





ABSTRACT

Kuusinen, Patrik

Chronic pain and depression: psychosocial determinants regulating the relationship

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2004, 139 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research,

ISSN 0075-4625; 251)

ISBN 951-39-1992-7

Diss.

The purpose of this study was to explore the relationship between chronic pain and depression. It was assumed that depression is a secondary reaction to pain and is mediated by how the patient perceives his/her life control and pain-induced personal interference and social interactions. These assumptions, derived from the mediation model of depression, were integrated with assumptions derived from Aaron T. Beck's concept of cognitive triad. It was assumed, therefore, that depression in chronic pain patients is not related only to patient's tendency to negatively interpret his/hers pain-related experiences, but also to the patient's negative view of him-/herself and negative view of the future. Also the assumption of different sets of depressive diathesis, defined by pain patient sub-grouping (i.e. adaptive copers, dysfunctionals, interpersonally distressed, socially isolated) was tentatively explored. The subjects for this study were 786 consecutive chronic back pain patients admitted to the inpatient multidisciplinary rehabilitation financed by the Finnish Social Insurance Institution. Both cross-sectional and longitudinal data were used in this study. Four main findings emerged. First, consistent with past research, perceived life interference and life control mediated the impact of pain on depression. However, perceived life interference was more strongly associated with somatic and behavioural symptoms of depression, whereas perceived life control was associated with cognitive and affective symptoms. Second, the results indicate that, although negative life experiences may trigger depressive symptoms, a negative view of the self and the future are also associated with cognitive-affective symptoms. Third, changes in depressive symptoms were associated with simultaneous changes in perception of pain-related experiences and feelings of competence, while feelings of incompetence and negative view of the future remained intact. Fourth, 78 % of the depressive chronic pain patients fell into the dysfunctional (i.e. problems mainly in personal performance) and interpersonally distressed (i.e. problems in social interactions) patient groups. Unemployment and living without a partner was more common among the interpersonally distressed. In sum, the findings indicate that depression among chronic pain patients is similar to depression in the general population: personal and interpersonal losses trigger depressive mood. The results on the differences in content of the experienced loss in depression (dysfunctional: personal loss; interpersonally distressed: interpersonal loss) are tentative only. This subject merits additional study. Future studies should also examine the effect of transaction between patient and his/hers partner.

Keywords: chronic pain, depression, psychosocial resources

Author's address Patrik Kuusinen
Kiipulasäätiö/ kuntoutuskeskus
Kiipulantie 507
FIN-12400 TURENKI
FINLAND
patrik.kuusinen@kiipula.fi

Supervisors Professor Antero Toskala
Department of Psychology
University of Jyväskylä, Finland

Docent Ulla Kinnunen, Ph.D.
Department of Psychology
University of Jyväskylä, Finland

Docent Saija Mauno, Ph.D.
Department of Psychology
University of Jyväskylä, Finland

Reviewers Docent Kristiina Järvikoski, Ph.D.
The Research and Development Unit
Rehabilitation Foundation
Helsinki, Finland

Professor Aila Järvikoski
Department of Social Work
University of Lapland
Rovaniemi, Finland

Opponent Docent Antti Uutela, Ph.D.
National Public Health Institute
Helsinki, Finland

ESIPUHE

Aloitin työni kuntoutuslaitoksissa reilut kymmenen vuotta sitten. Asiakaskunta koostui tuolloin voittopuoleisesti pitkäaikaisista tuki- ja liikuntaelinten kivuista kärsivistä ihmisistä. Näiden ihmisten auttamiseksi psykologilta odotettiin yleensä kannanottoa, esiintyikö yksittäisellä kuntoutujalla psyykkistä rasittuneisuutta ja, miten tämä pitäisi ottaa huomioon kuntoutusta yksilöllistettäessä. Valmiin työskentelymallin puuttuessa oli osin itse selvitettävä, miten psyykkistä rasittuneisuutta – lähinnä masentuneisuutta – tulisi diagnosoida kroonisten kipupotilaiden ryhmässä. Noista pienistä tiedonkeruun puroista on vähitellen syntynyt tämän tutkimuksen muodostama kokonaisuus, joka edelleen sisältää sen saman ihmetyksen, jonka koin tullessani tälle alalle töihin: Miksi kaikki krooniset kipupotilaat eivät ole depressiivisiä?

Rajasin tarkastelukulman koskemaan vain yksilön tietoisia kognitioita, koska tuki- ja liikuntaelinkivuista kärsivien kuntoutus on, huolimatta pitkästä ajallisesta kestostaan (kuntoutusprosessi kestää pisimmillään pari vuotta), varsin nopeatempoista. Kuntoutujat ovat varsinaisilla kuntoutusjaksoillaan vain muutaman viikon koko prosessin aikana. Näin ei ollut mahdollista luoda sellaisia pitempiäaikaisia hoitosuhteita, joissa psyyken syvien rakenteiden tarkastelu olisi mahdollista. Kuntoutusjärjestelmä myös pitkälti määritti, millaisia tutkimusvälineitä oli mahdollista käyttää.

Työni ei olisi valmistunut ilman lukuisten ihmisten tukea ja kannusta. Minulla oli erityinen onni saada ohjaajikseni asiantuntijoita, joiden roolit täydensivät toisiaan. Professori Antero Toskalan kanssa käymät keskustelut auttoivat avaamaan silmäni niin työn teoreettisen viitekehyksen kuin tutkimustyön tutkijalle aiheuttaman rasituksenkin osalta. Dosentit Ulla Kinnunen ja Saija Mauno ovat puolestaan johdattaneet minua tieteen tekemisen metodisiin kysymyksiin. Esitarkastajina toimineiden professori Aila Järvikosken ja dosentti Kristiina Härkäpään kommentit ovat auttaneet viimeistelemään työni valmiiksi. Ilman Suomen Akatemian ja Kiipulasäätiön tukea ei minun olisi ollut taloudellisesti mahdollista tehdä tätä tutkimusta. Kiipulan kuntoutuskeskuksen johtavien yllälääkäreiden LL Joe Tuomisen ja myöhemmin LKT Seppo Miilunpalon kannustus ajan löytämiseksi tutkimukselle, on ollut korvaamatonta. Ilman Kiipulan kollegoitteni panosta ja apua minulla ei olisi ollut näin laajaa tutkimusaineistoa. Eriytyisen kiitollinen tästä olen joukkuetoverilleni psykologi Petri Peräkasarille. FT Ann-Mari Estlanderille olen kiitollinen monista motivoivista keskusteluista, joita olemme käyneet kivun psykologiaan liittyen. Hän on myös vuosien varrella jaksanut kannustaa kirjoittamaan asioita paperille ja julkaisemaan niitä. FL Asko Tolvanen on opastanut minua tilastotieteen karikkoisilla vesillä. Tällaista ohjausta, jossa on voinut omaa aineistoa käyttäen perehtyä niin metodisiin kuin teknisiin ratkaisuihin, ei olisi voinut korvata millään kurssilla tai luentosarjalla. Janakkalan kirjaston erikoiskirjastonhoitaja Pirkko Pihalehdolle olen kiitollinen kymmenistä kaukolainatuista kirjoista ja artikkeleista. Kielentarkastuksesta olen kiitollinen FT Vesa Jarvalle ja B.A. Michael Freemanille. He eivät pääs-

seet helpolla. Tärkeimmän tuen olen kuitenkin saanut perhepiiristä. Pienestä pitäen äitini on kannustanut minua lukemaan, ajattelemaan ja pohtimaan erilaisia asioita. Ilman vaimoni Päivin tukea ja apua työni ei olisi koskaan valmistunut. Hän on joutunut usein valamaan minuun uskoa ja rohkeutta, jota väitöskirjatyön tekeminen on vaatinut. Ainolle, Konstalle ja Sakulle olen joka päivä kiitollinen siitä, että saan olla heidän isänsä.

Janakkalassa 11.10.2004

Patrik Kuusinen

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	9
2	PITKÄAIKAINEN KIPU JA DEPRESSIO TERVEYDELLISINÄ ONGELMINA.....	11
2.1	Kipu psykologisena ilmiönä	11
2.2	Depression oirekuva ja diagnostiikka.....	14
2.3	Pitkäaikainen kipu ja depressio samanaikaisina oireina	15
2.3.1	Depressio pitkäaikaisen kivun yhteydessä	15
2.3.2	Kroonisten kipupotilaiden depression diagnostiikan ongelmista	16
2.4	Pitkäaikaisen kivun ja masentuneisuuden yhteyden selitysmalleista	16
2.4.1	Pitkäaikainen kipu depressiivisenä kokemuksena	17
2.4.2	Pitkäaikainen kipu masennuksen laukaisijana	18
3	DEPRESSION KOGNITIIVINEN TEORIA	20
3.1	Depressio yksilön kognitiivisen järjestelmän tilana	20
3.2	Skeemat ja merkityksen antaminen kokemuksille	22
3.3	Kognitiivinen triadi	23
3.3.1	Negatiivinen käsitys maailmasta	23
3.3.2	Negatiivinen käsitys itsestä	24
3.3.3	Negatiivinen käsitys tulevaisuudesta	25
3.4	Ajattelun virheet ja depressio	26
3.5	Merkitysorganisaatio depression taustalla	28
4	PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT KROONISTEN KIPUPOTILAIDEN DEPRESSIIVISYYDEN TAUSTALLA	30
4.1	Yksilöllisten ominaisuuksien ja tilannetekijöiden vuorovaikutteisuudesta	30
4.2	Hallintakäsitykset	35
4.3	Optimistinen asennoituminen tulevaisuuteen	37
4.4	Sosiaalinen tuki	38
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA -ONGELMAT	41
6	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	46
6.1	Tutkittavat.....	46
6.2	Aineiston keruu.....	48
6.3	Tutkimusmenetelmät ja niiden luotettavuus.....	48
6.3.1	Kipu, sen haittaavuus, hallinnantunne, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus.....	50

6.3.2	Kognitiivis-affektiiviset ja somaattis-behavioraaliset depressio-oireet	51
6.3.3	Yleistynyt käsitys tulevaisuudesta	51
6.3.4	Koetettu kompetenssi ja pystymättömyys.....	52
6.3.5	Terveyteen liittyvä pessimismi, hallitsemattomuuden tunne sekä koettu oma ja terveydenhuollon vastuu terveyden vaalimisesta	52
6.4	Tilastolliset menetelmät	53
7	TULOKSET	55
7.1	Pitkäaikainen kipu ja depressio erillisinä ilmiöinä.....	55
7.2	Pitkäaikaisen kivun seuraukset välittävinä tekijöinä.....	57
7.3	Psykososiaalisten voimavarojen yhteys depressiivisyyteen	63
7.3.1	Psykososiaalisten voimavarojen ja depressio-oireiden samanaikainen yhteys	63
7.3.2	Psykososiaaliset voimavarat depressio-oireiden muutosta ennustavina tekijöinä.....	67
7.3.3	Psykososiaalisissa voimavaroissa ja depressio-oireissa tapahtuvat samanaikaiset muutokset	70
7.4	Depressiivisten kipupotilaiden keskinäiset eroavaisuudet.....	72
8	POHDINTA	76
8.1	Tulosten suhde aikaisempiin tutkimuksiin	76
8.2	Johtopäätökset tutkimustehtävittäin	80
8.2.1	Miten pitkäaikainen kipu ja depressio ovat yhteydessä toisiinsa?	80
8.2.2	Miten pitkäaikainen kipu voi laukaista depression?	81
8.2.3	Ovatko psykososiaaliset voimavarat yhteydessä masentuneisuuteen pitkäaikaisissa kipuongelmissa?	82
8.2.4	Poikkeavatko masentuneet kipupotilaat toisistaan sen mukaan, mihin kipupotilasryhmään he kuuluvat	85
8.3	Käytäntöön liittyvät päätelmät	85
8.4	Tutkimuksen metodiikan evaluointi	86
8.5	Jatkotutkimus	88
	SUMMARY	91
	LÄHTEET	99
	LIITTEET	129

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULE-sairaudet) ovat merkittävin sairauspääryhmä sairauspäivärahan ja toiseksi merkittävin työkyvyttömyyseläkkeiden saajilla mitattuna (KELA, 2002b). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat myös suurin kuntoutusta saaneiden ryhmä vuonna 2001 (KELA, 2002a). Kansantaloudellisen rasituksen lisäksi TULE-sairaudet tuottavat potilaille merkittävää henkilökoh- taista kärsimystä pitkäaikaisen kivun (esim. Heliövaara, 1997), fyysisten toi- minnanhaittojen (esim. Heliövaara ym., 1993), stressioireiden (esim. Naidoo & Pillay, 1994), seksuaalisen toiminnan häiriöiden (esim. Ambler ym., 2001), muis- tiongelmiä (esim. McCracken & Iverson, 2002) ja unettomuuden (esim. Wilson ym., 2002) muodossa. Kipu nousee näistä ongelmista keskeisimmäksi ja on yleis- in lääkärin vastaanotolle hakeutumisen syy (esim. Mäntyselkä, 1998).

Mielenterveyden häiriöt ovat maassamme johtava pysyvän työkyvyttö- myyden aiheuttaja ja kolmanneksi yleisin sairauspäiväraha-kauden syy (KELA, 2002b). Mielenterveydenhäiriöistä nimenomaan depressio on johtava työkyvyt- tömyyden aiheuttaja (Aromaa ym., 1997; Isometsä, 2001). Myös depressiiviset oireet – vaikka ne eivät täyttäisikään depression diagnostisia kriteerejä – ovat yhteydessä alentuneeseen työ- ja toimintakykyyn (Horwath ym., 1992; Crum ym., 1994). Lähes puolet suomalaisista työikäisistä kertookin kärsivänsä voi- mattomuudesta tai väsyneisyydestä sekä viidesosa uniongelmistä (Airinen ym., 1998).

Kun sekä pitkäaikainen kipu että depressio ovat molemmat yleisiä ter- veydellisiä ongelmia, esiintyvät ne osin väistämättäkin yhdessä. Akuuttiin ki- putilanteeseen verrattuna pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä on kuitenkin mer- kittävästi useammin myös samanaikainen depressiosairaus (Holmes & Steven- son, 1990). Depressio on myös yleisempää pitkäaikaisessa kivussa kuin muissa kroonisissa sairauksissa (Banks & Kerns, 1996). Yleisintä depressio on alaselkä- ja harvinaisinta päänsärkypotilailla (Diener ym., 1995).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan niitä yhteyksiä, joita pitkäaikaisella ki- vulla ja masennuksella on, sekä sitä, ovatko psykososiaaliset resurssit yhteydes- sä depressio-oireisiin laitospääntötyössä olleiden tuki- ja liikuntaelinsairai- den kipuongelmissa. Tutkimuksen taustateorian toimii Beckin (1967) esittämä

depression kognitiivinen teoria sekä vähäisemmässä määrin myös kognitiivisen terapian piirissä esitetyt konstruktivistiseen metateoriaan pohjaavat ajatukset (esim. Guidano & Liotti, 1983). Näitä kognitiivisia käsityksiä pyritään integroimaan kivunpsykologian piirissä esitettyihin kognitiivis-behavioraalisiin käsityksiin (esim. Rudy ym., 1988) kroonisen kivun ja depression välisestä suhteesta. Tutkimuksessa on tarkastelun näkökulma näin rajattu koskemaan vain yksilön tietoisia kognitioita.

2 PITKÄAIKAINEN KIPU JA DEPRESSIO TERVEYDELLISINÄ ONGELMINA

2.1 Kipu psykologisena ilmiönä

Kipu on yksilön tulkinta nosiseptiivisesta ärsykkeestä, ja se perustuu aikaisempiin kokemuksiin, odotuksiin, uskomuksiin, asenteisiin ja tavoitteisiin (esim. Turk & Rudy, 1992). Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö IASP korostaakin kivun määritelmässään nimenomaan kokemuksellista puolta: kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai uhkaavaan kudonvaurioon tai kudoksen ärsytykseen, tai jota kuvataan samantapaisiin termeihin kuin kudonvaurioiden yhteydessä (Merskey, 1986). Emotionaalilla kokemuksella saattaa olla jopa ratkaiseva rooli: yksilö, joka ei koe emotionaalista rasittuneisuutta nosiseptiivisen ärsytyksen aikana, ei lainkaan raportoivansa kipua (Craig, 1995). Joka tapauksessa yksilön kokeman kivun ja fyysisen patologian suhde on kaukana suoraviivaisesta (Karoly, 1985; Monsen & Havik, 2002; Turk & Kerns, 1985; Turk & Melzack, 1992).

Moderni kipukäsitys hylkää siis mieli-ruumis-dualismin (esim. Sullivan, 2001). Kivun syy ei ole löydettävissä psyyken ulkopuolisesta kudonpatologiasta, vaan mieli ohjaa ja säätelee kipuaistimuksen syntyä (Melzack & Wall, 1965, 1983; ks. myös Evers ym., 2001). Vaikka kipu onkin henkilökohtainen ja subjektiivinen kokemus, on kuitenkin liioittelua määrittää se täysin yksityiseksi (Sullivan, 2001; vrt. Katz ym., 1996; Pennbaker, 1982). Ihmisten tulkinnat sisäisistä tiloistaan riippuvat siitä, millaisia aikaisempia kokemuksia heillä on. Siksi sensorinen aistimus tulkitaan kivuksi, mikäli aikaisemmat kokemukset sosiaalisista vuorovaikutustilanteista tähän viittaavat (esim. Pennbaker, 1982). Näin selittyvät myös monet kulttuuriset erot, joita ilmenee esimerkiksi kipuärsytyksen tulkintaprosesseissa (Melzack & Wall, 1983). Myös hypnoosin aikaansaamassa kivun lieventymisessä on nähtävissä kulttuurieroja (Hilgard & Hilgard, 1983). Usein kipu on ohimenevä ilmiö. Akuutti lyhytaikainen kipu on yksilön sopeutumisen kannalta myös mielekäästä, koska se varoittaa vaarasta, joka uhkaa kehoamme, ja ohjaa toimintaamme tuon vaaran poistamiseksi. Kipua kes-

tää silloin yleensä sekunneista muutamiin tunteihin – joka tapauksessa vähemmän kuin puoli vuotta, mitä pidetään kroonistuneen kivun rajana (Turk ym., 1983).

On esitetty (Follick ym., 1985), että pitkäaikainen kipu on joukko erilaisia ongelmia – eräänlainen syndrooma. Noin puolella kaikista selkäkipupotilaista esiintyy eri asteisia fyysisiä toiminnanhaittoja (Heliövaara ym., 1993). Monet kärsivät myös stressioireista (Naidoo & Pillay, 1994), seksuaalisen toiminnan häiriöistä (Ambler ym., 2001), muistiongelmista (McCracken & Iverson, 2002; Schnurr & MacDonald, 1995) ja unettomuudesta (Menefee ym., 2000; Morin ym., 1998; Smith ym., 2000, 2001; Wilson ym., 2002). Muistin ongelmat saattavat esiintyä myös siten, että yksilö muistaa jälkepäin kipunsa kovempina kuin ne olivat (Bryant, 1993; Linton, 1991).

Pelkästään lääketieteellisillä tekijöillä ei voida kovinkaan hyvin ennustaa kivun kroonistumista. Onkin esitetty, että sen sijaan tulisi keskittyä emotionaalisen haavoittuvuuden ja akuutin kivun aikaisten psykososiaalisten tekijöiden selvittelyyn, jos halutaan arvioida yksilön kipuongelman pitkittymisen riskiä (Gatchel ym., 1995; ks. myös Epker & Gatchel, 2000; Kuch, 2001; Linton, 2000). Esimerkiksi sellaiset tekijät kuten ongelmien kieltämistäipumus, depressio, passiivisuus, korostunut kipukäyttäytyminen, ikä, samanaikainen voimakas psyykinen stressi, alkoholin väärinkäyttö sekä kipuun ja sen hoitoon liittyvät kielteiset asenteet voivat ennustaa kroonistumista (Sanders, 2000). Sosiaalisista tekijöistä työtyytyväisyys (Sanders, 2000; Wahlgren ym., 1998) ja yksilön kokemana sosiaalinen tuki (Bergman ym., 2002) puolestaan ehkäisevät kroonistumista.

Pitkäaikaisen eli kroonistuneen kivun ymmärtäminen edellyttää lääketieteellisen ja psykososiaalisten tietämyksen yhdistämistä (Turk & Flor, 1999; Turk & Rudy, 1986, 1987, 1988, 1990), mikä voi hyödyttää myös lääkäriä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Lilius, 1996; Turk & Okifuji, 1997b, 1999). Biomedisiiniset tekijät näyttävät kuitenkin parhaiten ennustavan biomedisiinisiä tekijöitä (ks. esim. Adams ym., 1999; Mannion ym., 1996) ja psykososiaaliset psykososiaalisia (esim. Bacon ym., 1994; Ciccone & Crzesiak, 1984; Noerregaard ym., 1997). Esimerkiksi kipuongelman alkuperä tai diagnoosi ei näyttäisi olevan yhteydessä koettuun kipuun, haittaan tai psyykkisen rasittuneisuuden kokemiseen (Greco ym., 1997; Scharff ym., 1995a, 1995b; Walter & Brannon, 1991). Tästäkin säännöstä on poikkeuksia (esim. Turk ym., 1996). Joissain tapauksissa kipuongelman syy vaikuttaa myös sosiaalisen ympäristön reagoitintapoihin: esimerkiksi syöpäpotilaat saavat sosiaalista tukea muita potilaita enemmän (Turk ym., 1998b).

Kipupotilaassa tapahtuvat kognitiiviset, affektiiviset ja behavioraaliset muutokset ilmenevät kolmen kuukauden sisällä kivun alkamisesta ja pysyvät sen jälkeen suhteellisen vakaina (Philips & Grant, 1991; Philips ym., 1991). Muutokset tapahtuvat siis kroonistumisprosessin aikana, eikä kipuongelman pitkittyminen enää tämän jälkeen vaikuta yksilön psykososiaalisiin ominaisuuksiin (Turk & Rudy, 1988). Tämä on sopusoinnussa sen kanssa, että ihmiset yleensä pyrkivät ylläpitämään suhteellisen koherenttia ja itselleen parasta käsitystä omista ominaisuuksistaan (Cantor ym., 1986; Guidano, 1991; Guidano &

Liotti, 1983; Swann & Brown, 1990). Krooniset kipupotilaat joutuvat siis luomaan itsestään ja toimintakyvystään uuden käsityksen, johon he sopeuttavat tavoitteensa elämässä (McCracken, 1998).

Kroonisten kipupotilaiden joukosta löytyy eroavaisuuksia niin psykologisten kuin sosiaalistenkin tekijöiden suhteen (Lisspers ym., 1998). Homogeenisempien alaryhmien identifiointi tarjoaakin väylän monidimensionaaliseen (biopsykososiaaliseen) arviointiin (Turk & Rudy, 1992). Tällöin tarkasteluun voidaan biomedisiinisen luokittelun rinnalle nostaa (ks. Turk & Rudyn, 1987, 1988) sekä psykososiaalinen että behavioraalinen¹ näkökulma. Psykososiaalinen luokittelu (taulukko 1), joka perustuu yksilön kokemaan kipuun, sen haittaavuuteen, elämänhallintaan, aktiivisuuteen ja sosiaalisen ympäristön reagointiin, ennustaa varsin hyvin yksilön kokemaa kuormittuneisuutta (Asmundson ym., 2000), sopeutumista (Turk & Okifuji, 1999; Jensen ym., 2002) sekä ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta (McCracken ym., 1999).

TAULUKKO 1 Neljä kivun psykososiaalisten piirteiden perusteella luokiteltua ryhmää (Estlander 1992; Kuusinen, 2004; vrt Turk & Rudy 1988)

ryhmä	kuvaus
Adaptiiviset sopeutujat	Potilaalla on vähän kipua ja siitä koituvia haittoja. Hänen elämänhallinnan tunteensa on voimakas ja hänellä on vähän psyykkistä rasittuneisuutta. Hän kokee saavansa merkittävästi sosiaalista tukea läheisiltään.
Dysfunktionaaliset	Potilaalla on runsaasti kipua, siitä koituvia toiminnanrajoitteita ja psyykkistä rasittuneisuutta. Hänen elämänhallinnan tunteensa on myös alentunut. Hän kokee saavansa kuitenkin tilanteessa sosiaalista tukea.
Ihmisuhteissa rasittuneet	Potilaalla on runsaasti kipua, siitä koituvia toiminnanrajoitteita ja psyykkistä rasittuneisuutta. Hänen elämänhallinnan tunteensa on myös alentunut. Hän ei koe saavansa sosiaalista tukea, mutta lisäksi kokee läheisensä osoittavan hänelle runsaasti ärtyneisyyttä ja turhautuneisuutta.
Ihmisuhteista eristäytyneet	Potilaalla on vähän kipua ja siitä koituvia haittoja. Hänen elämänhallinnan tunteensa on voimakas ja hänellä on vähän psyykkistä rasittuneisuutta. Hän ei koe saavansa juurikaan sosiaalista tukea läheisiltään, mutta ei toisaalta myöskään negatiivista suhtautumista.

Eri kipupotilasryhmiin kuuluvat poikkeavat toisistaan myös persoonallisuuden piirteiden (Etscheidt ym., 1995), fyysisen voiman mittaustulosten (Hutten ym., 1999) sekä hoitomyönteisyyden (Reitsma & Meijler, 1997; Verhaak ym., 2000) osalta. Yleensä on osoittautunut, että dysfunktionaaliset ja ihmisuhteissa rasittuneet ovat sopeutuneet huonommin kipuongelmaansa kuin adaptiiviset. Mielenkiintoista kyllä, vain adaptiivisten potilaiden kohdalla yhteydet kivun, fyysisen toiminnanvajavuuksien ja koetun haitan välillä ovat tilastollisesti merkittäviä (Turk ym., 1996; ks. myös Lousberg ym., 1996). Näiden potilasryhmien

¹ Kivun behavioraalinen näkökulma voidaan kuvata kipukäyttäytymisen käsitteen avulla. Siihen vaikuttavat kuitenkin sekä fyysiset että psyykkiset tekijät (Turk & Okifuji, 1997a).

välillä ei esiinny ikä-, sukupuoli- eikä kipuongelman kestoon liittyviä eroja (Turk & Rudy, 1988). Potilasryhmät kuitenkin poikkeavat toisistaan kuntoutuksen tuloksellisuuden suhteen (Dahlsröm ym., 1997; Kuusinen, 2003; 2004, Talo ym., 1992, 2001; Turk ym., 1998a).

2.2 Depression oirekuva ja diagnostiikka

Depressio on sisäinen ja korjautuva reaktiomalli, joka heijastaa psykobiologisten säätelymekanismien luhistumista (Ormel & Sanderman, 1989; ks. myös Isometsä, 2001; Summerfeldt & Endler, 1996). Se on korjautuvuudestaan huolimatta myös mahdollisesti uusiutuva tila (Isometsä, 2001). Kliinisessä kielenkäytössä depressiolla tai kliinisellä depressiolla tarkoitetaan oirekuvaltaan vakavaa masennusoireyhtymää, jossa esiintyy surumielisyyttä, mielihyvän menetystä, uupuneisuutta, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetystä, kohtuutonta itsekritiikkiä tai syyllisyydentunnetta, itsetuhoisuutta, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunnetta, psykomotorista hidastumista tai kiihtyneisyyttä, unihäiriöitä sekä ruokahalun ja painon muutoksia (esim. Isometsä, 2001). Masentuneilla ihmisillä on siis mielialan mataloitumisen lisäksi erilaisia kognitiivisia, behavioraalisia ja somaattisia oireita (Suomen psykiatriyhdistys, 1997; Tautiluokitus, 1996).

Depression määrittelyn ja mittaamisen suhteen ollaan vielä kuitenkin kaukana konsensuksesta. Depression diagnostiikka voi perustua joko kategorialisiin tai dimensionaalisiin päätelmiin oireiden esiintymisestä. Dimensionaalinen traditio pohjautuu perinteiseen psykometriikkaan ja kategoriaalinen traditio puolestaan kliiniseen työhön (Newmann, 1989). Edellisessä depressio on jatkumo ja jälkimmäisessä dikotomia, jolloin potilas joko on tai ei ole depressiivinen.

Psykiatristen diagnoosien validiteetti on aina epäselvä, pohjautuvathan ne sopimusvaraisiin käsityksiin terveyden ja sairauden välisestä rajasta (Lönnqvist, 2001). Tällaiset keinotekoiset dikotomiat ovat myös herättäneet kritiikkiä (esim. Brugha, 2002), koska väestötasolla (todellisuudessa) ei tällaisia jyrkkiä rajoja esiinny. Sekä DSM-IV (Suomen psykiatriyhdistys, 1997) sekä ICD-10 (Tautiluokitus, 1996) lähtevät siitä, että mielenterveyden häiriöt ovat kliinisesti merkittävä oireyhtymä, oireiden muodostama joukko. Kun depressio määritellään pääasiassa oireiden perusteella, ei ole ihme, että depressiolla on yhteisiä oireita monien somaattisten ja psyykkisten häiriöiden kanssa: esimerkkinä mainittakoon paniikkihäiriö (Johnsson & Lydiard, 1998), ahdistuneisuushäiriö (Steer ym., 1986; Lovibond & Lovibond, 1995; Lisspers ym., 1997; Timberlake ym., 1997; Farmer, 1998) ja aleksitymia (Haviland ym., 1991; Parker ym., 1991).

2.3 Pitkäaikainen kipu ja depressio samanaikaisina ongelmina

2.3.1 Depressio pitkäaikaisen kivun yhteydessä

Pitkäaikaisen kivun ja depression kausaalisuhteista on esitetty ristiriitaisia väittämiä, sillä on myös mahdollista, että vaikutus on kaksisuuntainen (esim. Ward, 1990). Ristiriitaiset tulokset voivat selittyä kivun tarkastelunäkökulmien eroilla. Kipuongelmaa voidaan siis tarkastella joko epidemiologisesta (kipua tuottavan terveysongelman ilmaantuminen) tai kokemuksellisesta (koettu kipu) lähtökohdasta. On esitetty, että psyykinen rasittuneisuus selittää noin 16 % uusista akuuteista alaselkäkiputapauksista (Croft ym., 1996). Kuitenkaan niillä henkilöillä, joilla kipu muuttui krooniseksi, ei akuutissa vaiheessa ollut voimakkaampaa depressiota kuin niillä, joilla kipu ei kroonistunut (Philips ym., 1991; vrt. Sanders, 2000). Kivun pitkittyminen näyttäisi sen sijaan lisäävän depressiivisyyttä (Averill ym., 1996; Gaskin ym., 1992; Holmes & Stevenson, 1990; Philips & Grant, 1991; Polatin ym., 1993; ks. myös Järvikoski, 1996). Toisaalta on myös näyttöä, että depressiiviset oireet ennustavat kipuongelman ilmaantumista, mutta ei päinvastoin (Leino & Magni, 1993).

On myös mahdollista, että pitkäaikaisen kivun ja depression välinen yhteys selittyy kolmannella tekijällä, esimerkiksi sukupuolella (Haley ym., 1985; vrt. Turk & Okifuji, 1999). Esimerkiksi naiset ovat yliedustettuina monissa kroonisissa kiputiloissa (Miaskowski, 1999; Unruh, 1996), he raportoivat kokevansa voimakkaampaa kipua (Miaskowski, 1999) ja heillä on yleensä runsaammin myös depressio-oireita (Anderson ym., 1993; Rajala ym., 1995; Skovron ym., 1994). Lääkärit näyttävät myös ottavan naispuolisten kipupotilaiden kohdalla enemmän psykologisia tekijöitä huomioon (Miaskowski, 1999). Sukupuolten väliset erot kivun ilmaisemisessa voidaan selittää puolestaan hormonaalisten tekijöiden, endogeenisen kivun säätelyn, psyykkisten ominaisuuksien, mutta myös sukupuoleen liittyvien sosiaalisten roolien avulla (Fillingim, 2000).

