi muistuttaa ongelmanratkaisua, jossa yksilön täytyy keksiä ne keinot, jotka vievät tavoitteeseen ja sitten päättää, mikä keino on kaikkein tehokkain. Toimintastrategian valintakyvyn lisäksi henkilöllä täytyy olla sopiva valikoima, josta valita (Markus & Wurf, 1987; Norem, 1989). Periaatteessa ihmiset voivat käyttää eri strategioita eri tilanteissa, mutta käytännössä on kuitenkin tavallista juuttua käyttämään yhtä tiettyä strategiaa (Norem & Cantor, 1986).

*Itsesäätelyn* vaiheessa ihminen tarkkailee ja arvioi omaa toimintaansa. Markus ja Wurf (katsaus: 1987) ehdottavat, että tämän vaiheen sujumisessa on keskeistä minäkäsityksen mukanaolo. On kuitenkin vielä epäselvää, millaiset vaikutukset minäkäsityksellä on toiminnan suorittamiseen. Se voi helpottaa, mutta myös vaikeuttaa itsesäätelyä. Nurmen (katsaus: 1989) mukaan ihmisen tieto omista ongelmanratkaisutavoistaan, eli metakognitiiviset taidot tulevat tärkeiksi, jos muodostetut suunnitelmat eivät johda tavoitteisiin. Epäonnistumisen syiden analysoinnin avulla voidaan muuttaa käyttäytymistä. Toisaalta Langer (1978) on väittänyt, että osa ihmisen käyttäytymisestä on luonteeltaan kaavamaisista (script) ja tapahtuu ilman jatkuvaa, aktiivista tiedonkäsittelyä. Tämän käsityksen mukaan ihminen prosessoi vain minimimäärän saatavilla olevasta tiedosta ja toimii sen mukaan, huomioimatta vaihtoehtoisia mahdollisuuksia.

Strategioiden viimeinen vaihe muodostuu tapahtuman lopputulokselle annetuista tulkinnoista eli *syypäätelmistä*: mistä henkilö katsoo onnistumisen tai epäonnistumisen johtuneen (Nurmi & Salmela-Aro, 1992; Weiner, 1985). Syyselityksiin vaikuttavat sekä tilannetekijät että dispositionaaliset tekijät (Peterson & Seligman, 1984). Itsetunnon suojelemisen tarve voi näkyä minää tukevan attribuutioerheen (katsaus: Zuckerman, 1979) käyttämisenä. Myös mielialalla on todettu olevan yhteyttä syypäätelmiin, masentunut ihminen on taipuvainen tekemään päinvastaisia syypäätelmiä, kuin minää tukevaa attribuutioerhettä käyttävät ihmiset, eli attribuutoimaan epäonnistumisen sisäisiin, pysyviin ja globaaleihin syihin (mm. Seligman, Abramson, Semmel & von Bayer, 1979). Zuckermanin mukaan syypäätelmiin vaikuttaa myös se, onko tapahtuma odotettu vai ei. Odotetut tapahtumat attribuoidaan useammin pysyviin (esim. kyvyt) kuin vaihteleviin (esim. sattuma) tekijöihin.

### 3.2 Strategiatyyppejä

Tutkimuksissa on erotettu eri strategiatyyppejä, joiden käyttäminen johtaa joko menestykseen tai toistuvaan epäonnistumiseen (Nurmi ym., 1995). Strategiatyyppejä kuvataan sen mukaan, miten niitä käyttävät ihmiset ennakoivat suoriutumistaan, miten he toimivat haasteellisessa tilanteessa ja miten he selittävät toiminnan lopputulosta. Onnistumiseen johtavina strategioina on esitelty 'illusorisen hohteen optimismi' ja 'defensiivinen pessimismi' (Norem & Cantor, 1986). Epäonnistumiseen johtavia strategioita ovat 'opittu avuttomuus' (Abramson, ym. 1978; Seligman, 1975), 'itseä vahingoittava strategia' (Berglas & Jones, 1978) ja epäonnistumisansa-strategia (Nurmi, Salmela-Aro, Anttonen & Kinnunen, 1992).

*Optimistisen strategian* käyttäjä odottaa onnistuvansa eri tilanteissa. Hän toimii tilanteissa rationaalisen ongelmanratkaisija tavoin ja ottaa kunnian menestymisestään itselleen, mutta ei ota vastuuta epäonnistumisestaan, eli hän käyttää minää tukevaa attribuutioerhettä (Norem & Cantor, 1986). *Defensiivinen pessimisti* on huolestunut toimintansa lopputuloksesta. Hän asettaa itselleen hyvin matalat tavoitteet haasteellisessa tilanteessa valmistautuakseen mahdolliseen epäonnistumiseen. Negatiiviset odotukset eivät yleensä kuitenkaan toteudu, koska defensiivinen pessimisti yrittää kaikkensa estääkseen kielteisten odotusten toteutumisen. Hän ei käytä minää tukevaa attribuutioerhettä (Norem & Cantor, 1986). *Itseä vahingoittavaa strategiaa* käyttävä ihminen valitsee minäkäsitystään suojellakseen sellaisen toimintatavan, joka mahdollistaa epäonnistumisen syyn ulkoistamisen ja onnistumisen syyn sisäistämisen. Tästä seuraa se, että oli toiminnan tulos mikä tahansa, itseä vahingoittavaa strategiaa käyttävä ihminen ei voi 'hävitä' (Berglas & Jones, 1978). *Opittua avuttomuutta* strategianaan käyttävä ihminen uskoo, ettei hän pysty vaikuttamaan tapahtumien todennäköisyyksiin ja ennakoi epäonnistuvansa tehtävässä. Onnistuessaan hän katsoo sen johtuneen itsen ulkopuolisista tekijöistä, mutta syyttää epäonnistumisesta itseään (Abramson ym. 1979; Seligman, 1975). *Epäonnistumisansa-strategiaa* (Nurmi, ym. 1992) käyttäville ihmisille on tyypillistä heikko itsetunto. Haasteellisessa tilanteessa he keskittyvät tehtävään liittymättömään toimintaan, eivätkä luo suunnitelmia tehtävän ratkaisemiseksi. He eivät käytä minää tukevaa attribuutioerhettä, vaan antavat kunnian menestymisestä toisille ja syyttävät epäonnistumisesta itseään. Tätä strategiaa voidaan pitää pahimpana mahdollisena strategiana, koska sen käyttäminen johtaa toistuvaan epäonnistumiseen ja pitää itsetunnon heikkona.

## 4. MASENNUS

Masennus eli depressio kuuluu mielialahäiriöihin. Diagnostisesti masennukseen liittyy monia mahdollisia oireita muun muassa olosuhteista riippumaton mielialan lasku, tarmon puute, keskittymiskyvyn puute, unihäiriöt, mielenkiinnon menetys, heikentynyt itsetunto ja syyllisyyden tai arvottomuuden tunne (Tautiluokitus ICD-10, 1995). Masennustilat ovat melko yleisiä, n. 5% väestöstä sairastaa kliinistä masennusta ja joka neljäs sairastaa vakavan masennuksen joskus elämänsä aikana (Achté & Tamminen, 1993). Naiset sairastuvat masennukseen miehiä enemmän (Frank, Carpenter & Kupfer, 1988; Lewinsohn, Hoberman & Rosenbaum, 1988). Heidän kohdallaan se myös uusiutuu useammin (Keitner, Ryan, Miller, Kohn & Epstein, 1991; Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989) ja on vakavampi kuin miesten kohdalla (Lewinsohn, ym. 1989).

Tutkimuksissa on löydetty tiettyjä sukupuoleen, ikään, sosiaaliseen asemaan ja aikaisempiin masennusjaksoihin liittyviä riskitekijöitä. Masennusta on havaittu olevan enemmän naisilla (Frank, ym. 1988; Lewinsohn, ym. 1989; Radloff, 1986), nuorilla (Lewinsohn, ym. 1988; Radloff, 1986), työttömillä (Lewinsohn, ym. 1988; Radloff, 1986), matalan koulutustason saaneilla ihmisillä (Radloff, 1986) ja niillä, jotka ovat sairastaneet masennuksen joskus aikaisemmin (Lewinsohn, ym. 1988) tai jotka kärsivät jostain muustakin sairaudesta (Radloff, 1986).

Masennusta on kognitiivisessa viitekehyksessä lähestytty tarkastelemalla masentuneiden ihmisten ajattelutoimintaa (Gotlib & Hammen, 1992). Hartlage, Alloy, Vázquez ja Dykman (1993) toteavat katsauksessaan, että masennuksen on todettu häiritsevän ongelmanratkaisua, oppimista ja luetun ymmärtämistä. Masentuneet ihmiset myös havaitsevat kielteisen informaation negatiiviseen suuntaan vääristyneesti (Dobson, 1986). Nämä ilmiöt ovat kuitenkin riippuvaisia masennuksen tasosta. Esimerkiksi negatiiviset mielikuvat ja käsitteet pääsevät helpommin masentuneiden kuin ei-masentuneiden tietoisuuteen, mutta tämä helppopääsyisyys on kuitenkin voimassa vain masennuksen aikana. Yleensä masennukseen liittyviä kognitiivisia prosesseja on ajateltu piirteenomaisina tekijöinä, mutta niitä tulisi pitää ennemminkin masennustilasta riippuvaisina (Gotlib & Cane, 1987; Hollon, Kendall & Lumry, 1986).

Kaksi masennuksen kognitiivista teoriaa on ollut laajan teoreettisen ja empiirisen huomion kohteena (Gotlib & Hammen, 1992). Nämä kaksi teoriaa ovat Beckin, Rushin,

Emeryn ja Shawn (1979) kognitiivinen malli masennuksesta sekä Seligmanin (1975) opittu avuttomuus -hypoteesi, jota ovat uudistaneet Abramson, Seligman ja Teasdale (1979) ja josta Abramson, Metalsky ja Alloy (1989) ovat edelleen kehittäneet toivottomuusteoriaansa.

Beck ym. (1979) selittävät masennuksen psykologista perustaa kolmella tekijällä: 1) kognitiivisella triadilla, joka muodostuu itsen, omien kokemusten ja oman tulevaisuuden näkemisestä kielteisesti 2) dysfunktionaalisilla skeemoilla, joiden avulla masentunut ihminen säilyttää itseä vahingoittavat asenteensa ja 3) tiedonkäsittelyssä tapahtuvilla systemaattisilla kognitiivisilla virheillä.

Abramsonin ym. (1978) mukaan on olemassa masennuksen alalaji, joka on nimetty opituksi avuttomuudeksi. Se on seurausta siitä, että yksilö alkaa havaita oman toimintansa ja sitä seuraavien tapahtumien olevan toisistaan riippumattomia. Näin hänelle muodostuu ennako-odotus, ettei hän pysty vaikuttamaan asioihin. Tätä avuttomuuttaan ihminen pyrkii selittämään, ja jos hän päätelee sen johtuvan sisäisistä, globaaleista ja pysyvistä syistä, on seurauksena laaja-alainen ja pysyvä avuttomuus. Opitun avuttomuuden seurauksia ovat masentunut mieliala, itsetunnon heikentyminen, motivaation heikentyminen ja vaikeus oppia, että jossain myöhemmässä vaiheessa reagoiminen voisikin tuottaa toivotun seurauksen.

Abramsonin ym. (1989) toivottomuus-mallissa toivottomuus ei ole masennuksen oire, vaan riittävä syy sen kehittymiselle. Toivottomuusmasennus kehittyy, jos ihmiselle muodostuu odotus, että toivottuja asioita ei tule, mutta ei-toivottuja asioita tulee tapahtumaan, eikä hänellä ole keinoja muuttaa näiden tapahtumien todennäköisyyksiä. Tietyn-tyyppiset syypäätelmät, kuten pysyvä ja laaja-alainen syypäätelmä kielteisistä tapahtumista, edistävät masennuksen kehittymistä.

## 5. PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

Persoonallisuushäiriöissä on kyse yksilön persoonallisuudessa ja käyttäytymistaipumuksissa havaittavista vakavista häiriöistä, joihin liittyy yleensä huomattavaa ahdistusta tai sosiaalista haittaa. Ne ovat kestäviä käyttäytymismalleja, jotka ilmenevät joustamattomuutena monissa elämäntilanteissa ja ovat hyvin poikkeavia verrattuna tapaan, jolla kulttuurissa tavallisesti havaitaan, ajatellaan, tunnetaan ja erityisesti suhtaudutaan muihin. Suomessa käytössä olevassa ICD-10 -tautiluokituksessa (1995) ne kuuluvat aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöiden pääluokkaan. Määritettyjen persoonallisuushäiriöiden luokka sisältää kymmenen määritettyä persoonallisuushäiriötä (epäluuloinen, eristäytyvä, epäsosiaalinen, tunne-elämältään epävakaa, huomionhakuinen, vaativa, estynyt ja riippuvainen persoonallisuus), muut määritetyt persoonallisuushäiriöt (narsistinen, epäkypsä, passiivis-aggressiivinen ja psykoneuroottinen persoonallisuus) ja määrittämättömän persoonallisuushäiriön. Sekamuotoisten persoonallisuushäiriöiden luokassa oireisto ei ole kovin selväpiirteistä, vaan niissä on piirteitä useista määritetyistä persoonallisuushäiriöistä. Pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset taas ovat aikuisiän häiriöitä, jotka ovat seurausta altistumisesta tuhoisalle tai ylenmääräiselle pitkittyneelle rasitukselle (esim. suuronnettomuus, pitkäaikainen kuolemanvaara). Persoonallisuuden muutos on tällöin merkittävä ja siihen liittyy joustamaton ja sopeutumaton käyttäytyminen, jota ei esiintynyt ennen häiriön aiheuttanutta kokemusta (ICD-10, 1995).

Tutkimuksissa on todettu, että persoonallisuushäiriöluokka on kokonaisuudessaan hyvin heterogeeninen, ja oletetut alaluokat menevät päällekkäin. Eri luokkien päällekkäisyys aiheuttaa sen, että diagnosointi ei aina ole kovin yhdenmukaista (Davison & Neale, 1990; katsaus: Farmer & Nelson-Gray, 1990).

Freemanin ja Leafin (1989) mukaan persoonallisuushäiriöistä kärsivien ihmisten määrä on lisääntynyt. Niiden yleisyyttä on vaikea määrittellä, mutta suomalaisissa väestötutkimuksissa on arvioitu, että n. 4 % ihmisistä kärsii persoonallisuushäiriöistä. Ne ovat yleisempiä miehillä (6 %) kuin naisilla (2 %) (Lehtinen, ym. 1993).

Persoonallisuushäiriöiden kehittymiseen vaikuttavat sekä perintötekijät että lapsuuden kehitysympäristö, ja taipumusta voivat lisätä myös varhaiset aivovauriot (Lepola, Koponen & Leinonen, 1995; Toskala, 1991). Tärkeimpänä tekijänä pidetään kuitenkin ympäristötekijöitä ja varhaisia ihmissuhteita (Bowlby, 1985; Toskala, 1991). Paris (1993) on esittänyt



biopsykososiaalisen mallin, jonka mukaan mikään tekijä yksinään ei riitä, vaan ainoastaan biologisten, psykologisten ja sosiaalisten riskitekijöiden yhdistelmä on riittävä ehto persoonallisuushäiriöiden kehittymiselle.

Persoonallisuushäiriöitä koskevasta kirjallisuudesta suurin osa on kirjoitettu psykoanalyttisesta viitekehuksesta (Freeman & Leaf, 1989). Kognitiivinen teoria persoonallisuushäiriöistä on suhteellisen uusi, ensimmäinen kognitiivisen näkökulman tarjoava kirja on Beckin ja Freemanin ”Cognitive Therapy of Personality Disorders”, joka ilmestyi vuonna 1990. Kognitiivinen viitekehys tarkastelee persoonallisuushäiriöitä kliinisesti tärkeiden skeemojen kautta. Kognitiiviset skeemat ovat sääntöjä, joiden mukaan yksilö elää ja joiden avulla hän sopeutuu elämän haasteisiin ja muutoksiin. Yksilönkehityksen myötä skeemat kehittyvät ja muuttuvat. Joskus käy niin, että jotkut skeemat eivät jatka kehittymistään, vaan jäävät aikaisemmalle tasolle. Tämä on alku persoonallisuushäiriölle; skeemaa, joka oli tarkoituksenmukainen varhaisemmassa elämänvaiheessa, käytetään myöhemminkin elämässä (Freeman & Leaf, 1989).

Skeemat ovat persoonallisuuden perusyksiköitä, joiden perusteella annetaan merkityksiä tapahtumille. Skeemat aloittavat tapahtumaketjun, joka huipentuu sellaiseen ulkoiseen käyttäytymiseen, joka luetaan persoonallisuuden piirteiksi. Persoonallisuuden piirteet voidaan käsitteellistää skeemojen ulkoisina ilmauksina. Nämä käyttäytymismallit edustavat interpersoonallisia strategioita, jotka ovat kehittyneet synnynnäisten taipumusten ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksessa (Beck & Freeman, ym.1990).

Persoonallisuushäiriöihin liittyviä kognitiivisia prosesseja on tutkittu vasta vähän kognitiivisen teorian (Beck & Freeman, ym. 1990) tai attribuutioteorian (Abramson, ym. 1978) näkökulmasta, mitä on sovellettu paljon masennuksen tutkimiseen. Tämä näkökulma olisi kuitenkin mielenkiintoinen sen vuoksi, että masennustutkimuksissa todetut riskitekijät ovat todellisuudessa piirteitä, mikä olisi yhdenmukaista (consonant) persoonallisuushäiriön määritelmän kanssa. Persoonallisuushäiriöiden tutkiminen tässä viitekehyksessä on hiukan ongelmallista sen vuoksi, että persoonallisuushäiriöt ovat luonteeltaan melko pysyviä, minkä vuoksi on hyvin vaikeaa osoittaa ajallista syy-yhteyttä kognitioiden ja persoonallisuuden välillä (Morey, 1993).

## **6. PSYKKINEN HYVINVOINTI JA KOGNITIIVISET STRATEGIAT**

Psyykkistä hyvinvointia on tutkittu pääasiassa kliinisen psykologian alueella, jolloin tutkimuskohteena ovat olleet mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset. Kliiniset tutkimukset hyvinvoinnin ja persoonallisuuden välisestä yhteyksistä sisältävät kuitenkin muutamia ongelmakohtia. Koska mielenterveysongelmiin liittyy usein heikentynyt realiteettien taju, kuvataan ns. terve yksilö usein sellaisena, joka säilyttää hyvin läheisen kontaktin todellisuuteen. Tällainen tiukan kliininen näkökulma voi kuitenkin johtaa rationaalisuuden ylipainottumiseen (Taylor & Brown, katsaus: 1988). Haaga, Dyck ja Ernst (1991) taas varoittavat, että kliinisistä tutkimuksista johdetut persoonallisuusteoriat ovat taipuvaisia painottamaan liikaa persoonallisuuden piirteiden mahdollista patologisuutta. Persoonallisuuspsykologias- ta nousevan strategiaviitekehyksen käyttäminen psyykkisen hyvinvoinnin tarkasteluun kliinisillä tutkimusryhmillä voi siis tuoda toisenlaisen näkökulman asiaan. Se tuo uutta myös strategiatutkimuksen alueelle, koska pääosa sen tutkimuksista on tehty ei-kliinisillä ryhmillä, kuten opiskelijoilla. Sen vuoksi tutkimukset on seuraavassa eritelty tutkimusryh- mien mukaan.

### **6.1 Tutkimukset ei-kliinisillä ryhmillä**

Kognitiivisten strategioiden yhteyttä hyvinvointiin on tutkittu lähinnä sen kautta, miten erilaiset ajattelu- ja tulkintatavat, useimmiten attribuutiotyylit, ovat yhteydessä itsetuntoon ja mielialaan. Hyvän itsetunnon on todettu liittyvän minää tukevan attribuutioerheen käyttöön (katsaus: Zuckerman, 1979). Samoin Tennenin ja Herzbergerin (1987) tutkimuksessa hyvän itsetunnon omaavat ihmiset attribuivat myönteiset tapahtumat itseen liittyviin, sisäisiin ja pysyviin tekijöihin. He pitivät myönteisiä tapahtumia tärkeämpinä kuin kielteisiä ja uskoivat pystyvänsä kontrolloimaan niitä enemmän. Hyvän itsetunnon on todettu liittyvän myös adaptiivisten hallintakeinojen käyttöön (Rector & Roger, 1996). Snyder ja Higgins (katsaus: 1988) esittävät myös, että ei-toivottujen tapahtumien selittäminen ulkoisilla, vaihtelevilla ja erityisillä syillä vähentää itsetunnon heikentymistä ja ehkäisee masennusta.

Heikon itsetunnon omaaville ihmisille puolestaan on tyypillistä selittää epäonnistumisia sisäisillä ja onnistumisia ulkoisilla, vaihtelevilla ja erityisillä syillä (Tennen & Herzberger, 1987). Heillä on myös todettu olevan taipumusta käydä mielessään läpi menneitä epäonnistumisia (Rector & Roger, 1996).

Ajattelu- ja tulkintatavoilla on yhteyttä myös mielialaan. MacLeod ja Cropley (1995) tutkivat dysforisten, masentuneesta mielialasta kärsivien opiskelijoiden ajattelua. Dysforiset opiskelijat eivät eronneet vertailuryhmästä arvioidessaan positiivisten tapahtumien todennäköisyyttä omalla kohdallaan, mutta uskoivat vertailuryhmää enemmän kielteisten tapahtumien todennäköisyyteen. He myös antoivat erityisen esimerkin mahdollisesta kielteisestä tulevaisuuden tapahtumasta nopeammin kuin vertailuryhmä, mutta olivat hitaampia antamaan esimerkkiä mahdollisesta myönteisestä tapahtumasta.

Heppner, Baumgardner ja Jackson (1985) ovat todenneet ihmisten arvioiden omista ongelmanratkaisukyvyistään olevan yhteydessä henkilökohtaisten ongelmien määrään ja masennukseen. Heikon ongelmanratkaisukyvyyn tunnusmerkkejä ovat itseluottamuksen puute, ongelmien välttely ja hallinnantunteen heikkous. Tutkimuksen mukaan niillä, jotka arvioivat omat ongelmanratkaisukykynsä heikoiksi, oli eniten henkilökohtaisia ongelmia. Itsearvio ongelmanratkaisukyvyistä oli myös kausaaliattribuutioita voimakkaammin yhteydessä masennukseen.

Peterson ja Seligman (katsaus: 1984) väittävät, että opittu avuttomuus -teorian (Abramson, ym. 1978) mukainen ns. depressiivinen selitystyyli, eli kielteisten tapahtumien selittäminen sisäisillä, pysyvillä ja globaaleilla syillä luo riskin masentua, jos ihminen kohtaa ei-toivottuja tapahtumia. Tiggeman, Winefield, Winefield & Goldney, 1991) ovat myös todenneet, että myönteisten tapahtumien selittäminen ulkoisilla ja vaihtelevilla syillä ja kielteisten tapahtumien selittäminen pysyvillä ja laaja-alaisilla syillä on yhteydessä masentuneisuuteen ja toivottomuuteen. Tulos oli muuten teorian mukainen, mutta poikkeaa siinä, että kielteisten tapahtumien selittäminen sisäisillä, itseen liittyvillä syillä ei ollutkaan yhteydessä masennukseen.

Itsetunnon ja masennuksen lisäksi ajattelutapojen yhteyttä hyvinvointiin on tutkittu myös esim. sopeutuneisuuden (adjustment), fyysisen terveyden ja itseä vahingoittavan toiminnan suhteen. Taylor, Lichtman ja Wood (1984) tutkivat rintasyöpään sairastuneita naisia, ja totesivat, että naisten sopeutuminen oli parempaa, jos he uskoivat joko itsensä tai lääkärin pystyvän hallitsemaan tilannetta. Attribuutiot olivat yhteydessä sopeutumiseen siten, että toisen ihmisen syyttäminen syöpään sairastumisesta oli yhteydessä heikkoon

sopeutumiseen. Peterson (1988) selvitti attribuutiotyylin yhteyttä fyysiseen hyvinvointiin. Ei-toivottujen tapahtumien selittäminen pysyvillä ja laaja-alaisilla syillä ennusti tartuntatauteihin sairastumista ja lääkärissä käyntien lukumäärää. Baumeister ja Scher (katsaus: 1988) tutkivat tavallisten ihmisten itseä vahingoittavia käyttäytymismalleja. Negatiiviset tunnetilat, kuten ahdistuneisuus, viha, pelko ja hämmentyneisyys sekä itseen keskittynyt tarkkaavaisuus näyttivät johtavan itseä vahingoittavaan toimintaan. Syynä tähän he esittävät, että ihmiset haluavat paeta negatiivisia tunnetiloja mahdollisimman nopeasti, mikä saa heidät valitsemaan väliaikaisen vapautumisen ikävästä tilanteesta välittämättä pitempiaikaisista haitoista.

## **6.2 Tutkimukset kliinisillä ryhmillä**

Ajattelu- ja tulkintastrategioita ei ole juurikaan tutkittu varsinaisista ongelmista kärsivillä ryhmillä. Erityisesti kliinisten ryhmien ajattelutavoista on tehty vain harvoja tutkimuksia. Eräs niistä on Rantasen (1996) tutkimus paniikkihäiriöisistä ja masentuneista ihmisistä. Sen mukaan paniikkihäiriöisillä oli kaikkein haitallisimmat ajattelu- ja tulkintastrategiat.

Fine-McDermut, Haaga ja Bilek (1997) totesivat tutkimuksessaan, että kliinisesti masentuneet ihmiset olivat toivottomampia ja pessimistisempiä kuin vertailuryhmä. Masentuneilla ihmisillä oli enemmän irrationaalisia uskomuksia kuin ei-masentuneilla ihmisillä. He olivat erheellisempiä antaessaan oikeutuksia (justifying) omille attribuutioilleen koskien negatiivisia tapahtumia, kuin vertailuryhmä, mutta vähemmän erheellisempiä positiivisten tapahtumien kohdalla.

van den Bout, Cohen, Groen ja Kramer (1987) esittävät masennuksen tason vaikuttavan attribuutioiden tekemisen halukkuuteen. Mitä masentuneempi ihminen on, sitä enemmän hän yrittää selvittää negatiivisten tapahtumien syitä ja sitä enemmän hän yrittää välttää kielteisiä tapahtumia.

Kliiniseen masennukseen on todettu liittyvän lisääntynyt kielteinen (negatiivinen) ajattelu (katsaus: Haaga, ym. 1991). Myös Ingramin, Lumryn, Cruet'n ja Sieberin (1987) tutkimuksessa masentuneiden vastaukset lauseentäydennystestiin olivat vertailuryhmää useammin itseen keskittyneitä ja sisällöltään negatiivisia. Koenig, Ragin ja Harrow (1995) puolestaan tutkivat, miten masentuneet arvioivat itseään ja muita. Masentuneiden itsearviot olivat huomattavasti epätarkempia kuin vertailuryhmän.

Dobson ja Pusch (1995) testasivat depressiivisen realismin hypoteesia kliinisesti masentuneilla naisilla. Hypoteesin mukaan masentuneet koehenkilöt antaisivat realistiset arviot omasta kontrollinmahdollisuudestaan ei-sattumanvaraisessa tilanteessa, kun taas ei-masentuneet yliarvioisivat kontrollinsa. Tuloksena oli kuitenkin, että kliinisesti masentuneet yliarvioivat oman hallintansa eivätkä olleet realistisempia kuin ei-masentuneet. Tämän mukaan dysforisten opiskelijoiden otoksista löydetty depressiivinen realismi ei pitäisikään paikkaansa kliinisesti masentuneiden kohdalla.

Hartouni (1992) tutki narsistisesti persoonallisuushäiriöisten ihmisten kausaaliattribuutioita ja havaitsi heille olevan tyypillistä selittää onnistumisen johtuvan voimakkaasti sisäisistä ja pysyvistä tekijöistä. Epäonnistumisen selityksissä he eivät eronneet vertailuryhmästä. Hartouni ehdottaa tämän tyyppisen attribuutioitaipumuksen tarkoituksena olevan hälventää avuttomuuden ja heikon itsetunnon kokemuksia.

Erilaisista psyykkisen hyvinvoinnin ongelmista kärsivien ajattelu- ja tulkintastrategioita ei ole siis vielä kovin paljon tutkittu (Nurmi, ym. 1994; 1995). Voisi kuitenkin olettaa, että esimerkiksi masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset käyttäisivät suhteellisesti vähemmän tehokkaita strategioita kuin hyvinvoivat ihmiset. Tämä tutkimus pyrkiikin selvittämään, millaiset ajattelu- ja tulkintastrategiat näyttäisivät olevan tyypillisiä masentuneille ihmisille suoritustilanteissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Aikaisempien tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että masentuneet käyttävät opitun avuttomuuden kaltaista strategiaa (Abramsom, ym. 1978; Heimberg, ym. 1989; Seligman, 1975). Toiseksi pyritään selvittämään, millaiset ajattelu- ja tulkintastrategiat näyttäisivät olevan tyypillisiä persoonallisuushäiriöisille ihmisille suoritustilanteissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Persoonallisuushäiriöisten ihmisten kohdalla voitaneen olettaa olevan tyypillistä minää tukevan attribuutioerheen tavallista voimakkaampi käyttö ainakin onnistumisten kohdalla (Hartouni, 1992). Lisäksi tarkoituksena on selvittää, eroavatko em. ryhmien strategiat toisistaan jos itsetunnon, ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, iän ja koulutuksen tason mahdollinen vaikutus kontrolloidaan.

## 7. MENETELMÄT

### 7.1. Tutkittavat

Tutkittavina oli 69 iältään 23-68 -vuotiasta aikuista ihmistä. Masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ryhmät koottiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin neljältä psykiatriselta osastolta ja yhdeltä psykiatrian poliklinikalta. Masentuneiden ryhmässä oli alunperin 24 ihmistä, mutta joukosta pudotettiin pois yksi, koska hän ei ollut haastatteluhetkellä enää lainkaan masentunut. Masentuneiden ryhmässä oli 11 keskivaikeaa masennusta, 6 vaikeaa masennusta, 1 vaikeaa, psykoottista masennusta, 2 toistuvaa masennusta, 2 pitkäaikaista masennusta, (dystymia) ja 1 tarkemmin määrittelemätöntä masennusta sairastava ihminen. Persoonallisuushäiriöiden ryhmässä oli 9 epävakaata, 8 sekamuotoista, 4 riippuvaista, 1 narsistinen ja 1 epäkypsä persoonallisuus.

Vertailuryhmä koottiin Jyväskylän työväenopiston kursseilta, ja siinä oli alunperin 27 ihmistä. Joukosta pudotettiin yksi haasteltu hyvin korkeiden STAI (57/80)- ja BDI (26/63) -pistemäärien, sekä aikaisemman psykiatrisessa osastohoidossa (5 kertaa) olon vuoksi (hän olisi saattanut jompaan kumpaan kliiniseen ryhmään). Lopuksi vertailuryhmästä tehtiin samankokoinen ( $n=23$ ) kliinisten ryhmien kanssa pudottamalla pois kolme iältään vanhinta henkilöä. Vertailuryhmä pyrittiin myös samankaltaistamaan kliinisten ryhmien kanssa sukupuolijakauman ja iän suhteen (Taulukko 1). Sukupuolijakauman suhteen tässä onnistuttiin, mutta iän suhteen ei täysin. Masentuneiden ja vertailuryhmän ihmiset olivat samanikäisiä, mutta persoonallisuushäiriöiset ihmiset olivat heitä tilastollisesti merkitsevästi nuorempia ( $F(2,66)= 8,09, p<.001$ ).

Tutkimusryhmistä persoonallisuushäiriöiset ihmiset olivat olleet psykiatrisessa hoidossa useammin kuin masentuneet ja vertailuryhmän ihmiset ( $F(2,66)=18,78, p<.001$ ), jotka eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Ryhmät eivät eronneet toisistaan lasten lukumäärän suhteen. Taustamuuttujista siviilisäädyn, koulutuksen, tämänhetkisen toimen ja psyykenlääkkeiden käytön suhteen ei voitu tehdä ryhmien välisiä vertailuja, koska yli 20 % odotetuista frekvensseistä oli alle viiden.

Taulukko 1. Tutkimusryhmien taustatiedot.

	Masentuneet (n=23)	Persoonallisuus- häiriöiset (n=23)	Vertailuryhmä (n=23)
<b>Sukupuoli</b>			
Nainen	15 (65.6 %)	16 (69.6 %)	16 (69.6 %)
Mies	8 (34.8 %)	7 (30.4 %)	7 (30.4 %)
<b>Ikä</b>			
M (Sd)	44.9 v (10.1v)	38.4v (9.0v)	50.5 v (11.4v)
<b>Siviilisäätö</b>			
Naimaton	3 (13.0 %)	8 (34.8 %)	3 (13.0 %)
Avo/avioliitossa	13 (56.5 %)	6 (26.1 %)	15 (65.2 %)
Eronnut	5 (21.7 %)	9 (39.1 %)	3 (13.0 %)
Leski	2 (8.7 %)	0 (0 %)	2 (8.7 %)
<b>Lapsia</b>			
M (Sd)	1.57 (1.38)	1.09 (1.16)	1.83 (1.64)
<b>Koulutus</b>			
Perus/keski/kansakoulu	10 (43.5 %)	9 (39.1 %)	4 (17.4 %)
Ammattikoulu	2 (8.7 %)	10 (43.5 %)	5 (21.7 %)
Ylioppilas	1 (4.3 %)	2 (8.7 %)	1 (4.3 %)
Opistotutkinto	8 (34.8 %)	0 (0 %)	8 (34.8 %)
Korkeakoulututkinto	2 (8.7 %)	2 (8.7 %)	5 (21.7 %)
<b>Tämänhetkinen toimi</b>			
Työssä	11 (47.8 %)	4 (17.4 %)	10 (43.5 %)
Työtön	2 (8.7 %)	8 (43.8 %)	7 (30.4 %)
Opiskelija	1 (4.3 %)	0 (0 %)	5 (21.7 %)
Eläkkeellä	8 (34.8 %)	11 (47.8 %)	5 (21.7 %)
Muu	1 (1.4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Aikaisemmat hoitokerrat</b>			
M (Sd)	1.00 (1.31)	5.35 (5.25)	0.04 (0.21)
<b>Psykenlääkkeiden käyttö</b>			
ei käytä	1 (4.3 %)	2 (8.7 %)	22 (95.7 %)
käyttää satunnaisesti	0 (0 %)	2 (8.7 %)	1 (4.3 %)
alle 5 kk	9 (39.1 %)	2 (8.7 %)	0 (0 %)
6kk - 1v	5 (21.7 %)	3 (13.0 %)	0 (0 %)
2 - 5v	6 (26.1 %)	10 (43.5 %)	0 (0 %)
6 - 10v	2 (8.7 %)	4 (17.4 %)	0 (0 %)

## 7.2. Mittarit

Ajattelu- ja tulkintastrategioiden arvioitiin kahdella menetelmällä: CAST -sarjakuvatestillä ja SAQ -kyselylomakkeella. Psykkistä hyvinvointia mitattiin Rosenbergin itsetuntomittarilla, State-Trait Anxiety -kyselylomakkeella ja Beckin depressioinventaarilla. Lisäksi kartoitettiin lyhyesti tutkittavien taustatiedot.