Kun iällä ja fyysisellä toimintakyvyttömyydellä on voimakas yhteys (ks. esim. Era, 1994), on myös mahdollista, että fyysisen sairauden ja depression suhde saattaa olla erilainen ikääntyneillä (ks. Williamson & Schulz, 1992; vrt. Herr ym., 1993). On myös mahdollista, että sukupuoli voi muovata iän vaikutusta. Esimerkiksi Averill ym. (1996) totesivat, että depressio-oireet ovat yleisempiä nuorilla naisilla ja vanhemmilla miehillä.

Onpa kroonisen kivun ja masennuksen välisen yhteyden selittäjä mikä hyvänsä, yhdessä ne johtavat laaja-alaisesti heikompaan sopeutumiseen. Depressiivisyys pitkäaikaisissa kiputiloissa on yhteydessä mm. heikompaan fyysiseen (Ericsson ym., 2002; Fisher ym., 2001; Holzberg ym., 1996) ja psyykkiseen (Holzberg ym., 1996) toimintakykyyn. Depressiivisten kipupotilaiden kivut leviävät yleensä laajemmalle alueelle (von Korff ym. 1993; Kusch, 2001). Depressio myös hidastaa ja vaikeuttaa parantumisprosessia (Kuch, 2001).

2.3.2 Kroonisten kipupotilaiden depression diagnostiikan ongelmista

Perusterveydenhuollossa potilaiden depressio ilmenee psykiatriseen sektoriin verrattuna lyhyempinä depressiojaksoina, hitaampina mielialan muutoksina, vähäisempinä kognitiivis-affektiivisina sekä voimakkaampina somaattisina oireina (Emmons ym., 1987; Fathy, 1974; Pilowsky & Spence, 1978; Sireling ym., 1985; Suh & Gallo, 1997). Fyysisesti sairaiden kohdalla depressiiviset oireet ilmenevät usein somaattisesti ja epäselvästi (Williamson & Yates, 1989). Näin on myös kroonisten kipupotilaiden kohdalla (Kaiser ym., 1990). Kun lisäksi monet somaattiset oireet eivät ole yhteydessä kipuun vaan yksilön asenteisiin, uskomuksiin sekä kivun haittaavuuteen (Bacon ym., 1994), ei olekaan selvää, että depressio olisi yleisempää kroonisten kipupotilaiden joukossa (ks. Diener ym., 1995; Romano & Turner, 1985).

Depression diagnostiikka kroonisten kipupotilaiden kohdalla on siis erilaisten oireiden päällekkäisyyden tai yhteisyyden takia ongelmallista (Romano & Turner, 1985; Williams & Richardson, 1993; ks. myös Kaiser ym., 1990). Vaikka on esitetty (Beck, 1967), että somaattiseen sairauteen sekundaarisesti liittyvän depression oireet ovat samoja kuin primaarissa depressiossa, on myös empiiristä näyttöä, että depression somaattiset piirteet ja oireet, kuten väsymys, unettomuus, ruokahaluttomuus sekä seksuaalisen mielenkiinnon väheneminen, ovat kroonisilla kipupotilailla korostuneempia (esim. Estlander, 1995; Novy ym., 1995; Wesley ym., 1991, Williams & Richardson, 1993, Turk & Okifuji, 1994). Onkin esitetty, että depression diagnostiikka olisi somaattisesti sairaiden kohdalla luotettavampaa, jos silloin tukeuduttaisiin vain depression kognitiivisiin ja affektiivisiin oireisiin (Estlander, 1995; Wesley ym., 1991; ks. myös Salokangas ym., 1994). Tällöin kliinikon tulisi huomioida vain mielialaan sekä itsetuntoon (syyllisyyden ja huonommuuden tunteisiin) liittyvät oireet.

Kuitenkin on myös näyttöä siitä, että DSM-III-R-kriteerein diagnosoiduilla depressiivisillä alaselkäpotilailla sekä kognitiivis-affektiiviset että somaattiset oireet ovat voimakkaampia ei-depressiivisiin verrattuna (Wesley ym., 1991). Siksi tulokset, jotka viittaavat siihen, että somaattiset oireet parantavat depressiokyselyjen erottelukykä (Geisser ym., 1997; Turk & Okifuji, 1994), eivät ole aivan yllättäviä. Joka tapauksessa ns. somaattisten depressio-oireiden asema kroonisten kipupotilaiden diagnostiikassa on edelleen epäselvä, koska tietoa ei ole siitä, miten yhtäältä kipu ja toisaalta kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet selittävät näitä oireita.

2.4 Pitkäaikaisen kivun ja masentuneisuuden yhteyden selitysmalleista

Depressiiviset oireet saattavat edustaa kroonisissa kivuissa sattumalta tai muuten yhtä aikaa ilmenevää oireistoa, yhtenäistä taudinkuvaa tai sekundaarista ja funktionaalista reaktiota (Turk & Okifuji, 1994). Ensimmäistä vaihtoehtoa ei

voida täysin sulkea pois, koska ei ole varmaa, että depressio-oireiden lisäksi myös depressiosairaus olisi kroonisilla kipupotilailla yleisempää (ks. Diener ym., 1995; Romano & Turner, 1985). Jos puolestaan ajatellaan depression ja kivun olevan saman ongelman erilaisia ilmentymiä, voidaan olettaa, että erot syntyvät oireiden psykologisoinnin ja somatisoinnin suhteesta (Suh & Gallo, 1997). Tällaista somaattisesti kanavoitunutta piilo-depressiota on kuvattu yleensä psykodynaamisesta viitekehystä käsin (esim. Engel, 1959). Kolmannen selitystavan mukaan fyysinen sairaus tai ongelma vaikuttaa mielialaan biologisten, behavioraalisten, kognitiivisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta (ks. katsaus Cohen & Rodriguez, 1995).

2.4.1 Pitkäaikainen kipu depressiivisenä kokemuksena

Psykodynaamisesta viitekehystä käsin on pyritty löytämään erityinen kipupersoonatyyppi, joka on altis krooniselle kivulle (pain-prone personality: Engel, 1959). Teorian mukaan alun perin ulkoisen syyn aiheuttama kipu kroonistuu, mikäli yksilö on kohdannut paljon menetyksiä ja hän on taipuvainen syyllisyydentunteisiin ja kyvytön kohtaamaan aggressiivisia impulsseja. Tässä viitekehyksessä pitkäaikainen kipu on yksi depression variantti, joka tulee esille epäselvinä somaattisina ongelmina, jäykkänä persoonallisuuden rakenteena, voimattomuutena ja epätyypillisenä sairaushistoriana (Blumer & Heilbronn, 1982; ks. myös Joukamaa, 1994; Salminen, 1996). Malli olettaa siis, että pitkäaikainen kipu on aina epätyypillinen ”piilo-depressiivinen” tila.

Kipupersonateoriaa on pyritty tukemaan havainnoilla, että myös kroonisilla kipupotilailla esiintyy samanlaista MMPI-testin profiilia kuin depressiopotilailla (esim. Adams ym., 1986). Kuitenkin kroonisten kipupotilaiden persoonallisuuden rakenne vastaa yleensä normaalia (Wade ym., 1992). Lisäksi näyttöä antidepressiivisen lääkityksen kipua alentavasta vaikutuksesta löytyy vain diabeettisesta neuropatiasta ja postherpeettisestä neuralgiasta (Max, 1995). Krooniset kipupotilaat eivät myöskään ole akuutin vaiheen kipupotilaita depressiivisempiä (Ackerman & Stevens, 1989). Kun kroonisilla kipupotilailla on lisäksi havaittu olevan yleisesti ottaen normaali lapsuus (Plichta, 1992; Tauschke ym., 1990), eikä mikään viittaa kyvyttömyyteen havaita tunteita (Lumley ym., 2002), on kipupersonateorian empiirinen näyttö vähäistä (ks. myös Ahles ym., 1987; France & Krishnan, 1985; France ym., 1986; Gupta, 1986; van Houdenhove ym., 1992; Large, 1986; Lopez-Ibor, 1972; Robinson & Gatchel, 1998)

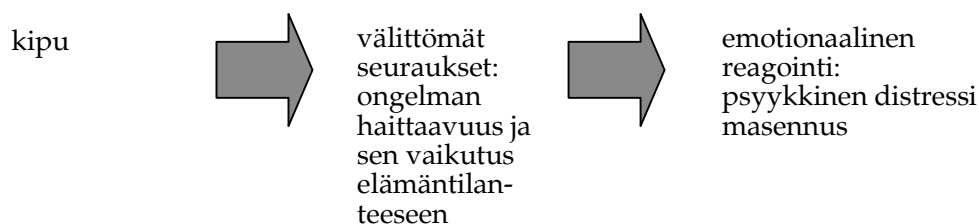
On myös esitetty, että kipupersonakäsitys on ollut tuhoisin käytetty malli niin potilaiden hoidon kuin tutkimuksenkin alueella (Pincus & Williams, 1999). Kipupotilaita on esimerkiksi saatettu hoitaa rutiininomaisesti depressiolääkkeillä ilman havaittavaa depressiota (Birket-Smith, 2001) tai näkyvää kliinistä vastetta (Richeimer ym., 1997; ks. myös Sanders ym., 1999). Kliinisessä työssä on myös usein kohdattu potilaita, jotka ovat olleet loukkaantuneita terveydenhuollon ammattilaisten tavasta selittää heidän kipuongelmansa psyykkisillä syillä.

2.4.2 Pitkäaikainen kipu masennuksen laukaisijana

Näyttäisi olevan todennäköisempää, että pitkäaikainen kipu laukaisee depression kuin päinvastoin (Brown, 1990; Fishbain ym., 1997; Gaskin ym., 1992). Myös kognitiivisessa depressiökäsityksessä (Beck, 1967; Beck ym., 1979) on lähtökohtana, että yksilön elämäntilanteeseen liittyvät menetykokemukset laukaisevat depression. On luonnollista, että pitkäaikainen kiputilanne voi aiheuttaa menetyksen tunteen potilaassa. Tällainen psykologinen selitysmalli määrittää depression kivun sekundaarireaktioksi, jossa yksilön henkilökohtaiset tai sosiaaliset resurssit toimivat säätelevinä tekijöinä (Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; ks. myös Hendler, 1984; ks. myös Heliövaara, 1996; Joukamaa, 1996). Sekundaarioiremallin puolesta puhuu mm. se, että kivun hoito auttaa myös masennukseen (Maruta ym., 1989). Pitää toisaalta muistaa, ettei kivun hoitaminen yksin riitä, vaan kliinisesti depressiivisten kipupotilaiden hoito-ohjelmaan tulisi lisätä spesifisti depressiota vähentävä interventio (Sullivan ym., 1992). Yleisesti ottaenkin kroonisen kipupotilaan hoidon on oltava laaja-alaista ja katettava potilaan tarpeen mukaan biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät (Ashburn & Staats, 1999).

Kroonisiin sairauksiin usein liittyvä aktiviteettien ja kiinnostuksen kohteiden tavoittamattomuus tunkeutuu potilaiden jokapäiväiseen elämään aiheuttaen psyykkistä rasittuneisuutta (Devins & Binik, 1996; Katz ym., 1996). Devins & Binik (1996) esittävät, että tämä tapahtuu siten, että pitkäaikainen sairaus vähentää positiivisesti palkitsevien tilanteiden määrää ja tunnetta henkilökohtaisesta kontrollista. On kuitenkin myös evidenssiä, että mikäli yksilö pystyy joustavasti muokkaamaan ja uudistamaan henkilökohtaisia tavoitteitaan siten, että ne paremmin sopivat hänen toimintakykyynsä, on depression puhkeaminen epätodennäköisempää (Schmitz ym., 1996; ks. myös Emmons, 1992; Maddux & Lewis, 1995). Vaikka tilanne koetaan haittaavana, sitä ei välttämättä koeta menetyksenä, jos yksilö pystyy siirtämään tavoitteensa ja tavoittelemisensa uuteen kohteeseen. Näin ollen pitkäaikainen kipu voi aiheuttaa depressiivisen tilan, jos se aiheuttaa palkitsevien tilanteiden ja hallinnantunteen menetystä.

Kivun seuraukset (kuvio 1) ja yksilön sopeutuminen niihin näyttävät siis olevan ratkaisevassa asemassa siinä, miten depressio puhkeaa kipuongelmissa (Rudy ym., 1988). Myös myöhemmät tutkimukset tukevat tätä oletusta (Fifield ym., 1991; Herr ym., 1993; Maxwell ym., 1998; Okifuji ym., 2000; Peck ym., 1989; Turk ym., 1995). Toisaalta tämä on vain yksi lähtökohta yhteyttä selitettäessä: esimerkiksi myös huonot itsehoitovalmiudet voivat selittää kroonisten kipupotilaiden depressiota (McBeth ym., 2002). Lisäksi elämäntilanteen rakenteelliset tekijät voivat muovata kivun ja depression yhteyttä; depression ja työssä käynnin yhteyden on havaittu olevan voimakkaampi kuin kivun ja depression (Fifield ym., 1991).



KUVIO 1 Kivun ja masennuksen välittävä malli (Rudy & al. 1988; ks. myös Fifield & al. 1991; Maxwell & al. 1998; Okifuji & al. 2000; Peck & al. 1989; Turk & al. 1995).

Sekundaarireaktiomalleissa on varsin vähän otettu huomioon kivun yksilön sosiaaliseen tilanteeseen aiheuttamia muutoksia. Monien rakenteellisten sosiaalisten tekijöiden, kuten koulutustason (Roth & Geisser, 2002), työttömyyden (Averill ym., 1996) ja erilaisten etuusongelmien (Averill ym., 1996; Solomon & Tunks, 1991; Tait ym., 1990) lisäksi nimenomaan sosiaalisen tukiverkoston heikentyminen on yhteydessä depressiivisyyteen (esim. Isometsä, 2001; Schwarzer & Leppin, 1992). Sosiaalinen ympäristö voi toimia siis niin positiivisena resursina kuin kuormitustekijänäkin (Hobfoll, 1988). Toimiva sosiaalinen tuki suojaa kuormittavilta tekijöiltä ja vähentää siten depression puhkeamisen todennäköisyyttä (esim. Henderson, 1992; Hobfoll, 1988; Monroe & Johnson, 1992; Ormel & Sanderman, 1989). Tämä pitää paikkansa myös silloin, kun yksilöllä on selkeä alttius depressiiviseen reagointiin (Harris, 1992).

Mitä läheisemmästä suhteesta on kyse, sen voimakkaampia ovat sen vaikutukset niin hyvässä kuin pahassa (Hobfoll, 1988; Sarason ym., 1990a). Kaikkein ongelmallisimpana näyttäytyvät sellaiset sosiaaliset interaktiot, joihin liittyy potilaan tulkitsemana kriittisyyttä, kovasydämisyyttä tai lojaalisuusongelmaa, jolloin ne voivat laukaista depression (Harris, 1992; vrt. Ross & Mirowsky, 1989). Tällainen riski on olemassa varsinkin silloin, kun yksilö ei ole odottanut negatiivista interaktiota (Swann & Brown, 1990). Tällöin yksilö tulkitsee menettäneensä läheisyyttä ja välittämistä sisältäneen vuorovaikutussuhteen. Näyttäisikin siltä, että nimenomaan negatiivisen vuorovaikutuksen merkitys on positiivista ratkaisevampaa (Harris, 1992; Silver ym., 1990; vrt. Monroe & Johnson, 1992).

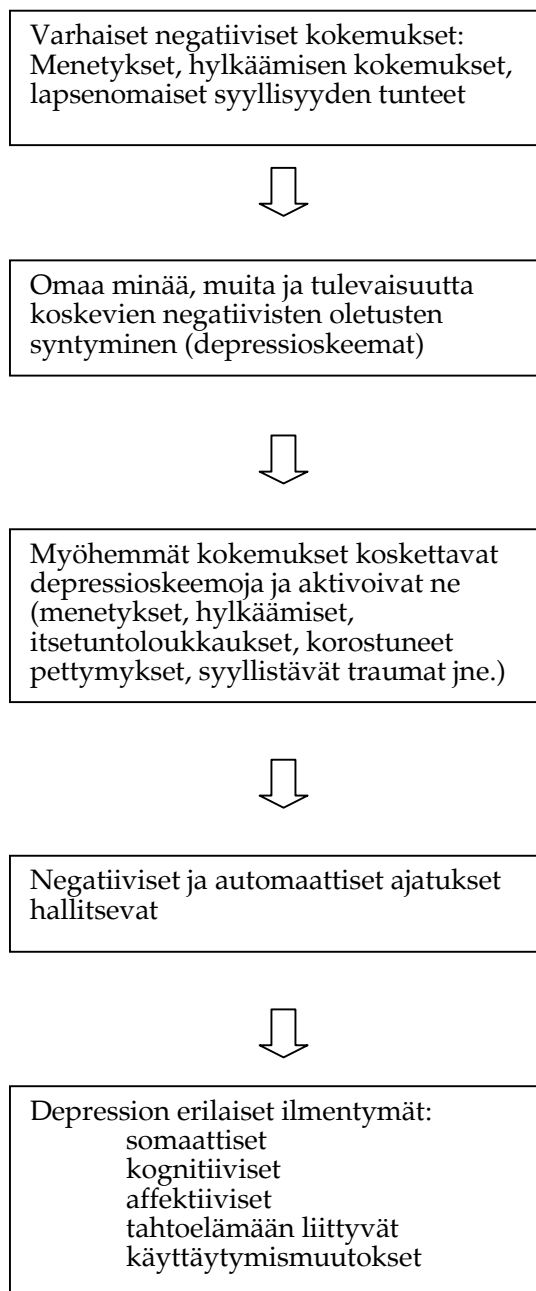
Vaikka elämäntilannetta kuormittavat tapahtumat voivat laukaista depression, se on silti vain yksi mahdollinen reaktio (Kessler, 1997). Depression rooli kroonisissa kipuongelmissa ei tule selkeämmäksi ennen kuin itse depression käsite on tässä yhteydessä paremmin määritelty (Pincus & Williams, 1999). Myös kroonisten kipupotilaiden kohdalla tulisi siis pystyä kuvaamaan, miten psyykkiset (ks. esim. Carver & Gaines, 1987; Kavanagh, 1992; Maddux & Meier, 1995; Ormel & Sanderman, 1989) ja sosiaaliset resurssit (esim. Hobfoll, 1988; Sarason ym., 1990a) sekä yksilön copingtyylit (esim. Stanton ym., 1994) säätelevät kroonisen sairauden ja depression välistä suhdetta. Rudyn ja hänen työryhmänsä (Rudy ym., 1988) alun perin esittämässä mallissahan ei ole eksplisiitisti kuvattu, miten psykososiaaliset resurssit säätelevät depressiivisyyttä. Työryhmän myöhemmissä (esim. Turk & Rudy, 1992) esityksissä on kuitenkin nähtävissä pyrkimystä tähän.

3 DEPRESSION KOGNITIIVINEN TEORIA

Edellä kuvattu kognitiivis-behavioraalinen malli (Rudy ym., 1988) kuvaa sitä, miten kipuongelman tuottamat elämäntilanteen muutokset voivat laukaista masennuksen. Pitkäaikaisen kivun ja masennuksen välisen yhteyden selittäminen edellyttää kuitenkin myös depressiolle altistavien yksilöllisten ominaisuuksien kuvausta (Banks & Kerns, 1996). Tällöin näkökulma rajoittuu koskemaan nimenomaan koettua kipua. Kognitiivinen depressiokäsitys lähteekin perusolettamuksesta, etteivät depressiota laukaise yksilön elämässä tapahtuvat kuormittavat asiat sinänsä vaan hänen näistä asioista luomansa tulkintaprosessi (Beck, 1991, ks. myös Banks & Kerns, 1996). Tällöin depressio ilmenee psyykkisten prosessien kautta (esim. Beck, 1967, 1976). Esimerkiksi mentaalinen kuva hallinnan menetyksestä on riittävä tekijä laukaisemaan masennuksen – käyttäytymistason kokemusta ei tarvita (Kofta, 1993). Myös sosiaalinen tuki voi suojata depressiolta, vaikka yksilö ei sitä käyttäisikään tai saisikaan (Veiel & Bauman, 1992). Kattavan depression kuvauksen tuleekin sisältää yksilön psykososiaalisia ominaisuuksia, jotka toimivat sekä laukaisevina että suojaavina tekijöinä.

3.1 Depressio yksilön kognitiivisen järjestelmän tilana

On esitetty (ks. Meichenbaum, 1995), että ihmiset ovat depressiivisiä, jos he jäsentävät tietyllä tavalla ympäröivää todellisuutta. Depressiivisillä ihmisillä esiintyy dikotomista ajattelua, asioiden suurentelua, personalisaatiota ja muita irrationaalisia uskomuksia. Tästä näkökulmasta depression ymmärtäminen jää kuitenkin väistämättä vajanaiseksi, koska se ei ota huomioon näiden yksittäisten kognitioiden välistä dynamiikkaa; psyyken jäsenystehtävän tutkiminen edellyttää myös struktuurien välisten syy-yhteyksien sekä minän ja ympäröivän maailman väliseen suhteen selvittämistä (Mahoney, 1985). Esimerkiksi kognitiivisten terapioiden nykyisissä muodoissa potilaan historiallinen ja kehityksellinen ulottuvuus on tiiviin tarkastelun kohteena (kuvio 2), jolloin voidaan puhua ”depressiolle alttiista persoonasta” (esim. Karila, 2001).



KUVIO 2 Depression kehityksellinen malli (Toskala 1991, s. 160)

Kognitiivis-konstruktivistisesta näkökulmasta yksilö on sisäistettyjen sääntöjen systeemi, joka arvioi kokemuksiaan ja säätelee käyttäytymistään, myös ilman, että olisi siitä itse tietoinen (Beck, 1976; Toskala, 1991). Depressio onkin tämän kognitiivisen struktuurin tila eikä sen seuraus (Beck, 1991; ks. myös Haaga ym., 1991). Yksilön henkilökohtaista kokemusmaailmaa korostavalla psyyken kuvauksella pystytään myös selittämään, miksi depressiiviset henkilöt etsivät enemmän tukea ympäristöstä ja välttelevät kuormittavan asian kohtaamista silloinkin, kun se ei ole objektiivisesti katsottuna heille hyväksi (Folkman & Lazarus, 1980, 1988a, 1988b; Lazarus & Folkman, 1984, 1987).

Yleensä krooniset sairaudet ovat epästabiileja, jolloin yksilö joutuu jatkuvasti rekonstruoimaan elämäntilanteensa (Maes ym., 1996). Silti yksilöiden reagoitavat pysyvät suhteellisen stabiileina jatkuvasta muutoksesta huolimatta: esimerkiksi aikaisemmat depressiiviset episodit lisäävät riskiä uusiin depressiivisiin episodeihin (Rohde ym., 1990). Depression ja kroonisen kivun kattava kuvaus edellyttää siis myös, että pystytään kuvaamaan, miksi tiettyjen kuormitustekijöiden valitessa jotkut ihmiset ovat taipuvaisia reagoimaan juuri depressiivisesti (Ormel & Sanderman, 1989; Summerfeldt & Endler, 1996).

3.2 Skeemat ja merkitysten antaminen kokemuksille

Beckin depressioteorian taustalla on yleinen kognitiivisten terapioiden perusoletus kognitioiden, emootioiden ja käyttäytymisen vastavuoroisuudesta. Tämä tarkoittaa sitä, että emme voi ennustaa depressiota pintatason kognitioilla – asenteilla, uskomuksilla tai mielikuvilla – joutumatta kiusalliseen kehämäiseen selitystapaan, jossa depressiota ennustetaan depression kognitiivisilla oireilla (Beck, 1991; Haaga ym., 1991). Kognitiivisissa terapioissa on kognitioilla ja etenkin skeemoilla keskeisin asema. Skeemoilla tarkoitetaan yksilön muodostamia psyyken sisäisiä malleja, jotka ohjaavat uuden tiedon vastaanottamista, käsittelyä ja tulkintaa (Beck, 1967). Skeemat voidaan periaatteessa jakaa ihmisen minuutta (minä-skeemat) ja suhdetta muihin määritteleviin skeemoihin (interpersoonalliset skeemat), mutta nämä liittyvät toisiinsa niin kiinteästi, että käytännössä niiden erottaminen on usein vaikeaa (Toskala, 1993).

Depression kognitiivinen malli rakentuu yksilön kokeman menetyksen ympärille (Beck, 1967, 1976, 1991; Beck ym., 1979). Tässä mielessä kroonisen kivun ja depression välittävä malli (Rudy ym., 1988) konkretisoi menetykseen. Kipuongelmissa ratkaisevaa on se, kokeeko kipupotilas tilanteen aiheuttavan menetyksiä toimintakyvyn ja elämänhallinnan tunteen alueella. Depressiivisyyteen taipuvaiset ihmiset eivät kuitenkaan vain ole herkkiä menetykseen kantaville ilmiöille, vaan he myös toiminnallaan varmistavat, että menetyksiä tapahtuu (Beck, 1976; Beck & Clark, 1988; Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983). Näin depressiiviset potilaat muokkaavat ympäristöään, kunnes se todentaa heidän käsityksensä hylkäämisestä tai henkilökohtaisen toimintakyvyn menetyksestä (Guidano & Liotti, 1983; ks. myös Bandura, 1997).

Jatkuvan tai toistuvan menetyksen selittämiseksi yksilön on myös luotava koherentti kuva siitä, miksi toistuvia takaiskuja tapahtuu hänen elämässään, mikä voi aktualisoitua niin visuaalisten kuin verbaalisten ajatussisältöjen kautta (Beck ym., 1979). Menetyksen kokeminen ei sinänsä riitäkään depressiivisen tilan laukeamiseksi; depressiivinen kuvio aktivoituu vasta, kun yksilö attribuoi menetyksen tapahtuneen omasta syystään, joko oman arvottomuutensa tai jonkun piirteensä takia (Beck, 1967). Silloin hän syyttää itseään tästä piirteestä ja inhoaa itseään sen takia, ja koska hän näkee tämän piirteiden olevan osa itseään –

ilman toivoa muuttumisesta – hän näkee tilanteen toivottomana sekä tulevaisuuden täynnä tuskaa.

Asioiden ja ilmiöiden väliset kausaalisuhteet määritellään valmiiden kategorioiden avulla (Anderson, 1991; Anderson & Deuser, 1993). Nämä kategoriat liitetään tilanteeseen automaattisesti, ja ne sisältävät kannanoton siitä, onko asia kontrolloitavissa ja kuka kontrolloi. Depressiivinen ihminen selittää menetyksen johtuvan hänen omista psykologisista tai fyysisistä ominaisuuksistaan (taulukko 2), jolloin merkittävää jako sisäiseen ja ulkoiseen, ei väylä jonka kautta vaikutus aktivoituu (ks. Beck, 1967, 1976; Beck ym., 1979; vrt. Lund & Wångby, 2002).

TAULUKKO 2 Kausaaliattribuutioiden nelikenttä

	biologinen	psykologinen
sisäinen	”negatiivinen seuraus johtuu minun fyysisistä heikkouksistani”	”negatiivinen seuraus johtuu minun psykologisista heikkouksistani”
ulkoinen	”ulkoiset tekijät kuormittavat kehoani ja siitä on negatiivisia seurauksia”	”ulkoiset tekijät kuormittavat psyykettäni ja siitä on negatiivisia seurauksia”

3.3 Kognitiivinen triadi

Yksilön depressiivistä reagoititapaa kantava skeema toistuu kaikissa yksilön kognitioissa: yksilön tietoisissa käsityksissä maailmasta, itsestä ja tulevaisuudesta (Beck, 1967, 1976; Beck ym., 1979). Depression kognitiivisen triadin spesifi ominaisuus on nimenomaan kaikkialle läpitunkeva negatiivisuus (esim. Beck, 1991). Näin yksilö kokee itsensä huonoksi, sairaaksi tai vajavaiseksi, maailmansa ja elämäntilanteensa menetyksen täyttämäksi sekä tulevaisuutensa toivottomaksi. Negatiivinen käsitys tulevaisuudesta johtaa myös yksilön motivaation halvaantumisen (Beck ym., 1979). Pitkä depressiivinen episodi johtaa helposti aktiivisuuden laskuun ja samalla ehkä krooniseen kipuunkin, jos yksilö samalla laiminlyö turhaksi kokemansa itsehoidon. Tämä yksilön tapa hahmottaa itseään ja ympäristöään määrittää myös hänen affektiivisen tilansa (Beck, 1967). Tällaisia depressiolle tyypillisiä tunteita ovat suru, häpeä ja kyllästyneisyys.

3.3.1 Negatiivinen käsitys maailmasta

Depressiivinen potilas tulkitsee vuorovaikutuksensa sekä elottoman että elollisen ympäristön kanssa selektiivisesti siten, että se sisältää menetystä, häviötä ja hylätyksi tulemista (Beck, 1967; Beck ym., 1979). Beckin (1967) mukaan depressiivinen henkilö on erityisen herkkä, mikäli hänen tavoitesuuntautunut käyttäytymisensä tai sosiaalinen vuorovaikutuksensa ei tavoita itselle asetettuja standardeja. Tällöin vaikeudet tavoitteen saavuttamisessa määritellään ylitse-

pääsemättömiksi esteiksi ja pienikin kritiikki (tai positiivisen palautteen puute) ymmärtämättömyyden ja hylkäämisen osoitukseksi.

Depressiivinen potilas arvioi siis, että sosiaaliset vuorovaikutustilanteet sisältävät hylkäämistä ja oma toiminta jää kauaksi tavoitetasosta. Oman tilanteen hahmottaminen negatiivisena voi tapahtua myös kontrollikäsitusten tasolla. Elämänhallinnan tunne (perceived life control) viittaa yksilön havaintoihin siitä, onko hän pystynyt vaikuttamaan sisäisiin tiloihinsa, käyttäytymiseensä ja ympäristöönsä sekä saavuttamaan tavoitteitaan (Wallston, 1989; ks. myös Brehm, 1993, Maddux, 1995). Uskomuksena se pohjaa yksilön kognitiivisen toiminnan lopputulokseen, joka perustuu reagoitivaihtoehtojen ja niiden tuloksellisuuden arviointiin (Alloy ym., 1993). Hallinnantunne ei siis kuvaa suoraan yksilön käsitystä omista ominaisuuksista, vaikka on niistä riippuvainen. Vain niillä ihmisillä, jotka ajattelevat tilanteen olevan ylipäätään yksilön hallittavissa, käsitykset omasta kyvykkyydestä ennustavat toimintaa (Kirch, 1995; Wallston, 1989). Näin hallinnantunne voi rakentua myös muiden ihmisten toiminnan varaan, varsinkin kun yksilö ajattelee asian olevan vain näin hallittavissa (ks. Litt, 1988).