**Taustakysely.** Jokaisen tutkittavan kohdalla täytettiin taustatietolomake (liite 3), joka sisälsi kysymyksiä iästä, siviilisäädystä, lasten lukumäärästä, koulutuksesta ja tämänhetkisestä toimesta. Lisäksi selvitettiin olivatko tutkittavat olleet aikaisemmin psykiatrisessa hoidossa (kuinka monta kertaa), ja käyttävätkö he psykenlääkkeitä (kuinka kauan olivat käyttäneet). Taustatietolomakkeeseen kysyttiin myös tutkimushenkilön diagnoosi hoitohenkilökunnalta.

**CAST - testi.** CAST (Cartoon Attribution Strategy Test) on Nurmen ym. (1997, liite 4) kehittämä ajattelu- ja tulkintastrategioita mittaava projektiivinen testi. Testi koostuu neljästä kolmen kuvan sarjasta, jotka näytetään tutkittaville. Puolet tilanteista liittyy suoriutumistilanteisiin ja puolet sosiaalisiin tilanteisiin. Puolet tilanteista päättyy onnistumiseen ja puolet epäonnistumiseen.

Jokaisen neljän tilanteen ensimmäisessä kuvassa esitetään jokin haasteellinen tilanne. Tämän jälkeen tutkittavalta kysytään, mitä kuvasarjassa esiintyvä henkilö A ajattelee, tuntee ja tekee tilanteessa. Toisessa kuvassa on tilanne, jossa henkilö A tapaa toisen henkilön B ja kertoo ensimmäisen kuvan tilanteesta tälle henkilölle. Tämän jälkeen tutkittava saa kertoa, mitä henkilö B ajattelee. Kolmannessa kuvassa tapahtumaketju päättyy joko onnistumiseen tai epäonnistumiseen, minkä jälkeen tutkittavalta kysytään, mistä lopputulos hänen mielestään johtui.

CAST:n vastaukset luokiteltiin sisältöanalyysin perusteella eri vastausluokkiin (luokittelurunko, liite 4). Vastausten luokittamisen luotettavuus arvioitiin kahden arvioitsijan yksimielisyytenä (%). Kullekin kysymysluokalle saatiin seuraavat yksimielisyysprosentit: ”Mitä A ajattelee?”, 85 %; ”Mitä A tuntee?”, 87 %; ”Mitä A tekee?”, 86 %; ”Mitä B ajattelee?”, 90 %; ”Mistähän se johtui, että näin kävi?”, 84 %. Kaikkien kysymysten yksimielisyysprosentiksi saatiin 86 %. Luokittelijat eivät tienneet, mistä ryhmästä osallistujat tulivat.

CAST-vastauksista muodostettiin yksittäisten vastausluokkien lisäksi sekä suoritustilanteisiin että sosiaalisiin tilanteisiin kumpaankin kolme uutta summamuuttujaa. Ajattelee



ja tekee -vastauksista muodostettiin (1) optimistisen suunnittelun summamuuttuja, joka kuvasi myönteistä suhtautumista tilanteeseen ja toiminnan etukäteissuunnittelua. Se koostui myönteisiä tunneilmaisuja tai toiminnan monimutkaista ja yksinkertaista suunnittelua sisältävistä vastauksista. Lisäksi ajattelee ja tekee -vastauksista muodostettiin (2) kielteisen suhtautumisen summamuuttuja, joka kuvasi tehtävää koskevia negatiivisia ajatuksia. Se koostui vastauksista, jotka sisälsivät tehtävään liittymätöntä toimintaa, epäonnistumisennakointeja tai kielteisiä tunneilmaisuja. Tapahtuman syyselityksistä ("Mistähän se johtui, että näin kävi?" -vastaukset) muodostettiin (3) minää tukevan attribuutioerheen summamuuttuja. Se kuvaa taipumusta ottaa kunnia onnistumisesta itselle ja syyttää epäonnistumisesta itsen ulkopuolisia tekijöitä (katsaus: Zuckerman, 1979). Tämän summamuuttujan laskemista varten muodostettiin aluksi kaksi summaa: (1) onnistumistilanteiden itsen (kyvyt, persoonallisuus, asenne) ja epäonnistumistilanteiden muihin (muut ihmiset, asia) liittyvät vastaukset sekä (2) onnistumistilanteiden muihin ja epäonnistumistilanteiden itsen liittyvät vastaukset. Minää tukevan attribuutioerheen summamuuttuja saatiin vähennyslaskulla (1) - (2). (Koska muuttuja muodostettiin vähennyslaskun avulla, se johti muutamiin miinusmerkkisiin tuloksiin, koska (2)-summa oli joissain tapauksissa suurempi kuin (1)-summa.).

**SAQ -testi.** SAQ (Strategy and Attribution Questionnaire; Nurmi, Salmela-Aro & Haavisto, 1995, liite 5) -kyselylomake kartoittaa CAST:n tavoin tutkittavien käyttämiä ajattelu - ja tulkintastrategioita suoriutumisen (38 väittämää) ja sosiaalisissa tilanteissa (25 väittämää). Tutkittavat arvioivat lomakkeen väittämien paikkansapitävyyttä omalla kohdallaan 4 -portaisella asteikolla (4= täysin samaa mieltä, 3=lähes samaa mieltä, 2= lähes eri mieltä, 1= täysin eri mieltä). Väittämistä muodostuu kymmenen summamuuttujaa.

Suoriutumistilanteisiin liittyi kuusi summamuuttujaa (suluissa reliabiliteetit Cronbachin alfalla mitattuna): 1) onnistumisennakointi (esim. "Kun tartun johonkin tehtävään, olen yleensä varma, että onnistun siinä") ( $r=.84$ ), 2) itseä vahingoittava toiminta (esim. "Jos on jotain hankalaa tiedossa, keksin mielelläni jotain muuta puuhaa") ( $r=.73$ ), 3) sosiaalisen tuen etsintä (esim. "Kun asiat eivät suju, on parasta jutella ystävien kanssa") ( $r=.82$ ), 4) reflektiivinen ajattelu (esim. "Jos asiat eivät mene kohdalleen, on parasta pysähtyä miettimään") ( $r=.39$ ), 5) hallintasuuntautuneisuus (esim. "Elämässä menestyminen on kiinni omasta itsestä") ( $r=.56$ ) sekä 6) tunne - elämän hallinta (esim. "Hyvä mieliala on kiinni itsestä") ( $r=.65$ ).

Sosiaalisiin tilanteisiin liittyi neljä summamuuttujaa: 7) sosiaalinen optimismi (esim. ”Minusta tuntuu, että tulen useimmiten hyvin toimeen ihmisten kanssa”) ( $r=.87$ ), 8) tehtävään liittymätön toiminta (esim. ”Minulla on monesti tärkeämpää tehtävää, kuin viettää aikaa muiden seurassa”) ( $r=.75$ ), 9) sosiaalinen vetäytyminen (esim. ”Olen paljon yksin, koska pelkään mennä ihmisten pariin”) ( $r=.84$ ) ja 10) sosiaalinen hallinta (esim. ”Ystävien saamiseen on vaikea vaikuttaa, asiat vain tapahtuvat”) ( $r=.53$ ).

**RSE.** Rosenbergin itsetuntomittari (Rosenberg’s Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1979, liite 6) käsittää 14 väittämää, joita arvioidaan 4 -portaisella asteikolla (4= täysin samaa mieltä, 3=lähes samaa mieltä, 2=lähes eri mieltä, 1= täysin eri mieltä ). Itsetunto -skaala käsittää kymmenen väittämää (esim. ”Uskon, että minulla on monia hyviä ominaisuuksia”, ”Pystyn tekemään asioita yhtä hyvin kuin muutkin ihmiset”) ja sen reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .89. Itsetunnon vakautta mittasi neljä väittämää (esim. ”Olen huomannut, että itseeni liittyvät ajatukset muuttuvat hyvin nopeasti”, ”Ajatukseni omasta itsestäni vaihtelevat jokseenkin paljon”) ja sen reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .86.

**STAI.** STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, ym. 1983, liite 7) -kyselylomake mittaa tilanne- ja piirreahdistuneisuutta. Tässä tutkimuksessa käytettiin piirreahdistuneisuutta mittaavaa osiota, joka koostui 20 väittämästä, joiden paikkansapitävyyttä omalla kohdallaan tutkittavat arvioivat 4-portaisella asteikolla (4=melkein aina, 3=usein, 2=joskus, 1=tuskin koskaan) (esim. ”Tunnen oloni hermostuneeksi ja rauhattomaksi”, ”Otan pettymykset niin vakavasti, etten saa niitä mielestäni”). STAI:n reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .95.

**BDI.** BDI (Beck Depression Inventory, Beck, ym. 1979, liite 8) on masennuksen arviointiin tarkoitettu mittari. Siinä on 21 kohtaa, joissa kussakin on vakavuusjärjestyksessä 4 väittämää, joista tutkittava valitsee itseensä parhaiten sopivan vastausvaihtoehdon. (Esim. 0=”En ole surullinen”, 1=”Tunnen itseni alakuloiseksi”, 2=”Olen alakuloinen jatkuvasti, enkä pääse siitä”, 3=”Olen niin onneton, etten kestä enää”). BDI:n reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli .93.

### 7.3. Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen suorittamiseen haettiin lupa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta ja klinisiä ryhmiä varten haastatellut ihmiset kerättiin sairaanhoitopiiriin

alueen sairaaloista. Yhteys haastateltaviin saatiin kussakin sairaalassa olleen yhteistyöhenkilön avulla. Tutkimushenkilöiden valintakriteerinä oli, että heillä oli Tautiluokitus ICD-10:n (1995) mukainen masennus- tai persoonallisuushäiriödiagnoosi. Mahdolliset tutkittavat saivat luettavakseen potilastiedotteen (liite 1), jonka perusteella he päättivät osallistumisestaan. Ennen varsinaista haastattelua he allekirjoittivat myös suostumuslomakkeen (liite 2), joka annettiin potilaskansiossa säilytettäväksi. Sen jälkeen sovittiin aika, jolloin haastatteli- ja tuli suorittamaan haastattelun kyseisen paikan tiloissa. Tutkija sai tutkittavien diagnoosin hoitohenkilökunnalta, mutta muuten haastattelu suoritettiin nimettömänä.

Vertailuryhmän ihmiset kerättiin Jyväskylän työväenopiston kursseilta. Tutkija kävi esittelemässä tutkimusta kieli-, tekstiilityö-, puutyö- ja metallityön kursseilla, jolloin halukkaat osallistujat saivat varata itselleen sopivan ajan. Haastattelut suoritettiin nimettömänä työväenopiston tiloissa.

Tutkimus tehtiin aina yhdelle ihmiselle kerrallaan ja se kesti noin tunnin. Ensiksi tutkija kertoi tutkimuksen kulusta ja täytti taustatietolomakkeen. Seuraavaksi tutkittavalle esitettiin CAST -testi, joka nauhoitettiin. Sen jälkeen haastateltava sai täytettäväkseen SAQ:n, RSE:n, STAI:n ja viimeiseksi BDI:n. Sillä aikaa kun tutkittava täytti kyselylomakkeita, tutkija analysoi CAST -vastauksia ja laski muiden testien pistemääriä. Lopuksi tutkija antoi tutkittavalle palautetta testien perusteella. Haastattelut suoritettiin joulukuun 1996 ja syyskuun 1997 välisenä aikana.

## 8. TULOKSET

### 8.1 Hyvinvointi

Ensin haluttiin selvittää, eroavatko masentuneiden, persoonallisuushäiriöisten ja vertailuryhmän ihmiset toisistaan psyykkisen hyvinvoinnin suhteen. Tätä selvitettiin Kruskal-Wallis H -testillä, ja ryhmien parittaiseen vertailuun käytettiin Tukeyn b-testiä. Tulokset on esitetty taulukossa 2. Toiseksi haluttiin tutkia ovatko ikä ja koulutus yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin ja säilyvätkö mahdolliset ryhmien väliset eroavuudet hyvinvoinnissa, jos niiden vaikutus kontrolloidaan. Tätä selvitettiin ottamalla ikä ja koulutus yksitellen kovariaateiksi 2-suuntaisessa varianssianalyysissa.

Masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ihmisten ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikkien hyvinvointimittareiden mukaan vertailuryhmästä, mutta eivät yleensä toisistaan. Masentuneilla ja persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä oli keskenään samantasoinen, mutta heikompi itsetunto kuin vertailuryhmällä. Itsetunnon vaihtelun suhteen kaikki ryhmät erosivat toisistaan. Masentuneiden ihmisten itsetunto vaihteli kaikkein eniten persoonallisuushäiriöisten ihmisten seuraavaksi eniten ja vertailuryhmän oli vakain itsetunto. Masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset olivat sekä ahdistuneempia että masentuneempia kuin vertailuryhmän ihmiset.

Taulukko 2. Hyvinvointimuuttujien keskiarvot (M) ja -hajonnat (Sd).

	Masentuneet		Persoonallisuus- häiriöiset		Vertailuryhmä		$\chi^2(2)$	p
	M	Sd	M	Sd	M	Sd		
Itsetunto	21.26 <sup>a</sup>	4.81	23.30 <sup>a</sup>	6.20	30.74 <sup>b</sup>	4.66	27.21	.001
Itsetunnon vaihtelu	13.35 <sup>a</sup>	2.21	11.39 <sup>b</sup>	2.45	8.39 <sup>c</sup>	3.10	26.55	.001
Ahdistuneisuus	56.17 <sup>a</sup>	8.38	55.22 <sup>a</sup>	12.44	36.74 <sup>b</sup>	7.14	31.15	.001
Masentuneisuus	25.22 <sup>a</sup>	7.86	23.44 <sup>a</sup>	11.54	5.00 <sup>b</sup>	4.37	39.98	.001

Ryhmät, joilla on eri yläviite, <sup>a</sup> tai <sup>b</sup> tai <sup>c</sup>, eroavat tilastollisesti merkitsevästi ( $p < .05$ ) toisistaan Tukeyn b vertailulla.

Ikä oli yhteydessä ahdistuneisuuteen ( $p < .01$ ) ja masentuneisuuteen ( $p < .001$ ), ja ryhmien väliset erot säilyivät sekä ahdistuneisuudessa ( $p < .001$ ) että masentuneisuudessa ( $p < .001$ ),

vaikka sen vaikutus kontrolloitiin. Koulutus oli yhteydessä itsetuntoon ( $p < .001$ ), itsetunnon vaihteluun ( $p < .01$ ), ahdistuneisuuteen ( $p < .001$ ) ja masentuneisuuteen ( $p < .01$ ), ja ryhmien väliset erot säilyivät kaikkien kohdalla ( $p < .001$ ), vaikka sen vaikutus kontrolloitiin.

## 8.2 Suoriutumistilanteiden strategiat

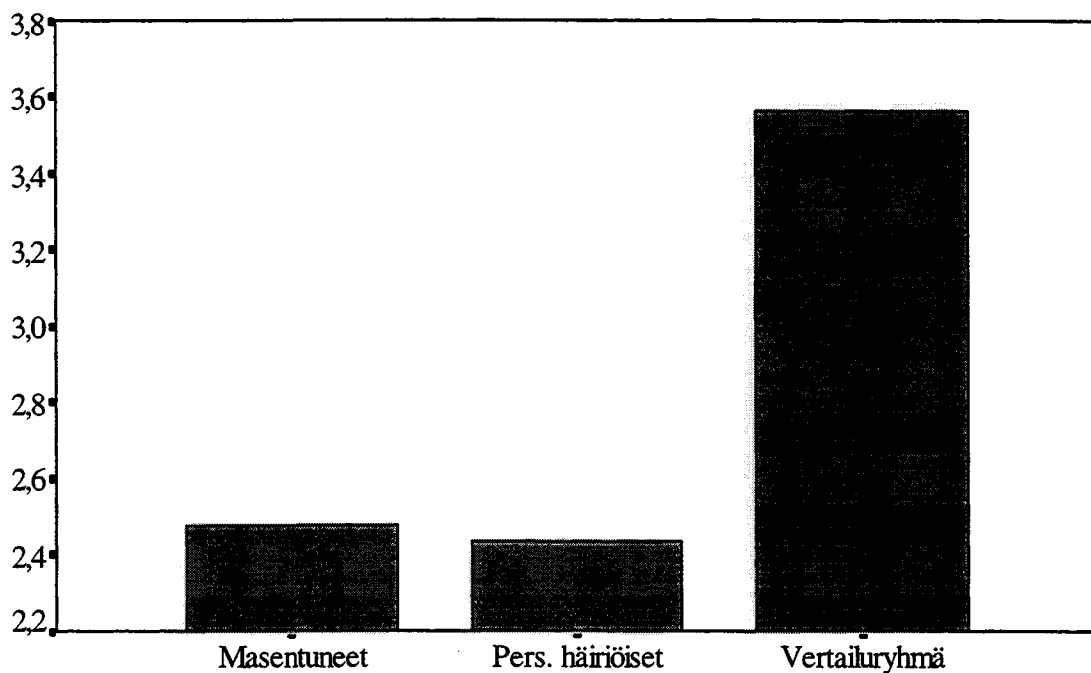
Seuraavaksi haluttiin tutkia masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ihmisten ajattelu- ja tulkintastrategioita suoriutumistilanteissa. Sitä tutkittiin myös Kruskal-Wallis H -testillä ja ryhmien parittaiseen vertailuun käytettiin Tukeyn b -testiä. Lisäksi tutkittiin ovatko itsetunto, ahdistuneisuus, masentuneisuus, ikä tai koulutus yhteydessä strategiamuuttujiin, ja säilyvätkö ryhmien väliset erot, jos niiden vaikutus kontrolloidaan. Tätä selvitettiin ottamalla hyvinvointimittarit, ikä ja koulutus yksitellen kovariaateiksi 2-suuntaisessa varianssianalyysissa. Lisäksi tutkittiin onko ryhmien sisällä sukupuolieroja strategioiden käytössä. Sitä selvitettiin tekemällä Kruskal Wallis H -testi ryhmien sisällä. Tutkimusryhmien strategiamuuttujien pistemäärät CAST:n ja SAQ:n suoriutumistilanteissa on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. CAST- ja SAQ-summamuuuttujien keskiarvot (M) ja -hajonnat (Sd).

	Masentuneet		Persoonallisuus- häiriöiset		Vertailuryhmä		$\chi^2$ (2)	p
	M	Sd	M	Sd	M	Sd		
CAST								
Optimistinen suunnittelu	2.48 <sup>a</sup>	1.20	2.44 <sup>a</sup>	1.72	3.57 <sup>b</sup>	1.53	7.44	.05
Kielteinen suhtautuminen	1.83	1.80	1.65	1.37	1.00	1.09	3.14	ns.
Minää tukeva attribuutioerhe	0.44	1.47	0.04	1.58	0.26	1.63	0.58	ns.
SAQ								
Onnistumisennakointi	16.87 <sup>a</sup>	3.44	17.78 <sup>a</sup>	5.37	21.57 <sup>b</sup>	3.13	15.02	.001
Itseä vahingoittava toiminta	10.26	2.80	10.78	3.70	8.82	2.19	4.95	ns.
Sosiaalinen tukeutuminen	17.87	4.33	18.30	4.59	20.04	3.02	3.08	ns.
Reflektiivinen ajattelu	20.22	2.00	20.78	1.88	20.13	2.42	0.95	ns.
Hallintasuuntautuneisuus	21.43 <sup>a</sup>	2.69	21.44 <sup>a</sup>	2.94	23.52 <sup>b</sup>	2.89	8.28	.05
Tunne - elämän hallinta	15.87 <sup>a</sup>	3.18	17.26 <sup>ab</sup>	3.97	19.52 <sup>b</sup>	3.33	11.82	.01

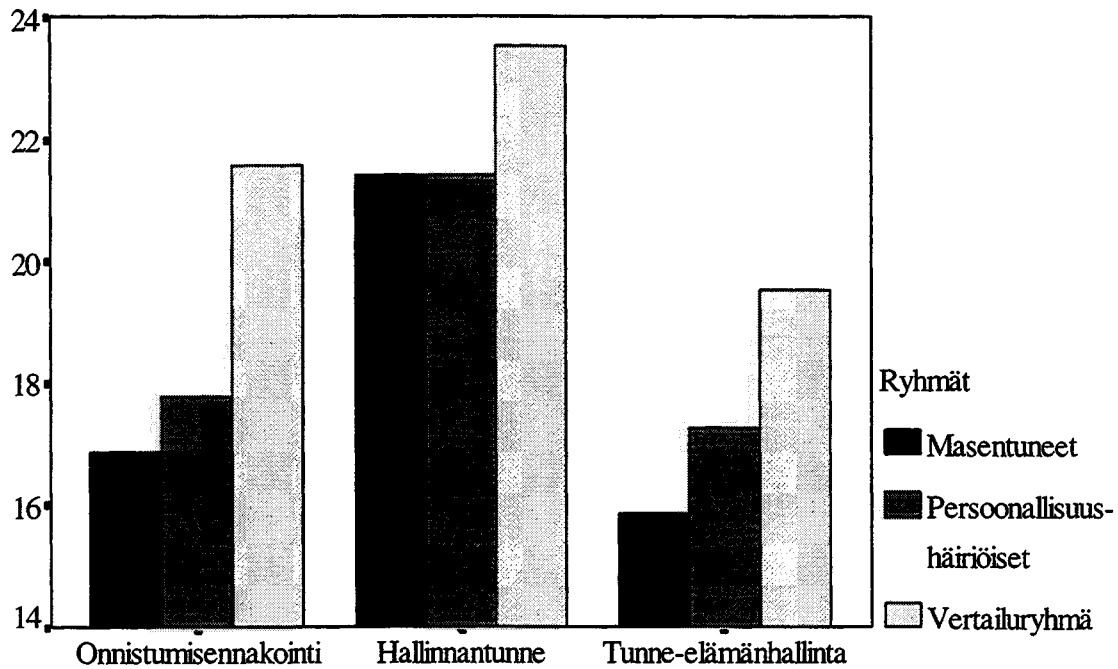
Ryhmät, joilla on eri yläviite, eroavat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $p < .05$ ) Tukeyn b -vertailussa.

CAST:lla arvioituina masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset suunnittelivat vähemmän optimistisesti toimintaansa tilanteessa kuin vertailuryhmän ihmiset (kuvio 1). Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi kielteisen suhtautumisen tai minää tukevan attribuutioerheen käytön suhteen. Itsetunto ( $p<.001$ ), itsetunnon vaihtelu ( $p<.05$ ), ahdistuneisuus ( $p<.001$ ), masennus ( $p<.001$ ) sekä koulutus ( $p<.01$ ) olivat yhteydessä optimistiseen suunnitteluun. Kun niiden taso kontrolloitiin, ryhmien väliset erot optimistisessä suunnittelussa hävisivät.



Kuvio1. Ryhmien optimistinen suunnittelu CAST:n suoritustilanteissa.

SAQ:lla arvioituna masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset eivät eronneet toisistaan, mutta he ennakoivat vähemmän onnistuvansa tilanteessa ja kokivat vähemmän hallinnantunnetta kuin vertailuryhmän ihmiset (kuvio 2). Masentuneiden ihmisten tunne-elämän hallinta oli heikompaa kuin vertailuryhmän ihmisillä (kuvio 2). Persoonallisuushäiriöiset ihmiset eivät eronneet tunne-elämän hallinnan suhteen kummastakaan ryhmästä. Vertailuryhmän sisällä oli lisäksi ero naisten ja miesten välillä onnistumisennakoinnissa. Miehet ( $M=23,57$ ,  $Sd=1,40$ ) uskoivat naisia ( $M=20,69$ ,  $Sd=3,30$ ) enemmän onnistuvansa tehtävässä ( $\chi^2(1)=4,85$ ,  $p<.05$ ). Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi itseä vahingoittavan toiminnan, sosiaalisen tukeutumisen tai reflektiivisen ajattelun suhteen.



Kuvio 2. Tutkimusryhmien onnistumisennakointi, hallintasuuntautuneisuus ja tunne-elämän hallinta SAQ:n suoritustilanteissa.

Itsetunnon taso oli yhteydessä onnistumisennakointiin ( $p < .001$ ), hallinnantunteeseen ( $p < .001$ ) sekä tunne-elämänhallintaan ( $p < .001$ ), ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot strategiamuuttujien kohdalla hävisivät. Itsetunnon vaihtelu oli yhteydessä onnistumisennakointiin ( $p < .001$ ), hallinnantunteeseen ( $p < .05$ ) sekä tunne-elämänhallintaan ( $p < .001$ ). Kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot säilyivät onnistumisennakoinnissa ( $p < .05$ ), mutta hävisivät muiden muuttujien kohdalla. Ahdistuneisuus oli yhteydessä onnistumisennakointiin ( $p < .001$ ), hallinnantunteeseen ( $p < .001$ ) sekä tunne-elämänhallintaan ( $p < .001$ ), ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot strategiamuuttujissa hävisivät. Masentuneisuus oli yhteydessä onnistumisennakointiin ( $p < .001$ ), hallinnantunteeseen ( $p < .01$ ) sekä tunne-elämän hallintaan ( $p < .001$ ), ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Koulutus oli yhteydessä onnistumisennakointiin ( $p < .05$ ), hallinnantunteeseen ( $p < .05$ ) sekä tunne-elämän hallintaan ( $p < .05$ ). Kun koulutuksen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot säilyivät onnistumisennakoinnissa ( $p < .01$ ) ja tunne-elämän hallinnassa ( $p < .01$ ), mutta hävisivät hallinnantunteessa. Ikä ei ollut yhteydessä SAQ:n muuttujiin.

Taulukko 4. Suoriutumistilanteiden yksittäisten CAST-vastausten keskiarvot, joissa ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja.

	Masentuneet		Persoonallisuus- häiriöiset		Vertailuryhmä		$\chi^2$ (2)	p
	M	Sd	M	Sd	M	Sd		
Mitä A ajattelee ja tekee?								
Toiminnan suunnittelu	0.78 <sup>a</sup>	0.52	0.70 <sup>a</sup>	0.63	1.20 <sup>b</sup>	0.58	8.22	.05
Mitä A tuntee?								
Hämmästyneisyys	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.34	6.18	.05
Mitä B ajattelee?								
Kantaa ottamaton toteamus	0.22 <sup>a,b</sup>	0.52	0.13 <sup>a</sup>	0.34	0.52 <sup>b</sup>	0.59	8.23	.05
Mistä johtui?								
Onnistuminen: yritys	0.39	0.66	0.48	0.67	0.78	0.52	6.99	.05

Ryhmät, joilla on eri yläviitekirjain <sup>a</sup> tai <sup>b</sup>, eroavat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p < .05$ ) Tukeyn b parittaisessa vertailussa.

CAST:ssa yksittäisten vastausluokkien suhteen eroja tuli *Mitä A ajattelee ja tekee* -kysymyksissä vain toiminnan suunnittelussa. Masentuneilla ja persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä oli toiminnan suunnittelua keskenään yhtä paljon, mutta vähemmän kuin vertailuryhmän ihmisillä (taulukko 4). Itsetunto ( $p < .01$ ), ahdistuneisuus ( $p < .01$ ), masentuneisuus ( $p < .001$ ) sekä koulutus ( $p < .001$ ) olivat yhteydessä toiminnan suunnitteluun. Kun niiden vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot suunnittelussa hävisivät. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muissa vastausluokissa (tehtävään liittymätön toiminta, oman kiinnostuksen arviointi, positiivinen tunneilmaisuus, negatiivinen tunneilmaisuus, toiminnasta kieltäytyminen, sosiaalisen tuen etsintä, pakko, välineellinen hyöty, tehtävän aloittamisen maininta ja muut).

Ryhmien sisällä oli joitakin sukupuolieroja. Masentuneet naiset ( $M=1,00$ ,  $Sd=0,53$ ) suunnittelivat toimintaansa tehtävissä miehiä ( $M=0,38$ ,  $Sd=0,44$ ) enemmän ( $\chi^2(1)=6,13$ ,  $p < .05$ ). Masentuneilla miehillä ( $M=0,25$ ,  $Sd=0,46$ ) oli naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän tehtävään liittymätöntä toimintaa ( $\chi^2(1)=3,93$ ,  $p < .05$ ).

*Mitä A tuntee?* -kysymyksissä ryhmät erosivat Kruskal-Wallis testin mukaan hämmästyneisyyden suhteen (taulukko 4), mutta ryhmien parittainen vertailu (Tukeyn b) ei kuitenkaan löytänyt eroja. Itsetunnon pysyvyys ( $p < .05$ ), masentuneisuus ( $p < .05$ ) sekä



koulutus ( $p < .05$ ) olivat yhteydessä hämmästyneisyyden tunteeseen, ja kun niiden vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muissa tunteen -vastausten luokissa (jännitys, pelko, kiinnostus, hyväksytyksi tuleminen, epävarmuus, pettymys, viha, vastuu).

Vertailuryhmän sisällä oli havaittavissa sukupuoliero pettymyksen tunteen suhteen. Miehet ( $M=0,29$ ,  $Sd=0,49$ ) tunsivat naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän pettymystä ( $\chi^2(1)=4,79$ ,  $p < .05$ ).

*Mitä B ajattelee?* -kysymyksissä eroja tuli ainoastaan kantaa ottamattomien toteamusten suhteen. Persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä oli niitä vähemmän kuin vertailuryhmän ihmisillä. Masentuneiden ihmisten ryhmä ei eronnut kummastakaan ryhmästä (taulukko 4). Ahdistuneisuus ( $p < .05$ ) ja masentuneisuus ( $p < .05$ ) olivat yhteydessä B:n kantaa ottamattomiin toteamuksiin, ja kun niiden vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Itsetunto, itsetunnon vakaumus, ikä ja koulutus eivät olleet yhteydessä kantaa ottamattomiin toteamuksiin. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muissa vastausluokissa (epäonnistumisepäily, rohkaisu, auttamistarjous, kateellisuus, näkökulman vaihto, tehtävän arvostelu, ei osaa sanoa tai muut).

*Mistähän se johtui, että näin kävi?* -kysymyksissä ryhmät erosivat ainoastaan onnistumistilanteissa yritys -vastausluokan kohdalla (taulukko 4). Ryhmien parittainen vertailu ei kuitenkaan löytänyt eroja. Hyvinvointimuuttajat, ikä tai koulutus eivät olleet yhteydessä siihen, että onnistumisen ajateltiin johtuvan yrityksestä. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muissa vastausluokissa (muut ihmiset, asiaan liittyvät syyt, omat kyvyt, sairaus, oma persoonallisuus, asenne, kiinnostus, sattuma, muut asiat tai muut).

Ryhmien sisäisessä sukupuolivertailussa tuli lisäksi esiin, että vertailuryhmän miehet ( $M=0,29$ ,  $Sd=0,49$ ) ajattelivat naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän epäonnistumisen johtuneen tilannetekijöistä ( $\chi^2(1)=4,79$ ,  $p < .05$ ).

### 8.3 Sosiaalisten tilanteiden strategiat

Masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ihmisten ajattelu- ja tulkintastrategioita sosiaalisissa tilanteissa selvitettiin myös Kruskal-Wallis H -testillä ja ryhmien parittaiseen vertailuun käytettiin Tukeyn b -testiä. Lisäksi tutkittiin ovatko itsetunto, ahdistuneisuus,

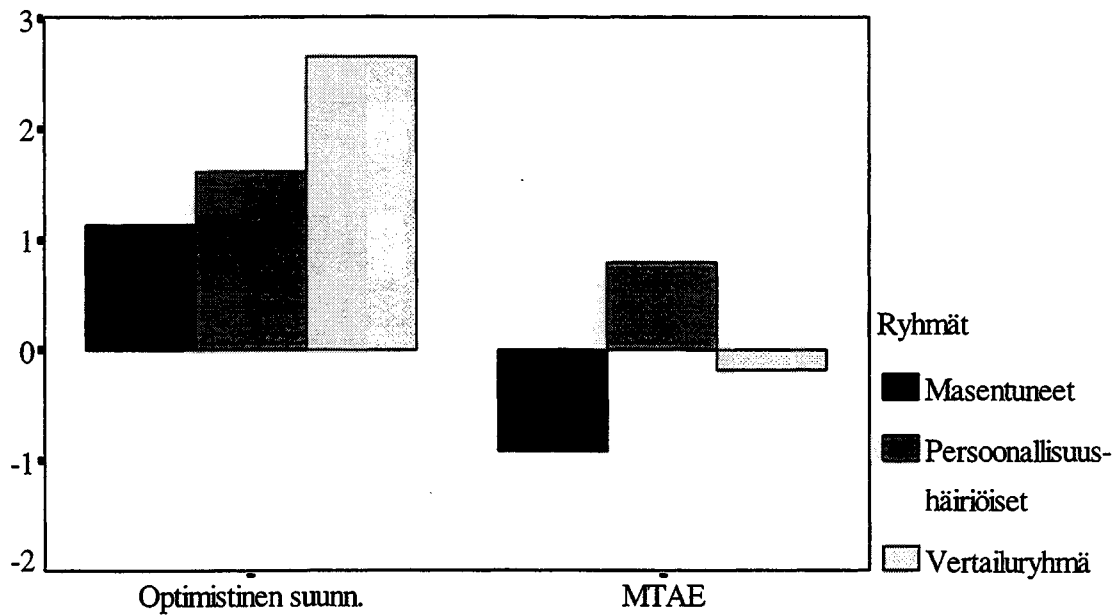
masentuneisuus, ikä tai koulutus yhteydessä strategiamuuttujiin, ja säilyvätkö ryhmien väliset erot, jos niiden vaikutus kontrolloidaan. Tätä selvitettiin ottamalla hyvinvointimitarit, ikä ja koulutus yksitellen kovariaateiksi 2-suuntaisessa varianssianalyysissa. Lisäksi tutkittiin onko ryhmien sisällä sukupuolieroja strategioiden käytössä. Sitä selvitettiin tekemällä Kruskal Wallis H -testi ryhmien sisällä. Tutkimusryhmien strategiamuuttujien pistemäärät CAST:n ja SAQ:n sosiaalisissa tilanteissa on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. CAST- ja SAQ- summamuuttujien keskiarvot (M) ja -hajonnat (Sd) sosiaalisissa tilanteissa.

	Masentuneet		Persoonallisuushäiriöiset		Vertailuryhmä		$\chi^2$ (2)	P
	M	Sd	M	Sd	M	Sd		
CAST								
Optimistinen suunnittelu	1.13 <sup>a</sup>	1.06	1.61 <sup>a</sup>	1.44	2.65 <sup>b</sup>	1.56	12.03	.01
Kielteinen suhtautuminen	1.83	1.59	1.87	1.96	0.91	1.16	4.36	ns.
Minää tukeva attribuutioerhe	-0.91 <sup>a</sup>	1.59	0.78 <sup>b</sup>	1.13	-0.17 <sup>a,b</sup>	1.67	16.76	.001
SAQ								
Sosiaalinen optimismi	11.78 <sup>a</sup>	2.50	12.26 <sup>a</sup>	3.29	14.04 <sup>b</sup>	1.52	8.73	.05
Itseä vahingoittava toiminta	14.91 <sup>a</sup>	3.07	14.78 <sup>a</sup>	3.86	12.17 <sup>b</sup>	3.76	8.62	.05
Sosiaalinen vetäytyminen	16.73 <sup>a</sup>	3.47	14.65 <sup>a</sup>	5.36	11.52 <sup>b</sup>	3.32	15.48	.001
Sosiaalinen hallinta	27.48	2.52	28.00	3.32	29.13	3.68	2.02	ns.