Hallinnantunteen puute voi siis aiheuttaa psyykkistä kuormitusta (Wallston, 1989). Näyttäisikin siltä, että ihmisillä on opittu sisäinen halu säästää resursseja (sekä laadullisesti että määrällisesti) ja rajoittaa sellaisia tilanteita, joissa resurssit ovat vaarassa (Hobfoll, 1988). Psykye sisältää siis mekanismeja, jotka tarvittaessa vähentävät pyrkimystä kontrolloida ympäristön tapahtumia. Ihmiset myös muokkaavat ympäristökuvaansa vastaamaan kontrollikäsitystään ja suojaavat näin itseään käsitystensä murenemisen negatiivisilta seurauksilta (Thompson, 1993). Depressiivinen ihminen tyypillisesti kokee olevansa tilanteessa, jossa hän ei itse voi vaikuttaa asioihinsa (Abramson ym., 1978, 1989; Bandura, 1986; ks. myös Alloy ym., 1993; Brehm, 1993; Hobfoll, 1988).

3.3.2 Negatiivinen käsitys itsestä

Depressiivinen ihminen arvioi negatiivisesti ominaisuuksiaan (Beck, 1967). Liäksi oletettu itsessä oleva puute laajentuu koskemaan koko minäkäsitystä. Mitä negatiivisemmat käsitykset yksilöllä on, sitä syvemmästä depressiosta on kyse (Beck, 1976, 1991; Guidano & Liotti, 1983).

Mikäli yksilön tavoitteellinen toiminta epäonnistuu jostain syystä, depressiivinen yksilö tulkitsee helposti tämän niin, ettei voi tälle esteelle mitään (Beck, 1976). Itsesyytös on depression spesifi ominaisuus (Beck, 1967). Depressiiviselle ainoa mahdollinen selitys menetystilanteessa onkin, että hänessä itsessä on jokin vikaa, eli hän kokee itsensä kyvyttömäksi suorittamaan tilanteen vaatimia asioita. Tällöin negatiivinen asenne tulee esille, kun potilaalta kysytään syytä hylkäykseen tai menetykseen (Beck, 1967, 1976; Beck ym., 1979). Itsesyytökset esiintyvät henkilökohtaisina sopimuksina, jotka saavat eksplisiittisen muotonsa ehtoina: "koska x tapahtui, niin minun täytyy olla y".

Yksi minäkäsityksen keskeisistä teemoista on yksilön käsitys omasta pysyvyydestään. Näin minäpystyvyysteoria² tarkentaa ja täsmentää joitain depression kognitiivisen teorian piirteitä (Kavanagh, 1992; Maddux & Meier, 1995). Ainakin kolmenlaiset minäpystyvyyys-uskomukset liittyvät depressioniin (Bandura, 1992a; Kavanagh, 1992; ks. myös Bandura, 1995; Maddux & Lewis, 1995): 1) tunne, ettei pysty mielihyvää tuottavissa pyrkimyksissä saavuttamaan itselle asetettuja standardeja, 2) tunne, että on kyvytön tuottamaan ja ylläpitämään tyydyttäviä ihmissuhteita ja 3) tunne, että on kyvytön kontrolloimaan depressiivisiä ajatuksia.

Minäpystyvyysteoria korostaa tilanne- ja käyttäytymisspesifejä odotuksia ja on yleisesti ottaen varsin kriittinen yleistyneen minäpystyvyyden suhteen (Banduran, 1986, 1997). Depressiivisen ihmisen minäkäsitys on kuitenkin yleistynyt koskemaan laajalti erilaisia tilanteita ja käyttäytymisen muotoja (Beck, 1967). Maddux & Meier (1995) esittävätkin, että negatiivinen käsitys itsestä on sama kuin alhainen yleistynyt minäpystyvyyys, joka aktualisoituu lukuisten tilanne- ja käyttäytymisspesifisten minäpystyvyyksien kautta. On huomattava, että depressio ei ole vain yksittäinen akti vaan yleistynyt tapa lähestyä tilanteita ja toimia niissä. Bandura (1997) itsekin toteaa, että yleistyneellä minäpystyvyydellä on selitysarvoa silloin, kun tilanne sisältää voimakkaita tunnekokemuksia. Joitakin yleistyneitä – dispositionaalisia – operationalisointeja onkin tehty (esim. Jerusalem & Schwarzer, 1992; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Wallston, 1992). Nämä konstruktioit kuvaavat yksilön yleistä käsitystä itsestä kompetenttina toimijana.

3.3.3 Negatiivinen käsitys tulevaisuudesta

Depressiivisten potilaiden pessimistinen näkemys tulevaisuudesta heijastuu äärimmäisyyteen menevinä tietoisina kognitioina (Beck, 1967, 1976). Nykyinen negatiivinen tilanne ei ole vain menetys, vaan myös pysyvä ja korjaantumaton tilanne. Tulevaisuus arvioidaan sen mukaan, mitä on jo koettu. Yksilön tyypilliset ajatussisällöt korostavat negatiivista lopputulosta: ”Koska olen nyt toimintarajoitteinen, olen tätä aina”. Toivottomuus saattaa olla jopa spesifisti depressioniin liittyvä oire (Beck ym.1988). Ainakin se lisää potilaan itsemurhariskiä (Beck ym., 1990).

Negatiiviset käsitykset tulevaisuudesta johtavat depressiivisen ihmisen motivationaaliseen ongelmaan. Käyttäytymisen tasollahan depressiota luonnehtii voimakas vetäytymispyrkimys, joka koskee myös ennen miellyttäväksi koettuja tilanteita (Guidano & Liotti, 1983). Ihmiset yleensäkin välttävät tuskallisia ja epämiellyttäviä tilanteita, mutta depressiivinen potilas kokee lähes kaikki tilanteet tuskallisina (Beck, 1976). Depressiiviset eivät pyrikään välttelemään yrittämistä sinänsä, vaan nimenomaan turhaksi koettua yrittämistä, jolloin passivoituminen on myös keino suojella itseä jatkuvilta pettymyksiltä. Myös opitun avuttomuuden (Seligman, 1975) teorian uusimissa tulkinnoissa tämä sama

² Minäpystyvyyys tarkoittaa yksilön käsitystä kyvyistään toteuttaa tietyt toiminnot, jotka ovat tarpeen halutun päämäärän saavuttamiseksi (Bandura 1986, 1997).

teema toistuu: olennaista ei ole vain passiivisuus ja vetäytyminen vaan omasta kyvyttömyydestä johtuva vaihtoehdottomuuden tunne (Abramson ym., 1978, 1989). Depressiivistä potilasta ei siis luonnehdi energian vähyys vaan sen käyttämättä jättäminen, ja depressiivinen ihminen saattaa olla hyvinkin energinen välttäänsä turhaksi kokemaansa toimintaa (Beck, 1976; Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983).

Mikä on sitten minäkäsitysten ja tulevaisuutta koskevien kognitioiden suhde? Minäpystyvyysteoria esittää, että yksilön itseä koskevat käsitykset ovat aina ensisijaisia depressiossa (Maddux, 1995; Maddux & Meier, 1995). Vaikka Bandura (1995) ottaa kannan, että tulosodotusten suhteen on aivan sama, kuka on toiminnan aktori, niin ainakin depressiivisten potilaiden kohdalla tulosodotusten pessimistisyys korostuu silloin, kun yksilö arvottaa omaa toimintaansa (Pyszczynski ym., 1987). Tulosodotukset onkin syytä jakaa henkilökohtaisiin tulosodotuksiin (millaiseen tulokseen oma toiminta johtaa) ja yleisiin tulosodotuksiin (mean-end outcome expectancy: millaiseen tulokseen jokin toiminto yleensä johtaa) (ks. Kirch, 1995). Depressiivisten henkilöiden pessimistinen tulevaisuuskuvaa rakentuu siis henkilökohtaisten tulosodotusten varaan.

3.4 Ajattelun virheet ja depressio

Depressiivisten ihmisten maailmaa, itseä ja tulevaisuutta koskeva skeema vaikuttaa myös uuden informaation valintaan ja käsittelyyn. Tällöin informaation prosessoinnissa esiintyy seuraavanlaisia virheitä (Beck, 1967, 1976; Beck ym., 1979; ks. myös Toskala, 1991): epäonnistumisten suurentelua ja onnistumisen vähättelyä, mielivaltaista soveltamista, mielivaltaista valikoimista, yliyleistämistä ja epätäsmällistä luokittelua. Depressiivisen ihmisen informaationprosessointiin vaikuttavat myös erilaiset itselle annetut määräykset ja kiellot (Beck, 1967), jotka ohjaavat käyttäytymisen kautta mahdollisia tilanteita, joita hän voi kohdata. Nämä ovat yleensä muodossa "minun tulisi" tai "minun pitäisi".

Depressiivisiä ihmisiä luonnehtii myös korostunut itsekeskeisyys negatiivisen informaation vastaanottamisessa. Prosessoinnin vääristymät eivät liity negatiivisiin ärsykkeisiin sinänsä, vaan erityisesti ja ainoastaan itseä koskeviin negatiivisiin tekijöihin (Segal ym., 1995). Depressiivisillä ihmisillä onkin muis-tiongelmia itseä koskevan positiivisen informaation osalta, ja heidän on vaikeaa irrottautua kognitioista, jotka vakuuttavat yksilöä omasta huonommuudesta, toivottomuudesta ja tulevista depressiivisistä episodeista (Summerfeldt & Ender, 1996). Itseä, maailmaa ja tulevaisuutta koskevat negatiiviset kognitiot tulevat usein siis esille automaattisesti ilman edeltävää päättelyä. Tämä tarkoittaa, että on olemassa tiettyjä spesifejä informaation prosessoinnin sääntöjä, joiden avulla varmistetaan kussakin tilanteessa esiintyvien negatiivisten kognitioiden yhdenmukaisuus (Beck, 1967).

Esimerkiksi kausaaliattribuutiot voidaan nähdä depressiota aiheuttavina tekijöinä (Abramson ym., 1989). Tästä näkökulmasta käsin depressiivisillä hen-

kilöillä on sisäinen alttius depressioon, koska he attribuivat negatiivisten tapahtumien syitä ja seurauksia itseen liittyvillä, pysyvillä ja laaja-alaisilla tekijöillä (Abramson ym., 1978, 1989; Alloy ym., 1999; ks. myös Holzberg ym., 1993). Tämä alttius aktivoituu tilanteen sisältämien vihjeiden seurauksena. On esimerkiksi viitteitä siitä, että yleistämispyrkimys ennustaa depressio-oireita jopa neljän vuoden seurannassa (Smith ym., 1994a).

On kuitenkin edelleen epäselvää, onko depressiossa kyse spesifisti negatiivisen informaation vai sekä positiivisen että negatiivisen informaation prosessoinnin häiriöstä. Onpa myös esitetty, että ei-depressiivisyys on positiivisen informaation prosessoinnin häiriö ja depressiiviset näkevät maailman itse asiassa realistisesti (Haaga & Beck, 1995). Kuitenkin yleisesti katsotaan, että depressio on nimenomaan negatiivisten kokemusten järjestämisen häiriö (Clemmey & Nicassio, 1997; Holzberg ym., 1993; Kavanagh, 1992; Love, 1988; Segal & Gemar, 1997). Toisaalta on myös evidenssiä, että depressiiviset näkevät itsessään enemmän negatiivisia ja samalla vähemmän positiivisia piirteitä (esim. Pincus ym., 1998; Pyszczynski ym., 1987; ks. myös Kofta, 1993).

Depressiivisten ja ei-depressiivisten välillä esiintyvistä informaation prosessoinnin eroista on olemassa empiiristä evidenssiä myös kroonisten kipupotilaiden ryhmässä (Calfas ym., 1997; Clemmey & Nicassio, 1997; Holzberg ym., 1993; Pincus ym., 1998; Smith ym., 1994; Turk & Rudy, 1992). Krooniset kipupotilaat vastaanottavat erityisen herkästi kipua koskevaa informaatiota (Asmundson ym., 1997), lisäksi depressiiviset kipupotilaat ovat vastaanottavaisempia emotionaalisesti latautuneelle informaatiolle (Pincus ym., 1998). Depressiivisillä kroonisilla kipupotilailla esiintyy myös taipumusta korostaa itsessään olevia negatiivisia ominaisuuksia (Clemmey & Nicassio, 1997; Holzberg ym., 1993; Love, 1988; vrt. Ingram ym., 1990). Vaikka ulkoinen arvioitsija ei näkisikään eroja ei-depressiivisten ja depressiivisten välillä, depressiiviset arvioivat, että heillä on runsaammin kielteistä kipukäyttäytymistä (Krause ym., 1994). Depressiivisten ja ei-depressiivisten välillä ei kuitenkaan esiinny eroja positiivisten henkilökohtaisten ominaisuuksien hahmottamisessa tai sairauteen liittyvän informaation prosessoinnissa (Clemmey & Nicassio, 1997).

Kognitiivisten vääristymien on havaittu ennustavan depressiivisten oireiden esiintymistä myös kroonisten kipupotilaiden ryhmässä (Maxwell ym., 1998; Smith ym., 1994a,b). Niillä kroonisilla kipupotilailla, jotka ovat myös depressiivisiä, esiintyy enemmän katastrofiajattelua (Hasset ym., 2000; Geisser ym., 1994; Sullivan & D'Eon, 1990; Tan ym., 2001; Turner ym., 2000) sekä yleistämispyrkimystä (Holzberg ym., 1993). Katastrofiajattelu näyttäisi liittyvän spesifisti depressioon, sillä se ei ennusta kroonisten kiputilojen aiheuttamia toiminnanvaja-uuksia (Turner ym., 2000; ks. myös Sullivan ym., 2001; Turner & Aaron, 2001). Sen avulla voidaan myös ennustaa depression puhkeamista kroonisissa kiputiloissa (Keefe ym., 1989). Toisaalta, kun hoidon myötä katastrofiajattelu vähenee, niin samalla vähenevät myös yksilön kivut ja koetut toiminnanrajoitteet (Jensen ym., 2001).

3.5 Merkitysorganisaatio depression taustalla

Pintatason kognitioiden tarkastelulla saadaan kuitenkin vain rajallinen kuva masentuneen ihmisen psyykestä. Kognitiivinen teoria psyykestä ja emotionaalisista ongelmista onkin laajentunut konstruktivistiseen suuntaan integroimalla psyyken sisäisesti ja sosiaalisesti välittyviä prosesseja (Mahoney, 1985, Toskala, 1991). Tämä on tapahtunut pitkälti siten, että yksilöt nähdään yhä enemmän omien kokemusten luojiksi ja merkitysten rakentajiksi (Meichenbaum, 1995; Neimeyer, 1995). Yksilö luo havaintonsa kognitiivisen rakenteensa varassa (Guidano, 1991; von Glasersfeld, 1984; Maturana & Varela, 1980), ja tämä rakenne määrää, millaisia muutoksia ulkoinen ympäristö voi hänessä saada aikaan (Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1980, 1987).

Ihmisen psyyke toimii "eteenpäin syöttäjänä": mieli ohjaa ja tuottaa havaintoja sekä luo abstrakteja sääntöjä havaitsemisen pohjaksi (Guidano, 1986, 1995; Guidano & Liotti, 1985; Mahoney, 1985, 1988, 1991; Mahoney ym., 1995). Näin on syytä arvioida uudelleen sellaiset "pysyvät" raja-aidat kuten sisäinen ja ulkoinen (Mahoney, 1990), emootio ja kognitio (Guidano, 1986, 1991; Maddux & Meier, 1995; Maes ym., 1996; Mahoney, 1985, 1991; Toskala, 2001) sekä muutos ja pysyvyys (Mahoney, 1990).

Guidano (1991) erottelee toisistaan yksittäiset merkitykset ja yksittäisten merkitysten muodostaman merkitysorganisaation. Henkilökohtainen merkitysorganisaatio ei ole vain yksittäinen muisto, uskomus tai käsitys vaan yhdenmukainen tapahtumien järjestämisprosessi, jolla ylläpidetään jatkuvuuden tunnetta ja sisäistä koherenssia. Yksilöillä on siis henkilökohtainen ja suhteellisen pysyvä tapa tuottaa havaintoja ja prosessoida tietoa. Merkitysorganisaatio ei siis viittaa kognitioiden semanttisiin sisältöihin vaan yksilöllisiin tapoihin mieltää asioiden ja ilmiöiden välisiä suhteita.

Depressiivisyyden alkusyyksi on esitetty lapsuuden emotionaalisesti hylätyksi tulemisen kokemista, jonka yksilö selittää itsestään johtuvaksi (Beck, 1967; Beck ym., 1979; Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983). Tässä varhaisessa transaktiossa yksilölle muodostuu ydinskeema³, joka ehdollisessa muodossaan on valmis selittämään jatkossakin tilanteita tietyllä tavalla (Beck, 1991). Tässä transaktiossa negatiivinen tapahtuma tulee osaksi yksilön ydinskeemaa (Beck, 1967): *"Unless this negative image is extinguished, it becomes structuralized, i.e., it becomes a permanent formation in the cognitive organization. Once a concept is structuralized, it remains permanently with the individual even though it may be dormant: it becomes a cognitive structure, or schema"* (s. 276). Ydinskeemat pohjautuvat siis emotionaalisesti merkittävään menetykseen (Beck, 1967, 1976; Beck ym., 1979).

Vaikka depressiopotilaan kognitioiden merkityssisällöt vaihtelevat ne todennäköisimmin liittyvät siihen, miten haavoittuva ja herkkä potilas on menetysten suhteen. Silloin merkitysorganisaation järjestämisprosessi konkretisoituu

³ Käytän tässä persoonallisuuden tiedostamattomista rakenteista nimitystä ydinskeema, jossa on yhdistetty termit ydinminä (Guidano & Liotti 1983) ja skeema (Beck 1967).

usein seuraavilla semanttisilla sisällöillä (vrt. Toskala, 1991): "elämässäni tapahtuu jatkuvasti menetyksiä", "minä olen syyllinen näihin menetyksiin", "voin välttää itsestäni johtuvia menetyksiä vain unohtamalla omat tarpeeni", "arvoni ihmisenä riippuu siitä, kuinka hyvä olen, ja tämä arvoni näkyy muiden ihmisten suhtautumisessa". Depressiivisen ihmisen puutteellinen yksilöityminen tulee näin selvimmin esille herkkyydessä kaikkea negatiivista palautetta ja informaatiota kohtaan, ja yksilön ydinskeemat muodostuvat tiukoiksi säännöiksi, jotka ohjaavat toimimaan menetyksen kokemisen välttämiseksi sekä – paradoksaalisesti – varmistavat, että yksilö kokee menetyksiä. Tällöin sosiaaliset interaktiot ylläpitävät depressiivistä tilaa (Summerfeldt & Endler, 1996), ja samanlaisesti henkilö on korostuneen riippuvainen näistä sosiaalisista suhteista (Hirschfeld, 1994). Siksi kyky muodostaa intiimejä sosiaalisia suhteita toimii myös voimakkaana suojaavana tekijänä depressiota vastaan (Guidano & Liotti, 1983; ks. myös Holbfoll, 1988).

Depressiiviset potilaat reagoivat siis herkästi sellaisiin ympäristön tapahtumiin, jotka heidän mielestään sisältävät hylkäämisen ja menetyksen merkityssisältöjä. Menetyksen sisäinen attribuointi on kuitenkin tapahtunut jo ennen varsinaista menetystä (Guidano, 1991). Laukaisijana voi toimia spesifi kuormitustekijä tai kuormitustekijöiden kasautuminen (Beck, 1967). Ratkaisevaa on se, tarjoaako tilanne riittävästi "vihjeitä" depressiivisen merkityssisällön käyttöönottamiseksi. Depressioon taipuvaisten ihmisten välillä esiintyy siis kehityksellishistorialliseen taustaan perustuvia eroja sen suhteen, millaiset tilanteet voivat laukaista kliinisen depression. Myös depressiivisten kroonisten kipupotilaiden kohdalla on esitetty, etteivät nämä muodostaisi yhtä homogeenistä ryhmää (Holzberg ym., 1993).

Beck (1991) erottelee kaksi erilaista depressiivistä alttiutta eli diateesia. Sosiotrooppiset (sosiotropic) yksilöt arvostavat läheisyyttä, keskinäistä riippuvuutta ja jakamista. Näin he ovat alttiita depressiiviselle kokemiselle tilanteissa, joihin liittyy sosiaalisen tuen puutetta ja torjuntaa. Autonomiset (autonomous) yksilöt puolestaan luottavat itsenäiseen yrittämiseen, henkilökohtaiseen onnistumiseen ja eristäytymiseen, jolloin toiminnanrajoitukset, epäonnistuminen ja yhdenmukaisuuteen pakottaminen voivat laukaista depressiivisen tilan. Se, miten tämä ympäristö- ja persoonallisuustekijöiden interaktio saa aikaan siirtymisen negatiiviseen depressiiviseen kognitioon ja miten erilaiset suojaavat tekijät (esim. sosiaalinen tuki) pyrkivät estämään tämän siirtymän tapahtumista, on tärkeä tutkimuksen kohde (ks. Beck, 1991).

Guidano ja Liotti (1983) esittävät, että vaikka depressio tilana väistyisikin, niin ydinskeemat säilyvät ennallaan. Kun yksilö huomaa omaavansa suhteellista kontrollia elämänsä tapahtumiin, kognitiivinen organisaatio muuttuu adaptiivisempaan muotoonsa (niin että ydinskeeman peruspremissit säilyvät). Voidaan siis päätellä, että kliinisen depression väistymistä ennustaa nimenomaan yksilön positiivisten kontrolliodotusten voimistuminen, samalla kun negatiiviset käsitykset jäävät edelleen aktiivisiksi.

4 PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT KROONISTEN KIPUPOTILAIDEN DEPRESSIIVISYYDEN TAUSTALLA

Kipu- ja terveystieteiden piirissä on pitkä traditio kuvata sairautteen sopeutumista erilaisten psykososiaalisten tekijöiden varassa tapahtuvana ilmiönä. Kun tarkastellaan tätä sopeutumista depressiivisyyden puhkeamisen kannalta, on psykososiaalisten tekijöiden säätelyvaikutusta syytä tarkastella myös suhteessa Beckin (1967, 1976, 1991; Beck ym., 1979) depression kognitiiviseen teoriaan. Näin osa psykososiaalisista tekijöistä edustaa yksilön kuvaa maailmasta (elämäntilanteesta), osa hänen kuvaansa itsestään ja osa kuvaa tulevaisuudesta. Psykososiaaliset tekijät jakautuvat myös tilannetekijöihin (ongelmien kuvaus) ja voimavaroihin, jotka puolestaan vaikuttavat myönteisesti tilannetekijöihin tai niiden arviointiin (ks. Härkäpää & Järvikoski, 1995).

4.1 Yksilöllisten ominaisuuksien ja tilannetekijöiden vuorovaikutteisuudesta

Kun depression alttiustekijä – diateesi – yhdistyy rasitustekijään, alttius vaikuttaa kuormitustekijän havaitsemiseen ja sitä kautta moderoi reaktion luonnetta. Näin depressio ei ole sinänsä vain reaktio kipuun, vaan depressiolle altistavat tekijät toimivat interaktiossa kivun kanssa ja saavat aikaan juuri depressiolle tyypillisen tavan hahmottaa tilannetta (Pincus & Williams, 1999). Kun pyritään soveltamaan Beckin (1967, 1976, 1991; Beck ym., 1979) depression kognitiivista mallia kroonisiin kipupotilaisiin, onkin pystyttävä kuvaamaan, miten kipu voi aktivoida varhaisten menetyskokemusten seurauksena syntyneen itseä syyllistävän ydinskeeman (ks. Banks & Kerns, 1996; Pincus & Williams, 1999). Näin kroonisten kipupotilaiden spontaaniin depressiivisiin ajatussisältöihin liittyy nimenomaan kivun merkityksen konstruointi (Pincus & Williams, 1999; Smith ym., 1994b). Kun yleisesti ottaen depressiivistä henkilöä vaanii jatkuvasti tunne

siitä, että hän on ratkaisemattomien ongelmien ja vaatimusten verkossa (Beck, 1967), voidaan tämä sama ilmiö nähdä kivun aiheuttaman haitan invalidisoivana vaikutuksena (ks. esim. Roth & Geisser, 2002; Turk ym., 1995). Tyypillisiä kognitioita ovat tällöin esimerkiksi, että ”en pysty tekemään mitään” ja ”en enää voi nauttia elämästäni”.

Kipuärsyksen ja sen seurausten kohdalla on siis ratkaisevaa, löytävätkö depressioalttiuden omaavat tilanteesta riittävästi ydinskeemaan sopivia merkityksiä. Autonomisen diateesin omaavilla kiputilanne laukaisee toiminnanrajoitusten kautta henkilökohtaiseen suoriutumiseen ja onnistumiseen liittyviä merkityksiä mutta sosiotrooppien diateesin omaavilla se laukaisee läheisyyden menetykseen liittyviä merkityksiä. Turk & Rudyn (1988) empiirisen luokittelun pohjalta on ainakin osoitettavissa, että osa kroonisista kipupotilaista (dysfunktionaaliset) korostaa tilanteen aiheuttamia toiminnallisia seurauksia ja osa (ihmissuhteissaan rasittuneet) interpersoonallisia seurauksia. Missä määrin nämä heijastavat mahdollisia diateesi-tyyppejä, on kuitenkin selvittämättä. Diatesimalli saa kuitenkin ainakin osittaista tukea mm. havainnoista, joiden mukaan aikaisempia negatiivisia elämäntapahtumia kokeneilla kroonisilla kipupotilailla sopeutuminen on usein huonompaa (Linton ym., 1996; Naidoo & Pillay, 1994; Sherman ym., 2000; Spertus ym., 1999). Lisäksi depressio on yleisempää niillä kroonisilla kipupotilailla, jotka ovat joutuneet lapsuudessa seksuaalisen hyväksikäytön uhreiksi (Goldberg, 1994; Walker ym., 1992; ks. myös Spertus ym., 1999).

Vaikka on esitetty, että emootioiden ja kognitioiden välillä ei ole kausaalista suhdetta, korostaa kognitiivinen teoria sitä, että depressiivisen ihmisen kokemat suuttumuksen, pelon ja surun tunteet ovat ymmärrettävissä kognitiivisen struktuurin kautta. Menetyksen näkeminen johtaa surumielisyyteen, ja itsensä syyllisenä näkeminen synnyttää puolestaan itseen kohdistuvan suuttumuksen (Beck, 1976). Noin 70 % kroonisista kipupotilaista raportoikin tuntevansa ajoittaista tai jatkuvaa suuttumusta, joka kohdistuu sekä itseen että ulkopuolisiin, jolloin itseen kohdistuessaan se liittyy depression (Okifuji ym., 1999). Kun suuttumus kohdistuu puolestaan ulospäin, se alentaa endogeenisten opioidien eritystä (Bruehl ym., 2002) ja lisää näin koettua kipua. Tällöin suuttumus voi myös lisätä yksilön toiminnanvajeita (Okifuji ym., 1999). Vaikka sekä kiputilanteen hyväksyminen (McCracken, 1998) että toisaalta suuttumuksen osoittaminen (Kerns ym., 1994) edesauttavat sopeutumisprosessia, voi pitkäaikainen kipu lisätä depression laukeamisen todennäköisyyttä vielä myöhemminkin, koska ulospäinkin kohdistuessaan suuttumus voi lisätä kuormittuneisuutta kivunsietokykyä laskemalla.

Psykososiaaliset resurssit manifestoituvat coping⁴- eli selviytymiskeinojen kautta. Selviytymiskeinoja on ryhmitelty hieman eri tavoin riippuen siitä, millaisia funktioita niillä on ajateltu olevan. Esimerkiksi Branstädter (1992; ks. myös Schwarzer & Schwarzer, 1996) jakaa käsittelykeinot assimilaatiivisiin ja akkomodatiivisiin keinoihin. Assimilaatiivisesta käsittelystä on kyse silloin, kun

⁴ Coping viittaa yksilön selviytymiskeinoihin, eli tapaan, millä hän pyrkii ratkaisemaan ristiriidan tavoitetilan ja kuormittavaksi koetun nykytilan välillä (Lazarus 1992; Lazarus & Folkman 1984).

yksilö pyrkii muuttamaan tilannetta toivettaan vastaavaksi, ja akkomodatiivisesti, kun yksiö pyrkii sopeuttamaan itseään muuttuneisiin tilanteisiin. Yleisin jako käsittelykeinoissa lienee kuitenkin Lazarus & Folkmanin (1984) esittämä jako ongelma- ja emootiosuuntautuneisiin käsittelykeinoihin. On varsin vakuuttavaa näyttöä siitä, että yksilön valitsema käsittelykeino vaikuttaa kivun kokeamiseen (Jensen ym. 1991; Keefe ym., 1987, 1989; Revenson & Felton, 1989; Rosenstiel & Keefe, 1983; Tan, 1982). Aktiivinen tilanteessa esiintyvien ongelmien ratkaisuun tähtäävä coping näyttäisi olevan krooniseen kipuun sopeutumisen kannalta tuloksellista (Katz ym., 1996). Kroonisista kivuista kärsivät käyttävät useammin passiivisia coping-strategioita ongelmanratkaisun sijaan (Rosenstiel & Keefe, 1983). Onkin luonnollista, että myönteiset kuntoutus- ja hoitotulokset ovat yhteydessä aktiivisten coping-menetelmien omaksumiseen (Turk ym., 1983; Turner & Clancy, 1986; Keefe ym., 1987; Brown ym., 1989).

Ei-depressiivisiin kroonisiin kipupotilaisiin verrattuna depressiivisillä esiintyy enemmän passiivista ja välttelevää copingtyyliä (Beck ym., 1979; Brown & Nicassio, 1987; Weickgenant ym., 1993), ja aktiivisten selviytymisstrategioiden omaksuminen vähentääkin usein depressiivisiä oireita (ks. Holahan ym., 1996). Kuitenkin joidenkin kipuongelmien kohdalla on jopa empiiristä näyttöä, että aktiivinen coping voi lisätä depressio-oireita (Nicassio ym., 1995). Avuttomuus ja luovuttaminen voivat olla siis pitkälti yksilön kannalta adaptiivisia ratkaisuja, ainoita järkeviä vaihtoehtoja silloin, kun kokemuksena on täydellinen kontrolloimattomuus. Tämä voi näkyä niin sosiaalisista tilanteista vetäytymisenä (Kofta, 1993) kuin kipua tuottavien tilanteiden välttelemisenä (Asmundson ym., 1997). Kun siis tarkastellaan psykososiaalisten resurssien säätelevää vaikutusta kroonisen kivun ja depression välittävän mallin (Rudy ym., 1988) näkökulmasta, on syytä erottaa toisistaan, miten resurssit vaikuttavat yhtäältä kipuongelman ja sen seurausten käsittelyyn ja toisaalta emotionaaliseen reagointiin.

Kipuongelmaan ja sen seurauksiin vaikuttaa yksilön tapa asennoitua tilanteeseen (Gamsa, 1994a, 1994b; Turk & Rudy, 1992). Se, mitä kulloinkin asenteilla ja asennoitumisella on tarkoitettu, on riippunut pitkälti kyseisen tutkijan intresseistä (ks. esim. Turk & Okifuji, 2002). Parhaiten tämä on ehkä näkynyt siinä, mitä spesifisyystasoa on käytetty (esim. Bandura, 1997). Asennoitumista voidaan tarkastella yleisellä tilanteesta riippumattomalla tasolla (yleistyneet kognitiot) tai sitten sidottuna määrättyyn tilannetekijään (esim. terveyspesifit kognitiot).

Näyttäisi siltä, että yksilön asennoituminen vaikuttaa voimakkaimmin siihen, miten kivun seuraukset koetaan (esim. Stroud ym., 2000). Negatiiviset uskomukset ja attribuutiot ovatkin yleisempiä niillä kipupotilailla, jotka ovat huonommin sopeutuneita tilanteeseensa (Geisser ym., 1994; Holzberg ym., 1993; Ingram ym., 1990; Love, 1987; Maxwell ym., 1998; Okifuji ym., 2000; Smith ym., 1994a, 1994b; Sullivan & D'Eon, 1990, Turk & Rudy, 1992). Negatiivinen asennoituminen voi johtaa myös huonompaan kuntoutumistulokseen (esim. Becker al., 1977; Williams & Thorn, 1989; ks. myös Ciccone & Grzesiak, 1984). Seuraavassa on esitetty tutkimustuloksia yksilön kontrolli- ja tulosodotusten (optimismin) sekä sosiaalisen tuen yhteyksistä kipuun, sen seurauksiin ja depression (ks. taulukko 3).

TAULUKKO 3 Psykososiaalisten resurssien yhteydet kipuun, sen seurauksiin ja depression

Psykososiaalinen resurssi	Yhteys kipuun	Yhteys kivun seurauksiin	Yhteys depressioniin
Minäpystyvyys/ koettu kompetenssi	Voimakas minäpystyvyys yhteydessä vähäisempään kivun kokemiseen (Anderson ym., 1995; Bandura, 1992b; Dolce, 1987; Dolce ym., 1986a; Litt, 1988; Manning & Wright, 1983; Strahl ym., 2000; Toomey ym., 1991; Turk ym., 1983).	Haitta Voimakas minäpystyvyys yhteydessä vähäisempään haitan kokemiseen (Anderson ym., 1995; Arnstein, 2000; Arnstein ym., 1999; Asghari & Nicholas, 2001; Barry ym., 2003; Findley ym., 1998; Kores ym., 1990; Rudy ym., 2003; Strahl ym., 2000).	Elämänhallinnan tunne Voimakas minäpystyvyys yhteydessä vähäisempään depressioniin (Anderson ym., 1995; Arnstein ym., 1999; Bandura, 1992b; Cris-son & Keefe, 1988; Dwyer, 1997; Findley ym., 1998; Jensen & Karoly, 1991a; Klapow ym., 1993; Maxwell ym., 1998; Rudy ym., 1988; Turk ym., 1995).
Minäpystyvyyden muutos	Yhteydessä kivun muutoksiin (O'Leary, 1985). Ei yhteyttä kivun muutoksiin (Dolce ym., 1986a).	Yhteydessä haitan kokemisen muutoksiin (O'Leary, 1985).	
Vaikutus biokemialliseen tilaan	Voimakas minäpystyvyys lisää endogeenisten opioidien eritystä (Bandura, 1992b; Bandura ym., 1987, 1988; Flor ym., 1985).		
Sisäinen	Yhteydessä vähäisempään kipuun (Härkäpää, 1991, 1992; Scharff ym., 1995; Toomey ym., 1991). Yhteys riippuu kuitenkin etnisestä taustasta ja kulttuurista (Bates ym., 1993, Bates & Rankin-Hill, 1994).	Yhteydessä vähäisempiin toiminnanhaittoihin (Härkäpää, 1991; Scharff ym., 1995; Toomey ym., 1991).	Yhteydessä vähäisempään depressioniin (Bates & Rankin-Hill, 1994; Gibson & Helme, 2000).
Hallinnan-tunteen sijoittaminen (locus of control).			

(jatkuu)

(TAULUKKO 3 jatkuu)

Ulkoinen	Yhteydessä voimakkaampaan kipuun (Härkäpää, 1992; Scharff ym., 1995).	Yhteydessä voimakkaampaan kipuun (Härkäpää, 1992; Scharff ym., 1995).	Yhteydessä voimakkaampaan kipuun (Härkäpää, 1992; Scharff ym., 1995).	Ei yhteydessä elämäntilanteeseen (Scharff ym., 1995).	Yhteydessä voimakkaampaan depression (Härkäpää ym., 1996).
Sattumauskoko	Yhteydessä voimakkaampaan kipuun (Crisson & Keefe, 1988; Härkäpää, 1992; Rosenstiel & Keefe, 1983; Scharff ym., 1995; Skevington, 1983).	Yhteydessä vähäisempään haitan kokemiseen (Scharff ym., 1995).	Yhteydessä voimakkaampaan elämäntilanteeseen (Scharff ym., 1995).	Ei yhteydessä elämäntilanteeseen (Scharff ym., 1995).	Yhteydessä voimakkaampaan depression (Crisson & Keefe, 1988; Härkäpää ym., 1996; Rosenstiel & Keefe, 1983; Skevington, 1983).
Optimismi					Terveysspesifii optimismi on lievästi yhteydessä vähäisempään depression (Estlander, 1995; Härkäpää ym. 1996).
Sosiaalinen tuki	Vähäinen sosiaalinen tuki lisää kipua (Katz, 2002; Katz & Ostergren, 2000; Kerns ym., 2002).	Sosiaalinen tuki lisää kipukäyttämistä (Flor ym., 1987a, 1987b, 1989; Kerssens ym., 2002; Turk & Gatchel, 1999; ks. myös Kaplan & Toshima, 1990).			Vähentää depressiivisyyttä (Feldman ym., 1999; Kerns ym., 2002).
Sosiaalinen integraatio	Työttömyys yhteydessä voimakkaampiin toiminnanhaittoihin (Blyth ym., 2001).				Parisuhde suojaaa depressionia (Averill ym., 1996; Kerns ym., 1990; ks. myös Trief & Carrrike, 1995).

4.2 Hallintakäsitykset

Hallintakäsityksissä tulee erottaa yhtäältä pystyvyysodotukset psyykkisinä resursseina ja toisaalta elämönhallinnantunne elämäntilanteen kuvauksena. Edellinen viittaa yksilön käsityksiin omista kyvyistä ja jälkimmäinen yksilön kokemukseen siitä, miten hän on voinut vaikuttaa elämänsä tapahtumiin. Tällainen jako on samalla linjassa Beckin (1967; Beck ym., 1979) kognitiivisen triadin kanssa, jossa erotetaan toisistaan ihmisen käsitys itsestään ja maailmasta ja tunnustetaan samalla niiden välinen voimakas riippuvuus.

Pitkäaikainen kiputilanne voi saattaa yksilön tilanteeseen, joka koetaan vähän kontrollimahdollisuuksia sisältäväksi ja näin uhaksi. Hallinnan menetyksen kokemus onkin yleistä kroonisten kipupotilaiden keskuudessa ja se ennustaa samalla depressiivisten oireiden esiintymistä (Jensen ym., 2001; Turk ym., 1995; ks. Crisson & Keefe, 1988) Tässä ei ole ratkaisevaa alhainen hallinnantunne sinänsä vaan sen menetyksen voimakkuus (Arntz & Schmidt, 1989). On kuitenkin muistettava, että hallinnantunne ei ole vain yksilön sisäinen kokemus, vaan se kuvaa myös yksilön todellisia mahdollisuuksia vaikuttaa tapahtumiin (ks. Flor & Turk, 1988; Järvikoski, 1994; Härkäpää & Järvikoski, 1995; Kitsantas, 2000; Mirowsky & Ross, 1996). Tällöin tilanteeseen nähden liian korkea hallinnantunne voi olla myös yksilön sopeutumisen kannalta haitallinen (esim. Kuusinen, 1994; Ravaja ym., 1996). Elämönhallinnan tunne on siis riippuvaista sekä sairauden tilasta että muista situationaalisista tekijöistä (Bates & Rankin-Hill, 1994; Jensen & Karoly, 1991b; ks. myös Crisson & Keefe, 1988; Härkäpää ym., 1989; Wallston, 1992).

Psykososiaalisista resursseista keskeisenä näyttäytyy yksilön luottamus omiin mahdollisuuksiinsa vaikuttaa tilanteeseen, mikä edustaa yksilön itsestään muodostamaa kuvaa. Se on yhteydessä ainakin lievempänä koettuun kipuun (Anderson ym., 1995; Bandura, 1992b; Dolce, 1987; Dolce ym., 1986a; Litt, 1988; Manning & Wright, 1983; Strahl ym., 2000; Toomey ym., 1991; Turk ym., 1983), vähäisempään koettuun kivun haittaavuuteen (Anderson ym., 1995; Arnstein, 2000; Arnstein ym., 1999; Asghari & Nicholas, 2001; Barry ym., 2003; Findley ym., 1998; Kores ym., 1990; Rudy ym., 2003; Strahl ym., 2000), suurempaan aktiivisuuteen (Jensen & Karoly, 1991b) sekä parempaan hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuuteen (Dolce, 1987; Dolce ym., 1986a, 1986b; Kores ym., 1990). Minäpystyvyyden (Bandura, 1977, 1986, 1997) muutos näyttää ennustavan myös kivun ja haittaavuuden kokemisen muutoksia (O'Leary, 1985). Dolce ym. (1986a) eivät kuitenkaan omassa tutkimuksessaan voineet yhdistää kivun vähentymistä minäpystyvyyden muutoksiin. On muistettava, että minäpystyvyyden on teoreettisestikin ajateltu ennustavan käyttäytymistä eikä sairautta (ks. Bandura, 1986, 1992a, 1997; Schwarzer, 1992, 1994). Silti sairauteen liittyvät minäpystyvyyksikäsitukset ovat yhteydessä sekä terveyskäyttäytymiseen (Schwarzer, 1994) että positiivisiin terveysvaikutuksiin (Holden, 1991).

Psykologiset tekijät voivat vaikuttaa kipukokemukseen kemiallisten, emotionaalisten tai attentiivisten muutosten kautta (Arntz & Schmidt, 1989). Poti-

laan käsitys omasta kyvystä vaikuttaa kipuunsa säätelee kipuongelman kokeamista joko suoraan autonomisen hermoston aktivaatiomuutosten kautta (Bandura, 1992b; Bandura ym., 1987, 1988; Flor ym., 1985) tai välittämällä kivun ja toiminnanvajavuuden välistä yhteyttä (Arnstein, 2000; Arnstein ym., 1999). Jälkimmäisessä tapauksessa pystyvyyskäsitteet vaikuttavat lisäksi yksilön terveyskäyttäytymiseen ja voivat myös sitä kautta vaikuttaa depressiiviseen kokemukseen. Konkreettisella tasolla tämä tapahtuu siten, että yksilön käsitys omista kyvyistä muokkaa tavoitteenasettelua, toimintaympäristöjen valikointia ja vaikuttaa suoraan yksilön tunteisiin ja välittömiin ajatuksiin (esim. Maddux, 1995; ks. myös Turk & Rudy, 1992).

Itseen liitetyt pystyvyys- ja kontrollikäsitteet ovat siis yhteydessä kroonisten kipupotilaiden depressiiviseen reagointiin. Kun yksilö katsoo olevan kykenevä vaikuttamaan tilanteeseensa, ovat myös depressio-oireet vähäisemmät (Anderson ym., 1995; Dwyer, 1997; Findley ym., 1998; Jensen & Karoly, 1991a). Kognitiiviset käsitteet itsestä ja omasta kompetenssista voivat jopa kokonaan selittää kivun ja depression välisen yhteyden (Arnstein ym., 1999; Bandura, 1992b; Crisson & Keefe, 1988; Jensen & Karoly, 1991a; Klapow ym., 1993; Maxwell ym., 1998; Rudy ym., 1988; Turk ym., 1995), jolloin kompetenssintunteen kontrolloinnin jälkeen kipu ja toiminnanrajoitteet eivät selitä lainkaan depressiivisiä oireita.

Kipututkimuksen piirissä ehkä yleisin käytetty kontrollikäsite on hallinnan sijoittaminen⁵. Se pohjautuu Julian Rotterin (1954, 1966, 1975) sosiaalisen oppimisen teoriaan ja tarkoittaa yksilön odotusta tapahtuman syyn (vastuu) tai kontrollin sijainnista. Yksilö voi ajatella hänelle tärkeän tapahtuman kontrollin olevan hänen omassa käsissään, jolloin puhutaan sisäisestä hallinnan sijoittamisesta tai yksilö voi ajatella, että tapahtuma on muiden henkilöiden kontrolloitavissa tai sattumanvaraisesti etenevä. Tässä tapauksessa puhutaan ulkoisesta hallinnan sijoittamisesta. Myöhemmin yksiulotteinen hallinnan sijoittaminen on jaettu kolmeen erilliseen, toisistaan riippumattomaan komponenttiin: sisäiseen

⁵ Englanninkielinen käsite locus of control ei ole saanut yhtenäistä suomenkielistä vastinetta. Tutkijat ovat käyttäneet vaihtelevasti sellaisia käsitteitä kuten kontrollikäsitteet (Aaltonen 1989), kontrollin sijainti (Vakkari 1990), kontrolliodotus (Vesala 1992) sekä kognitiivinen hallintakäsitys (Härkäpää 1992). Tässä tutkimuksessa käytetään Kirsti-Liisa Kuusisen (1994) käyttämää suomennosta ”hallinnan sijoittaminen”, koska pyrkimyksenä on erotella nimenomaan kontrollin tai vastuun subjekti (sisäinen-minä vs. ulkoinen-muut). Hallinnan sijoittaminen on uskomustason muuttuja (Wallston 1992; Wallston & Wallston 1981, 1982) ja erillinen (vaikkakin samansuuntainen) esim. minäpystyvyyden käsitteen kanssa (Lovejoy ym. 1997; ks. myös Estlander 1995; Härkäpää 1992). Kun minäpystyvyys kuvaa yksilön käsitystä suorittaa itse positiivisen tuloksen tuottavia tekoja, hallinnan sijoittaminen kuvaa yleistynyttä käsitystä siitä, missä määrin ihmiset voivat vaikuttaa myönteisiin tuloksiin tai ovat vastuussa näiden myönteisten tulosten synnyttämisestä (Bates ym. 1994). Se, tarkoitetaanko muuttujalla vastuuta vai tuloksia, jää usein epäselväksi. Näin siinä käsitteenä yhdistyy Beckin (1967) kognitiivisen triadin minäkäsityksen ja tulevaisuusodotusten piirteitä. Lisäksi on esitetty (Wallston 1989; Wallston & Wallston 1981, 1982), että sekä ulkoinen hallinnan sijoittaminen että sattumanvaraisuus olisivat ulkoista sijoittamista kuvaavia muuttujia. On kuitenkin luotettavampaa tulkita sattumauskaisuus hallitsemattomuuden tunteeksi – sekä sisäisen että ulkoisen hallinnan sijoittamisen vähäisyydeksi.

ja ulkoiseen hallinnan sijoittamiseen sekä sattumanvaraisuuden kokemiseen (Levenson, 1973, 1981; Wallston & Wallston, 1981, 1982).

Terveyspsykologian piirissä sisäisellä hallinnantunteen sijoittamisella on katsottu olevan myönteisiä vaikutuksia. Esimerkiksi sen on osoitettu olevan yhteydessä lievempään kipukokemukseen (Härkäpää, 1991, 1992; Scharff ym., 1995b; Toomey ym., 1991), parempaan toimintakykyyn (Härkäpää, 1991, Scharff ym., 1995b; Toomey ym., 1991) ja parempaan kuntoutuksen tuloksellisuuteen (Härkäpää, 1992; Härkäpää ym., 1991; Jensen ym., 1991a, 1991b). Sisäisen hallinnan omaavilla esiintyy myös vähemmän katastrofiajattelua (Flor & Turk, 1988; Vlaeyen ym., 1990). On toisaalta esitetty, että hallinnan sijoittamisen merkitys kivun kokemisen säätelyssä on kulttuurisidonnaista sen mukaan, uskotaanko kyseisessä kulttuurissa ylipäättänsä kivun olevan yksilön hallittavissa (Bates ym., 1993, Bates & Rankin-Hill, 1994). Sattumauskaisilla esiintyy puolestaan enemmän kipua ja psyykkistä rasittuneisuutta (Crisson & Keefe, 1988; Rosenstiel & Keefe, 1983; Skevington, 1983). Depression osalta näyttäisi siltä, että sisäinen hallinnan sijoittaminen on yhteydessä lievempään oireiluun (Bates & Rankin-Hill, 1994; Gibson & Helme, 2000) sekä ulkoinen (Härkäpää ym., 1996) ja sattumausko (Crisson & Keefe, 1988; Härkäpää ym., 1996; Rosenstiel & Keefe, 1983; Skevington, 1983) puolestaan voimakkaampaan oireiluun. Hallinnan sijoittaminen ei kuitenkaan ole yhteydessä elämänhallinnan tunteeseen (Scharff ym., 1995b) vaikka sisäinen hallinnan tunne onkin yhteydessä voimakkaampaan kivunhallinnan kokemiseen (Coughlin ym., 2000).

Arvioitaessa kontrolliodotuksia koskevaa empiiristä tutkimusta ei voi sivuuttaa erilaisten kontrollikäsitteiden välistä suhdetta. Kun minäpystyvyys onkin selkeästi liitettävissä yksilön käsitykseen itsestä toimijana, jää hallinnan sijoittamisen käsite hataraksi. Mikä sen suhde on yksilön käsityksiin itsestään tai hänen tulevaisuusodotuksiinsa, jää auki. Samalla käsitteiden ennustearvon vertaaminen on epäselvää, koska ei ole tehty tutkimuksia, joissa molempia olisi käytetty yhtä aikaa ennustamassa kipua, sen seurauksia ja depressiivisyyttä.

4.3 Optimistinen asennoituminen tulevaisuuteen

Ihmisen taipumus optimistisiin ajatuksiin suojaa terveyttä. Scheierin ja Carverin (1985, 1987, 1988, 1992; Carver & Scheier, 1981, 1990a, 1990b, 1992) optimismikäsitteen takana on itsesäätelymalli: yksilön tavoitesuuntautunut toiminta heijastaa vertailua toiminnan ja sitä koskevan toimintastandardin välillä. Ihmiset pyrkivät tilanteeseen, jossa näiden välillä on mahdollisimman vähän ristiriitaa. Optimismi perustuu ainakin osin yksilön tulosodotuksiin⁶ (Scheier & Carver, 1987, 1988), vaikka ei ilmaisekaan toiminnan subjektia. Mikäli tulosodotus on myönteinen, synnyttää se myös positiivisia tunteita. Optimismi-käsite onkin

⁶ Tulosodotus tarkoittaa Banduran (1986, 1997) mukaan yksilön odotuksia oman toimintansa tuloksista.

lähellä Beckin (1967; Beck ym., 1979) kuvaamaa yksilön tulevaisuuskäsitystä osana kognitiivista triadia.

Yleisesti ottaen optimismi on yhteydessä parempaan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin (Carver & Scheier, 1994; Carver ym., 1992; Scheier & Carver, 1985). Se vähentää depressio-oireita (Carver & Gaines, 1987) sekä tehostaa pitkäaikaisista sairauksista toipumista (esim. Scheier ym., 1989, 1999). Optimismi ennustaa myös muutoksia koetussa stressissä, yksinäisyydessä ja yksilön saamassa sosiaalisessa tuessa (Scheier & Carver, 1992). Normaali populaatiossa (Sumi ym., 1997), kroonisten kipupotilaiden (esim. Estlander, 1995; Hellstrom ym., 1999; Härkäpää ym., 1996; Novy ym., 1998) ja muiden somaattisten ongelmien kohdalla (Carver & Gaines, 1987; Carver & Scheier, 1990a, 1990b; DeGood & Shutty, 1992; Robinson-Whelen ym., 1997; Scheier & Carver, 1992) optimismi on havaittu olevan yhteydessä vähäisempään depressioon.

Optimisinä asennoituminen näyttää myös voimistavan muiden psykososiaalisten resurssien vaikutusta (Carver & Scheier, 1994). Esimerkiksi optimismi muokkaa käytettyjä selviytymiskeinoja (Chang & Bridewell, 1998). Se voi myös vaikuttaa kuormittavan ärsyksen uhkaavuuden arviointiin (Carver & Scheier, 1994) ja sitä kautta edesauttaa sekä emotionaalista hyvinvointia että aktiivisuutta.

Miten optimismia pitäisi sitten mitata kroonisten kipupotilaiden kohdalla? Mikäli käytetään sairausspesifiä mittaria, voi pessimistiseksi käsitykseksi tulkittu vastaus olla todellisuudessa realistinen näkemys tulevaisuudesta vuosia kestäneen kipuongelman keskellä. Näin se heijastaa pitkälti myös sitä elämäntilannetta, jossa kipupotilas elää. Yleistynyt optimismikaan ei ole täysin ongelmaton tulosodotusmuuttujana. Esimerkiksi on mahdollista, että yhdessä toivon (hope) kanssa tutkittuna sille ei jää omaa vaikutusta terveydentilan ennustamisessa (ks. Scioli ym., 1997).

4.4 Sosiaalinen tuki

Koettu sosiaalinen tuki ei ole vain yksilön kuvaus ympäristöstään, vaan se on myös yksilön henkilökohtainen ominaisuus, resurssi (esim. Hobfoll, 1988; Sarason ym., 1990a; ks. myös Maddux & Lewis, 1995). Henkilökohtaiset resurssit ohjaavat sosiaalisen tuen hakemista ja toisaalta saatu sosiaalinen tuki vahvistaa yksilön henkilökohtaisia resursseja (Swann & Brown, 1990).

Depressiivisen henkilön interpersoonallisten skeemojen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen suhde onkin ymmärrettävissä vastavuoroisena säätelyjärjestelmänä. Potilaan läheisten negatiivista käytöstä on siis tarkasteltava ainakin osittain reaktiona potilaan avuttomuuteen ja passiivisuuteen (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Silver ym., 1990). Samalla puolison tai muun läheisen ihmisen frustraatio on potilaalle merkki, joka todentaa hänen depressiivisen skeemansa (Guidano & Liotti, 1983).

Sosiaalisesta tuesta puhuttaessa on syytä erottaa toisistaan käsitteet sosiaalinen integraatio, saatu sosiaalinen tuki ja koettu sosiaalinen tuki (Sarason ym., 1990b, 1992; Pierce ym., 1996; vrt. Laireiter & Baumann, 1992). Sosiaalinen integraatio tarkoittaa sitä, miten yksilö liittyy erilaisten sosiaalisten verkostojen kautta ympäristöönsä. Saatu sosiaalinen tuki viittaa sellaisiin dyadisiin interaktioihin, joista potilas hyötyy pyrkiessään selviytymään hankalassa tilanteessa. Tällainen sosiaalinen tuki potilaan itsensä kuvaamana on osa hänen maailmaa koskevaa käsitystään (ks. Beck, 1967, Beck ym., 1979). Koettu sosiaalinen tuki viittaa puolestaan yksilön käsitykseen siitä, että muut ihmiset ovat saatavilla – ja haluavat olla saatavilla, mikäli hän tarvitsee apua tai tukea. Tällaisen käsityksen sijoittaminen yksittäisenä kognitiona Beckin esittämään kognitiivisen triadin malliin on hankalaa. Se kuvastaa käsitteenä sekä yksilön havaintoa sosiaalisesta voimavara-tekijästä että oman henkilökohtaisen tarvitsevuuden hyväksyntää. Käsitteenä se onkin usein (Sarason ym., 1990a, 1992; Pierce ym., 1996) integroitu Bowlbyn (1988) varhaista sosiaalista kehitystä kuvaavaan kiintymysteoriaan.

Ihmisen terveyttä tukevat yleensä sellaiset tekijät kuten parisuhde, työpaikan ihmissuhteet, harrastusryhmät ja ystävät (Argyle, 1992). Esimerkiksi parisuhde (Averill ym., 1996) sekä tyytyväisyys siihen (Kerns ym., 1990; ks. myös Trief & Carnrike, 1995) suojaavat kroonista kipupotilasta depressiolta. Kroonisten kipupotilaiden kohdalla on myös näyttöä siitä, että vaikuttamismahdollisuuksien puute työpaikalla (esim. Teasell & Bombardier, 2001) tai työttömyys (esim. Blyth ym., 2001; Jackson ym., 1997) ovat yhteydessä huonompaan kipuongelmaan sopeutumiseen. Työhön liittyvät asenteet ja uskomukset saattavat myös hidastaa parantumisprosessia (Marhold ym., 2002).

On myös mahdollista, että eläkejärjestelmämme provosoi selkäsairauksia. Eläkeodotukset ja toiveet saatavista korvauksista voivat heikentää hoitotuloksia (Robinson ym., 1997; Turk & Okifuki, 1996). Odotukset taloudellisista kompensatioista ovat myös yhteydessä voimakkaampaan toimintakyvyn laskuun ja psyykkiseen rasittuneisuuteen (Robinson ym., 1996; Turk & Okifuji, 1996). Robinson ym. (1997) ovat yhtäläistäneet nämä ilmiöt ja kivun mittaamisen validiteettiongelman. On luontevampaa kuitenkin hyväksyä, että monet sosiaaliset tekijät muokkaavat yksilön tapaa arvioida omaa tilannettaan (Thoits, 1992).

Saatu sosiaalinen tuki näyttäisi olevan suorassa yhteydessä kipuun ja haittaavuuteen (Katz, 2002; Kerns ym., 2002). Operantin oppimisen näkökulmasta ihmiset saavat kivuliaisuuden ja kipukäyttämisen kautta tavoittelemaansa sosiaalista hyväksyntää ja myötätuntoa (Flor ym., 1987a, 1987b, 1989; Kerssens ym., 2002; Turk & Gatchel, 1999; ks. myös Kaplan & Toshima, 1990), jolloin sosiaalinen tuki lisää potilaan yleistä ongelmallisuutta (Hallberg & Carlsson, 1998; Haythornthwaite & Benrud-Larson, 2000; Tan ym., 2001). Kun siis tarkastellaan pelkästään koettua kivun voimakkuutta ja sen välittömiä toiminnanhaittavaikutuksia, nähdään siis helposti positiivinen yhteys sosiaalisen tuen ja ongelmallisuuden välillä.

On kuitenkin varottava yksinkertaistamasta sosiaalisen tuen ja kipuongelman välistä suhdetta, koska kyseessä on joka tapauksessa monimutkainen resiprokaalinen säätelyjärjestelmä. Sosiaalisen tuen hakeminen saattaa ollakin

nimenomaan emootioiden säätelyn keino (Katz ym., 1996; Weickgenant ym., 1993; ks. myös Isometsä, 2001; Romano ym., 1995; Schwarzer & Leppin, 1992). Lisäksi kipukäyttäytyminen voi olla keino vaikuttaa hoitoon, kuten lääkärin alttiuteen määrätä voimakkaampaa lääkitystä (Turk & Okifuji, 1997a; ks. myös Kouyanou ym., 1997).

Sosiaalinen tuki vaikuttaa terveyteen mitä ilmeisemmin puskuroimalla kuormittavien tilanteiden haitallisia vaikutuksia; mitä kuormittavampi tilanne, sitä positiivisemmat vaikutukset sosiaalisella tuella on (Cohen & Wills, 1985; Dunkel-Schetter & Bennet, 1990; Schwarzer & Leppin, 1992). Tämä puolestaan vaikuttaa terveyteen kahdella tavalla: muokkaamalla kuormittavasta tekijästä tehtäviä kognitiivisia arvioita tai vaimentamalla terveyttä heikentäviä fysiologisia prosesseja (Schwarzer & Leppin, 1992, vrt. Cohen, 1992). Näin sekä objektiivisesti tarkasteltuna että yksilön kokemana sosiaalinen tuki vähentää monia kroonisen kivun negatiivisia seurauksia (Chwalisz & Vaux, 2000) ja lisää yksilön elämänlaatua (Hopman-Rock ym., 1997).

Vähäiseksi koettu sosiaalinen tuki lisää voimakkaasta kivusta kärsimisen riskiä (Katz, 2002). Vähäinen sosiaalinen tuki voi myös edesauttaa kivun kroonistumista (Bergman ym., 2002). Koettu sosiaalinen tuki on myös yhteydessä vähäisempään depressiivisyyteen (Feldman ym., 1999; Kerns ym., 2002). Puolison näkeminen ymmärtämättömänä on puolestaan yhteydessä voimakkaampiin depressio-oireisiin (Kerns ym., 1990; Linton ym., 1996). Pitkäaikainen kipu voi toisaalta myös laukaista potilaan perheessä depressiivisiä oireita (Dura & Beck, 1988; Flor ym., 1987a; Schwartz ym., 1991) ja sitä kautta lisätä kipupotilaan depressioriskiä. Sosiaalinen tuki voi myös vähentää depressioriskiä kompensoimalla yksilön alhaisia ongelmanratkaisutaitoja (Kerns ym., 2002) tai passiivisuutta (Goldberg ym., 1993).

Sosiaalisen tuen käsitteellä on kivun tutkimuksessa pysyvä asema merkityssällöstä huolimatta (ks. esim. Kerns, 1995, 1999; Kerns & Payne, 1996, Kerns & Weiss, 1994). Tutkimustulokset ovatkin olleet jossain määrin ristiriitaisia riippuen siitä, mitä sosiaalisella tuella on pyritty ennustamaan: kipuongelman vaikeutta, toiminnanhaittoja vai emotionaalisia seurauksia. Lisäksi sosiaalisen tuen käsitteellinen epäselvyys on vaikeuttanut tutkimustulosten tulkintaa. Tutkijat ovat eri mieltä jopa siitä, pidetäänkö sosiaalista tukea yksilöä, sosiaalista ympäristöä vai näiden kahden dynaamista tilaa kuvaavana muuttujana (Veiel & Bauman, 1992: ks. myös Kaplan & Toshima, 1990). Jako sosiaaliseen integraatioon, saatuun ja koettuun sosiaaliseen tukeen (Sarason ym., 1990b, 1992; Pierce ym., 1996) on käyttökelpoinen. Vielä toistaiseksi kroonisten kipupotilaiden depressiivisyyttä koskevissa tutkimuksissa ei ole kuitenkaan yhtä aikaa käytetty näitä eri tasoisia sosiaalista tukea koskevia muuttujia.

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA -ONGELMAT

Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään, miten pitkäaikainen koettu kipu ja depressio ovat toisiinsa yhteydessä ja mitkä psykososiaaliset voimavarat säätelevät tätä yhteyttä. Tutkimus pyrkii täydentämään kipupsykologian piirissä esitettyjä kognitiivis-behavioraalisia malleja Beckin kognitiivisen depressioteorian käsitteillä, jolloin tarkastelu laajentuu koskemaan myös yksilön itsestään ja tulevaisuudestaan luomia käsityksiä. Lisäksi selvitetään, onko kivun psykososiaalinen luokitus (ks. Estlander, 1992; Kuusinen, 2004; vrt. Turk & Rudy, 1988) yhteydessä masentuneisuuteen. Tässä yhteydessä tarkastellaan myös, poikkeavatko tällä tavalla luokitellut masentuneet kipupotilaat toisistaan psyykkisten voimavarojen osalta.