Ryhmät, joilla on eri yläviite, <sup>a</sup> tai <sup>b</sup> eroavat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan,  $p < .05$  Tukeyn b -vertailussa.

CAST:n summamuuttujilla arvioituina masentuneilla ja persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä oli sosiaalisissa tilanteissa vähemmän optimistista suunnittelua kuin vertailuryhmällä (kuvio 3). Lisäksi persoonallisuushäiriöiset ihmiset käyttivät minää tukevaa attribuutioerhettä enemmän kuin masentuneet ihmiset. Vertailuryhmän ihmiset eivät tässä suhteessa eronneet kummastakaan (kuvio 3). Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi tilanteeseen kielteisesti suhtautumisessa.

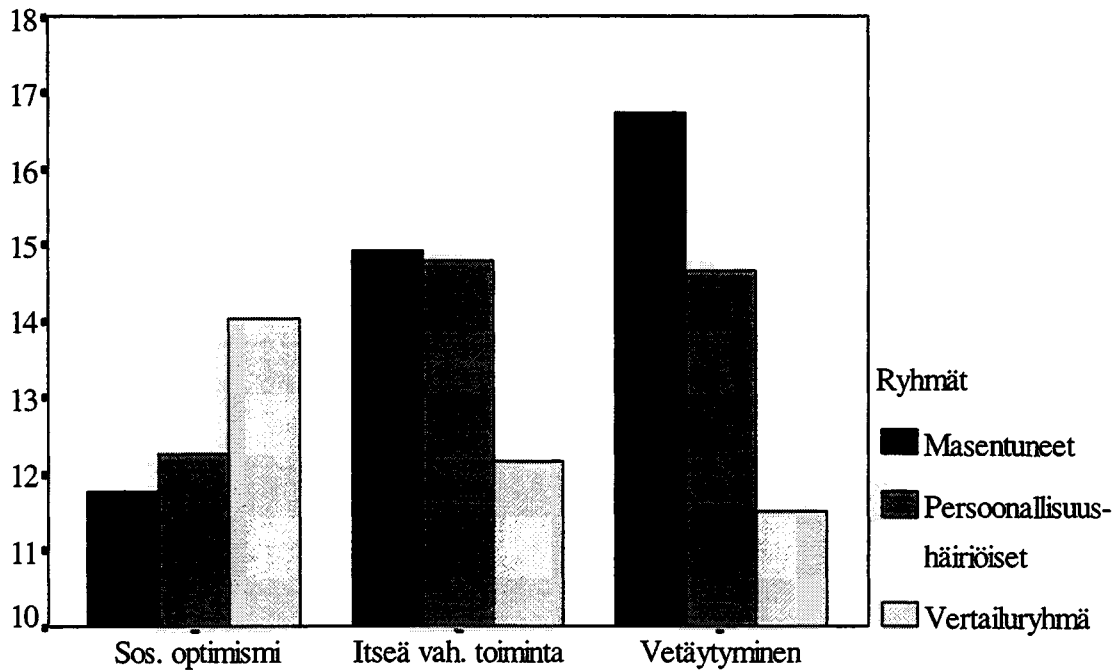


MTAE = minää tukeva attribuutioerhe

Kuvio 3. Ryhmien optimistinen suunnittelu ja minää tukevan attribuutioerheen käyttö sosiaalisissa tilanteissa.

Itsetunto ( $p < .001$ ), itsetunnon vaihtelu ( $p < .05$ ), ahdistuneisuus ( $p < .001$ ) sekä masentuneisuus ( $p < .001$ ) olivat yhteydessä optimistiseen suunnitteluun. Kun niiden taso kontrolloitiin, ryhmien väliset erot optimistisessä suunnittelussa säilyivät itsetunnon vaihtelun suhteen ( $p < .05$ ), mutta hävisivät muiden hyvinvointimuuttujien kohdalla. Mikään taustamuuttujista ei ollut yhteydessä minää tukevan attribuutioerheen käyttöön.

SAQ:lla arvioituna masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset suhtautuivat vähemmän optimistisesti sosiaalisessa tilanteessa suoriutumiseen, toimivat enemmän itseä vahingoittavasti ja vetäytyivät enemmän kuin vertailuryhmä (kuvio 4). Ryhmät eivät eronneet toisistaan hallinnantunteen suhteen.



Kuvio 4. Ryhmien sosiaalinen optimismi, itseä vahingoittava toiminta ja vetäytyminen SAQ:n sosiaalisissa tilanteissa.

Kaikki hyvinvointimuuttajat ja koulutus olivat yhteydessä sosiaalisiin strategia-muuttajiin. Itsetunto oli yhteydessä sosiaaliseen optimismiin ( $p < .001$ ), itseä vahingoittavaan toimintaan ( $p < .001$ ) sekä sosiaaliseen vetäytymiseen ( $p < .001$ ). Kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät kaikkien strategia-muuttajien kohdalla. Itsetunnon vakaus oli yhteydessä sosiaaliseen optimismiin ( $p < .01$ ), itseä vahingoittavaan toimintaan ( $p < .001$ ) sekä sosiaaliseen vetäytymiseen ( $p < .001$ ), ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Ahdistuneisuus oli yhteydessä sosiaaliseen optimismiin ( $p < .001$ ), itseä vahingoittavaan toimintaan ( $p < .001$ ) sekä sosiaaliseen vetäytymiseen ( $p < .001$ ), ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Masentuneisuus oli yhteydessä sosiaaliseen optimismiin ( $p < .001$ ), itseä vahingoittavaan toimintaan ( $p < .001$ ) sekä sosiaaliseen vetäytymiseen ( $p < .001$ ), ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Koulutus oli yhteydessä sosiaaliseen optimismiin ( $p < .01$ ), itseä vahingoittavaan toimintaan ( $p < .05$ ) ja sosiaaliseen vetäytymiseen ( $p < .001$ ). Kun sen vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot säilyivät sosiaalisen optimismin ( $p < .05$ ) ja sosiaalisen vetäytymisen ( $p < .001$ ) kohdalla, mutta hävisivät itseä vahingoittavassa toiminnassa.

Taulukko 6. Sosiaalisten tilanteiden yksittäisten CAST-vastausten keskiarvot, joissa ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja.

	Masentuneet		Persoonallisuus- häiriöiset		Vertailuryhmä		$\chi^2(2)$	p
	M	Sd	M	Sd	M	Sd		
<b>Mitä A ajattelee?</b>								
Toiminnan suunnittelu	0.20 <sup>a</sup>	0.33	0.37 <sup>a</sup>	0.59	0.76 <sup>b</sup>	0.58	13.25	.01
Välineellinen hyöty	0.04 <sup>a</sup>	0.21	0.00 <sup>a</sup>	0.00	0.26 <sup>b</sup>	0.45	9.71	.01
<b>Mitä A tuntee?</b>								
Pelko	0.09	0.42	0.30	0.64	0.00	0.00	7.35	.05
<b>Mistä johtui?</b>								
Epäonnistuminen: tilanne, olosuhteet	0.17 <sup>a</sup>	0.39	0.52 <sup>b</sup>	0.59	0.22 <sup>a</sup>	0.42	6.28	.05
Onnistuminen: muut ihmiset	0.48 <sup>a</sup>	0.51	0.13 <sup>b</sup>	0.34	0.52 <sup>a</sup>	0.51	8.88	.05

Ryhmät, joilla on eri yläviite, eroavat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ( $p < .05$ ) Tukeyn b parittaisella vertailulla.

CAST:n yksittäisissä vastausluokissa sosiaalisten tilanteiden kohdalla *Mitä A ajattelee ja tekee?* -kysymyksissä masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset suunnittelivat toimintaa vähemmän kuin vertailuryhmän ihmiset (taulukko 6). Itsetunto ( $p < .001$ ), ahdistuneisuus ( $p < .001$ ), masentuneisuus ( $p < .001$ ) ja koulutus ( $p < .05$ ) olivat yhteydessä suunnitteluun, ja kun niiden vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät kaikkien muiden paitsi koulutuksen kohdalla. Vaikka koulutuksen vaikutus poistettiin, ryhmät erosivat edelleen toiminnan suunnittelussa ( $p < .01$ ).

Masentuneet ihmiset ja persoonallisuushäiriöiset eivät eronneet keskenään, mutta näkivät sosiaalisissa tilanteissa vertailuryhmää vähemmän välineellisen hyötymisen mahdollisuuksia (taulukko 6). Itsetunto ( $p < .01$ ), itsetunnon pysyvyys ( $p < .05$ ), ahdistuneisuus ( $p < .01$ ) ja masentuneisuus ( $p < .01$ ) olivat yhteydessä välineellisen hyödyn ajattelemiseen, ja kun niiden vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Ryhmät eivät eronneet muissa vastausluokissa (tehtävään liittymätön toiminta, oman kiinnostuksen arviointi, positiivinen tunneilmaisu, negatiivinen tunneilmaisu, toiminnasta kieltäytyminen, sosiaalisen tuen etsintä, pakko tai muut).

Ryhmien sisällä oli myös yksi sukupuoliero. Persoonallisuushäiriöiset miehet ( $M=1,29$ ,  $Sd=0,95$ ) kieltäytyivät toiminnasta naisia ( $M=0,44$ ,  $Sd=0,63$ ) enemmän ( $\chi^2(1)=5,00$ ,  $p<.05$ ).

*Mitä A tuntee?* -kysymyksissä ryhmät erosivat pelon tunteen kohdalla, mutta ryhmien parittaisessa vertailussa ei löytynyt eroja (taulukko 6). Itsetunto ( $p<.05$ ), ahdistuneisuus ( $p<.01$ ), masentuneisuus ( $p<.01$ ) ja ikä ( $p<.05$ ) olivat yhteydessä pelon tunteeseen, ja kun niiden vaikutus kontrolloitiin, ryhmien väliset erot hävisivät. Ryhmät eivät eronneet muissa vastausluokissa (mielihyvä, jännitys, kiinnostus, hämmästyneisyys, hyväksytyksi tuleminen, epävarmuus, pettymys, viha, vastuu). Masentuneet miehet ( $M=0,25$ ,  $Sd=0,46$ ) tunsivat naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän vihaa ( $\chi^2(1)=3,93$ ,  $p<.05$ ). Persoonallisuushäiriöiset naiset ( $M=0,94$ ,  $Sd=0,57$ ) tunsivat miehiä ( $M=0,29$ ,  $Sd=0,49$ ) enemmän mielihyvää ( $\chi^2(1)=5,69$ ,  $p<.05$ ).

Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi *Mitä B ajattelee?* -kysymyksissä (epäonnistumisepäily, rohkaisu, auttamistarjous, kateellisuus, kantaa ottamaton toteamus, näkökulman vaihto, tehtävän arvostelu, ei osaa sanoa tai muut). Persoonallisuushäiriöisten ihmisten ryhmän sisällä oli kuitenkin sukupuolieroja. Persoonallisuushäiriöiset miehet ( $M=0,29$ ,  $Sd=0,49$ ) ajattelivat naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän b:n olevan kateellinen ( $\chi^2(1)=4,79$ ,  $p<.05$ ). Naiset ( $M=1,00$ ,  $Sd=0,97$ ) sen sijaan kokivat miehiä ( $M=0,14$ ,  $Sd=0,38$ ) enemmän b:n arvioivan tilannetta myönteisesti ( $\chi^2(1)=4,64$ ,  $p<.05$ ).

*Mistähän se johtui, että näin kävi?* -kysymyksissä masentuneet ja vertailuryhmän ihmiset ajattelivat persoonallisuushäiriöisiä ihmisiä vähemmän epäonnistumisen johtuneen asiasta/tilanteesta. Persoonallisuushäiriöiset ihmiset ajattelivat masentuneita ja vertailuryhmän ihmisiä vähemmän onnistumisen sosiaalisissa tilanteissa johtuneen muista ihmisistä (taulukko 6). Ikä ( $p<.05$ ) oli yhteydessä siihen, että onnistumisen ajateltiin johtuvan muista ihmisistä, ja kun sen vaikutus kontrolloitiin, erot ryhmien välillä hävisivät. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muissa vastausluokissa (yritys, omat kyvyt, sairaus, oma persoonallisuus, asenne, kiinnostus, sattuma, muut asiat tai muut). Epäonnistumistilanteiden kohdalla oli ryhmien sisäisiä sukupuolieroja. Persoonallisuushäiriöiset miehet ( $M=0,29$ ,  $Sd=0,49$ ) ajattelivat naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän epäonnistumisen johtuneen motivaation puutteesta ( $\chi^2(1)=4,79$ ,  $p<.05$ ). Vertailuryhmän miehet ( $M=0,43$ ,  $Sd=0,53$ ) ajattelivat naisia ( $M=0,00$ ,  $Sd=0,00$ ) enemmän epäonnistumisen johtuneen yrityksen puutteesta ( $\chi^2(1)=7,54$ ,  $p<.01$ ).

## 9. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää psyykkisen hyvinvoinnin yhteyttä ajattelu- ja tulkintastrategioihin. Tutkimuksessa tarkasteltiin persoonallisuushäiriöisten ja kliinisesti masentuneiden ihmisten ajattelu- ja tulkintastrategioita suoriutumistilanteissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Oletuksena oli, että masentuneet ihmiset käyttäisivät opitun avuttomuuden mukaisia ajattelu- ja tulkintastrategioita, ja että persoonallisuushäiriöiset käyttäisivät minää tukevaa attribuutioerhettä. Pääpiirteissään tulokset olivat hypoteesien mukaisia.

Vaikka masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset yleensä erosivat vertailuryhmästä, mutta eivät toisistaan, tuli esille myös joitakin vain toiselle kliiniselle ryhmälle ominaisia piirteitä. Masentuneiden ryhmälle oli tyypillistä heikompi tunne-elämän hallinta suoriutumistilanteissa kuin vertailuryhmällä. Myös Rehm (1988) on esittänyt, että masentuneet ihmiset ovat taipuvaisempia keskittymään omiin emotionaalisiin reaktioihinsa haasteellisessa tilanteessa kuin varsinaisen ongelman ratkaisuun. Tämä voi olla ongelmallista, koska voimakas emotionaalinen kokeminen voi heikentää suoritusta (Bandura, 1977). Emotionaalisen itsekontrollin on myös todettu helpottavan ongelmanratkaisua erityisesti työympäristössä (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Persoonallisuushäiriöisten ihmisten ryhmälle oli tyypillistä käyttää enemmän minää tukevaa attribuutioerhettä sosiaalisissa tilanteissa kuin masentuneiden ryhmä (he käyttivät sitä jopa enemmän kuin vertailuryhmä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä), mikä on hypoteesin (Hartouni, 1992) mukainen tulos. Tulos on erityisen mielenkiintoinen sen vuoksi, että yleensä minää tukevan attribuutioerheen käyttö on liitetty hyvää itsetuntoon (Tennen & Hertzberger, 1987; katsaus: Zuckerman, 1979). Persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä oli kuitenkin yhtä heikko itsetunto kuin masentuneilla ihmisillä, eikä minää tukevan attribuutioerheen käyttö ollut yhteydessä itsetuntoon, eikä muihinkaan taustamuutuksiin. Tämän vuoksi minää tukevan attribuutioerheen käyttö tässä on ehkä ennemminkin yhteydessä persoonallisuushäiriöisten ihmisten sosiaalisiin ongelmiin. Persoonallisuushäiriöihin liittyä usein huomattavaa sosiaalista haittaa, koska niistä kärsivien ihmisten käyttäytymistavat ovat hyvin poikkeavia verrattuna tapaan, jolla tavallisesti suhtaudutaan muihin ihmisiin (ICD-10, 1995). Persoonallisuushäiriöisten ihmisten tavallista voimakkaampi taipumus syyttää epäonnistumisista muita ihmisiä ja ottaa kunnia onnistumisesta itselle ei liene pidemmän päälle sosiaalisesti suotavaa. Varsinkin epäonnistumistilanteiden

käsittely tällä tavalla johtanee helposti ristiriitoihin ihmissuhteissa, mikä voi edelleen aiheuttaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

Toiseksi on mielenkiintoista, että persoonallisuushäiriöiset ihmiset käyttivät minää tukevan attribuutioerhettä vaikka olivat masentuneita. Masennukseen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu liittyvän minää tukevan attribuutioerheen tavallista vähäisempi käyttö (Abramson, ym. 1978; Seligman, Abramson, Semmel & von, Bayer, 1979; katsaus: Peterson & Seligman, 1984). Tässä suhteessa tulokset ovat hypoteesin (opittu avuttomuus) ja aikaisempien tutkimusten vastaisia, erityisesti suoriutumistilanteiden osalta, koska niissä ryhmät eivät eronneet lainkaan toisistaan tekemiensä syypäätelmien suhteen.

Enimmäkseen masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ihmisten ajattelu- ja tulkintastrategiat olivat kuitenkin keskenään samanlaisia, mutta erosivat vertailuryhmästä. Tulokset osoittivat ensinnäkin, että masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset suhtautuivat sekä suoriutumistilanteisiin että sosiaalisiin tilanteisiin vertailuryhmää pessimistisemmin. Tulos on masentuneiden ihmisten osalta hypoteesin mukainen. Myös opitun avuttomuuden mallin (Abramson, ym. 1978) mukaan avuttomaksi oppinut henkilö uskoo hänelle tapahtuvien asioiden olevan kielteisiä, joten hän ennakoii epäonnistuvansa joka tapauksessa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa masentuneiden on todettu olevan vertailuryhmää pessimistisempiä (esim. MacLeod & Cropley, 1995; Fine-McDermut, ym. 1997). Persoonallisuushäiriöisten ryhmän kohdalla vertailu aiempiin tutkimuksiin oli vaikeaa, koska heidän ajattelu- ja tulkintastrategioitaan ei ole juurikaan tutkittu (Morey, 1993). Heidän pessimistisyyttään selittänee kuitenkin ainakin osittain heidän masentuneisuutensa.