1. Tutkimustehtävä: Miten pitkäaikainen kipu ja depressio ovat yhteydessä toisiinsa?

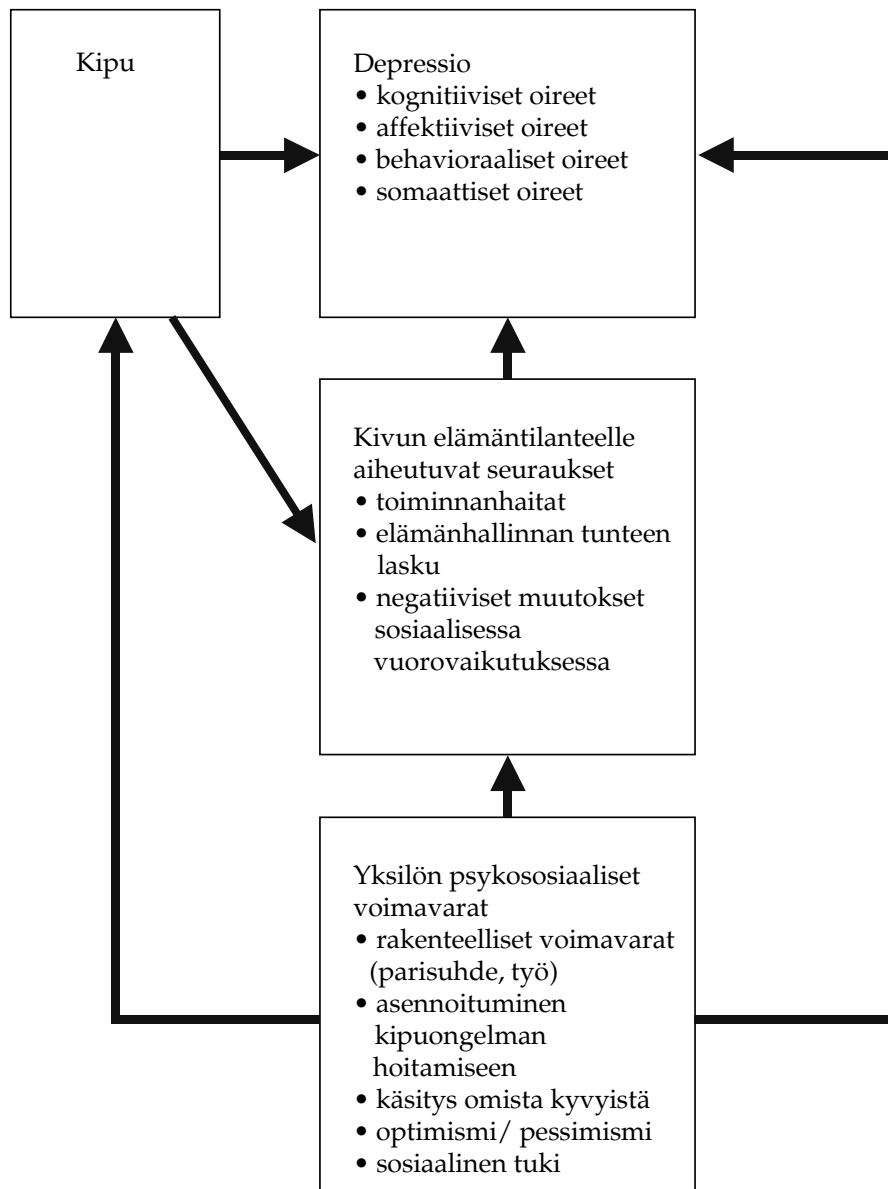
1.1. Onko pitkäaikainen kipu osa depressio-ongelmaa vai erillinen ilmiö?

On esitetty, että pitkäaikainen kipu on osoitus depressio-ongelmasta (ns. kipupersonamalli) ja siis yksi sen muoto (Blumer & Heilbronn, 1982; ks. myös Joukamaa, 1994). Toisaalta empiirinen näyttö kipupersonamallista on kaiken kaikkiaan vähäistä (ks. myös Ahles ym., 1987; France & Krishnan, 1985; France ym., 1986; Gupta, 1986; van Houdenhove ym., 1992; Large, 1986; Lopez-Ibor, 1972; Robinson & Gatchel, 1998). Oletuksena siis on, että kipu ja depressio ovat erillisiä ilmiöitä.

1.2. Jos kipu ja depressio ovat erillisiä ilmiöitä, miten nämä ovat ajallisesti yhteydessä toisiinsa jo kroonistuneilla kipupotilailla?

Mikäli depressio ja kipu eivät ole saman ilmiön eri osia, niiden välinen suhde vaatii selvittämistä. On mahdollista, että pitkäaikaisissa kiputiloissa depressio altistaa voimakkaammalle kivulle tai toisaalta koettu kipu ennustaa masentuneisuutta. Empiiristen tutkimustulosten valossa on todennäköisempää, että pitkäaikainen kipu laukaisee masennuksen kuin päinvastoin (ks. Brown, 1990;

Fishbein ym., 1997; Gaskin ym., 1992). Tällöin ilmiöiden suhde on kuvattavissa mallilla, jonka mukaan depressio on kivun aiheuttama sekundaarireaktio (kuvio 3), jota yksilön henkilökohtaiset ja sosiaaliset voimavarat säätelevät (Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; ks. myös Hendler, 1984).



KUVIO 3 Pitkäaikaisen kivun ja depression yhteyttä säätelevät tilanne- ja voimavaratekijät

Depressio on erilaisten oireiden muodostama kokonaisuus. On esitetty, että pitkäaikaisen kipuongelman yhteydessä esiintyy voittopuoleisesti somaattisiksi ja behavioraalisiksi luokiteltavia depressio-oireita (Estlander, 1995; Novy ym., 1995; Wesley ym., 1991, Williams & Richardson, 1993, Turk & Okifuji, 1994). On myös esitetty, että masennuksen arviointi olisi luotettavampaa ilman näitä somaattis-behavioraalisia muuttujia, koska ne ovat suoraan kipuongelman aiheut-

tamia eivätkä liity varsinaiseen masennukseen (Estlander, 1995; Wesley ym., 1991; ks. myös Salokangas ym., 1994; vrt. Geisser ym., 1997; Turk & Okifuji, 1994). Voidaankin olettaa, että kipu on voimakkaammin yhteydessä nimenomaan masennuksen somaattisiin ja behavioraalisiin oireisiin. On myös mahdollista, etteivät nämä oireet puolestaan ole yhteydessä masennuksen kognitiivis-affektiivisiin oireisiin.

2. Tutkimustehtävä: Miten pitkäaikainen kipu voi laukaista depression?

2.1. Toimivatko yksilön kokemat toiminnanhaitat sekä elämönhallinnantunne välittävinä tekijöinä kivun ja depressio-oireiden välillä?

Tutkimustulokset kroonisen kivun ja depression alueelta ovat täsmentäneet sekundaarireaktiomallia. Ns. kivun ja depression välittävän mallin mukaan kivun ja masennuksen välillä ei ole suoraa yhteyttä, vaan kivun aiheuttamat toiminnanrajoitteet ja yksilön elämönhallinnantunne toimivat välittävinä tekijöinä (Rudy ym., 1988; ks. myös Fifield ym., 1991; Herr ym., 1993; Maxwell ym., 1998; Okifuji ym., 2000; Peck ym., 1989; Turk ym., 1995). Beckin depressioteorian (Beck, 1967) käsitteillä ilmaistuna depressiivinen henkilö luo kivulle sellaisen merkityksen, että se kantaa menetyksen merkitystä toiminnanhaittojen ja alentuneen elämönhallinnan tunteen muodossa. Samalla se muodostuu osaksi maailmaa ja elämäntilannetta koskevaa depressiivistä skeemaa.

2.2. Välittävätkö yksilön havainnot sosiaalisesta vuorovaikutuksesta kivun vaikutusta depression?

Sosiaalisia suhteita voidaan tarkastella joko osana yksilön kokemaa elämäntilannetta tai psykososiaalisten resurssien kokonaisuutta (esim. Sarason ym., 1990b). Edellisen lähtökohdan mukaan sosiaaliset suhteet ovat yksilön havainnotoja niistä vuorovaikutuksellisista interaktioista, joita hänellä on tai on ollut. Jälkimmäinen tarkastelukulma viittaa puolestaan yksilön käsitykseen siitä, että muut ihmiset ovat ja haluavat olla saatavilla, vaikka välittömiä kokemuksia tästä ei olisikaan. On esitetty, että negatiiviset sosiaaliset vuorovaikutustilanteet, joita yksilöllä on ollut, voivat laukaista masennuksen (Harris, 1992; vrt. Ross & Mirowsky, 1989). Näin kipu voi johtaa depression sekä henkilökohtaiseen suoriutumiseen että ihmissuhteisiin liittyvän menetyksen kautta (ks. Beck, 1967; Guidano & Liotti, 1983).

Depressiivisen henkilön interpersoonallisten skeemojen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen suhde on ymmärrettävissä vastavuoroisena säätelyjärjestelmänä. Potilaan läheisten negatiivinen käytös on siis ainakin osittain seurausta potilaan avuttomuudesta ja passiivisuudesta (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Silver ym., 1990). Samalla puolison tai muun läheisen ihmisen frustraatio on potilaalle merkki, joka todentaa hänen depressiivisen skeemansa (Guidano & Liotti, 1983). Näin on syytä olettaa, että kipuongelman laukaisemat positiiviset ja negatiiviset muutokset sosiaalisessa vuorovaikutuksessa voivat myös toimia välittävinä tekijöinä kivun ja masennuksen välisessä suhteessa. On luultavaa,

ettei sosiaalinen vuorovaikutus ole yhteydessä kipuun sinänsä, vaan se on kivun aikaansaamien toiminnanhaittojen välittämää. Lisäksi nimenomaan negatiivisen vuorovaikutuksen merkitys on todennäköisemmin positiivista ratkaisevampi (Harris, 1992; Silver ym., 1990; vrt. Monroe & Johnson, 1992).

3. Tutkimustehtävä: Ovatko psykososiaaliset voimavarat yhteydessä masentuneisuuteen pitkäaikaisissa kipuongelmissa?
 - 3.1. Ovatko psykososiaaliset voimavarat yhteydessä depressio-oireisiin?
 - 3.2. Välittääkö kivun ja sen seurausten kokeminen psykososiaalisten voimavarojen ja depressio-oireiden välistä yhteyttä?
 - 3.3. Ovatko psykososiaaliset voimavarat yhteydessä depressio-oireiden muutokseen?
 - 3.4. Ovatko psykososiaalisissa voimavaroissa tapahtuvat muutokset yhteydessä depressio-oireissa tapahtuviin muutoksiin?

Kun depressio määritellään koetun kivun sekundaarireaktioksi, jossa yksilön henkilökohtaiset tai sosiaaliset voimavarat toimivat säätelevinä tekijöinä (Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; ks. myös Hendler, 1984), on olennaista selvittää, mitkä voimavarat ovat yhteydessä yhtäältä kipuun ja sen välittömiin seurauksiin sekä toisaalta suoraan eri depressio-oireisiin. Tässä tarkoitettuja voimavaroja ovat yksilön sosiaaliseen integraatioon liittyvät tekijät (työmarkkina-asema, parisuhde), kipuongelman hoidettavuuteen liittyvä asennoituminen (locus of control eli hallinnan tunteen sijoittaminen) sekä käsitykset itsestä (koettu kompetenssi ja pystymättömyys) ja tulevaisuudesta (optimismi ja pessimismi). On siis syytä tarkastella erikseen sekä positiivisia että negatiivisia itseä ja tulevaisuutta koskevia kognitioita, koska edelleen on epäselvää, onko depressiivisyydessä kyse vain negatiivisen informaation (Clemmey & Nicassio, 1997; Holzberg ym., 1993; Kavanagh, 1992; Love, 1988; Segal & Gemar, 1997) vai sekä negatiivisen että positiivisen (esim. Pincus ym., 1998; Pyszczynski ym., 1987; ks. myös Kofta, 1993) informaation prosessoinnin häiriöstä. Samalla voimavaroja on syytä tarkastella kognitiivisen triadin (Beck, 1967) viitekehuksesta eli suhteessa myös elämäntilanteen kuvaukseen.

Voimavarojen yhteyttä masennukseen tarkastellaan kolmella tasolla. Voimavarat voivat olla yhteydessä samanaikaisesti esiintyvään masennukseen. Osa tästä yhteydestä voi siis välittyä myös siten, että voimavarat vaikuttavat masennukseen kivun ja sen välittömien seurausten kautta. Näin voimavaroja tarkastellaan suhteessa kivun seurauksia korostavaan välittävään malliin (tutkimustehtävä 2). Voimavaratekijät voivat myöskin ennustaa depressio-oireissa tapahtuvaa muutosta, jolloin niiden vaikutus mielialaan on korjautumisen todennäköisyyttä lisäävä. Beckin (1991; ks. myös Haaga, 1991) perusteella voidaan ennakoida, etteivät yksilön psyykkiset voimavaratekijät kuitenkaan ennusta depressio-oireiden muutosta, kun lähtötilanteen depressio on kontrolloitu, koska voimavarat eivät ole depressiosta riippumattomia. Kolmanneksi voimavaratekijöissä tapahtuva muutos voi olla myös yhteydessä samanaikaisesti depressio-oireissa tapahtuviin muutoksiin, jolloin niiden avulla voidaan kuvata

mielialan kohentumisen mekanismia. Tässä yhteydessä voidaan ennakoida, että kliinisen depression väistymistä ennustaa nimenomaan yksilön positiivisten kontrolliodotusten voimistuminen (ks. Guidano & Liotti, 1983).

4. Tutkimustehtävä: Poikkeavatko masentuneet kipupotilaat toisistaan sen mukaan, mihin kipupotilasryhmään he kuuluvat?

4.1. Miten depressio-oireita eniten omaavat kipupotilaat jakautuvat eri potilasluokkiin?

Potilasluokituksella (ks. taulukko 1, s. 5) tarkoitetaan tässä jakoa adaptiivisten, dysfunktionaalisten, ihmissuhteissa rasittuneiden ja ihmissuhteista eristäytyneiden potilaiden ryhmiin (ks. Estlander, 1992; Kuusinen, 2004; vrt. Turk & Rudy, 1988). Miten depressiiviset kipupotilaat jakautuvat kivun psykososiaalisella ulottuvuudella eriytyneisiin potilasryhmiin? Mikäli depressiiviset eivät sijoitu vain yhteen ryhmään, voidaan tätä jakoa käyttää erottamaan depressiiviset potilaat toisistaan kipuongelman ilmiön perusteella. On kuitenkin näyttöä, että nämä ryhmät poikkeavat toisistaan masentuneisuuden asteessa (McCracken ym., 1999), jolloin on otaksuttavaa, että depressiivisiä on enemmän dysfunktionaalisten ja ihmissuhteissa rasittuneiden kipupotilaiden ryhmissä.

4.2. Poikkeavatko eri potilasryhmiin kuuluvat depressiiviset kipupotilaat toisistaan sosiaaliseen integraatioon liittyvien tekijöiden (parisuhde, työmarkkina-asema) ja psyykkisten voimavarojen osalta?

Vaikka Turk & Rudyn (1988) kivun psykososiaalisen luokituksen avulla ei voida identifioida Beckin (1991) esittämiä diateesiryhmiä sinänsä, se voi heijastaa eroja elämäntilanteen eri puolien arvioinnissa ja voi jopa olla ainakin osittain samansuuntainen diateesin kanssa. Erotteleehan se toisistaan ne kipupotilaat, jotka näkevät kiputilanteen voittopuoleisesti henkilökohtaisen suoriutumisen ja sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden ongelmina. Joka tapauksessa kivun psykososiaaliseen profiiliin perustuva luokitus ennustaa kokonaisvaltaisesti kipupotilaan sopeutumista itse kipuongelmaan (Turk & Okifuji, 1999; Jensen ym., 2002). Miten luokittelu on yhteydessä psyykkisiin voimavaroihin, kun potilaat ovat depressiivisiä, tai miten yhtäältä depressiivisyys ja toisaalta kipupotilasluokitus vaikuttavat psyykkisiin resursseihin, ovat keskeisiä kysymyksiä, joihin tässä etsitään vastauksia.

On näyttöä, että potilasluokittelu on yhteydessä esimerkiksi hoitomyönteisyyteen (Reitsma & Meijler, 1997; Verhaak ym., 2000) sekä hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuuteen (Dahlsröm ym., 1997; Kuusinen, 2003, 2004; Talon ym., 1992, 2001; Turk ym., 1998a). Kuitenkaan ei liene tutkimustuloksia siitä, miten eri potilasryhmät poikkeavat toisistaan sellaisten psyykkisten resurssien osalta, kuten koettu kompetenssi ja pystymättömyys sekä yleistynyt optimismi ja pessimismi.

6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

6.1 Tutkittavat

Tutkimuksen poikittaisasetelman aineiston (N = 786) muodostavat henkilöt, jotka ovat olleet Kiipulan kuntoutuskeskuksessa joko kuntoutustutkimuksessa tai erilaisilla kuntoutuskursseilla. Kaikilla tuki- ja liikuntaelinkivut ovat merkittävästi heikentäneet työkykyä. Tutkimusaineistoon valittiin rekisteristä kaikki ne kuntoutujat vuosilta 1999-2002 (kesäkuu 1999 – joulukuu 2002), joilla kipua oli kestänyt yli puoli vuotta. Taulukossa 4 on tarkemmin tutkittavien jakautuminen eri kuntoutuspalveluihin. Tutkittavien ikä vaihteli 30 ja 60 vuoden välillä (ka = 51,5 vuotta, kh = 5,5 vuotta) ja heillä kipuongelma oli kestänyt keskimäärin 8,2 vuotta (kh = 7,8 vuotta). Aineisto vastaa hyvin alan amerikkalaisia tutkimuksia (esim. Rudy ym. 1988; Turk & Rudy 1988, 1990). 160 tutkittavaa ei kyennyt arvioimaan kipuongelman kestoa. Miehiä tutkittavista oli 236 (30,0 %) ja naisia 550 (70,0 %). Aineiston sukupuolijakauma ei täysin vastaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien esiintyvyyttä Suomessa, sillä ikävakioidusti yli 30-vuotiaista miehistä 36,2 %:lla ja naisista 44,4 %:lla on jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus (Aromaa ym., 1997). Näin sukupuolten tasaisempi jakautuminen tutkimusaineistossa vastaisi paremmin väestötason tilannetta. Tutkittavat jakaantuivat psykososiaalisiin kipupotilasryhmiin siten, että dysfunktionaaliset ja adaptiiviset muodostivat kaksi suurinta ryhmää ja vähiten potilaita oli ihmissuhteissa rasittuneiden ryhmässä. Tutkittavien luokittelusta kipuongelmansa perusteella eri psykososiaalisiin ryhmiin on raportoitu erillisessä tutkimusselosteessa (Kuusinen, 2004).

TAULUKKO 4 Tutkittavien jakaantuminen eri kuntoutuspalveluihin

Kuntoutuspalvelu	lkm.	%
Ikääntyvien pitkäaikaistyöttömien voimavarakuntoutus	47	6,0
Yksilöllinen kuntoutuslaitoshoitajakso	20	2,5
Niskakurssi	120	15,3
Tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssi	216	27,5
Kuntoutustutkimus	88	11,2
Työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus	295	37,5
yhteensä	786	100

Tutkittavista 446:lta oli joulukuussa 2002 myös käytettävissä toisen mittauskeran tiedot, ja tästä muodostettiin tutkimuksen pitkittäisasetelman aineisto. Tämä toinen mittaus suoritettiin kyseisen kuntoutusinterventio päätösvaiheessa, eli kuntoutusmuodosta riippuen 6–18 kuukautta ensimmäisen mittauksen jälkeen. Erilainen mittausväli ei osoittautunut ongelmalliseksi, koska muuttujissa tapahtunut muutos oli samanlaista eri kuntoutuspalveluissa (ks. Kuusinen, 2004). Kuntoutustutkimuksen ja yksilöllisen kuntoutuslaitoshoitojakson asiakkaista ei ollut käytettävissä lainkaan toista mittaustulosta, koska tätä toimintaa ei ole jaksotettu osiin. Osa poikittaistutkimusaineiston tutkittavista ei tässä vaiheessa ollut vielä päättänyt kuntoutusta. Varsinaista katoa oli tässä vaiheessa 26 tutkittavaa (3,3 % poikittaistutkimusaineistosta).

Taulukossa 5 on esitetty perustietoja sekä poikkileikkaus- että pitkittäisaineistosta. Miesten ja naisten välillä ei esiintynyt ikäeroja poikittais- ($t(782) = 0,652$; $p = .515$) eikä pitkittäisaineistossa ($t(442) = 0,622$; $p = .534$). Myöskään sukupuolieroja ei esiintynyt kivun keston suhteen ($t(624) = 1,115$; $p = .265$ / $t(359) = 0,641$; $p = .522$). Sen sijaan sukupuolten välillä esiintyi eroja kivun pääasiallisen sijainnin ($\chi^2(3) = 8,994$; $p = .029$), siviilisäädyn ($\chi^2(3) = 9,595$; $p = .022$) ja työmarkkina-aseman ($\chi^2(2) = 6,766$; $p = .034$) kohdalla. Miehistä 34,3 % ilmoitti kärsivänsä alaselkäkivuista ja 33,1 % niska-hartiakivuista, kun vastaavat luvut olivat naisilla 26,2 % ja 43,5 %. Miehistä 70,2 % oli avio- tai avoliitossa (naisista 72,5 %), 10,6 % (5,5 %) naimattomia, 17,4 % (17,6 %) eronneita ja 1,7 % (4,4 %) leskiä. Miehistä 76,4 % (naisista 84,1 %) oli työllisiä, 19,7 % (13,7 %) työttömiä ja 3,9 % (2,2 %) eläkkeellä olevia.

TAULUKKO 5 Perustiedot tutkittavista

		Poikittaistutkimusaineisto (N=786)	pitkittäistutkimusaineisto (N=446)
sukupuoli	miehiä	236 (30%)	130 (29%)
	naisia	550 (70%)	316 (71%)
ikä	miehet	51,6 (kh=5,4)	51,8 (kh=5,2)
	naiset	51,3 (kh=5,5)	51,5 (kh=5,2)
	yhteensä	51,4 (kh=5,5)	51,6 (kh=5,2)
kivun kesto	miehet	8,8 (kh=8,3)	9,0 (kh=8,1)
	naiset	8,0 (kh=7,6)	8,4 (kh=7,6)
	yhteensä	8,2 (kh=7,8)	8,6 (kh=7,7)
kivun pääasiallinen sijainti	alaselkä	225 (29%)	109 (24%)
	niska-hartiaseutu	317 (40%)	194 (44%)
	muu identifioitu	66 (8%)	35 (8%)
	ei identifioitu	178 (23%)	108 (24%)
työtilanne	työssä	639 (81%)	389 (87%)
	työtön	121 (15%)	53 (12%)
	eläkkeellä	21 (3%)	2 (0%)
siviilisäät	naimisissa tai avoliitossa	560 (71%)	320 (72%)
	naimaton	55 (7%)	33 (7%)
	eronnut	137 (17%)	74 (17%)
	leski	28 (4%)	14 (3%)
Kipupotilasryhmä ¹	dysfunktionaaliset	234 (30%)	118 (27%)
	ihmissuhteissa rasittuneet	114 (15%)	57 (13%)
	kipuongelmaan hyvin sopeutuneet	225 (29%)	147 (34%)
	ihmissuhteista eristyneet	175 (22%)	108 (25%)

¹ryhmittelyanalyysi ks. Kuusinen, 2004

6.2 Aineiston keruu

Kaikki tutkittavat täyttivät osana alkuarviota kyselylomakkeen, jonka instruktio annettiin joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Lisäksi instruktio esitetään lomakkeessa kirjallisessa muodossa. Instruktioon yhteydessä on mainittu se, että vastauksia käytetään myös nimettöminä tutkimustarkoituksiin. Lomakkeet täytettiin pääsääntöisesti muun toiminnan lomassa. Kyselylomake jaettiin kuntoutusjakson ensimmäisten päivien aikana ja täyttöaikaa annettiin yleensä seuraavaan päivään. Vastausten luotettavuutta parannettiin motivoimalla kuntoutujia vastaamaan kysymyksiin itsenäisesti. Kyselylomakkeiden kohdalla ei tapahtunut katoa osaksi jo sen takia, että tutkittavat olivat sitoutuneet täyttämään lomakkeet ja saamaan palautetta tilanteestaan jo hakeutuessaan kuntoutukseen.

Tutkittavat saivat myös kirjallisen palautteen vastauksistaan viikon sisällä. Tätä silmällä pitäen jokaisen tutkittavan tulokset on kirjattu vain psykologien käyttöön tarkoitettuun tietokantaan, josta yksilölliset palautteet voidaan tulostaa. Tästä tietokannasta poimittiin poikittaisasetelman otokseen joulukuun lopussa 2002 kaikki ne, joilla kipua oli kestänyt vähintään puoli vuotta. Pitkittäisasetelma muodostui puolestaan kaikista niistä, joilla oli lisäksi käytössä kuntoutuksen seurantajakson tulokset.

6.3 Tutkimusmenetelmät ja niiden luotettavuus

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselylomake sen takia, että tämä oli myös nopea tapa antaa palautetta tutkittaville. Taulukossa 6 on esitetty kaikki tutkimuksessa käytetyt käsitteet, summamuuttujien nimet, osioiden lukumäärät, alfakertoimet ja se, mistä kyselystä summamuuttuja on peräisin. Kuviossa 4 on summamuuttujat ryhmiteltynä Beckin (1967) esittämän kognitiivisen triadin mukaisesti. Lisäksi liitteessä 1 on osioiden sisältämät kysymykset ja väittämät summamuuttujittain. Liitteessä 2 on esitetty puolestaan muuttujien väliset yhteydet sekä Pearsonin tulomomenttikertoimen että Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen osalta. Alla on esitetty käytetyt summamuuttujat ryhmiteltynä sen mukaan, mistä lähteestä ne ovat peräisin, jotta summamuuttujien muodostamista ja luotettavuutta kuvaavat tilastolliset selvitykset on voitu esittää koostuneesti. Summamuuttujat muodostettiin yleisesti käytössä olleista pisteytysmuodoista poiketen ja sen tähden tässä on esitetty myös yhteenvedot konfirmatorisista faktorianalyyseistä.

TAULUKKO 6 Tutkimuksessa käytetyt muuttujat. Osiot summamuuttujittain on esitetty liitteessä 1

Mittattava käsite	Summamuuttujan nimi	osioita	alfa ¹	alfa ²	Mittari
Elämäntilanteen kuvaus: koettu kipu	Kipu	2	.90	.92	Suomen Selkäns-tituutin versio
Elämäntilanteen kuvaus: koetut haitat	Haitat	5	.89	.92	MPI testiä
Elämäntilanteen kuvaus: tunne, kuinka hyvin oma elämä hallinnassa	Elämänhallinta	2	.56	.58	
Elämäntilanteen kuvaus: tunne siitä, kuinka hyvin on onnistunut hallitsemaan kipua	Kivunhallinta	2	.65	.67	
Käsitys itsestä/elämäntilanteen kuvaus: koettu sosiaalinen tuki	Sosiaalinen tuki	3	.89	.90	
Elämäntilanteen kuvaus/ kuvaus negatiivisesta vuorovaikutuksesta puolison (tai muun läheisen ihmisen) kanssa.	Ymmärtämättömyys	3	.86	.85	
Elämäntilanteen kuvaus: kuvaus puolison huolehtivaisuudesta	Huolehtivaisuus	3	.65	.72	
Elämäntilanteen kuvaus: kuvaus puolison kannustavuudesta	Kannustavuus	3	.70	.73	
Elämäntilanteen kuvaus: kuvaus omasta aktiivisuudesta	Yleinen aktiivisuus	8	.69	.72	
Käsitys tulevaisuudesta: terveyteen liittyvän pessimismin välttäminen	Terveyspessimismi	2	.76	.72	Kroonisten kipujen potilaiden asennekysely
Käsitys itsestä/ tulevaisuudesta: asenne, että itse voin vaikuttaa terveyteen	Sisäinen hallinnan sijoittaminen	4	.65	.65	
Käsitys itsestä/ tulevaisuudesta: asenne, että muut voivat vaikuttaa minun terveyteeni	Ulkoisen hallinnan sijoittaminen	2	.76	.81	
Käsitys itsestä/ tulevaisuudesta: asenne, että terveys on vaikuttamisen ulkopuolella	Sattumausko	3	.75	.79	
Käsitys itsestä: kokemus itsestä kompetenttina/ pystyvänä	Kompetenssi	4	.77	.85	Self-Performance
Käsitys itsestä: pystymättömyyden tunteen välttäminen	Pystymättömyys	4	.80	.78	
Käsitys tulevaisuudesta: optimistinen asennoituminen tulevaisuuteen	Optimismi	3	.57	.57	Life Orientation Test Revised
Käsitys tulevaisuudesta: pessimistinen asennoituminen tulevaisuuteen	Pessimismi	3	.70	.77	
Mielialan kuvaus: kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet	Kognitiivis-affektiiviset oireet	14	.88	.86	Beckin depressio-oireet
Mielialan kuvaus: somaattis-behavioraaliset depressio-oireet	Somaattis-behavioraaliset oireet	6	.60	.66	

alfa¹: Summamuuttujan Chronbachin alfakerroin ensimmäisessä mittauksessa

alfa²: Summamuuttujan Chronbachin alfakerroin toisessa mittauksessa

6.3.1 Kipu, sen haittaavuus, hallinnantunne, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus

West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI tai lyhyemmin MPI) on suunniteltu mittaamaan kivun psykososiaalisia ja osin behavioraalisia piirteitä, ja se perustuu kognitiivis-behavioraaliseen viitekehukseen (Kerns ym., 1985). Suomalaisessa versiossa on 35 osiota (SIMPI-kipumittari; Estlander, 1992), jotka muodostavat 9 summamuuttujaa, jotka puolestaan jaetaan kolmeen nimeämättömään osaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin pisteytysjärjestelmänä Kuusisen (2000) esittämää menetelmää, jossa alkuperäinen hallinta-asteikko on jaettu erillisiin elämänhallinta- ja kivunhallinta-asteikkoihin ja kysymys numero 15 on siirretty kipuasteikolta haitta-asteikkoon. Amerikkalainen versio koostuu 61 osiosta, jotka muodostavat 12 asteikkoa. Alkuperäinen versio sisältää myös 9 skooraaamaton kysymystä, joita on vaihtelevassa määrin käytetty hyväksi muissa versioissa. Alkuperäisen (Kerns ym., 1985; Bernstein ym., 1995; Riley ym., 1999) sekä eri käännösten (Flor ym., 1990; Bergström ym., 1998; Lousberg ym., 1999; Kuusinen, 2000) psykometriset ominaisuudet ovat osoittautuneet vähintään tyydyttäväiksi.

Osan 1 (kipu, haitat, hallinta, psyykinen rasittuneisuus ja sosiaalinen tuki) osalta testattiin sekä alkuperäinen (Estlander, 1992) että muokattu (Kuusinen, 2000) pisteytysjärjestelmä. Molemmista tapauksissa χ^2 -testi hylkää ratkaisun (alkuperäinen: $\chi^2(125) = 597,625$; $p < .001$ vs. muokattu: $\chi^2(120) = 390,792$; $p < .001$) ja yhteensopivuusindeksi puoltaa ratkaisuja (AGFI = 0.98 vs. AGFI = 0.98). Molemmissa malleissa esiintyy myös approksimointivirhettä yleisesti hyväksytyä raja-arvoa (.080) vähemmän (RMSEA = 0.073 vs. 0.056). Muokattuun järjestelmään perustuva ratkaisu selittää kuitenkin alkuperäistä ratkaisua paremmin havaittua polykorista korrelaatiomatriisia ja sen estimaattoreiden asymptoottista kovarianssimatriisia (AIC = 689,625 vs. 492,792), joten estettä muokatun pisteytysjärjestelmän käyttämiselle ei ole osassa 1.

Osassa 2 (puolison ymmärtämättömyys, huolehtivaisuus ja kannustavuus) testattiin vain alkuperäinen pisteytysjärjestelmä sellaisenaan. Summamuuttujien käytön suhteen on oltava kuitenkin varauksellinen ($\chi^2(24) = 261,760$; $p < .001$; AGFI = 0.95; RMSEA = 0.117). Virhekovarianssin määrä jää siis yli sallitun raja-arvon. Mallin yhteensopivuuden kannalta ongelmaksi nousee lähinnä väittämän ”puoliso (tai muu läheinen ihminen) yrittää saada minut tekemään jotain” yhteys ymmärtämättömyys-faktoriin (ks. myös Kuusinen, 2000). Osan 3 ”yleinen aktiivisuus” summamuuttuja voidaan sen sijaan hyväksyä ilman varauksia ($\chi^2(20) = 72,062$; $p < .001$; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.060).

6.3.2 Kognitiivis-affektiiviset ja somaattis-behavioraaliset depressio-oireet

Depression itsearviointimenetelmien luotettavuutta on kritisoitu ja psykososiaalisen haastattelun avulla (esim. DSM-III-R) tapahtuvan asiantuntija-arvion merkitystä on korostettu (esim. Flores ym., 1997). Beckin depressiokysely (BDI: Beck ym., 1961, 1988) on 21-kohtainen depression itsearviointimenetelmä, joka sisältää kognitiivisia, affektiivisia, biologisia, sosiaalisia ja behavioraalisia oireita kuvaavia muuttujia. Näille osa-alueille ei ole annettu testissä samaa painoarvoa, vaan kognitiiviset ja affektiiviset oiremuuttujat muodostavat enemmistön kaikista 21:stä muuttujasta. BDI:n on havaittu korreloituvan hyvin asiantuntija-arvioihin perustuvien mittareiden kanssa (Faravelli ym., 1986) sekä omaavan erinomaisen sensitiivisyyden ja spesifisyyden, kun vertailupohjana ovat olleet juuri DSM-luokitukseen liittyneet haastattelut ja diagnoosit (Willenbring, 1986; Oliver & Simmons, 1984; Lustman ym., 1997). Yleensä testistä muodostetaan yksi summamuuttuja, jonka arvo voi vaihdella välillä 0-63. Testin yhteispistemäärä on mm. merkittävässä yhteydessä suisidaalisiin intentioihin (van Gastel ym., 1997).

Vaikka somaattisten osioiden poistaminen ei lisäisikään depressiomittareiden luotettavuutta (Aikens ym., 1999; Geisser ym., 1997; Turk & Okifuji, 1994; Wilson ym., 2001), voi depression kognitiivinen struktuuri kipupotilaillaikin olla paremmin tunnistettavissa silloin, kun jako depressiivisiin ja ei-depressiivisiin suoritetaan vain kognitiivis-affektiivisten oireiden kautta (Calfas ym., 1997). Näin tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään erillisiä BDIPSY (kognitiivis-affektiiviset oireet) ja BDISOM (somaattis-behavioraaliset oireet) muuttujia (ks. Clark & Steer, 1994; Lisspers ym., 1997; Louks ym., 1989; Lustman ym., 1997; Morley ym., 2002; Peck ym., 1989; Schotte ym., 1997; Turk ym., 1998b; Wesley ym., 1991).

BDIPSY muodostuu osioista 1-14 ja BDISOM osioista 15-18, 20 ja 21 (osio 19 poistettiin reliabiliteettia heikentävänä). Yhden ja kahden faktorin ratkaisut testattiin konfirmatorisella faktorianalyysillä. Molemmassa tapauksissa χ^2 -testi hylkää ratkaisun (yhden faktorin ratkaisu $\chi^2(170) = 452,651$; $p < .001$ vs. kahden faktorin ratkaisu $\chi^2(169) = 419,323$; $p < .001$), yhteensopivuusindeksi puoltaa ratkaisuja (AGFI = 0.97 vs. AGFI = 0.98), ja molemmissa malleissa approksimointivirheen määrä alittaa yleisesti hyväksytyyn raja-arvon .080 (RMSEA = 0.046 vs. 0.043). Kahden faktorin ratkaisu selittää kuitenkin yhden faktorin ratkaisua paremmin havaittua polykorista korrelaatiomatriisia ja niiden estimaattoreiden asymptoottista kovarianssimatriisia ($\chi^2(1) = 33,328$; $p < .001$), joten estettä kahden erillisen depressio-muuttujan käyttämiselle ei ole.

6.3.3 Yleistynyt käsitys tulevaisuudesta

Positiivisia ja negatiivisia tulosodotuksia, eli optimismia ja pessimismia, mitattiin dispositonaalisen optimismin mittarilla (LOT-R; Scheier ym., 1994). LOT-R sisältää 10 osiota, joista kuusi pisteytetään (kolmen osion pisteytys käännetään, kun lasketaan vain yksi summamuuttuja). Suomennoksen on tehnyt Kristiina

Härkäpää (1995). Kirjallisuudessa esitetään, etteivät optimismi ja pessimismi ole saman ulottuvuuden eri ääripäitä, vaan erillisiä konstruktioita (ks. Chang & Bridewell, 1998; Marshall & Lang, 1990; Peterson, 2000; Schulz ym., 1996; Robinson-Whelen ym., 1997). Siksi tässä tutkimuksessa käytettiin erillisiä optimismia ja pessimismia kuvaavia muuttujia. LOT-R:n faktorirakenne testattiin erikseen yhden ja kahden faktorin ratkaisulla. Molemmissa tapauksissa χ^2 -testi hylkää ratkaisun (yhden faktorin ratkaisu $\chi^2(9) = 68,245$; $p < .001$ vs. kahden faktorin ratkaisu $\chi^2(8) = 46,042$; $p < .001$) ja yhteensopivuusindeksi puoltaa ratkaisuja (AGFI = 0.97 vs. AGFI = 0.98). Yhden faktorin ratkaisussa approksimointivirheen määrä ylittää yleisesti hyväksytyyn raja-arvon .080 (RMSEA = 0.095). Kahden faktorin ratkaisussa approksimointivirheen määrä on hyväksyttävissä rajoissa (RMSEA = 0.080). Kahden faktorin ratkaisu selittää yhden faktorin ratkaisua paremmin havaittua polykorista korrelaatiomatriisia ja niiden estimaattoireiden asymptoottista kovarianssimatriisia ($\chi^2(1) = 22,203$; $p < .001$), joten esteitä kahden erillisen faktorin käytölle ei ole.

6.3.4 Koettu kompetenssi ja pystymättömyys

Myös yksilön pystyvyysodotusten kohdalla oletettiin, etteivät koettu kompetenssi ja pystymättömyys ole saman dimension eri ääripäitä. Näitä erillisiä käsitteitä mitattiin Self-Perfomance Survey-kyselyllä (SPS: Wallston, 1992). Tekijän mukaan mittari kuvaa yksilön itsearvostusta. Mittarin suomennoksen on tehnyt Kristiina Härkäpää (1995). Se sisältää 8 kysymystä, joista neljä on sanamuodoiltaan negatiivisia ja yleensä nämä käännetään ennen pisteyttämistä. Mittaria käytetään yleensä siis yksiulotteisena, mutta tässä tutkimuksessa laskettiin erikseen koettua kompetenssia ja pystymättömyyttä mittaavat muuttujat. Peräkäistestin perusteella ($\chi^2(1) = 64,761$; $p < .001$) kahden faktorin ratkaisu ($\chi^2(19) = 28,883$; $p = .068$; AGFI = 0.99; RMSEA = 0.027) osoittautui myös yhden faktorin ($\chi^2(20) = 93,644$; $p < .001$; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.071) ratkaisua toimivammaksi.

6.3.5 Terveysteen liittyvä pessimismi, hallitsemattomuuden tunne sekä koettu oma ja terveydenhuollon vastuu terveyden vaalimisesta

Kroonisten kipupotilaiden asennekyselystä (Estlander & Härkäpää, 1985) muodokattiin neljä erillistä summamuuttujaa. Terveysoptimismiesteikolta valittiin kaksi terveyden parantumisen toivottomuutta kuvaavaa väittämää ("En varmaan parane koskaan" ja "En tule pääsemään eroon kivuista vaikka yrittäisin mitä tahansa"), joista muodostettiin vastausten keskiarvoon perustuva summamuuttuja. Tällä valinnalla haluttiin välttää samassa summamuuttujassa olevien positiivisten ja negatiivisten osioiden mahdollisesti aiheuttama käsitteellinen epävarmuus.

Alkuperäisistä hallinnantunteen sijoittamisen (locus of control) asteikoista muodostettiin käsitteellisesti suppeammat ja rajatummat muuttujat. Tulosten tulkinnan yksinkertaistamiseksi sisäisen hallinnantunteen sijoittamisen asteikossa pyrittiin tuomaan esille vain ihmisen henkilökohtaiseen vastuuseen

liittyvä ulottuvuus. Näin pyrittiin minimoimaan yksilön omaan toimintaan liittyvän tulosodotuksen näkyminen muuttujassa. Ulkoisen hallinnansijoittamisen muuttujaan valittiin myös vain ne osiot, joissa kuvastui muiden ihmisten vastuu potilaan terveyden vaalimisesta. Myös tällä tarkennuksella pyrittiin saamaan esille yksilön kokema attribuutio vastuusta ilman, että siinä korostuisi odotus toiminnan tuloksellisuudesta. Tunnetta terveydentilan hallitsemattomuudesta mitattiin asennekyselyn sattumauskoisuus-summamuuttujalla. Alkuperäisestä summamuuttujasta kuitenkin poistettiin epävarmuuteen ja luonnonmukaiseen hoitoon vihjaavat osiot ja jätettiin vain ne kaksi osiota, jotka selkeästi viittaavat terveyden riippuvan onnesta tai sattumasta. Tämän supistetun mittarin (neljä faktoria, yhteensä 11 muuttujaa) osalta konfirmatorisessa faktorianalyysissä ratkaisuisissa χ^2 -testi hylkää ratkaisun ($\chi^2(38) = 133.415$; $p < .001$), mutta yhteensopivuusindeksit puoltavat ratkaisua (RMSEA = 0.059; AGFI = 0.98), joten koska myös alfa-kertoimet ovat tyydyttävät, summamuuttujia voidaan pitää riittävän reliabeleina.

6.4 Tilastolliset menetelmät

Summamuuttujien rakennevaliditeetin tilastolliset testaukset, jotka käsittävät siis myös "Tutkimusmenetelmät ja niiden luotettavuus"-luvussa esitetyt konfirmatoriset faktorianalyysit, suoritettiin LISREL 8.53 -ohjelmalla (Jöreskog & Sörbom, 1996a). Muuttujien diskreettisyyden ja jakaumien ei-normaalisuuden takia jokaista osiota kohdeltiin järjestysasteikollisena muuttujana. Analyyseissä käytetyt polykoriset korrelaatiokertoimet ja niiden estimaattoreiden asymptootiset kovarianssimatriisit laskettiin PRELIS 2.53 -ohjelmalla (Jöreskog & Sörbom, 1996b). Parametrien estimoinnissa käytettiin tässä painotettua pienimmän neliösumman menetelmää (Weighted Least Squares). Myös polkumallien testaukseen käytettiin LISREL 8.53 ohjelmaa, nyt kuitenkin käyttäen suurimman uskottavuuden menetelmää (Maximum Likelihood). Polkumalleissa käytetyt kovarianssimatriisit laskettiin edelleen PRELIS 2.53 ohjelmalla (Jöreskog & Sörbom, 1996b).

Mallien tilastollinen merkitsevyys arvioitiin χ^2 -testin merkitsevyydestä tarkastelulla sekä RMSEA ja AGFI -indeksien avulla. Mallin sopivuuden kuvaajana χ^2 perustuu olettamukseen, että malli sopii tarkalleen tiettyyn populaatioon, mikä on vaatimuksena kohtuuton useimmissa tutkimuksissa, joissa otoskoko on suuri (Jöreskog & Sörbom, 1993). Siksi pääpaino tilastollisessa tarkastelussa olikin RMSEA ja AGFI -indekseissä, joiden kohdalla käytettiin yleisesti hyväksytyjä raja-arvoja (RMSEA < 0.8; AGFI > 0.90). Kilpailevien mallien paremmuuden arviointiin käytettiin sisäkkäisten mallien ollessa kyseessä χ^2 -arvojen peräkkäis testiä sekä muissa tapauksissa AIC-indeksiä (pienimmän arvon saanut malli selittää parhaiten havaittua kovarianssia).

AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) on yleistynyt yhteensopivuusindeksi, joka kuvaa mallin selityskykyä ja on lisäksi riippumaton otoskoosta. AG-

FI:n arvo voi vaihdella välillä 0-1, luvun 1 kuvatessa tilannetta, jossa estimoitu malli selittää täydellisesti havaitun kovarianssimatriisin. RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) kuvaa mallin sisältämää approksimointivirhetä ja ottaa huomioon laskennassa vapausasteet. Liian suuret arvot (yli 0.8) kuvaavat sitä, että malli on liian yksinkertainen selittämään havaittua kovarianssimatriisia. Akaiken informaatiokriteeri (Akaike's Information Criterion) kuvaa mallin sopivuutta suhteessa säästäväsyyssperiaatteeseen. Tällöin malli saa sitä pienemmän arvon, mitä säästäväisempi se on estimoitujen parametrien osalta ja mitä paremmin se samalla selittää havaittua kovarianssimatriisia.

Tulososan polkumallien ja konfirmatorisen faktorianalyysin suorittamisessa käytettiin kahta lähestymistapaa (ks. Jöreskog & Sörbom, 1993). Kipupersoonamallin testaamisessa (tutkimusongelma 1.1) sovellettiin puhdasta konfirmatorista lähestymistapaa (SC: strictly confirmatory), jossa malli testattiin vain sellaisenaan. Tällöin vaihtoehtoisia malleja ei pyritty identifioimaan. Kivun ja masennusoireiden ajallisten yhteyksien (tutkimusongelma 1.2) sekä kivun ja masennuksen välittävän mallin (tutkimusongelmat 2.1 ja 2.2) poikkileikkausasetelman analyysit suoritettiin puolestaan mallien muodostamisen lähtökohdasta (MG: model generating). Tällöin malleihin voitiin tehdä muutoksia. Muutokset koskivat joko tilastollisesti ei-merkitsevien polkujen poistoa tai polkujen lisäämistä. Jokainen malliin tehty lisäys tehtiin modifikaatioindeksien perusteella yksi kerrallaan käyttäen kriteereinä a) χ^2 -arvon suurinta pienentymistä ja b) lisäyksen teoreettista mielekkyyttä. Mikäli suurimman modifikaatioindeksin saanut polku ei ollut teoreettisesti mielekäs, valittiin seuraavaksi suurimman arvon omaava. Välittävien mallien testaukset pitkittäisasetelmassa suoritettiin myös puhdasta konfirmatorista otetta soveltaen. Tällöin haluttiin vain testata poikittaisasetelmassa muodostettujen mallien oletuksia pitkittäisasetelmassa.

Ristiintaulukoinnit, korrelatiiviset tarkastelut, regressioanalyysit sekä varianssi- ja kovarianssianalyysit suoritettiin SPSS 11.0.1 ohjelmistolla. Ristiintaulukointien yhteydessä käytettiin todennäköisyysuhteen perusteella laskettua χ^2 -arvoa ja sen merkitsevyydestä tarkastelua. Regressionanalyysissä käytettiin hierarkkista lineaarista menetelmää, jossa muuttujat lisättiin malliin askelittain.

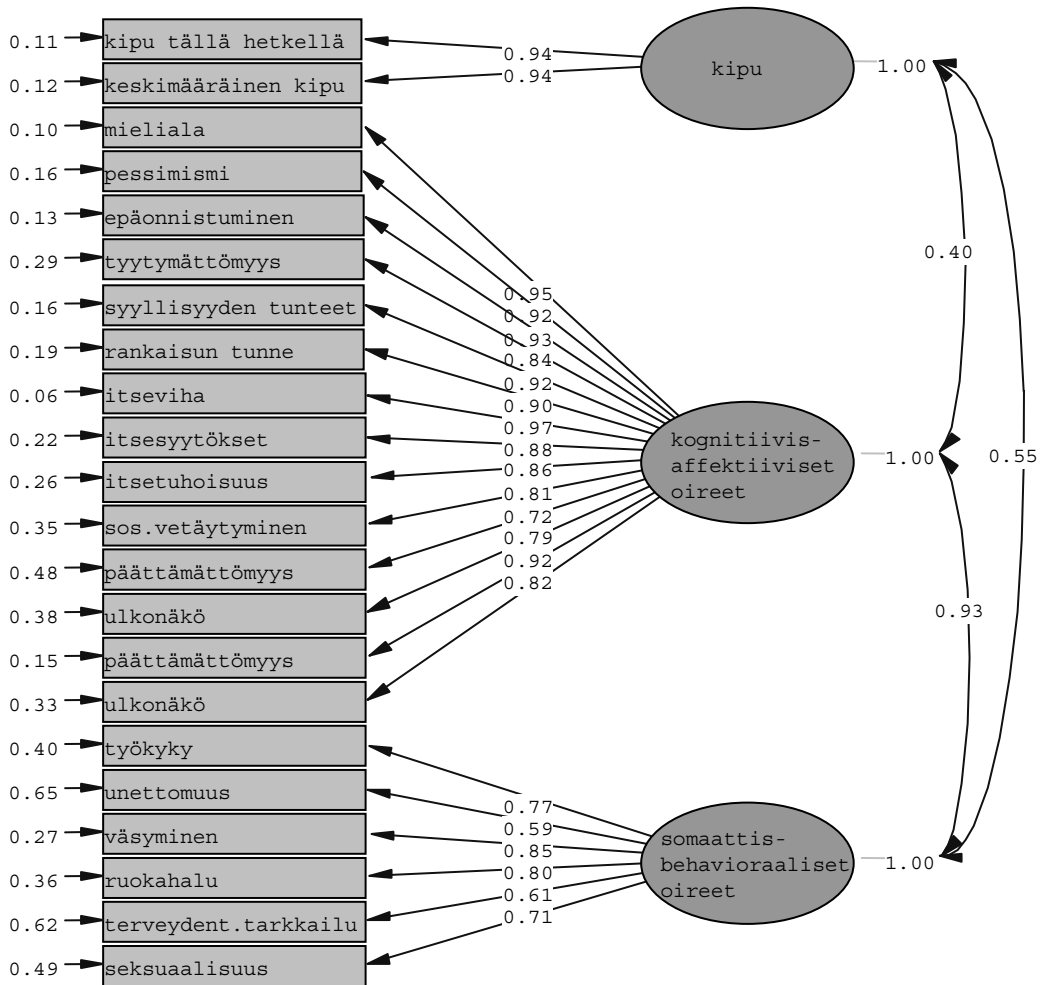
Varianssi- ja kovarianssianalyysit suoritettiin GLM (General Linear Model) -mallinnoksilla. Tässä yhteydessä haluttiin selville vaikutusten tilastollisen merkitsevyyden lisäksi vaikutuksen voimakkuus. Tämän osoittimena käytettiin η^2 -arvoa. Voimakkuus arvioitiin tässä käyttäen Cohenin (1988) esittämiä raja-arvoja: .01-.06 = riippumattoman muuttujan vaikutus pieni; .06-.14 = riippumattoman muuttujan vaikutus kohtalainen; arvo yli .14 = riippumattoman muuttujan vaikutus suuri.

7 TULOKSET

7.1 Pitkäaikainen kipu ja depressio erillisinä ilmiöinä

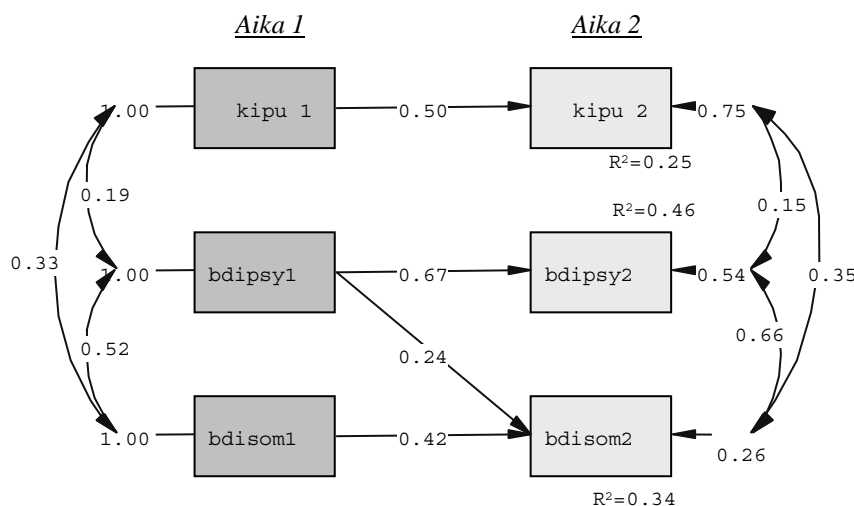
Kipupersonamallin poissulkemiseksi (tutkimusongelma 1.1) suoritettiin konfirmatorinen faktorianalyysi poikittaistutkimusasetelmassa, jossa muuttujiksi valittiin kaksi kipua, 14 kognitiivis-affektiivisia ja 6 somaattis-behavioraalisia depressio-oireita kuvaavaa osiota, jotka muodostavat vastaavat summamuuttujat. Oletettuna mallina (kuvio 5) oli osioiden latautuminen vain ko. summamuuttujan muodostamalle faktorille. Vaikka χ^2 -testi hylkää ratkaisun, se voidaan hyväksyä muiden yhteensopivuusindeksien puoltaessa ratkaisua ($\chi^2(206) = 517,41$; $p < .001$; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.047). Kun myös faktorien välinen korrelaatio jäi itsearvoltaan alle yhden, voidaan päätellä kivun ja eri depressio-oireiden muodostamien kokonaisuuksien olevan erillisiä ilmiöitä. Kipu on voimakkaammin yhteydessä somaattis-behavioraalisiin oireisiin.

Tämän jälkeen selvitettiin polkuanalyysillä kivun ja depressio-oireiden välisiä ajallisia yhteyksiä pitkittäistutkimusasetelmassa (tutkimusongelma 1.2). Malliin lisättiin aluksi polut siten, että alkutilanteen kipu ja kognitiivis-affektiivisten ja somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden summamuuttujat asetettiin selittämään kaikkia vastaavia toisen mittauskerran (seurantajakson) summamuuttujia. Yksi kerrallaan tilastollisesti ei-merkitsevät polut poistettiin analyysistä ja näin muodostettu uusi malli estimoitiin aina uudelleen. Modifikaatioindeksien perusteella mallissa vapautettiin selitettävien muuttujien väliset virhekovarianssit estimoitaviksi. Kuviossa 6 on näin syntynyt malli ($\chi^2(5) = 9,46$; $p = .092$; AGFI = 0.97; RMSEA = 0.045). Ristikkäisistä vaikutuksista tilastollisesti merkitseväksi jäi vain alkutilanteen kognitiivis-affektiivisten ja päätös-vaiheen somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden välinen polku. Näin kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet ennustivat myöhempää somaattis-behavioraalista oireilua. Alkutilanteen kipu ei ennustanut myöhempää depressiivisyyttä.



KUVIO 5 Kipu ja depressio-oireet erillisinä konstruktiona: faktorirakenne, -lataukset sekä faktorien väliset korrelaatiot

Pitkäaikainen kipuongelma ja depressio ovat siis erillisiä ulottuvuuksia. Lisäksi ajallisessa tarkastelussa tuli ilmi, ettei yhtäältä kipu ennusta tulevaa depressiivisyyttä eikä toisaalta depressiivisyydestä tulevaa kipua. Kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet ennustivat tulevaa somaattis-behavioraalista oireilua.

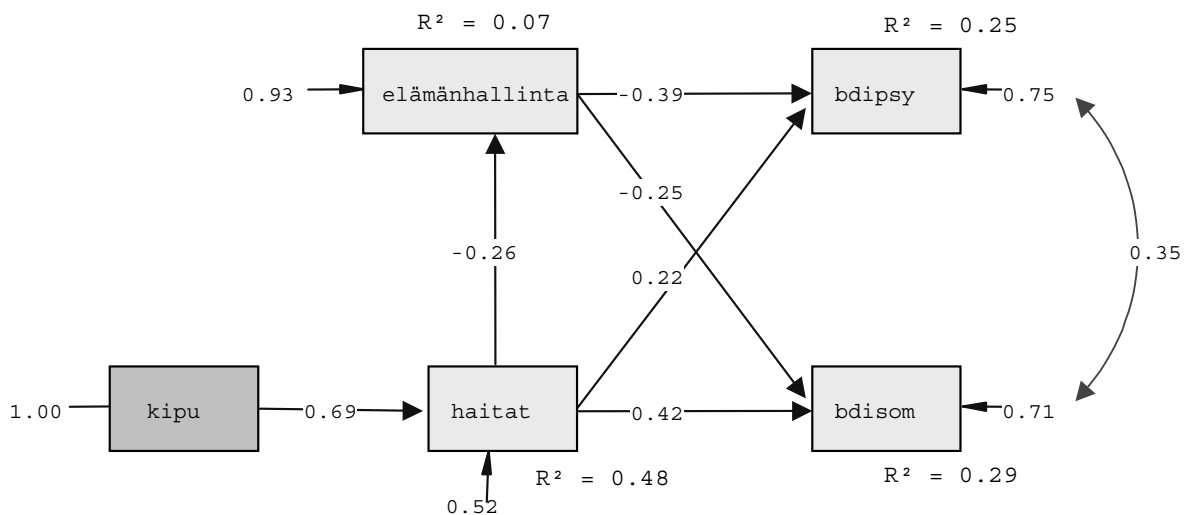


KUVIO 6 Kivun ja depressio-oireiden väliset ajalliset yhteydet pitkittäisasetelmassa. Standardoidut regressiokertoimet. Jokainen polku on tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$). bdipsy =kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; bdisom = somaattis-behavioraaliset depressio-oireet.

7.2 Pitkäaikaisen kivun seuraukset välittävinä tekijöinä

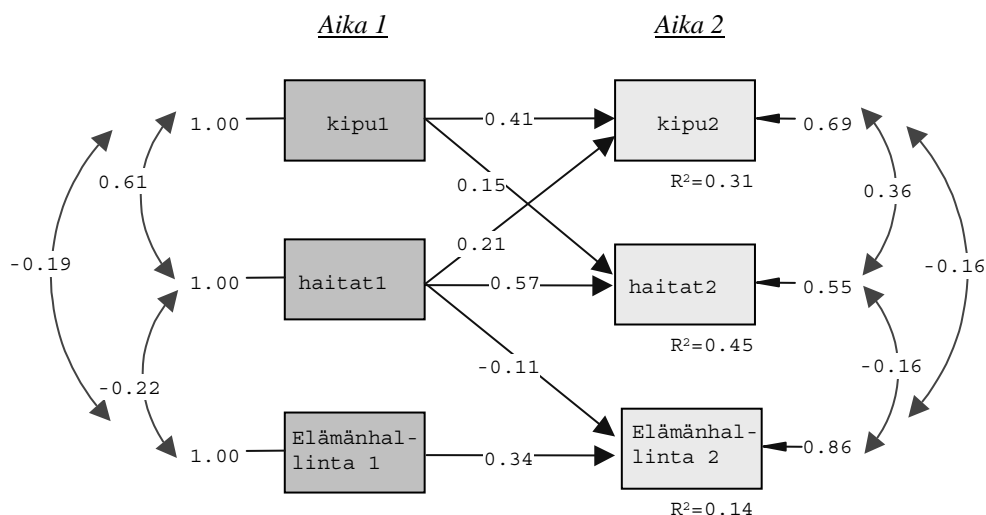
Toisen tutkimustehtävän puitteissa selvitettiin aluksi, toimivatko yksilön kokemat toiminnanhaitat sekä elämäntunne välittävinä tekijöinä pitkäaikaisen kivun ja depressio-oireiden välillä (tutkimusongelma 2.1). Malli, jossa sekä haittojen että elämäntunne välittivät kivun ja depressio-oireiden välistä yhteyttä, testattiin ensiksi poikittaistutkimusasetelmassa. Menetelmänä käytettiin polkuanalyysia, jossa eri depressio-oireiden välinen virhekovarianssi vapautettiin estimoitavaksi.

χ^2 -testi hylkää oletetun ratkaisun, ja ratkaisussa on myös liiallista approksimointivirhettä ($\chi^2(3) = 25,278$; $p < .001$; AGFI = 0.93; RMSEA = 0.100; AIC = 49.092). Modifikaatioindeksien perusteella lisättiin polku koetuista haitoista elämäntunneeseen, jolloin puolestaan polku kivun ja elämäntunne välillä ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä. Se poistettiin ja malli estimointiin uudelleen. Näin saatu malli (kuviokuva 7) voitiin hyväksyä ($\chi^2(3) = 6,122$; $p = .106$; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.037; AIC = 30.097). Voimakkaampi kivun kokeminen on siis yhteydessä voimakkaampaan haittaavuuden kokemiseen, mikä puolestaan on yhteydessä vähäisempään elämäntunneeseen. Mitä voimakkaampi haittaavuuden kokeminen ja vähäisempi elämäntunne, sitä voimakkaampia depressio-oireita yksilöllä on. Kognitiivis-affektiivisia depressio-oireita ennustivat voimakkaampi alentunut elämäntunne ja somaattis-behavioraalisia oireita runsaammat koetut haitat.



KUVIO 7 Depressio kroonisen kivun sekundaarireaktiona: muunnettu välittävä malli poikittaistutkimusasetelmassa. Standardoidut kertoimet. Jokainen polku on tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$). bdipsy =kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; bdisom = somaattis-behavioraaliset depressio-oireet.

Välittävän mallin oletuksia testattiin myös pitkittäisasetelmassa. Aluksi tutkittiin kivun, haittojen ja elämäntunneen ajallisia yhteyksiä siten, että analyysiin valittiin jokaisesta kolmesta ilmiöstä sekä ensimmäisen mittauskerran että toisen mittauskerran muuttujat. Toisen mittauskerran muuttujien välillä sallittiin virheiden korreloiminen ja näin estimoitiin kunkin muuttujaparin virhekovarianssit. Mallin rakentamisessa lähdettiin liikkeelle välittävän mallin oletuksista: ensimmäisen mittauskerran kivun katsottiin olevan yhteydessä toisen mittauskerran kipuun ja haittaavuuteen. Ensimmäisen mittauskerran haittaavuuden katsottiin puolestaan olevan yhteydessä paitsi toisen mittauskerran haittaavuuteen, myös elämäntunneeseen. Ensimmäisen mittauskerran elämäntunneen oletettiin olevan yhteydessä vain toisen mittauskerran elämäntunneeseen. Oletettu malli ei kuitenkaan ollut tilastollisesti hyväksyttävissä ($\chi^2(4) = 21,01; p < .001$; AGFI = 0.92; RMSEA = 0.100). Modifikaatioindeksit puolsivat ensisijaisesti polkua ensimmäisen mittauskerran haittojen ja toisen mittauskerran kivun välille. Polku lisättiin ja näin saatu malli (kuvio 8) voitiin myös tilastollisesti hyväksyä ($\chi^2(3) = 4,09; p = .252$; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.029). Kivun ja haittaavuuden kokemisen vaikutus toisiinsa on siis molemminpuoleinen: kipu ennustaa haittoja ja päinvastoin. Suuremmat toiminnanhaitat ennustavat puolestaan alhaisempaa elämäntunnetta.