Toiseksi masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset valmistautuivat haasteellisiin tilanteisiin vähemmän kuin vertailuryhmän ihmiset. Masentuneiden osalta myös tämä tulos sopii hypoteesiin. Opittuun avuttomuuteenhan liittyy motivaation heikkeneminen, mikä lienee yhteydessä heikompaan valmistautumiseen. Aiemmissa tutkimuksissa suunnitelmallisen ongelmanratkaisun on myös todettu olevan käänteisesti yhteydessä psykologisiin oireisiin (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Myös persoonallisuushäiriöisten kohdalla tehtävään valmistautumisen vähäisyys sopii aiemmin hallintakeinojen tutkimuksissa saatuihin tuloksiin. Ongelmanratkaisuun keskittyneiden hallintakeinojen ja suunnittelun on todettu korreloivan negatiivisesti persoonallisuushäiriöiden kanssa (Vollrath, Alnaes & Torgersen, 1995).



Tulokset osoittivat myös, että suoriutumistilanteissa masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset uskoivat vertailuryhmää vähemmän pystyvänsä vaikuttamaan omaan menestymiseensä. Masentuneiden vähäisempi hallinnantunne oli odotettavissa opitun avuttomuuden (Abramson, ym. 1978) hypoteesin mukaan. Sen mukaan masentunut ihminen uskoo, että hänellä ei ole keinoja vaikuttaa hänelle tapahtuviin asioihin. Myös muissa tutkimuksissa ns. normaaleilla, ei-masentuneilla ihmisillä on todettu olevan jopa liioiteltu usko omaan kykyynsä kontrolloida heille tapahtuvia asioita (katsaus: Taylor & Brown, 1988). Myös Heppnerin ym. (1985) mukaan arviot omista ongelmanratkaisukyvyistä, joihin kuuluu myös hallinnantunne, ovat yhteydessä masennukseen. Persoonallisuushäiriöisten ihmisten osalta heidän masentuneisuutensa voinee taas selittää heidän vertailuryhmää vähäisempää hallinnantunnettaan, aiempia tutkimuksia heidän hallinnantunteestaan ei ole.

Tulosten mukaan masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset vetäytyivät sosiaalisista tilanteista vertailuryhmää enemmän. Vetäytymisen voi ajatella olevan opitun avuttomuuden (Abramson, ym. 1978) mukaista, koska siihen liittyy passiivisuus. Toisaalta vetäytymisen voisi myös ajatella olevan eräällä tavalla itseä vahingoittavaa toimintaa. Toisaalta vetäytymisen motiivina voi olla pyrkimys suojata itseä. Swallow ja Kuiper (1988) esittävät, että tilanteiden välttely voi johtua henkilön yrityksestä välttää muihin ihmisiin verratun tulemistä. Masentunut ihminen voi kokea sosiaalisen vertailun vahingolliseksi itsetunnolle. Masentuneiden vetäytymistäipumus saa tukea myös aikaisemmista tutkimuksista (katsaus: Showers & Ruben, 1990; van den Bout, Cohen, Groen & Kramer, 1987). Mitä masentuneempi ihminen on, sitä enemmän hän yrittää vältellä kielteisiä tapahtumia.

Tuloksista ilmeni myös, että masentuneet ja persoonallisuushäiriöiset ihmiset toimivat sosiaalisissa tilanteissa vertailuryhmää enemmän tehtävääirrelevantisti, itseä vahingoittavasti. Masentuneiden ihmisten keskittyminen tehtävään liittymättömään toimintaan sosiaalisissa tilanteissa ei ole opitun avuttomuuden mallin mukaista, sillä siihen liittyy enemmin passiivisuus. Weary ja Williams (1990) ovat kylläkin esittäneet, että itseä vahingoittava toiminta (Berglas & Jones, 1978) voi liittyä myös masennukseen. Heidän mukaansa masentuneiden ihmisten kohdalla se kuitenkin eroaa varsinaisesta itseä vahingoittavasta strategiasta siten, että masentuneet eivät käytä sitä epäonnistumisen tekosyynä, vaan se on heille keino selviytyä tilanteesta, joka herättää kielteisiä tunteita. Myös Baumeisterin ja Scherin (katsaus: 1988) mukaan ihmiset haluavat paeta negatiivisia

tunnetiloja, mikä voi saada heidät valitsemaan väliaikaisen helpotuksen ikävästä tilanteesta (esim. välttäminen) välittämättä mahdollisista pidempiaikaisista haitoista.

Yhdistettynä siihen, että masentuneilla ihmisillä oli vertailuryhmää heikompi itsetunto, he suunnittelivat toimintaansa vähemmän, eivätkä käyttäneet minää tukevaa attribuutioerhettä, masentuneiden ihmisten sosiaaliset strategiat vaikuttavat kuitenkin olevan lähempänä Nurmen ym. (1994) esittämää epäonnistumisansa-strategiaa. Epäonnistumisansa-strategiaa käyttävät ihmiset keskittyvät tehtävään liittymättömään toimintaan, eivätkä luo suunnitelmia etukäteen. He eivät myöskään käytä minää tukevaan attribuutioerhettä, vaan antavat kunnian onnistumisista muille ihmisille ja syyttävät epäonnistumisesta itseään. Swannin (1987) mukaan itseä vahingoittavan toiminnan syy voi olla motivaatio säilyttää johdonmukainen käsitys omasta itsestä, vaikka se olisi kielteinenkin.

Tulokset osoittivat myös, että kliiniset ryhmät poikkesivat vertailuryhmästä eri hyvinvointi-indeksien mukaan: masentuneilla ja persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä oli heikompi itsetunto, he olivat ahdistuneempia ja masentuneempia kuin vertailuryhmän ihmiset. Itsetunnon vaihtelun kohdalla kaikki ryhmät erosivat toisistaan. Vertailuryhmän ihmisillä oli vakain, persoonallisuushäiriöisillä ihmisillä seuraavaksi vakain ja masentuneilla ihmisillä epävakain itsetunto. Nämä tulokset olivat odotettavissa masentuneiden kohdalla jo diagnostisten kriteerien (ICD-10, 1995) perusteella. Samoin persoonallisuushäiriöihin liittyy usein ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta (katsaus: Farmer & Nelson-Gray, 1990; Tautiluokitus ICD-10, 1995; Lepola, Koponen & Leinonen, 1995; katsaus: Stein, Hollander & Skodol, 1993).

Erot itsetunnon vaihtelun suhteen voivat selittyä itsetunnon vakauden erityisellä yhteydellä masennukseen. Roberts ja Kassel (1997) ovat todenneet itsetunnon epävakauden olevan yhteydessä masennusoireiden kehittymiseen. Samansuuntaisesti Tennen ja Hertzberger (1987) ovat esittäneet, että haavoittuva itsetunto on heikkoa itsetuntoa merkittävämpi masennuksen merkki/edeltäjä. Masentuneiden itsetunnon epävakautta voisi ehkä selittää sekin, että he saivat haastattelujen tekemisen aikaan hoitoa, mikä on voinut vaikuttaa jo myönteisesti. He ovat jo osittain alkaneet päästä yli masennuksesta ja heidän itsetuntonsaakin on alkanut vahvistua, mutta ei ole vielä tasaisen vakaa.

Kun hyvinvointimuuttujien, iän ja koulutuksen vaikutus strategiamuuttujiin kontrolloitiin, ryhmien väliset erot useimmiten hävisivät. Ryhmien väliset erot säilyivät ainoastaan suoriutumistilanteiden onnistumisennakoinnin suhteen sekä sosiaalisten tilanteiden optimistisen suunnittelun kohdalla. Tutkimusryhmien väliset erot strategiamuut-

tujissa näyttäisivät siis paljolti selittyvän hyvinvointimuuttujien kautta. Nämä tulokset tukevat ajattelu- ja tulkintastrategioiden prosessimallia (katsaus: Nurmi & Salmela-Aro, 1992), jonka mukaan strategioiden määräytymiseen vaikuttavat niiden taustatekijät: minäkäsitys (itsetunto, itsetunnon vakaus) ja mieliala (ahdistuneisuus, masentuneisuus).

Masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ihmisten ajattelu- ja tulkintastrategioiden tehokkuutta voidaan tarkastella Noremin (1989) esittämän mallin mukaan, joka kehottaa huomioimaan, missä määrin strategia johtaa onnistumiseen ja mitkä ovat sen käyttämisestä aiheutuvat kustannukset (esim. emotionaalinen kuluttavuus, muiden ihmisten reaktiot, menetetyt mahdollisuudet). Yhteenvetona voidaan sanoa, että kliinisten ryhmien strategiat olivat tehottomampia kuin vertailuryhmällä. Pessimistisyys, vähäinen etukäteissuunnittelu, hallinnantunteen heikkous, vetäytyminen ja itseä vahingoittava toiminta eivät edesauta onnistumista, vaan pikemminkin haittaavat sitä. Ne voinevat myös johtaa erilaisten mahdollisuuksien menettämiseen, esimerkiksi sosiaalinen vetäytyminen estää ystävyyssuhteiden muodostumista ja hoitamista. Näiden strategioiden voi katsoa olevan myös emotionaalisesti kuluttavia, koska ne kiinnittävät jatkuvasti huomion kielteisiin asioihin. Persoonallisuushäiriöisten ihmisten tavallista useampi minää tukevan attribuutioerheen käyttö taas voi johtaa ei-toivottuihin reaktioihin muiden ihmisten taholta.

Tällä tutkimuksella on myös joitakin rajoituksia. Ensinnäkään kyseessä ei ole satunnaisotantaan perustuva otos. Tutkimuksen vapaaehtoisuuden vuoksi siihen osallistuneet ihmiset saattoivat olla tietyllä tavalla valikoitunutta joukkoa. Erityisesti vertailuryhmän kohdalla ehkä vain tietyn tyyppiset ihmiset ottivat osaa. Jo vertailuryhmän kokoaminen työväenopiston opiskelijoista on voinut aikaansaada sen, että vertailuryhmän ihmiset ovat keskivertoa aktiivisempia, mikä taas voi näkyä myös ajattelu - ja tulkintastrategioissa.

Kliinisten ryhmien kohdalla tuloksiin saattaa vaikuttaa se, että osallistuneiden ihmisten ongelmat saattoivat olla eri vaiheissa. Joillakin tutkimukseen osallistuminen tapahtui heidän hoitonsa alkuaikoina, toisilla sen loppuvaiheessa, jotkut olivat olleet aiemminkin psykiatrisessa hoidossa, toisilla kyseessä oli ensimmäinen kerta. Esimerkiksi masentuneisuus on voinut olla näillä ihmisillä erilaista, samoin itsetunto voi olla korkeampi jos on jo saanut apua ongelmiinsa. Persoonallisuushäiriöisten ihmisten ryhmän kohdalla tuloksiin saattoi vaikuttaa myös se, että heidän kohdallaan ei tehty päluokkaa tarkempia rajauksia, vaan tutkimukseen otettiin mukaan ihmisiä, joilla oli mikä tahansa persoonallisuushäiriödiagnoosi. Farmer ja Nelson-Gray (1990) ovat esittäneet, että eri persoonallisuushäiriöiden yhdistämistä tutkimuksissa tulisi välttää niiden heterogeenisuuden vuoksi.

Persoonallisuushäiriöiden rajaaminen joihinkin tiettyihin tyypeihin olisi kuitenkin vaikeuttanut huomattavasti aineiston keräämistä. On kuitenkin mielenkiintoista, että tästä huolimatta persoonallisuushäiriöisten attribuutiotaipumukset tulivat selkeästi esiin. Persoonallisuushäiriöiden diagnosoinnin ongelmallisuus, erityisesti kun niihin liittyy myös oheisongelmia (esim. masennus) (katsaus: Stein, ym. 1993; Velzen & Emmelkamp, 1996), on myös saattanut vaikuttaa tuloksiin. Lisäksi tutkimushenkilöitä kerättiin viidestä eri paikasta, mikä lisää eri diagnosointikäytäntöjen mahdollisuutta (vrt. Heimberg, ym. 1989).

Kokonaisuutena tulokset tukevat strategiaviitekehukseen liittyvää oletusta minäkäsityksen vaikutuksesta ajattelu- ja tulkintastrategioihin. Minään liittyvät tekijät, erityisesti itsetunto, vaikuttavat olevan kliinistä statusta voimakkaampi strategiaihin vaikuttava tekijä. Ihmisen tapa hahmottaa todellisuutta ja toimia siinä on riippuvainen tavasta, jolla hän hahmottaa itseään (Guidano & Liotti, 1983). Samoin Banduran (1977) mukaan ihmisten sisäiset standardit ja arviot omasta kyvykkyydestä säätelevät suurelta osin heidän käyttäytymistään. Myös kognitiivinen terapiakirjallisuus on painottanut minään liittyvien prosessien keskeisyyttä ihmisen hyvinvoinnissa (Mahoney, 1991, 1995). Tässä tutkimuksessa ainoastaan minää tukevan attribuutioerheen kohdalla mikään taustamuuttujista ei ollut yhteydessä siihen. Tämä liittyy siihen, että persoonallisuushäiriöisten ihmisten ongelmat eivät ole riippuvaisia esimerkiksi mielialasta.

Nurmi ym. (1995) ovat todenneet ajattelu- ja tulkintastrategioiden olevan systeemisiä kokonaisuuksia, jotka uusintavat itsensä tilanteesta toiseen. Myös tämän tutkimuksen pohjalta masentuneiden ja persoonallisuushäiriöisten ajattelustrategioita voidaan kuvata noidankehänä, joka vahvistaa itseään tilanteesta toiseen. Pessimistisyys ja usko omien vaikutusmahdollisuuksien vähäisyydestä voi helposti johtaa haluun välttää tilannetta, ja siitä edelleen vetäytymiseen tai tehtävään liittymättömään toimintaan. Tämä taas heikentää onnistumisen ja sitä kautta positiivisen palautteen saamisen mahdollisuuksia, mikä pitää tulevaisuudessakin onnistumisodotukset vähäisinä. Vaikka strategioiden käyttö näyttää muuttuvan myös tilanteissa saadun palautteen mukaan (Nurmi, ym. 1995), voi olla, että esimerkiksi kliiniseen masennukseen ja persoonallisuushäiriöihin liittyy sellainen minäsysteemin jäykkyys (ks. Guidano & Liotti, 1983), että se ei salli strategioiden muuttamista saadun palautteen mukaan. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää laajemman minäkäsityksen yhteyttä ajattelu- ja tulkintastrategioihin, nythän sitä tutkittiin vain itsetunnon ja sen vakauden osalta.

## LÄHTEET

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review, 96, 358-372.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D.(1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.

Achté, K. & Tamminen, T. (1993). Yleistä depressiosta. Teoksessa: K. Aché & T. Tamminen (toim.), Depressio ja sen hoito. (s.9-13). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ahrens, A.H. (1987). Theories of depression: The role of goals and the self-evaluation process. Cognitive Therapy and Research, 11, 665-680.

Anderson, C. & Weiner, B. (1992). Attribution and attributional processes in personality. Teoksessa:G.-V. Caprara & G.L.Van Heck (toim.), Modern personality psychology. (s. 295-324). Bodmin, Cornwall: Harvester Wheatsheaf.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura, A. (1985). Model of causality in social learning theory. Teoksessa M.J. Mahoney & A., Freeman (toim.), Cognition and psychotherapy. (s.81-99). New York: Plenum Press.

Baumeister, R.F. & Scher, S.J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. Psychological Bulletin, 104, 3-22.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Beck, A.T & Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press.

Berglas, S. & Jones, E.E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 405-417.

Bowlby, J. (1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. Teoksessa M.J. Mahoney & A., Freeman (toim.), Cognition and psychotherapy. (s. 181-200). New York: Plenum Press.

Brewin, C.R. (1988). Cognitive foundations of clinical psychology. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Buss, D.M. & Cantor, N. (1989). Introduction. Teoksessa: D.M. Buss & N. Cantor (toim.), Personality psychology: Recent trends and emerging directions. (s.1-12). New York: Springer-Verlag.

Campbell, D.J. & Furrer, D.M. (1995). Goal setting and competition as determinants of task performance. Journal of Organizational Behavior, 16, 377-389.

Cantor, N. (1981). A cognitive-social approach to personality. Teoksessa: Personality, cognition and social interaction. (s.23-44). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cantor, N. (1990). From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. American Psychologist, 45, 735-750.

Cantor, N. & Kihlström, J.F. (1987). Personality and social intelligence. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1988). Perspectives on personality. Boston: Allyn and Bacon.

Davison G.C. & Neale, J.M. (1990). Abnormal psychology. New York: John Wiley & Sons.

Diener, C.I. & Dweck, C.S. (1978). An analysis of learned helplessness: Continuous changes in performance, strategy, and achievement cognitions following failure. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 451-462.

Dobson, K.S. (1986). The self-schema in depression. Teoksessa L.M. Hartman & K.R. Blankstein (toim.), Perception of self in emotional disorder and psychotherapy. (s.187-217). New York: Plenum Press.

Dobson, K. S. & Pusch, D. (1995). A test of the depressive realism hypothesis in clinically depressed subjects. Cognitive Therapy and Research, 19, 179-194.

Doerfler, L.A. & Aron, J. (1995). Relationship of goal setting, self-efficacy, and self-evaluation in dysphoric and socially anxious women. Cognitive Therapy and Research, 19, 725-738.