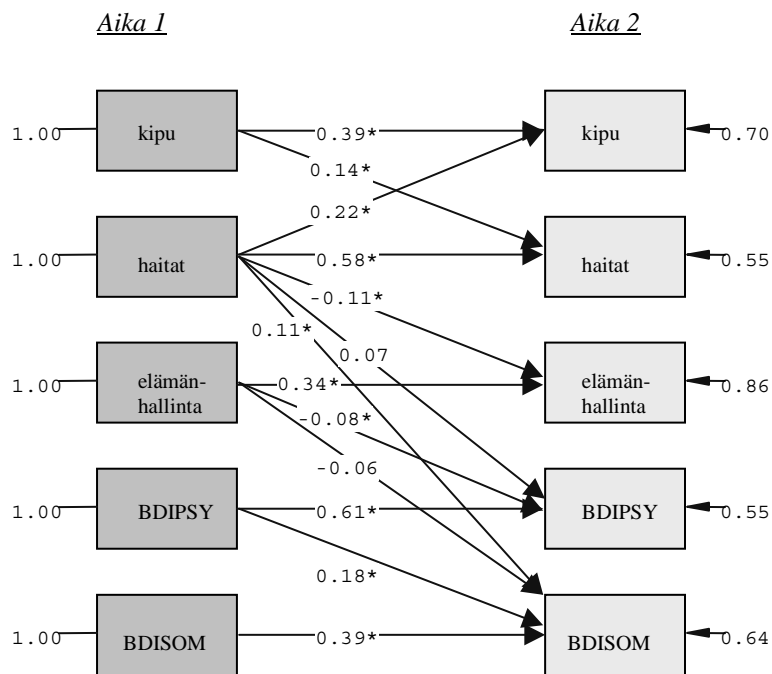


KUVIO 8 Kivun, haittojen ja elämänhallinnan tunteen väliset ajalliset yhteydet pitkittäisasetelmassa. Standardoidut regressiokertoimet. Jokainen polku on tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$).

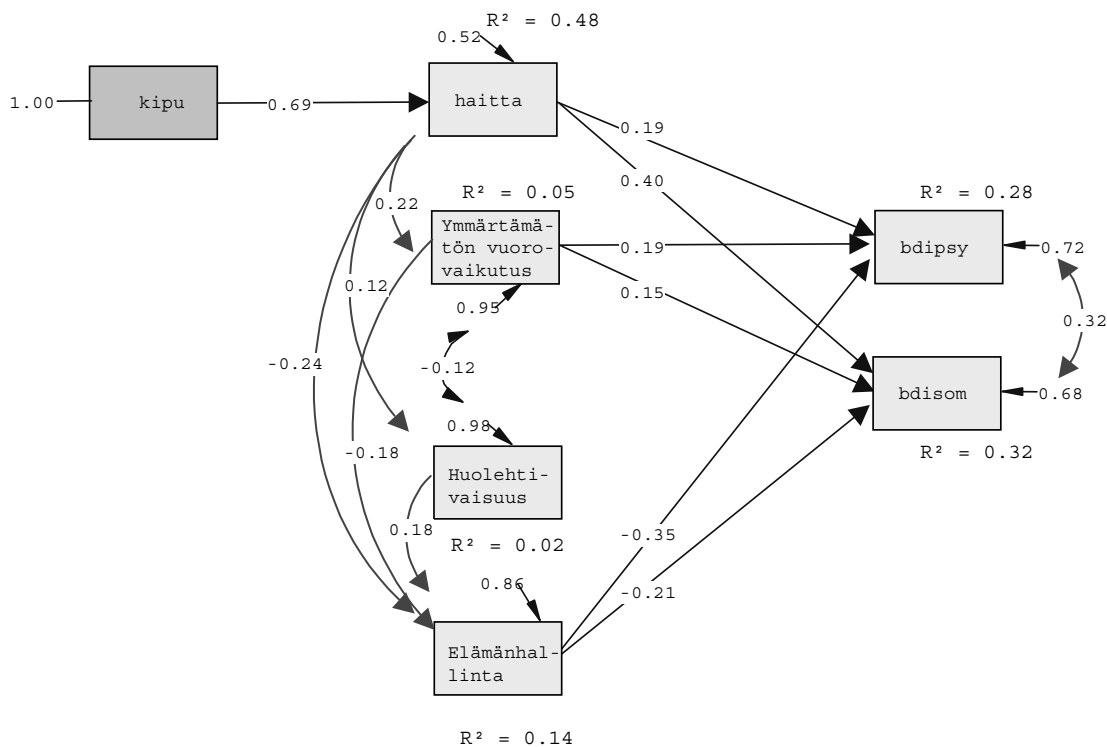
Tämän jälkeen ajallisten yhteyksien tarkasteluun pitkittäistutkimusasetelmassa lisättiin depressio-oireita kuvaavat muuttujat. Mallin muodostamisessa käytettiin edellä kuvattua menetelmää, jossa lähtökohtana olivat välittävän mallin oletukset, mutta johon oli lisätty ristikkäiset vaikutukset kivun ja haittojen välille. Malli voitiin tilastollisesti hyväksyä ($\chi^2(12) = 12,98$; $p = .371$; AGFI = 0.97; RMSEA = 0.013). Mallissa (kuvio 9) toisen mittauskerran kognitiivis-affektiivisiä depressio-oireita ennustivat ensimmäisen mittauskerran oireet sekä elämänhallinnantunne. Somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden kohdalla toista mittauskerran ennustivat paitsi ensimmäisen mittauksen oireiden määrä, myös ensimmäisen mittauksen kognitiivis-affektiiviset oireet sekä koetut haitat. Polut ensimmäisen mittauskerran haitoista toisen mittauskerran kognitiivis-affektiivisiin oireisiin ja ensimmäisen mittauskerran elämänhallinnan tunteesta toisen mittauskerran somaattis-behavioraalisiin oireisiin eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Malli selittää toisen mittauskerran kivuista 30 %, haitoista 45 %, elämänhallinnan tunteesta 14 %, kognitiivis-affektiivisistä depressio-oireista 45 % ja somaattis-behavioraalista oireista 36 %.

Tämän jälkeen selvitettiin, välittävätkö yksilön havainnot sosiaalisesta vuorovaikutuksesta kivun vaikutusta depression (tutkimusongelma 2.2). Myös tätä tutkittiin polkuanalyysillä. Mallin rakentaminen aloitettiin siten, että analyysiin otettiin mukaan kolme sosiaalisen vuorovaikutuksen kuvaajaa (koettu puolison tai muun läheisen ihmisen osoittama ymmärtämättömyys, avuliaisuus ja kannustavuus), joihin asetettiin polut sekä kivusta että haitoista. Lisäksi näistä sosiaalisista muuttujista asetettiin polut sekä kognitiivis-affektiivisiin että somaattis-behavioraalisiin depressio-oireisiin. Koska polut kivusta ja haitasta kannustavuuteen sekä kannustavuudesta depressio-oireisiin eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, poistettiin muuttuja analyysistä. Yksi kerrallaan poistettiin tilastollisesti ei-merkitsevät polut sekä lisättiin modifikaatioindeksien perusteel-

la teoreettisesti mielekkäät polut. Virhekovarianssi vapautettiin estimoitavaksi sekä depressio-oireiden että sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujien välillä. Näin saatu malli on kuviossa 10. Kipu ei ole suoraan yhteydessä sosiaaliseen vuorovaikutukseen, vaan haitat välittävät tätä yhteyttä. Malli on myös tilastollisesti hyväksyttävissä ($\chi^2(7) = 10,71; p = .152; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.027$). Suuremmat koetut haitat ovat siis yhteydessä useammin ilmeneviin ymmärtämättömyyttä ja avuliaisuutta viestittäviin vuorovaikutustilanteisiin. Puolison huolehtivaisuus ei kuitenkaan ollut suoraan yhteydessä depressio-oireisiin, vaan elämännhallinnan tunne välitti tätä vaikutusta. Ymmärtämättömyyttä osoittavat vuorovaikutustilanteet vähentävät ja avuliaisuutta osoittavat vuorovaikutustilanteet lisäävät yksilön elämännhallinnan tunnetta. Puolison ymmärtämättömyys oli yhteydessä voimakkaampiin depressio-oireisiin.

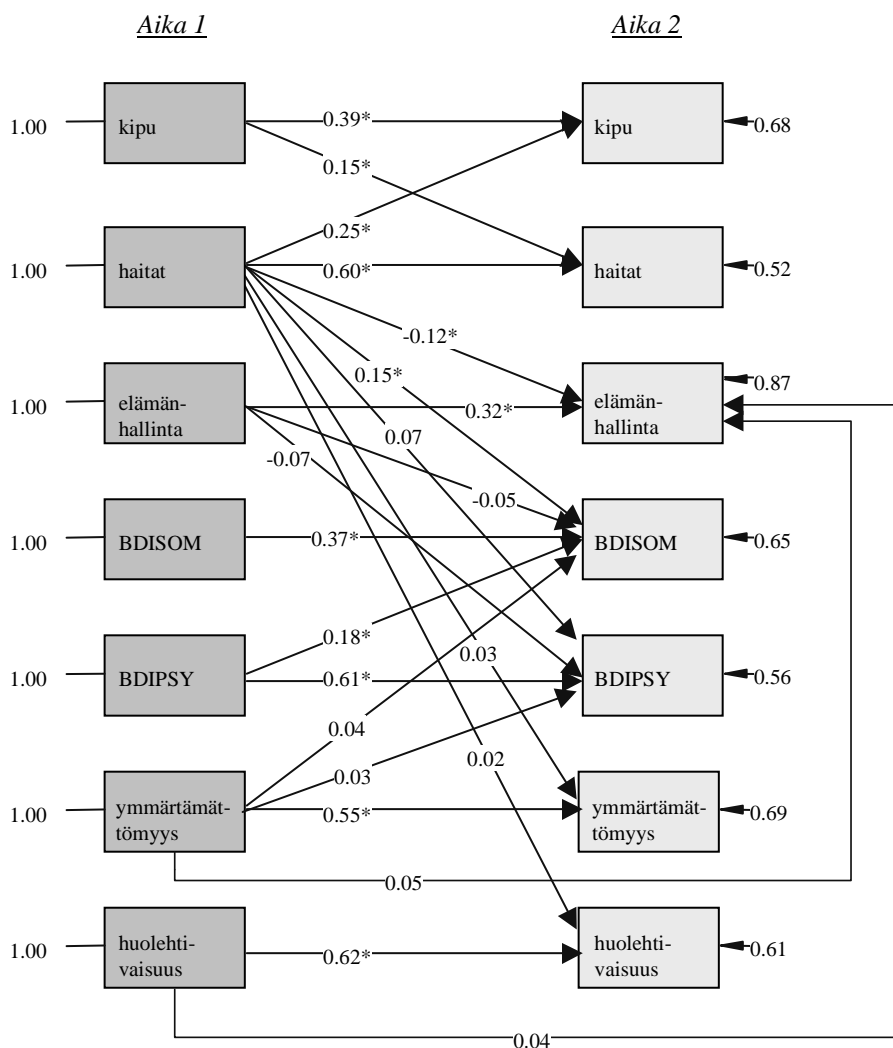


KUVIO 9 Välittävä malli pitkittäisasetelmassa. Standardoidut kertoimet (* $p < .05$). Kuvioista on poistettu selvyiden vuoksi riippumattomien muuttujien väliset korrelaatiot sekä riippuvien muuttujien väliset virhekovarianssit. bdipsy =kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; bdisom = somaattis-behavioraaliset depressio-oireet.



KUVIO 10 Sosiaalinen vuorovaikutus kivun ja depression välittävässä mallissa. Poikkileikkausasetelma, standardoidut regressiokertoimet. Jokainen polku on tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$).
bdipsy= kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; bdisom= somaattis-behavioraaliset depressio-oireet.

Sosiaalisilla vuorovaikutusmuuttujilla lisätyn välittävän mallin oletuksia testattiin myös pitkittäisasetelmassa. Lähtökohdaksi otettiin edellä esitetyn kuvion 8 kaltainen malli, johon kuitenkin lisättiin kivun ja haittojen välille ristikkäiset vaikutukset. Toisen mittauskerran muuttujien välillä sallittiin virheiden korreloiminen ja näin estimoitiin kullekin muuttujaparille virhekovarianssi. Vaikka oletettu malli onkin tilastollisesti hyväksyttävissä ($\chi^2(28) = 36,75; p = .124$; AGFI = 0.95; RMSEA = 0.027), eivät kaikki polut kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 11). Yhteydet noudattivat pitkälti kuviossa 9 esitettyjä tuloksia. Kuitenkaan yhteydet ensimmäisen mittauskerran haitoista puolison ymmärtämättömyyteen ja huolehtivaisuuteen sekä toisaalta näistä elämänhallinnan tunteeseen eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Vastaavasti yhteydet puolison ymmärtämättömyydestä depressio-oireisiin eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Ensimmäisen mittauskerran arvoista parhaiten toisen mittauksen arvoa ennustivat kognitiivis-affektiiviset ($\gamma = 0.61$), puolison koettu huolehtivaisuus ($\gamma = 0.62$) ja ymmärtämättömyys ($\gamma = 0.55$). Malli selittää toisen mittauskerran kognitiivis-affektiivisista depressio-oireista 45 %, somaattis-behavioraalista 37 %, koetuista kivuista 33 %, haitoista 49 %, elämänhallinnan tunteesta 15 %, koetusta puolison ymmärtämättömyydestä 32 % ja koetusta puolison avuliaisuudesta 39 %.



KUVIO 11 Sosiaalisilla vuorovaikutustekijöillä lisätty malli pitkittäisasetelmassa. Standardoidut kertoimet (* $p < .05$). Kuvioista on poistettu selvyysen takia riippumattomien muuttujien väliset korrelaatiot sekä riippuvien muuttujien väliset virhekovarianssit. bdipsy =kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; bdisom = somaattis-behavioraaliset depressio-oireet.

Oletettua kivun ja depression välistä välittävää mallia ei poikittaistutkimusasetelmassa siis voitu toistaa sellaisenaan. Koetulla kivulla ei ollut yhteyttä elämänhallintaan, mutta se vaikuttaa tähän aiheuttamiensa toiminnanhaittojen kautta. Mallin pitkittäistarkastelussa kipu-, haitta- ja elämänhallintamuuttujista ainoastaan elämänhallinta oli yhteydessä myöhempään kognitiivis-affektiiviseen oireiluun ja haitat somaattis-behavioraalisiin oireisiin. Sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujat eivät ennustaneet myöhempää elämänhallinnan tunnetta tai depressio-oireita.

7.3 Psykososiaalisten voimavarojen yhteys depressiivisyyteen

7.3.1 Psykososiaalisten voimavarojen ja depressio-oireiden samanaikainen yhteys

Psykososiaalisten voimavarojen ja depressio-oireiden välisen yhteyden selvittämiseksi tukittiin poikittaistutkimusasetelmassa, ovatko psykososiaaliset resurssit suoraan yhteydessä depressio-oireisiin (tutkimusongelma 3.1). Tähän käytettiin apuna hierarkkista regressioanalyysiä, jossa riippumattomat muuttujat liitettiin analyysiin askeleina. Ensimmäisellä askeleella malliin liitettiin taustamuuttujat (sukupuoli, parisuhde, työmarkkina-asema, ikä ja kipuongelman kesto) ja sen jälkeen kiputilannetta kuvaavat muuttujat (koettu kipu, haitat, elämänhallinta, kivunhallinta, yleinen aktiivisuus). Kolmannella askeleella lisättiin sosiaalisen tuen ja sosiaalista vuorovaikutusta kuvaavat muuttujat, neljännellä terveysspesifit ja viidennellä askeleella yleistyneet kognitiot. Liitteessä 2 on esitetty muuttujien väliset korrelaatiot.

Taustamuuttujat, kiputilanne, terveysspesifit kognitiot, sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujat sekä yleistyneet kognitiot selittivät yhteensä 47 % kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden vaihtelusta. Ensimmäisellä askeleella malliin lisätyt taustamuuttujat (ikä, kipuongelman kesto, parisuhde, työmarkkina-asema ja sukupuoli) ennustivat tilastollisesti merkitsevästi kognitiivis-affektiivisiä depressio-oireita ($F(5,587) = 11,77; p < .001$). Yksin eläminen ($\beta = 0,09$) ja työttömyys ($\beta = 0,26$) ennustivat tässä vaiheessa suurempaa oireilua. Kuitenkaan viimeisen askeleen jälkeen nämä eivät enää tilastollisesti merkitsevästi ennustaneet kognitiivis-affektiivisiä oireita (ks. taulukko 7). Kiputilannetta kuvaavien ($\Delta F(5,582) = 40,17; p < .001$) ja sosiaalista vuorovaikutusta kuvaavien muuttujien lisääminen ($\Delta F(4,578) = 9,03; p < .001$) paransivat myös tilastollisesti merkitsevästi mallin selityskykyä. Terveyspesifien kognitioiden lisääminen ei puolestaan parantanut ($\Delta F(4,574) = 2,04; p = .088$) tilastollisesti merkitsevästi mallin selityskykyä, mitä yleistyneiden kognitioiden lisääminen puolestaan teki ($\Delta F(4,570) = 32,67; p < .001$). Viimeisen askeleen jälkeen kognitiivis-affektiivisiä depressio-oireita ennustivat parhaiten suuremmat kivun aiheuttamat haitat ($\beta = 0,16$), alentunut elämänhallinnan tunne ($\beta = -0,14$), vähäisempi yleistynyt optimismi ($\beta = -0,21$) sekä voimakkaampi yleistynyt pessimistisyys ($\beta = 0,14$). 1-R²-arvot vaihtelivat välillä 0.43-0.95, joten viitteitä muuttujien multikolinearisuudesta ei tullut esille.

Taustamuuttujat, kiputilanne, sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujat sekä terveysspesifit ja yleistyneet kognitiot selittivät yhteensä 40 % somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden vaihtelusta. Ensimmäisellä askeleella malliin lisätyt taustamuuttujat (ikä, kipuongelman kesto, parisuhde, työmarkkina-asema ja sukupuoli) ennustivat tilastollisesti merkitsevästi somaattis-behavioraalisia depressio-oireita ($F(5,587) = 11,77; p < .001$). Työttömyys ($\beta = 0,30$) ennusti tässä vaiheessa suurempaa oireilua. Viimeisen askeleen jälkeen työttömyys ei kuitenkaan enää tilastollisesti merkitsevästi ennustanut somaattis-

tis-behavioraalisia oireita (ks. taulukko 8). Kiputilannetta ($F(5,581) = 47,44$; $p < .001$), sosiaalista vuorovaikutusta ($F(4,577) = 4,45$; $p = .002$), terveysspesifejä kognitioita ($F(4,573) = 2,44$; $p = .046$) sekä yleistyneitä kognitioita ($F(4,569) = 4,54$; $p = .001$) kuvaavien muuttujien lisääminen malliin paransi kukin tilastollisesti merkitsevästi sen selityskykyä. Viimeisen askeleen jälkeen kivun aiheuttamat runsaat haitat ($\beta = 0,30$) ennustivat parhaiten somaattis-behavioraalisia depressio-oireita. Yleistyneistä kognitioista vain vähäisempi koettu kompetenssi ($\beta = -0,09$) ennusti somaattis-behavioraalisten oireiden vaihtelua. 1-R²-arvot vaihtelivat välillä 0.43-0.95, joten viitteitä muuttujien multikolinearisuudesta ei tullut esille.

TAULUKKO 7 Kognitiivis-affektiivisia depressio-oireita ennustavat tekijät (N = 593)

Muuttuja	<i>r</i>	β	AdjR ²	ΔR^2	<i>F</i>
Askel 1					
ikä	-.06	-0.03			
kipuongelman kesto	-.02	-0.06			
parisuhte (1 = parisuhteessa; 2 = yksinäinen)	.14**	0.06			
työmarkkina-asema (1 = työllinen; 2 = työtön)	.28***	0.05			
sukupuoli (1 = mies; 2 = nainen)	-.08	-0.05	0,08		11,77 _a ***
Askel 2					
koettu kipu	.21***	-0.04			
haittaavuus	.36***	0.16***			
elämänhallinta	-.46***	0.14***			
kivunhallinta	-.28***	-0.05			
yleinen aktiivisuus	-.35***	-0.07	0,31	0,23	27,93 _b ***
Askel 3					
koettu sosiaalinen tuki	-.16***	-0.11*			
puolison ymmärtämättömyys	.35***	0.09*			
puolison huolehtivaisuus	-.10*	0.04			
puolison kannustavuus	-.09*	0.06	0,35	0,04	23,63 _c ***
Askel 4					
sisäinen hallinnan sijoittaminen	-.18***	-0.02			
ulkoinen hallinnan sijoittaminen	.18***	-0.07			
sattumauskoisuus	.10*	-0.04			
terveyspessimismi	.28***	0.03	0,35	0,00	18,97 _d ***
Askel 5					
yleistynyt optimismi	-.50***	-0.21***			
yleistynyt pessimismi	.47***	0.14**			
koettu kompetenssi	-.48***	-0.11**			
koettu pystymättömyys	.49***	0.13**	0,47	0,12	24,88 _e ***

β -kertoimet viittaavat viimeisen askeleen jälkeiseen tilanteeseen.

* $p < .05$. ; ** $p < .01$. ; *** $p < .001$.

_a $F(5,587)$; _b $F(10,582)$; _c $F(14,578)$; _d $F(18,574)$; _e $F(22,570)$

TAULUKKO 8 Somaattis-behavioraalisia depressio-oireita ennustavat tekijät
(N = 592)

Muuttuja	<i>r</i>	β	<i>AdjR</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
Askel 1					
ikä	.06	0.09			
kipuongelman kesto	.05	0.02	0,08		11,84 _a ***
parisuhte (1 = parisuhteessa; 2 = yksinäinen)	-.00	-0.06			
työmarkkina-asema (1 = työllinen; 2 = työtön)	.29***	0.07			
sukupuoli (1 = mies; 2 = nainen)	-.04	-0.02			
Askel 2					
koettu kipu	.36***	0.02			
haittaavuus	.50***	0.30***			
elämänhallinta	-.38***	-0.10*			
kivunhallinta	-.34***	-0.03			
yleinen aktiivisuus	.30***	-0.11**	0,34	0,26	31,98 _b ***
Askel 3					
koettu sosiaalinen tuki	-.04	-0.05			
puolison ymmärtämättömyys	.31***	0.09			
puolison huolehtivaisuus	-.02	-0.00			
puolison kannustavuus	-.04	0.05	0,36	0,02	24,66 _c ***
Askel 4					
sisäinen hallinnan sijoittaminen	-.20***	-0.01			
ulkoinen hallinnan sijoittaminen	.23***	0.04			
sattumauskoisuus	.08*	-0.06			
terveyspessimismi	.31***	0.07	0,37	0,01	19,91 _d ***
Askel 5					
yleistynyt optimismi	-.32***	-0.02			
yleistynyt pessimismi	.33***	0.06			
koettu kompetenssi	-.40***	-0.09*			
koettu pystymättömyys	.36***	0.06	0,38	0,01	17,52 _e ***

β -kertoimet viittaavat viimeisen askeleen jälkeiseen tilanteeseen.

* $p < .05$. ; ** $p < .01$. ; *** $p < .001$.

_a $F(5,586)$; _b $F(10,581)$; _c $F(14,577)$; _d $F(18,573)$; _e $F(22,569)$

Tämän jälkeen selvitettiin, miten psykososiaaliset resurssit ovat yhteydessä samanaikaisesti kipuun, sen seurauksiin ja depressio-oireisiin (tutkimusongelma 3.2). Menetelmänä käytettiin polkuanalyysiiä. Jokaisesta voimavaratekijästä asetettiin polut kipuun, haittoihin, elämänhallinnan tunteeseen, koettuun puolison huolehtivaisuuteen ja ymmärtämättömyyteen sekä depressio-oireisiin, joiden väliset polut puolestaan asetettiin aikaisemmin esitetyn kuvion 7 mukaisesti. Yksi kerrallaan tilastollisesti ei-merkitsevät polut poistettiin. Koska puolison huolehtivaisuus ei ollut enää tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä elämänhallintaan, se poistettiin kokonaan mallista. Näin aikaansaatu malli on tilastollisesti hyväksyttävissä ($\chi^2(23) = 31,62$; $p = .108$; AGFI = 0.98; RMSEA = 0.022). Taulukossa 9 on esitetty selitettävien muuttujien väliset standardoidut regressiokerroinimet sekä taulukossa 10 riippumattomien muuttujien yhteydet näihin.

TAULUKKO 9 Psyykkisillä voimavaroilla lisätyn välittävän mallin selitettävien muuttujien väliset standardoidut regressiokertoimet. Riveillä muuttuja on riippumattomana muuttujana. Kaikki kertoimet ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$).

	Haitat	Elämänhallinta	Neg	BDIPSY	BDISOM
Kipu	.60				
Haitat		-.16	.19	.08	.32
Elämänhallinta				-.20	-.14
Neg				.11	.12

BDIPSY = kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; BDISOM = somaattis-behavioraaliset depressio-oireet; Neg = koettu puolison (tai muun läheisen ihmisen) ymmärtämättömyys.

TAULUKKO 10 Psyykkisillä voimavaroilla lisätyn välittävän mallin standardoidut regressiokertoimet. Riippumattomat muuttujat riveillä. Kaikki kertoimet ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$).

	Kipu	Haitat	Elämänhallinta	Neg	BDIPSY	BDISOM
SOS	.15	.09	.22	-.23		
OPT		-.10	.11		-.23	-.08
PES				.13	.13	
Kompetenssi	-.10	-.13	.11		-.11	-.11
Pystymättömyys	.11		-.21	.16	.15	.08
LOC-E			-.08			
Terveyspessimismi	.28	.09				.08

BDIPSY = kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet; BDISOM = somaattis-behavioraaliset depressio-oireet; Neg = koettu puolison (tai muun läheisen ihmisen) ymmärtämättömyys; SOS = koettu sosiaalinen tuki; OPT = yleistynyt optimismi; PES = yleistynyt pessimismi; LOC-E = ulkoinen hallinnantunteen sijoittaminen.

Muodostuneessa mallissa sosiaalinen tuki oli yhteydessä samanaikaisesti voimakkaampaan kipuun, haittaan ja elämänhallinnan tunteeseen sekä vähäisempään koettuun puolison ymmärtämättömyyteen. Hallinnantunteen sijoittamisen muuttujista vain ulkoinen hallinnantunteen sijoittaminen oli yhteydessä mallin muuttujiin: korkeampi ulkoisen vaikuttamisen attribuointi oli yhteydessä alhaisempaan elämänhallinnan tunteeseen. Terveyspessimismi puolestaan oli yhteydessä voimakkaampiin kipuihin, haittoihin ja somaattis-behavioraalisiin depressio-oireisiin. Yleistynyt optimismi oli yhteydessä voimakkaampaan elämänhallinnan tunteeseen sekä vähäisempiin haittoihin ja depressio-oireisiin. Yleistynyt pessimismi oli puolestaan yhteydessä voimakkaampaan koettuun puolison ymmärtämättömyyteen sekä kognitiivis-affektiivisiin depressio-oireisiin. Koettu kompetenssi oli yhteydessä voimakkaampaan elämänhallinnan tunteeseen sekä vähäisempiin kipuihin, haittoihin ja depressio-oireisiin. Koetun pystymättömyyden yhteydet olivat pitkälti vastakkaiset koetun kompetenssin kanssa, mutta se ei ollut yhteydessä haittoihin vaan koettuun puolison ymmärtämättömyyteen. Tässä voimakkaampi pessimismi oli yhteydessä suurempaan ymmärtämättömyyden kokemiseen. Malli selittää 17 % koetun kivun, 54 % haittojen, 26 % elämänhallinnan tunteen, 18 %

koetun puolison ymmärtämättömyyden, 44 % kognitiivis-affektiivisten oireiden ja 36 % somaattis-behavioraalisten oireiden vaihtelusta.

Yhteenvedona voidaan todeta, että vain osa psykososiaalisista resursseista oli suorassa yhteydessä depressio-oireisiin, kun kipuongelmaa ja sosiaalista vuorovaikutusta kuvaavat muuttujat oli kontrolloitu. Terveyspesifit kognitiot eivät ennustaneet suoraan kognitiivis-affektiivisiä depressio-oireita. Yleistyneet kognitiot eli pessimismi, optimismi, kompetenssi ja koettu pystymättömyys sen sijaan olivat suoraan yhteydessä kognitiivis-affektiivisten oireiden esiintymiseen.

Kun eri psykososiaalisten resurssien vaikutuksia tarkasteltiin depression välittävän mallin puitteissa, tuli esille, ettei koettu sosiaalinen tuki ollut suoraan yhteydessä depressio-oireisiin, vaan voimakkaampaan kipuun, suurempiin haittoihin sekä voimakkaampaan elämänhallinnan tunteeseen ja vähäisemmäksi koettuun puolison ymmärtämättömyyteen. Myös terveyspesifit kognitiot ovat ennemminkin yhteydessä yksilön tapaan attribuoida kipua ja sen seurauksia, ja ne vaikuttavat sitä kautta depressio-oireisiin. Yleistyneet kognitiot puolestaan ovat suoraan yhteydessä depressio-oireisiin.

7.3.2 Psykososiaaliset voimavarat depressio-oireiden muutosta ennustavina tekijöinä

Tämän jälkeen selvitettiin pitkittäisasetelmassa, miten psykososiaaliset resurssit ennustavat depressio-oireiden muutosta (tutkimusongelma 3.3). Muutos määriteltiin laskemalla muutospistemäärät siten, että suurempi positiivinen luku viittasi depressio-oireiden lisääntymiseen ja itseisarvoltaan suurempi negatiivinen luku puolestaan depressio-oireiden vähenemiseen. Mallittamiseen käytettiin menetelmänä hierarkkista regressioanalyysiä, jossa riippumattomat muuttujat liitettiin analyysiin askelittain. Ensimmäisellä askeleella malliin tuotiin depressio-oireen lähtötaso, toisella askeleella taustamuuttujat (sukupuoli, parisuhde, työmarkkina-asema, ikä ja kipuongelman kesto) ja sen jälkeen kiputilannetta kuvaavat muuttujat (koettu kipu, haitat, elämänhallinta, kivunhallinta, yleinen aktiivisuus). Neljännellä askeleella lisättiin sosiaalisen tuen ja sosiaalista vuorovaikutusta kuvaavat muuttujat, viidennellä terveyspesifit ja kuudennella askeleella yleistyneet kognitiot.

Alkutilanteen kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden määrä, taustamuuttujat, kiputilanne, terveyspesifit kognitiot, sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujat sekä yleistyneet kognitiot selittivät yhteensä 15 % kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden muutoksen vaihtelusta. Ensimmäisellä askeleella malliin lisättiin kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet alkumittauksessa ja näin saatiin kontrolloitua lähtötason vaikutus muutokseen. Taustamuuttujien ($F(5,336) = 0,56; p = .733$), kiputilannemuuttujien ($F(5,331) = 1,99; p = .079$), sosiaalisen vuorovaikutuksen ($F(4,327) = 1,62; p = .169$), terveyspesifien ($F(4,323) = 1,37; p = .243$) ja yleistyneiden kognitioiden ($F(4,319) = 1,74; p = .140$) lisääminen ei parantanut tilastollisesti merkitsevästi mallin selityskykyä. Viimeisen askeleen jälkeen (taulukko 11) kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden vähentäminen ennustivat vain runsaampi alkutilanteen oireilu ($\beta = -0,49$) sekä suurempi

puolison (tai muun läheisen henkilön) huolehtivaisuus ($\beta = -0,17$). 1-R²-arvot vaihtelivat välillä 0.45-0.90, joten viitteitä muuttujien multikolinearisuudesta ei tullut esille.