Dweck, C.S. & Goetz, T.E. (1978). Attributions and learned helplessness. Teoksessa: J.H. Harvey, W. Ickes, & R.F. Kidd (toim.), New directions in attribution research, vol. 2, (s.157-179). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Farmer, R. & Nelson-Gray, R.O. (1990). Personality disorders and depression: Hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. Clinical Psychology Review, 10, 453-476.

Fine-McDermut, J.F., Haaga, D.A.F., & Bilek, L.A. (1997). Cognitive bias and irrational beliefs in major depression and dysphoria. Cognitive Therapy and Research, *21*, 459-476.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986a). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, *50*, 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & DeLongis, A. (1986b). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, *50*, 571-579.

Frank, E., Carpenter, L.L., & Kupfer, D.J. (1988). Sex differences in recurrent depression: Are there any that are significant? American Journal of Psychiatry, *145*, 41-45.

Freeman, A. & Leaf, R.C. (1989). Cognitive therapy applied to personality disorders. Teoksessa A. Freeman, K.M. Simon, & L.E. Beutler (toim.), Comprehensive handbook of cognitive therapy. (s. 403-433). New York: Plenum Press.

Försterling, F. (1988). Attribution theory in clinical psychology. The Wiley Series in Clinical Psychology. Chichester: Biddles, Ltd, Guilford.

Gotlib, I.H. & Cane, D.B. (1989). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal approach. Journal of Abnormal Psychology, *96*, 199-204.

Gotlib, I.H. & Hammen, C.L. (1992). Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. Chichester: John Wiley & Sons.

Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. A structural approach to psychotherapy. The Guilford Clinical Psychology and Psychotherapy Series. New York: Guilford Press.

Haaga, D.A., Dyck, M.J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. Psychological Bulletin, *110*, 215-236.

Hartlage, S., Alloy, L.B., Vázquez, C., & Dykman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. Psychological Bulletin, *113*, 247-278.

Hartman, L.M. & Blankstein, K.R. (1986). Preface. Teoksessa L.M. Hartman & K.R. Blankstein (toim.), Perception of self in emotional disorder and psychotherapy, (s.ix-xi). New York: Plenum Press.

Hartouni, Z.S. (1992). Effects of narcissistic personality organization on causal attributions. Psychological Reports, *71*, 1339-1346.

Hastie, R. (1984). Causes and effects of causal attribution. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 44-56.

Heimberg, R.G., Klosko, J.S., Dodge, C.S., Shadick, R., Becker, R.E., & Barlow, D.H. (1989). Anxiety disorders, depression, and attributional style: a further test of the specificity of depressive attributions. Cognitive Therapy and Research, 13, 21-36.

Heppner, P.P., Baumgardner, A., & Jackson, J. (1985). Problem-solving self-appraisal, depression and attributional style: Are they related? Cognitive Therapy and Research, 9, 105-113.

Hollon, S.D., Kendall, P.C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. Journal of Abnormal Psychology, 95, 52-59.

Ickes, W. & Layden, M.A. (1978) Attributional styles. Teoksessa J.H. Harvey, W. Ickes, & R.F. Kidd (toim.), New directions in attribution research, vol. 2, (119-152). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Ingram, R. E., Lumry, A.E., Cruet, D., & Sieber, W. (1987). Attentional processes in depressive disorders. Cognitive Therapy and Research, 11, 351-360.

Jones, R.A. (1977). Self-fulfilling prophecies. Social, psychological, and physiological effects of expectancies. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., Kohn, R., & Epstein, N.B. (1991). 12-Month outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illness (compound depression). American Journal of Psychiatry, 148, 345-350.

Koenig, L.J. & Ragin, A.B., & Harrow, M. (1995). Accuracy and bias in depressives' judgements for self and other. Cognitive Therapy and Research, 19, 505-517.

Langer, E.J. (1978). Rethinking the role of thought in social interaction. Teoksessa: J.H. Harvey, W. Ickes, & R.F. Kidd (toim.), New directions in attribution research, vol. 2, (s.35-58). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Leary, M.R. & Kowalski, R.M. (1990). Impression management: A literature review and two-component model. Psychological Bulletin, 107, 34-47.

Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm, T., Väisänen, E., Moring, J., & Puukka, (1993). Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. UKKI-tutkimuksen 16-vuotisseurannan päätulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:36. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Lepola, U., Koponen, H., & Leinonen, E. (1995). Persoonallisuushäiriöiden erottaminen ahdistus- ja mielialahäiriöistä. Suomen Lääkärilehti, 50, 2440-2443.



Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology, 97, 251-264.

Lewinsohn, P.M., Zeiss, A.M., & Duncan, E.M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. Journal of Abnormal Psychology, 98, 107-116.

MacLeod, A. K. & Cropley, M. L. (1995). Depressive future-thinking: The role of valence and specificity. Cognitive Therapy and Research, 19, 35-50.

Mahoney, M.J. (1991). Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy. New York: Basic Books.

Mahoney, M.J. (1995). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. Teoksessa M.J. Mahoney (toim.), Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research, and practice. (s.3-19). New York: Springer.

Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. Personality and Social Psychology, 35, 63-78.

Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. Annual Review of Psychology, 38, 299-337.

McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 919-928.

Morey, L.C. (1993). Psychological correlates of personality disorder. Journal of Personality Disorders, 7, 149-166.

Nakano, K. (1991). The role of coping strategies on psychological and physical well-being. Japanese Psychological Research, 33, 160-167.

Norem, J.K. (1989). Cognitive strategies as personality: Effectiveness, specificity, flexibility, and change. Teoksessa D.M. Buss & N. Cantor (toim.), Personality psychology: Recent trends and emerging directions (s.43-60). New York: Springer-Verlag.

Norem, J.K. & Cantor, N. (1986). Defensive pessimism: Harnessing anxiety as motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1208-1217.

Nurmi, J.-E. (1989). Adolescents orientation to the future. Development of interests and plans, and related attributions and affects, in the life-span context. Commentationes Scientiarum Socialium, 39. Tammisaari: Societas Scientiarum.

Nurmi, J.-E., Eronen, S., & Salmela-Aro, K. (1995). Ajattelu- ja tulkintastrategiat ja hyvinvointi. Teoksessa K. Räikkönen & Nurmi, J.-E. (toim.), Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi (s. 104-117). Helsinki: Suomen Psykologinen Seura.

Nurmi, J.-E., Haavisto, T., & Salmela-Aro, K. (1997). CAST-käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus.

Nurmi, J.-E. & Salmela-Aro, K. (1992). Epäonnistumisen psykologiaa. Katsaus toiminta- ja ajattelustrategioiden tutkimukseen. Psykologia, 27, 20-31.

Nurmi, J.-E., Salmela-Aro, K., Anttonen, M., & Kinnunen, H. (1992). Epäonnistumisen psykologiaa. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kiinnostukset ja ajattelutavat. Psykologia, 27, 485-492.

Nurmi, J.-E., Salmela-Aro, K., & Haavisto, T. (1995). Strategy and attribution questionnaire: psychometric properties. European Journal of Psychological Assessment, 11, 108-121.

Paris, J. (1993). Personality disorders: a biopsychosocial model. Journal of Personality Disorders, 7, 255-264.

Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. Cognitive Therapy and Research, 12, 119-132.

Peterson, C. (1991). The meaning and measurement of explanatory style. Psychological Inquiry, 2, 1-10.

Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. Psychological Review, 91, 347-374.

Pervin, L.A. (1989). Personality. Theory and research. Singapore: John Wiley and sons.

Radloff, L.S. (1986). Risk factors for depression: What do we learn from them? Teoksessa: J.C. Coyne (toim.), Essential papers on depression (s.403-420). New York: University Press.

Rantanen, J. (1996). Ajattelu- ja tulkintastrategiat paniikkihäiriöisillä. Helsingin yliopisto. Psykologian pro gradu -tutkielma.

Rector, N. A. & Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: a prospective examination. Personality and Individual Differences, 21, 663-674.

Rehm, L.P. (1988). Self-management and cognitive processes in depression. Teoksessa: L.B.Alloy (toim.), Cognitive processes in depression. (s.143-176). New York: Guilford Press.

Roberts, J.E. & Kassel, J.D. (1997). Labile self-esteem, life stress, and depressive symptoms: Prospective data testing a model of vulnerability. Cognitive Therapy and Research, 21, 569-589.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the Self. New York: Basic Books.

Scheier, M. F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 16, 201-228.

Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. On depression, development and death. New York: W.H. Freeman and company.

Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. Journal of Abnormal Psychology, 88, 242-247.

Showers, C. & Cantor, N. (1985). Social cognition: A look at motivated strategies. Teoksessa: M. Rosenzweig & L.W. Porter (toim.), Annual Review of Psychology, 36, 275-305.

Showers, C. & Ruben, C. (1990). Distinguishing defensive pessimism from depression: Negative expectations and positive coping mechanisms. Cognitive Therapy and Research, 14, 385-399.

Snyder, C.R. & Higgins, R.L. (1988). Excuses: Their effective role in the negotiation of reality. Psychological Bulletin, 104, 23-35.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Stein, D.J., Hollander, E., & Skodol, A.E. (1993). Anxiety disorders and personality disorders: A review. Journal of Personality Disorders, 7, 87-104.

Swann, W.B. Jr. (1987). Identity negotiation: Where two roads meet. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1038-1051.

Tautiluokitus ICD-10. (1995). Systemaattinen osa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, ohjeita ja luokituksia 1995:3. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Taylor, S.E. & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 103, 193-210.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 489-502.

Tennen, H. & Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 72-80.

Tiggemann, M., Winefield, A.H., Winefield, H. R., & Goldney, R.D. (1991). The stability of attributional style and its relation to psychological distress. British Journal of Clinical Psychology, 30, 247-255.

Toskala, A. (1991). Kognitiivisen psykoterapian teoreettisia perusteita ja sovelluksia. Saarijärvi: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.

van den Bout, J., Cohen, L., Groen, P., & Kramer, H. (1987). Depression and attributional cognitions for hypothetical and stressful events in mental health center patients. Cognitive Therapy and Research, 11, 625-634.

Van Velzen, C.J.M. & Emmelkamp, P.M.G. (1996). The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. Behavior Research and Therapy, 34, 655-668.

Weary, G. Williams, J.P. (1990). Depressive self-presentation: Beyond self-handicapping. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 892-898.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92, 548-573.

Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgensen, S. (1995). Coping styles predict change in personality disorders. Journal of Personality Disorders, 9, 371-385.

Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revised, or: The motivational bias is alive and well in the attribution theory. Journal of Personality, 47, 245-287.

## Liite 1

### POTILASTIEDOTE

Tutkimuksen nimi: Ajattelu, tulkinta ja hyvinvointi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää erilaisten ihmisten tapoja ajatella ja toimia. Tutkimukseen tulee osallistumaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin asiakkaita ja työväenopiston opiskelijoita. Tutkimuksessa pyritään selvittämään voisivatko erilaiset ajattelutavat selittää osaa ihmisten kokemista vaikeuksista.

Haemmekin nyt henkilöitä tähän tutkimukseen. Tutkimuksesta saatava tieto voi osaltaan auttaa ymmärtämään ihmisten kokemia ongelmia ja miten heitä voidaan auttaa. Tutkimuksessa tutkittaville tehdään lyhyt haastattelu ja he täyttävät muutamia kyselylomakkeita, joissa kysytään ihmisten ajatuksia erilaisista asioista. Kyselylomakkeissa tutkimushenkilöt saavat valita eri vaihtoehdoista mitkä asiat pitävät paikkansa heidän kohdallaan. Lisäksi tutkittaville esitetään sarjakuvatyyppinen tarina, josta he saavat kertoa omia ajatuksiaan. Halutessaan tutkittavat saavat palautetta tekemistään testeistä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Siihen suostuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta saatavaan hoitoon.

Tutkimus on täysin luottamuksellinen. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule missään myöhemmässä vaiheessa esiin ja tutkimukseen osallistutaan nimettömänä.

Lisätietoja: Kirsi Selonen puh. 21 21 36

**Liite 2****SUOSTUMUS**

Olen lukenut potilastiedotteen ja suostun osallistumaan Kirsi Selosen pro gradu - tutkimukseen. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta kielteisesti saamaani hoitoon. Voin myös halutessani keskeyttää osallistumiseni, eikä sillä ole kielteisiä seuraamuksia. Tämä suostumuslomake säilytetään potilaan kansiossa.

Päiväys \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 199

---

Allekirjoitus

**Liite 3****TAUSTATIETOLOMAKE**

pvm. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 199 \_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

1. Sukupuoli: 1 Nainen

2 Mies

2. Ikä: \_\_\_\_\_

3. Siviilisääty: 1 Naimaton

2 Avo/ avioliitossa

3 Eronnut

4 Leski

4.Lapsia: 1 Kyllä \_\_\_\_\_

2 Ei

5. Koulutus: 1 Peruskoulu/ keskikoulu/ kansakoulu

2 Ammattikoulu

3 Ylioppilas

4 Opistotutkinto

5 Korkeakoulututkinto

6. Tämänhetkinen toimi: 1 Työssä

2 Työtön

3 Opiskelija

4 Eläkkeellä

5 Muu

7. Aikaisemmat hoitokerrat: \_\_\_\_\_

8. Syöttekö lääkkeitä? 1 Kyllä Kuinka kauan? \_\_\_\_\_

2 Ei

9. Diagnoosi: \_\_\_\_\_

3.1 Työpaikalla järjestetään juhlat, joihin myös A pyydetään.

3.1 A kertoo asiasta B:lle.

3.3 Juhlissa on kuitenkin tylsää, ja A poistuu aikaisin.

4.1 Työkaverit ovat lähdössä matkalle ja pyytävät A:ta mukaan.

4.2 A kertoo asiasta B:lle.

4.3 Matka onnistuu kaikin puolin ja A:lla on hauskaa.

### **CAST - luokittelurunko esimerkkeineen**

*"Mitä A ajattelee?" ja "Mitä A tekee?" -kysymykset*

1. Toiminnan monimutkainen suunnittelu, keinojen (väh.3) pohdinta. Esim. "Rupee ehkä valmistautumaan ulkoisesti tähän tapahtumaan, ehkä etsii siistit vaatteet, peseytyy, ja meikkaa ja sitten vaan menoksi."

2. Toiminnan yksinkertainen suunnittelu. Esim. "Hankkii tietoa, menee kirjastoon."

3. Tehtävään liittymätön toiminta. Esim. "Menee kaljalle.", "Toivottaa noille toisille hyvää matkaa."

4. Oman kiinnostuksen arviointi. Esim. "No A:n pitäis ensin tietää, mihin ne on menossa matkalle, ennenkö lupaa mukaan."

5. Myönteinen tunneilmaisu, onnistumisennakointi. Esim. "Kivaa, jotain virkistystä sen ainaisen puurtamisen oheen."

6. Kielteinen tunneilmaisu, epäonnistumisennakointi. Esim. "Apua, mitenkähän mä tästä selviän?"

7. Tilanteesta poispääsy, toiminnasta kieltäytyminen. Esim. "Ettei nyt kerkiä samana päivänä tulemaan."

8. Sosiaalisen tuen etsintä. Esim. "A ajattelee, että keneltä kysyis neuvoja ja voisko hyödyntää jotakin toista henkilöä ja kysyä neuvoja, että kuinka tämä pitäis hoitaa."

9. Pakko. Esim. "Jos hänellä ei ole muita vaihtoehtoja, niin tietysti yrittää sitä."

10. Välineellinen hyöty. Esim. "No hän ajattelee, että tottakai minä lähden, että minä tutustun paremmin näihin työkavereihini."

11. Muut. Esim. "Juhlissahan juodaan." "Tulipa nopeesti."

12. Tehtävän aloittamisen maininta. Esim. "Menee mukaan." "Ryhtyy uuteen tehtävään."



*"Mitä A tuntee?" -kysymykset*

1. Mielihyvä, tyytyväisyys, ilo. Esim. "Iloa ja onnistumisen riemua."
2. Jännitys, hermostuneisuus. Esim. "No perhosia mahanpohjassa."
3. Pelko, ahdistuneisuus. Esim. "Ehkä vähän pelkoa, että pärjääkö."
4. Kiinnostus, innostus, uteliaisuus. Esim. "Tuntee varmaan mielenkiintoa, ja on innoissaan, että pääsee työpaikkahaastatteluun."
5. Hyväksytyksi tuleminen, yhteenkuuluvuus. Esim. "Hän tuntee, että hänet on hyväksytty."
6. Epävarmuus, varauksellisuus, erilaisuuden tunne. Esim. "Vaivautuneeksi itsensä."
7. Hämmästyneisyys, yllättyneisyys. Esim. "A on innostunut, *hämmästynyt*."
8. Pettymys, masennus. Esim. "Ehkä jonkinlaista pettymystä, kun toisaalta sen tekisi mieli sinne matkalle, mutta se ei sinne selviä." "A tuntee tällä hetkellä ehkä syvää masennusta tai muuta semmosta."
9. Viha, katkeruus, kateus. Esim. "Kateutta."
10. Vastuun tunne. Esim. "No hän tuntee tietysti, että häneen luotettiin."
11. Muut. Esim. "Että vapaus menee.", "Huonoutta.", "En tiää."

*"Mitä B ajattelee?" -kysymykset*

1. Epäonnistumisepäily, kielteinen arvio tilanteesta. Esim. "Ei tosta tuu mitään."
2. Myönteinen arvio tilanteesta, rohkaisu, tuki. Esim. "Onnittelee, on iloinen hänen puolestaan ja toivottaa lykkyä tykö."
3. Auttamistarjous. Esim. "Tarviikohan hän apua, selviytyykö tuosta? Annanpa yrittää, jos hän tarvii apua, hän varmasti kyllä kysyy."
4. Kateellisuus. Esim. "On katkera." "Se on aina vähän kateellinen."
5. Näkökulman vaihto. Esim. "Kyllä minäkin tuon osaisin, miksei minua valittu?" "
6. Tehtävän arvostelu. Esim. "No, B voi mielessään aatella, että mahtokohan se nyt olla noin kivat juhlat."
7. Kantaa ottamaton toteamus, kysymys. Esim. "B ajattelee, että mistähän syystä tämä A-henkilö ei koskaan osallistu mihinkään yhteisiin rientoihin?"
8. Ei osaa sanoa, ei tiedä. Esim. "En kyllä osaa siihen sanoa, ei hän varmaan vielä osaa sanoa siihen mitään, ennen kuin näkee sen tuloksen."

9. Muut. Esim. ”Ei se nyt ole niin tyhmä kuin minä ensin luulin.” ”No B ajattelee, että onpas vähävarainen ihminen, sillei, että jos ei matkalle pysty lähtemään.”

”*Mistähän se johtui, että näin kävi?*” -kysymykset

1. Muut ihmiset, vuorovaikutus. Esim. ”Oli varmaan hyvä seura.”
2. Asiaan liittyvät syyt. Esim. ”Se oli ehkä tuota erilainen juhla kuin mitä A oli mielessään kuvitellut.”
3. Yritys, valmistautuminen, jaksaminen. Esim. ”Tahallisesta viivytystä.” ”Ehkä suunnitteli taikka mielti asian kunnolla, haki lisäapua.”
4. Omat kyvyt, osaaminen, koulutus, kokemus. Esim. ”A:lla ei ollut tarpeeks kokemusta siihen työpaikkaan.”
5. Sairaus. Esim. ”Tuli kauheita paniikkioireita siellä.”
6. Omaan persoonallisuuteen / itseen liittyvät syyt. Esim. ”Se johtui hänen epävarmuudestaan, hän tunsi koko ajan, että hän ei ole tänne kuuluva.”
7. Oma asenne, odotukset, suhtautumistavat. Esim. ”Positiivisesta ajattelusta.”
8. Kiinnostus, motivaatio. Esim. ” No se osas homman ja oli siitä *kiinnostunut* ja teki varmaan ihan ahkerasti töitä.”
9. Sattuma, onni. Esim. ”Paljon oli sattuman varassa, ettei saanut sitä työpaikkaa.” Tällä kertaa ei osunut kohdalle.”
10. Muut asiat kuin ko. tehtävä. Esim. ”...Taikka sitten on pienet lapset kotona, tai kotihuolia ja töitä siinä vielä lisänä, että se juhliminen ei vielä oikein ruvennut sujumaan.”
11. Muut Esim. ”Joka tilanteesta täytyy etsiä se paras, vaikka kaikki ei aina onnistuisikaan.”

### Liite 5 SAQ.

Alla on esitetty erilaisia väitteitä. Arvioi, miten hyvin ne pitävät paikkansa sinun kohdallasi ja ympyröi sinuun sopiva vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Kun tartun johonkin tehtävään, olen yleensä varma, että onnistun siinä.	4	3	2	1
2. Minulle käy usein niin, että keksin jotain muuta tekemistä, kun minulla on hankala tehtävä edessä.	4	3	2	1
3. Muille ei kannata huoliaan valitella.	4	3	2	1
4. Jos kohtaan hankaluuksia, mietin usein pitkään, miten niistä selviäisi.	4	3	2	1
5. Se, miten elämässä menestyn, on kiinni sattumasta.	4	3	2	1
6. Tunne-elämän vaihteluihin ei loppujen lopuksi juurikaan voi vaikuttaa.	4	3	2	1
7. Kun menen uusiin tilanteisiin, odotan usein pärjääväni.	4	3	2	1
8. Jos jokin alkaa töissä mennä pieleen, häivyn nopeasti kahville tai muuhun vastaavaan.	4	3	2	1
9. Toisista ei useinkaan ole apua omissa vaikeuksissa.	4	3	2	1
10. On usein aivan turha pohdiskella jotain sen pidempään. Jos ei suju, niin ei suju.	4	3	2	1
11. Uralla eteneminen on täysin olosuhteista kiinni.	4	3	2	1
12. Voimakkaita tunteita on vaikea hallita.	4	3	2	1
13. Kun kohtaan hankaluuksia, mietin usein, mitenköhän pärjään.	4	3	2	1
14. Jos on jotain hankalaa tiedossa, keksin mielelläni muuta puuhaa.	4	3	2	1
15. Kun asiat eivät suju, on parasta jutella ystävien kanssa.	4	3	2	1

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
16. Käytän paljon aikaani asioiden miettimiseen, erityisesti, jos on hankaluuksia.	4	3	2	1
17. Minulla ei ole keinoja vaikuttaa siihen, miten elämäni etenee.	4	3	2	1
18. Se, miten mielialani vaihtelevat, on kiinni sattumasta.	4	3	2	1
19. Minulla on usein tunne, etten selviydy uudesta asiasta.	4	3	2	1
20. Jos edessä on vaikea tehtävä, huomaan usein, etten yritä tosissani.	4	3	2	1
21. Tunnen ihmisiä, joilta voin pyytää tukea.	4	3	2	1
22. Jos asiat eivät mene kohdalleen, on parasta pysähtyä miettimään.	4	3	2	1
23. Työelämässä menestyminen riippuu loppujen lopuksi vain vähän siitä, mitä alalta tietää ja osaa.	4	3	2	1
24. Joskus minun on vaikea hillitä suuttumustani.	4	3	2	1
25. Mietin usein, mitenköhän pärjään työelämässä.	4	3	2	1
26. Tulen usein sairaaksi, jos seuraavana päivänä on jotain hankalaa tiedossa.	4	3	2	1
27. Jos on jotain vaikeuksia, on mukava jutella toisten kanssa.	4	3	2	1
28. Jos asiat menevät huonosti, on parasta pysähtyä miettimään.	4	3	2	1
29. Huolellinen valmistautuminen tehtävään johtaa hyvään tulokseen.	4	3	2	1
30. Hyvä mieliala on kiinni omasta itsestä.	4	3	2	1
31. Olen pärjännyt työelämän haasteissa ihan hyvin.	4	3	2	1
32. On hyvä, jos on joku, jolle voi puhua.	4	3	2	1

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
33. Jos tulee hankaluuksia, pohtiminen yleensä auttaa.	4	3	2	1
34. Elämässä menestyminen on kiinni omasta itsestä.	4	3	2	1
35. Minun on helppo säilyttää malttini silloinkin kun olen vihainen.	4	3	2	1
36. Pärjään yleensä hankalammassakin tehtävässä.	4	3	2	1
37. Minusta tuntuu usein, että valmistautumalla etukäteen asiat sujuvat paremmin.	4	3	2	1
38. Joskus pelkään, että en pysty hallitsemaan itseäni.	4	3	2	1
1. Suuressa joukossa tunnen usein oloni epämiellyttäväksi.	4	3	2	1
2. Minusta tuntuu, että tulen useimmiten hyvin toimeen ihmisten kanssa.	4	3	2	1
3. Ihmiset oppii todella tuntemaan vasta, kun on ollut heidän kanssaan pidemmän aikaa.	4	3	2	1
4. Vetoan joskus keskeneräisiin töihin, jos minua pyydetään mukaan johonkin ryhmään.	4	3	2	1
5. Kun huomaan, että jossain tapahtuu, menen mukaan.	4	3	2	1
6. Ihmiset suhtautuvat minuun yleensä kielteisesti.	4	3	2	1
7. Ihmisten tunteminen ja ymmärtäminen vaatii usein aikaa ja kärsivällisyyttä.	4	3	2	1
8. Jos minua pyydetään mukaan johonkin ryhmään, olen yleensä heti valmis.	4	3	2	1
9. Mietin usein, millaista olisi, jos en tulisi toimeen ihmisten kanssa.	4	3	2	1
10. Olen yleensä tullut toimeen ihmisten kanssa.	4	3	2	1
11. Ihmisillä on kielteinen käsitys minusta teenpä mitä vaan.	4	3	2	1

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
12. Olen jättänyt joskus menemättä tapaamiseen tuttujen kanssa ja keksinyt myöhemmin hyvän syyn.	4	3	2	1
13. Minun on helppo puhua ryhmässä.	4	3	2	1
14. Luulen, että ihmiset pitävät minusta.	4	3	2	1
15. Jos jossakin porukassa asiat eivät ota sujuakseen, on ajanhukkaa yrittää kuunnella ja ymmärtää muita.	4	3	2	1
16. Minulla on monesti tärkeämpää tehtävää kuin viettää aikaa muiden seurassa.	4	3	2	1
17. Minun on vaikea ryhtyä kanssakäymisiin toisten ihmisten kanssa.	4	3	2	1
18. Jos vähänkin yrittää, pärjää ihmisten kanssa.	4	3	2	1
19. On usein turha rupertella niitä näitä, kun on paljon muutakin tehtävää.	4	3	2	1
20. Olen paljon yksin, koska pelkään mennä ihmisten pariin.	4	3	2	1
21. Toisen ihmisen ymmärtäminen vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä.	4	3	2	1
22. Jos jotain tehdään porukalla, minua ei tarvitse kahta kertaa houkutella mukaan.	4	3	2	1
23. Tutustuminen muihin ja ystävien saaminen on usein onnesta kiinni.	4	3	2	1
24. Etäiseenkin ihmiseen tutustuu, kun vain jaksaa kärsivällisesti yrittää.	4	3	2	1
25. Ystävien saamiseen on vaikea vaikuttaa, asiat vain tapahtuvat.	4	3	2	1

**Liite 6** Rosenbergin itsetuntomittari

Arvioi, kuinka hyvin alla olevat väitteet pitävät paikkansa sinun kohdallasi. Ympyröi sinuun sopiva vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Olen huomannut, että itseeni liittyvät ajatukset muuttuvat hyvin nopeasti.	4	3	2	1
2. Tunnen, että minulla on arvoa vähintään yhtä paljon kuin muillakin.	4	3	2	1
3. Uskon, että minulla on monia hyviä ominaisuuksia.	4	3	2	1
4. Aina silloin tällöin ajattelen, ettei minussa ole mitään hyvää.	4	3	2	1
5. Kaiken kaikkiaan on tunnustettava, että olen epäonnistunut monessa asiassa.	4	3	2	1
6. Pystyn tekemään asioita yhtä hyvin kuin muutkin ihmiset.	4	3	2	1
7. Minulla ei ole paljoakaan, mistä voisin olla ylpeä.	4	3	2	1
8. Jonakin päivänä käsitykseni itsestäni on varsin hyvä, kun se toisena päivänä on varsin huono.	4	3	2	1
9. Minulla on myönteinen käsitys itsestäni.	4	3	2	1
10. Olen kaiken kaikkiaan tyytyväinen itseeni.	4	3	2	1
11. Ajatukseni omasta itsestäni vaihtelevat jokseenkin paljon.	4	3	2	1
12. Toivoisin voivani kunnioittaa itseäni enemmän.	4	3	2	1
13. Tietysti tunnen itseni hyödyttömäksi ajoittain.	4	3	2	1
14. Yhtenä päivänä minulla on varsin myönteinen käsitys itsestäni, joka saattaa seuraavana päivänä olla jo varsin erilainen.	4	3	2	1

## Liite 7. STAI

Alla on annettu joukko väittämiä, joita ihmiset ovat käyttäneet kuvatakseen itseään. Lue jokainen väittämä ja ympyröi sopiva vaihtoehto sen mukaan, miltä sinusta YLEENSÄ tuntuu. Mitään oikeita tai vääriä vastauksia ei ole. Älä käytä turhan paljon aikaa yhteen väittämään, vaan anna se vastaus, joka parhaiten näyttää kuvaavan sitä, miltä sinusta YLEENSÄ tuntuu.

	melkein aina	usein	joskus	tuskin koskaan
1. Tunnen oloni miellyttäväksi.	4	3	2	1
2. Tunnen oloni hermostuneeksi ja rauhattomaksi.	4	3	2	1
3. Olen tyytyväinen itseeni.	4	3	2	1
4. Toivon, että voisin olla yhtä onnellinen kuin muutkin.	4	3	2	1
5. Tunnen itseni epäonnistuneeksi.	4	3	2	1
6. Tunnen itseni levänneeksi.	4	3	2	1
7. Olen rauhallinen ja hallittu.	4	3	2	1
8. Minusta tuntuu, että vaikeudet kasaantuvat niin, etten selviä niistä.	4	3	2	1
9. Huolehdin liian paljon asioista, jotka eivät oikeastaan ole tärkeitä.	4	3	2	1
10. Olen onnellinen.	4	3	2	1
11. Minulla on häiritseviä ajatuksia.	4	3	2	1
12. Minulta puuttuu itseluottamusta.	4	3	2	1
13. Tunnen oloni turvalliseksi.	4	3	2	1
14. Teen päätöksiä helposti.	4	3	2	1
15. Tunnen oloni riittämättömäksi.	4	3	2	1
16. Olen tyytyväinen.	4	3	2	1
17. Jokin vähäpätöinen asia pyörii mielessäni ja vaivaa minua.	4	3	2	1
18. Otan pettymykset niin vakavasti, etten saa niitä mielestäni.	4	3	2	1
19. Olen tasainen luonne.	4	3	2	1
20. Hermostun ja kiihdyn, kun ajattelen nykyistä elämäntilannettani.	4	3	2	1



## Liite 8. BDI

Tässä kyselylomakkeessa on joukko väittämiä. Lukekaa jokainen ryhmä huolellisesti läpi. Valitkaa sitten se väittäjä, joka kuvaa tuntemuksianne juuri nyt. Varmistukaa siitä, että olette lukenut kaikki ryhmän väittämät ennen kuin teette valintanne.

Lukekaa huolellisesti jokainen väittämien ryhmä ja ympyröikää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tunteitanne juuri tällä hetkellä.

1. 0. En ole surullinen.
  1. Tunnen itseni alakuloiseksi.
  2. Olen alakuloinen jatkuvasti, enkä pääse siitä.
  3. Olen niin onneton, etten kestä enää.
  
2. 0. En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti.
  1. Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta.
  2. Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa.
  3. Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa että asiat muuttuisivat parempaan päin.
  
3. 0. En tunne epäonnistuneeni elämässä.
  1. Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin.
  2. Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia.
  3. Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä.
  
4. 0. En ole erityisen tyytymätön.
  1. En nauti asioista samalla tavalla kuin aikaisemmin.
  2. Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään.
  3. Olen täysin tyytymätön kaikkeen.
  
5. 0. En tunne itseäni erityisemmin syylliseksi mihinkään.
  1. Minulla on syyllisyyden tunteita.
  2. Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina.
  3. Olen kerta kaikkiaan arvoton.
  
6. 0. Minua ei mielestäni rangaista.
  1. Minusta tuntuu, että jotain pahaa saattaisi tapahtua minulle.
  2. Tunnen, että ansaitsen rangaistuksen.
  3. Haluan, että minua rangaistaan.
  
7. 0. En ole pettynyt itseni suhteen.
  1. Olen pettynyt itseni suhteen.
  2. Minua inhottaa oma itseni.
  3. Vihaan itseäni.
  
8. 0. Minusta tuntuu, että olen yhtä hyvä kuin kuka muu tahansa.
  1. Suhtaudun melko arvostelevasti itseäni heikkouksieni ja erehdysteni tähden.
  2. Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee vinoon".
  3. Pidän itseäni täysin kelvottomana.
  
9. 0. En ole koskaan halunnut vahingoittaa itseäni.
  1. Olen joskus ajatellut vahingoittaa itseäni, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä.
  2. Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta.
  3. Tekisin itsemurhan, jos vain voisin.
  
10. 0. En itke tavallista enempää.
  1. Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
  2. Itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä.
  3. Ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi vaikka haluaisinkin.

11. 0. En ole sen ärtyneempi kuin tavallisesti.
  1. Ärsynnyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin.
  2. Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
  3. Asiat, jotka ennen saivat minut raivostumaan, eivät enää ärsytä minua.
12. 0. Olen jatkuvasti kiinnostunut muista ihmisistä.
  1. Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin kuin ennen.
  2. Olen menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan.
  3. Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan.
13. 0. Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin.
  1. Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa.
  2. Nykyisin tarvitsen apua päätösten teossa.
  3. En pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja.
14. 0. Luulen, että ulkonäköni on pysynyt ennallaan.
  1. Pelkään näyttäväni vanhalta ja epämiellyttävältä.
  2. Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän rumalta.
  3. Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä.
15. 0. Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
  1. Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
  2. Minun on väkisin pakotettava itseni työhön.
  3. Minun on mahdoton tehdä mitään työtä.
16. 0. Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
  1. Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin aikaisemmin.
  2. Herään 1-2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen.
  3. Herään aikaisin joka aamu enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa.
17. 0. En ole väsyneempi kuin tavallisesti.
  1. Väsyn nopeammin kuin ennen.
  2. Vähäinenkin työ väsyttää minua.
  3. Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään.
18. 0. Ruokahaluni on ennallaan.
  1. Ruokahaluni on huonompi kuin ennen.
  2. Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen.
  3. Minulla ei ole lainkaan ruokahalua.
19. 0. Painoni on pysynyt ennallaan.
  1. Olen laihtunut enemmän kuin 2 kg.
  2. Olen laihtunut enemmän kuin 4 kg.
  3. Olen laihtunut enemmän kuin 6 kg.
20. 0. En ajattele terveyttäni tavallista enempää.
  1. Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyyn ja kipuun sekä muihin epämiellyttäviin tuntemuksiin itsessäni.
  2. Seuraan niin tarkasti, mitä tuntemuksia minulla on, ettei muille ajatuksille jää paljon aikaa.
  3. Terveyteni ja tuntemusteni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni.
21. 0. Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan.
  1. Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestään.
  2. Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti pienempi kuin ennen.
  3. En ole enää lainkaan kiinnostunut sukupuolielämästä.