TAULUKKO 11 Kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden muutosta ennustavat alkutilanteen muuttujat (N = 343)

Muuttuja	<i>r</i>	β	<i>AdjR</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
Askel 1					
lähtötaso	-.36***	-0.49***	0,13		50,70 _a ***
Askel 2					
ikä	-.00	-0.06			
kipuongelman kesto	.02	0.01			
parisuhte (1 = parisuhteessa; 2 = yksinäinen)	-.11*	-0.06			
työmarkkina-asema (1 = työllinen; 2 = työtön)	.11*	-0.05			
sukupuoli (1 = mies; 2 = nainen)	-.04	-0.07	0,12	-0,01	8,86 _b ***
Askel 3					
koettu kipu	.00	0.05			
Haittaavuus	-.03	0.11			
Elämönhallinta	.09	-0.05			
Kivunhallinta	.05	0.06			
yleinen aktiivisuus	.02	-0.05	0,13	0,01	5,81 _c ***
Askel 4					
koettu sosiaalinen tuki	.05	0.10			
puolison ymmärtämättömyys	-.07	-0.01			
puolison huolehtivaisuus	-.07	-0.17*			
puolison kannustavuus	-.04	-0.00	0,14	0,01	4,72 _d ***
Askel 5					
sisäinen hallinnan sijoittaminen	-.02	-0.07			
ulkoinen hallinnan sijoittaminen	-.03	-0.08			
Sattumauskaisuus	.07	0.10			
terveyspessimismi	-.05	-0.08	0,14	0,00	4,04 _e ***
Askel 6					
yleistynyt optimismi	.09	-0.00			
yleistynyt pessimismi	-.04	0.13			
koettu kompetenssi	.08	-0.02			
koettu pystymättömyys	-.08	0.06	0,15	0,01	3,67 _f ***

β -kertoimet viittaavat viimeisen askeleen jälkeiseen tilanteeseen.

* $p < .05$. ; ** $p < .01$. ; *** $p < .001$.

_a $F(1,341)$; _b $F(6,336)$; _c $F(11,331)$; _d $F(15,327)$; _e $F(19,323)$; _f $F(23,319)$

Alkutilanteen somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden määrä, taustamuuttujat, kiputilanne, terveyspesifit kognitiot, sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujat sekä yleistyneet kognitiot selittivät yhteensä 22 % somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden muutoksen vaihtelusta. Ensimmäisellä askeleella malliin lisättiin somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden voimakkuus alkumittauksessa ja näin saatiin lähtötason vaikutus muutokseen kontrolloitua. Taustamuuttujien ($F(5,333) = 0,82$; $p = .537$) lisääminen malliin ei parantanut mallin selityskykyä. Sen sijaan kiputilannemuuttujien ($F(5,328) = 3,29$; $p = .006$) sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ($F(4,324) = 2,54$; $p = .040$) muuttujien lisääminen malliin paransivat tilastollisesti merkitsevästi selityskykyä. Terveyspesifien ($F(4,320) = 1,45$; $p = .217$) ja yleistyneiden kognitioiden ($F(4,316) = 0,45$; $p = .776$) lisääminen ei puolestaan parantanut tilastollisesti merkitsevästi mallin

selityskykyä. Viimeisen askeleen jälkeen (taulukko 12) somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden vähenemistä ennustivat vain runsaampi alkutilanteen oireilu ($\beta = -0,53$), alkutilanteessa suurempi yleinen aktiivisuus ($\beta = -0,12$) sekä vähäisempi koettu sosiaalinen tuki ($\beta = 0,18$). $1-R^2$ -arvot vaihtelivat välillä 0.45-0.88, joten viitteitä muuttujien multikolinearisuudesta ei tullut esille.

TAULUKKO 12 Somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden muutosta ennustavat alkutilanteen muuttujat (N = 340)

Muuttuja	<i>r</i>	β	<i>AdjR</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
Askel 1					
lähtötaso	-.36***	-0.53***	0,13		48,91 _a ***
Askel 2					
ikä	.01	0.08			
kipuongelman kesto	-.02	-0.02			
parisuhte (1 = parisuhteessa; 2 = yksinäinen)	.03	0.03			
työmarkkina-asema (1 = työllinen; 2 = työtön)	-.05	-0.04			
sukupuoli (1 = mies; 2 = nainen)	-.08	-0.05	0,14	0,01	8,81 _b ***
Askel 3					
koettu kipu	-.05	0.01			
haittaavuus	-.08	0.11			
elämänhallinta	.04	-0.09			
kivunhallinta	.06	0.05			
yleinen aktiivisuus	-.05	-0.12*	0,18	0,04	6,47 _c ***
Askel 4					
koettu sosiaalinen tuki	.04	0.18*			
puolison ymmärtämättömyys	.03	0.10			
puolison huolehtivaisuus	-.06	-0.13			
puolison kannustavuus	-.01	-0.00	0,20	0,02	5,51 _d ***
Askel 5					
sisäinen hallinnan sijoittaminen	-.03	-0.05			
ulkoinen hallinnan sijoittaminen	-.06	-0.06			
sattumauskaisuus	.07	0.08			
terveyspessimismi	.02	0.05	0,22	0,02	4,68 _e ***
Askel 6					
yleistynyt optimismi	.00	0.00			
yleistynyt pessimismi	.00	0.08			
koettu kompetenssi	.05	-0.04			
koettu pystymättömyys	-.06	-0.05	0,22	0,00	3,92 _f ***

β -kertoimet viittaavat viimeisen askeleen jälkeiseen tilanteeseen.

* $p < .05$. ; ** $p < .01$. ; *** $p < .001$.

_a $F(1,338)$; _b $F(6,333)$; _c $F(11,328)$; _d $F(15,324)$; _e $F(19,320)$; _f $F(23,316)$

Yhteenvedona voidaan todeta, että psykososiaalisista resursseista vain sosiaalinen tuki ennusti depressio-oireissa tapahtuvaa muutosta ja sekin vain somaattis-behavioraalisten oireiden kohdalla. Mitä vähäisemmästä sosiaalisesta tuesta oli alkutilanteessa kyse, sitä enemmän oireet vähenivät. Lisäksi alkutilanteen suurempi aktiivisuus oli yhteydessä suurempaan oireilun vähenemiseen. Kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden kohdalla oireiden väheneminen oli sitä suurempaa, mitä enemmän puoliso (tai muu läheinen ihminen) koettiin alkutilanteessa huolehtivaiseksi.

7.3.3 Psykososiaalisissa voimavaroissa ja depressio-oireissa tapahtuvat samanaikaiset muutokset

Seuraavaksi psykososiaalisten resurssien yhteyksiä depressio-oireisiin tarkasteltiin niin, että pitkittäisasetelmassa selvitettiin, ovatko selittävässä muuttujissa tapahtuneet muutokset yhteydessä samanaikaisesti depressio-oireissa tapahtuviin muutoksiin (tutkimusongelma 3.4). Myös tässä depressio-oireiden muutos operationalisoitiin muutospistemäärien avulla. Nyt myös muutospistemäärät toimivat selittävinä muuttujina. Tässäkin tapauksessa suurempi positiivinen luku viittasi kyseisen tekijän lisääntymiseen ja itseisarvoltaan suurempi negatiivinen luku puolestaan tekijän vähenemiseen. Mallittamiseen käytettiin menetelmänä hierarkkista regressioanalyysiä, jossa riippumattomat muuttujat liitettiin analyysiin askeleina. Ensimmäisellä askeleella malliin tuotiin depressio-oireen lähtötaso, sen jälkeen kiputilanteessa tapahtunutta muutosta kuvaavat muuttujat (koettu kipu, haitat, elämänhallinta, kivunhallinta, yleinen aktiivisuus). Kolmannella askeleella lisättiin sosiaalisessa tuessa ja – vuorovaikutuksessa tapahtuneiden muutosten kuvaajat, neljännellä terveystyypisissä ja viidennellä askeleella yleistyneissä kognitioissa tapahtuneet muutokset. Liitteessä 2 on esitetty muuttujien muutospistemäärien väliset korrelaatiot.

Alkutilanteen oireilu sekä kiputilanteen, sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujien, terveystyypisten ja yleistyneiden kognitioiden muutokset selittivät yhteensä 33 % kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden muutoksen vaihtelusta. Kiputilannetta ($F(5,402) = 9,23; p < .001$), sosiaalista vuorovaikutusta ($F(4,398) = 6,71; p < .001$), terveystyypisistä kognitioista ($F(4,394) = 2,83; p = .024$) sekä yleistyneitä kognitioita ($F(4,390) = 6,95; p < .001$) kuvaavien muuttujien muutoksen lisääminen paransivat kukin tilastollisesti merkitsevästi mallin selityskykyä. Viimeisen askeleen jälkeen parhaiten kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden lievittymistä ennustivat (taulukko 13) alkutilanteen oireilun lisäksi kivun haittaavuuden vähentyminen ($\beta = 0,15$), elämänhallinnan tunteen voimistuminen ($\beta = -0,12$), koetun sosiaalisen tuen lisääntyminen ($\beta = -0,15$), puolison huolehtivaisuuden vähentyminen ($\beta = 0,18$), terveystyypisyyden väheneminen ($\beta = 0,11$) sekä koetun kompetenssin voimistuminen ($\beta = -0,18$). 1-R²-arvot vaihtelivat välillä 0.70-0.93, joten viitteitä muuttujien multikolineaarisuudesta ei tullut esille.

TAULUKKO 13 Kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden muutosta ennustavat samanaikaiset muutokset muissa muuttujissa (N = 409)

Muuttuja	<i>r</i>	β	<i>AdjR</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
Askel 1					
lähtötaso	-.40***	-0.37***	0,16		79,27 _a ***
Askel 2					
koettu kipu	.16**	-0.01			
haittaavuus	.21***	0.15**			
elämänhallinta	-.26***	-0.12**			
kivunhallinta	.18***	-0.05			
yleinen aktiivisuus	-.13**	-0.05	0,24	0,08	22,23 _b ***
Askel 3					
koettu sosiaalinen tuki	-.13**	-0.15**			
puolison ymmärtämättömyys	.11*	0.01			
puolison huolehtivaisuus	.13*	0.18***			
puolison kannustavuus	.02	-0.03	0,28	0,04	16,78 _c ***
Askel 4					
sisäinen hallinnan sijoittaminen	-.10*	0.06			
ulkoinen hallinnan sijoittaminen	.08	0.03			
sattumauskoisuus	.00	0.02			
terveyspessimismi	.16**	0.11*	0,29	0,01	13,02 _d ***
Askel 5					
yleistynyt optimismi	-.24***	0.07			
yleistynyt pessimismi	.15**	0.03			
koettu kompetenssi	-.29***	-0.18***			
koettu pystymättömyys	.24***	0.07	0,33	0,04	12,28 _e ***

β -kertoimet viittaavat viimeisen askeleen jälkeiseen tilanteeseen.

* $p < .05$. ; ** $p < .01$. ; *** $p < .001$.

_a $F(1,407)$; _b $F(6,402)$; _c $F(10,398)$; _d $F(14,394)$; _e $F(1,390)$

Alkutilanteen oireilu sekä kiputilanteen, sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujien, terveysspesifien sekä yleistyneiden kognitioiden muutokset selittivät yhteensä 28 % somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden muutoksen vaihtelusta. Kiputilannetta ($F(5,400) = 14,24$; $p < .001$) ja sosiaalista vuorovaikutusta ($F(4,396) = 2,75$; $p = .028$) kuvaavien muuttujien muutoksen lisääminen paransivat tilastollisesti merkitsevästi mallin selityskykyä. Terveyspesifien ($F(4,392) = 1,67$; $p = .155$) sekä yleistyneiden ($F(4,388) = 1,60$; $p = .174$) kognitioiden muutosten lisääminen malliin ei puolestaan parantanut sen selityskykyä. Viimeisen askeleen jälkeen parhaiten somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden lievitymistä ennustivat (taulukko 14) alkutilanteen oireilun lisäksi kivun haittaavuuden vähentyminen ($\beta = 0,23$), yleisen aktiivisuuden voimistuminen ($\beta = -0,12$), koetun sosiaalisen tuen lisääntyminen ($\beta = -0,10$), puolison huolehtivaisuuden väheneminen ($\beta = 0,12$), terveyspessimismin vähentyminen ($\beta = 0,10$) sekä koetun kompetenssin voimistuminen ($\beta = -0,11$). 1-R²-arvot vaihtelivat välillä 0.70-0.94, joten viitteitä muuttujien multikolinearisuudesta ei tullut esille.

TAULUKKO 14 Somaattis-behavioraalisten depressio-oireiden muutosta ennustavat samanaikaiset muutokset muissa muuttujissa (N = 407)

Muuttuja	<i>r</i>	β	<i>AdjR</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
Askel 1					
lähtötaso	-.38***	-0.37***	0,14		66,63 _a ***
Askel 2					
koettu kipu	.26***	0.10*			
haittaavuus	.31***	0.23***			
elämänhallinta	-.18***	-0.07			
kivunhallinta	-.14**	0.02			
yleinen aktiivisuus	-.18***	-0.12**	0,26	0,12	24,79 _b ***
Askel 3					
koettu sosiaalinen tuki	-.08	-0.10*			
puolison ymmärtämättömyys	.09	0.01			
puolison huolehtivaisuus	.08	0.12*			
puolison kannustavuus	-.03	-0.06	0,27	0,01	16,24 _c ***
Askel 4					
sisäinen hallinnan sijoittaminen	-.10*	0.05			
ulkoinen hallinnan sijoittaminen	.07	0.01			
sattumauskoisuus	-.01	0.02			
terveyspessimismi	.15**	0.10*	0,28	0,01	12,15 _d ***
Askel 5					
yleistynyt optimismi	-.07	0.05			
yleistynyt pessimismi	.06	-0.03			
koettu kompetenssi	-.19***	-0.11*			
koettu pystymättömyys	.15**	0.06	0,28	0,00	9,87 _e ***

β -kertoimet viittaavat viimeisen askeleen jälkeiseen tilanteeseen.

* $p < .05$. ; ** $p < .01$. ; *** $p < .001$.

_a $F(1,405)$; _b $F(6,400)$; _c $F(10,396)$; _d $F(14,392)$; _e $F(1,388)$

Tiivistetysti voidaan siis todeta, että kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden vähentyminen oli yhteydessä samanaikaiseen kivun aiheuttaman haittaavuuden ja terveyteen liittyvien pessimististen odotusten vähentymiseen sekä elämänhallinnan tunteen, koetun sosiaalisen tuen ja kompetenssin lisääntymiseen. Somaattis-behavioraalisten oireiden lieventyminen oli puolestaan yhteydessä kivun haittaavuuden ja terveyspessimismin vähentymiseen sekä aktiivisuuden, koetun sosiaalisen tuen ja kompetenssin lisääntymiseen.

7.4 Depressiivisten kipupotilaiden keskinäiset eroavaisuudet

Neljännän tutkimustehtävän puitteissa pyrittiin tarkastelemaan, miten kipupotilasryhmä erottelee depressiivisiä kipupotilaita (tutkimusongelma 4.1). Koska kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet osoittautuivat somaattis-behavioraalisiin nähden ensisijaisiksi (ks. tutkimusongelma 1.2), määriteltiin tässä depressiivisiksi ne kipupotilaat, joiden kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden määrä ylitti ylimmän kvartiilin raja-arvon (taulukko 15). Näin koko aineistosta 184 (23,4 %) potilasta määriteltiin depressiivisiksi. Depressiivisten ja ei-depressiivisten potilaiden jakaantuminen eri kipupotilasryhmiin ei ollut tasaisista ($\chi^2(3) = 120,12$; $p < .001$). Depressiivisiä oli ei-depressiivisiin verrattuna suhteellisesti enemmän (taulukko 16) dysfunktionaalisten (40,1 %) ja ihmissuhteis-

sa rasittuneiden (37,7 %) ryhmissä. Vastaavasti vain 8,8 % ei-depressiivisistä kuului ihmissuhteissa rasittuneiden ryhmään.

TAULUKKO 15 Depressio-oireet aineistossa

		kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet	somaattis-behavioraaliset depressio-oireet
keskiarvo		6,02	4,14
keskihajonta		5,87	2,41
vaihteluväli aineistossa		0-34	0-15
kvartiilit*	25	1	2
	50	4	4
	75	9	6

* pistemäärä kvartiilin ylärajalla.

TAULUKKO 16 Depressiivisten ja ei-depressiivisten kipupotilaiden jakaantuminen eri psykososiaaliseen kipupotilasryhmään

	adaptiivinen sopeutuja (N = 225)	dysfunktio- naalinen (N = 234)	ihmissuhteissa rasittunut (N = 114)	ihmissuhteista eristäytynyt (N = 175)	yhteensä
ei-depressiiviset	213 (37 %)	167 (29 %)	51 (9 %)	150 (26 %)	581 (100 %)
depressiiviset	12 (7 %)	67 (40 %)	63 (38 %)	25 (15 %)	167 (100 %)

Eri psykososiaaliseen kipupotilasryhmään kuuluvien depressiivisten potilaiden eroavaisuuksia rakenteellisten (sukupuoli, parisuhde, työmarkkina-asema) ja psyykkisten tekijöihin osalta (tutkimusongelma 4.2) tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla ja monimuuttujaisella varianssianalyysillä (MANOVA). Depressiivisten naisten ja miesten välillä ei esiintynyt eroja ($\chi^2(3) = 2,35; p = .504$) siinä, mihin kipupotilasryhmään he kuuluivat (taulukko 17). Sen sijaan eroja esiintyi työttömien ja työssä olevien ($\chi^2(3) = 18,37; p < .001$) sekä yksinäisten ja parisuhteessa elävien ($\chi^2(3) = 12,69; p = .005$) välillä. Työttömistä suhteellisesti suurempi osuus sijoittui ihmissuhteissa rasittuneiden ryhmään ja yksinäisistä puolestaan ihmissuhteissa rasittuneiden ja –eristyneiden ryhmiin.

TAULUKKO 17 Eri psykososiaaliseen kipupotilasryhmään kuuluvien depressiivisten kipupotilaiden jakaantuminen taustamuuttujien suhteen

	adaptiivinen sopeutuja (N = 12)	dysfunktio- naalinen (N = 67)	ihmissuhteissa rasittunut (N = 63)	ihmissuhteista eristäytynyt (N = 25)	yhteensä
mies	5 (8 %)	21 (35 %)	22 (37 %)	12 (20 %)	60
nainen	7 (7 %)	46 (43 %)	41 (38 %)	13 (12 %)	107
työllinen	12 (11 %)	44 (40 %)	33 (30 %)	21 (13 %)	110
työtön		23 (41 %)	29 (52 %)	4 (7 %)	56
parisuhteessa	10 (9 %)	53 (47 %)	39 (35 %)	11 (10 %)	113
yksinäinen	2 (4 %)	14 (26 %)	24 (44 %)	14 (26 %)	54

Depressiiviset kipupotilaat poikkesivat toisistaan psyykkisten voimavarojen osalta riippuen siitä, mihin kipupotilasryhmään he kuuluivat ($F(24,453) = 1,73; p = .018; \eta^2 = .081$). Yksittäisistä muuttujista ryhmät poikkesivat toisistaan (tau-

lukko 18) yleistyneen optimismin ($F(3,163) = 2,75; p = .044; \eta^2 = .048$), koetun pystymättömyyden ($F(3,163) = 3,03; p = .031; \eta^2 = .053$), sisäisen hallinnantunteen sijoittamisen ($F(3,163) = 3,24; p = .024; \eta^2 = .056$) ja terveystopeksimismmin ($F(3,163) = 4,53; p = .004; \eta^2 = .077$) suhteen. Ryhmien parivertailussa Bonferroinin menetelmällä tilastollisesti merkitseviä eroja tuli esille vain terveystopeksimismmin osalta, jossa ihmissuhteissa eristyneillä esiintyi dysfunktioonaalisia ($p = .011$) ja ihmissuhteissa rasittuneita ($p = .025$) vähemmän pessimismmiä.

TAULUKKO 18 Depressiivisten ja ei-depressiivisten keskiarvot (keskihajonnat) ryhmiteltynä kipupotilasryhmän mukaisesti

	adaptiivinen sopeutuja		dysfunktioonaalinen		ihmissuhteissa rasittunut		ihmissuhteista eristytynyt	
	Depressiiviset	Ei-depressiiviset	Depressiiviset	Ei-depressiiviset	Depressiiviset	Ei-depressiiviset	Depressiiviset	Ei-depressiiviset
yleistynyt optimismi	2,22 (0,77)	2,80 (0,60)	2,09 (0,69)	2,43 (0,63)	1,85 (0,69)	2,37 (0,64)	2,24 (0,65)	2,65 (0,66)
yleistynyt pessimismi	1,56 (0,74)	0,94 (0,62)	1,71 (0,70)	1,28 (0,64)	1,95 (0,85)	1,44 (0,72)	1,67 (0,90)	1,14 (0,71)
koettu kompetenssi	4,31 (0,56)	4,86 (0,64)	3,97 (0,90)	4,46 (0,67)	3,75 (0,89)	4,25 (0,81)	4,15 (0,74)	4,76 (0,65)
pystymättömyyden tunne	3,44 (0,95)	2,20 (0,76)	3,26 (0,92)	2,83 (0,76)	3,62 (0,84)	2,99 (0,81)	3,08 (0,85)	2,44 (0,85)
sisäinen hallinnantunteen sijoittaminen	2,77 (0,47)	2,73 (0,55)	2,41 (0,54)	2,61 (0,51)	2,55 (0,56)	2,73 (0,59)	2,73 (0,40)	2,76 (0,52)
ulkoinen hallinnantunteen sijoittaminen	1,42 (0,56)	1,28 (0,45)	1,54 (0,56)	1,54 (0,62)	1,65 (0,65)	1,42 (0,56)	1,30 (0,50)	1,26 (0,45)
sattumausko	1,67 (0,51)	1,73 (0,69)	1,88 (0,74)	1,89 (0,74)	1,97 (0,73)	1,78 (0,73)	2,09 (0,68)	1,74 (0,66)
terveystopeksimismi	2,17 (0,54)	2,08 (0,85)	2,66 (0,75)	2,40 (0,77)	2,62 (0,81)	2,24 (0,70)	2,08 (0,87)	1,97 (0,83)

Eri psykososiaaliseen kipupotilasryhmään kuuluvien depressiivisten ja ei-depressiivisten potilaiden eroavaisuuksia psyykkisten resurssien suhteen tarkasteltiin myös monimuuttujaisella varianssianalyysillä (MANOVA). Nyt haluttiin selvittää, miten yhtäältä depressiivisyys ja toisaalta kipuongelman luonne (kipupotilasryhmä) ovat yhteydessä psyykkisten resurssien määrään. Kipupotilasryhmät ($F(24,2121) = 3,73; p < .001; \eta^2 = .039$) sekä depressiiviset ja ei-depressiiviset ($F(8,731) = 13,00; p < .001; \eta^2 = .125$) poikkesivat toisistaan monimuuttujaisessa tarkastelussa. Depressiivisyyden ja kipupotilasryhmän välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta ($F(24,2121) = 1,18; p = .252$). Muuttujakohtaisessa tarkastelussa depressiiviset olivat ei-depressiivisiä vähemmän optimistisia ($F(1,738) = 43,28; p < .001; \eta^2 = .055$) ja näkivät kompe-

tenssinsa vähäisempänä ($F(1,738) = 47,34; p < .001; \eta^2 = .060$). Depressiiviset olivat myös pessimistisempiä sekä yleisesti ($F(1,738) = 47,53; p < .001; \eta^2 = .061$) että terveyteensä liittyen ($F(1,738) = 5,75; p = .017; \eta^2 = .008$) ja kokivat enemmän pystymättömyyttä ($F(1,738) = 68,91; p < .001; \eta^2 = .085$).

Yksittäisistä muuttujista kipupotilasryhmät poikkesivat toisistaan yleistyneen optimismin ($F(3,738) = 6,56; p < .001; \eta^2 = .026$), yleistyneen pessimismin ($F(3,738) = 5,62; p = .001; \eta^2 = .022$), koetun kompetenssin ($F(3,738) = 10,37; p < .001; \eta^2 = .040$), koetun pystymättömyyden ($F(3,738) = 8,50; p = .001; \eta^2 = .033$), sisäisen hallinnantunteen sijoittamisen ($F(3,738) = 5,19; p = .001; \eta^2 = .021$), ulkoisen hallinnantunteen sijoittamisen ($F(3,738) = 6,18; p < .001; \eta^2 = .025$) ja terveysten pessimismin ($F(3,738) = 9,56; p < .001; \eta^2 = .037$) suhteen. Ryhmien parivertailussa Bonferronin menetelmällä tilastollisesti merkitseviä eroja ($p < .05$) tuli siten, että vain muutamien poikkeuksin jokainen ryhmä poikkesi kaikista muista ryhmistä. Sisäisen hallinnantunteen sijoittamisen kohdalla adaptiivisten, ihmisuhteissa rasittuneiden ja eristyneiden ryhmät eivät poikenneet toisistaan, eikä ihmisuhteissa rasittuneiden ryhmä puolestaan poikennut dysfunktionaalista. Ulkoisen hallinnantunteen sijoittamisen ja terveysten pessimismin kohdalla adaptiiviset eivät poikenneet ihmisuhteissa eristäytyneistä, eivätkä dysfunktionaaliset puolestaan poikenneet ihmisuhteissa rasittuneista.

Yhteenvedona voidaan todeta, että depressiiviset kipupotilaat sijoittuivat enimmäkseen joko dysfunktionaalisten tai ihmisuhteissa rasittuneiden ryhmiin. Lisäksi työttömät depressiiviset sijoittuivat työllisiin verrattuna suhteellisesti useammin ihmisuhteissa rasittuneiden ryhmään ja yksinäiset puolestaan sekä ihmisuhteissa rasittuneiden että ihmisuhteista eristäytyneiden ryhmiin. Eri kipupotilasryhmiin kuuluvat depressiiviset poikkesivat toisistaan psyykkisten resurssien suhteen. Kipupotilasryhmien välillä esiintyi myös eroja riippumatta depressiivisyydestä. Adaptiiviset sopeutujat ja ihmisuhteista eristäytyneet kokivat psyykkiset resurssinsa voimakkaammaksi kuin dysfunktionaaliset ja ihmisuhteissa rasittuneet.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten suhde aikaisempiin tutkimuksiin

Konfirmatorisen faktorianalyysin, johon oli sisällytetty kipua sekä kognitiivis-affektiivisia ja somaattis-behavioraalisia depressio-oireita kuvaavia osioita, perusteella voitiin hyväksyä oletettu malli kivun ja depression keskinäisestä riippumattomuudesta. Näin kipupersonamalli (Blumer & Heilbronn, 1982; ks. myös Joukamaa, 1994), jonka mukaan pitkäaikainen kipu on yksi depression muodoista, ei myöskään tämän (esim. Robinson & Gatchel, 1998) tutkimuksen valossa näytä todennäköiseltä selitykseltä.

Kivun ja depression välisen ajallisen suhteen tarkastelussa käytettiin pitkittäisasetelmaa. Alkutilanteen depressio-oireet eivät ennustaneet myöhempää kipua, mutta myöskään kipu ei ennustanut depressio-oireita. Näin depressio ei näyttäisi myöskään olevan koetun kivun sekundaarireaktio (vrt. Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; ks. myös Hendler, 1984) – ainakaan kirjaimellisesti. Kivun ja depressio-oireiden ajallisessa tarkastelussa tuli myös esille, että kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet ennustavat myöhempiä somaattis-behavioraalisia oireita. Kipu toisaalta ei ennustanut somaattis-behavioraalisia depressio-oireita, mikä on ristiriidassa joidenkin tutkimusten kanssa (ks. Estlander, 1995; Novy ym., 1995; Wesley ym., 1991, Williams & Richardson, 1993). Tulos kuitenkin tukee havaintoja, joiden mukaan somaattis-behavioraaliset oireet lisäävät Beckin depressiokyselyn luotettavuutta kroonisten kipupotilaiden depression diagnostisoinnissa (ks. Geisser ym., 1997; Turk & Okifuji, 1994).

Ns. välittävän mallin (Rudy ym., 1988; ks. myös Fifield ym., 1991; Herr ym., 1993; Maxwell ym., 1998; Okifuji ym., 2000; Peck ym., 1989; Turk ym., 1995) oletukset voitiin tässäkin tutkimuksessa toistaa pienin muutoksin. Mallihan olettaa, että kivulla ei ole suoraa yhteyttä depression, vaan sekä kivun aiheuttamat haitat että alentunut elämäntilanteen tunne välittävät vaikutusta. Haitat ja elämäntilanteen tunne olivat kuitenkin eri tavoin yhteydessä depressio-oireisiin. Yksilön kokemus toiminnanhaitoista ennusti paremmin somaattis-behavioraalisia depressio-oireita ja alentunut elämäntilanteen tunne puoles-

taan kognitiivis-affektiivisiä depressio-oireita. Näin yksilön kokema menetyksen tunne fyysisen toimintakyvyn alueella ei yksinään riitä tuottamaan yksilön minäkuvan ja elämäntilanteen hahmottamisen negatiivisia muutoksia. Tähän tarvitaan siis lisäksi yksilön kokemus siitä, ettei hän enää pysty hallitsemaan elämänsä tapahtumia. Sen sijaan uupuneisuusoireiston – mitä somaattis-behavioraaliset oireet pitkälti edustavat – voimistumiseen riittää yksilön kokemus toimintakyvyn alentumisesta.

Lisäksi välittävän mallin oletukset kivun, haittojen ja elämänhallinnan tunteen välisistä suhteista eivät olleet aivan odotetunlaisia. Kivulla ei ollut suoraa vaikutusta elämänhallinnan tunteeseen, vaan koetut haitat välittivät kivun ja elämänhallinnan tunteen välistä yhteyttä. Toisaalta näyttäisi siltä, että kivun ja haittojen ajallinen suhde on myös molemminpuolinen: voimakkaammat kivut ennustavat voimakkaampaa haittaa sekä päinvastoin. Jos depressiivisen henkilön tavassa selittää menetyksen syitä ei olekaan merkittävää, onko kyseessä fyysisten tai psykologisten ominaisuuksien aiheuttama tilanne (ks. Beck, 1967, 1976; Beck ym., 1979; vrt. Lund & Wångby, 2002), ei sama ilmeisesti pidä paikkaansa elämäntilanteen hahmottamisen kohdalla. Yksilön merkityksen rakentaminen kivun seurauksien varassa etenee siis ensin fyysisen (toiminnanhaitat) ja vasta sen jälkeen psykologisten seurauksien hahmottamisella.

Kroonisen kivun ja depression välittävään malliin lisättiin myös koettua puolison (tai muun läheisen ihmisen) huolehtivaisuutta ja ymmärtämättömyyttä kuvaavat muuttujat. Depression kognitiivinen teoriahan erottaa toisistaan menetykokemukset, jotka liittyvät yksilön autonomisuuteen ja toisaalta ihmisuhteisiin (esim. Beck, 1991). Poikittaisasetelmassa tarkasteltuna nämä sosiaalisen vuorovaikutuksen muuttujat on nähtävä reaktiona kipupotilaan haittoihin – ei siis reaktioina kipuun. Mitä suuremmat haitat, sitä enemmän sekä avuliaisuutta että ymmärtämättömyyttä. Näiden vuorovaikutustekijöiden yhteydet elämänhallintaan ovat puolestaan vastakkaiset: ymmärtämättömyys vähentää elämänhallinnan kokemista ja avuliaisuus lisää sitä. Samalla ymmärtämättömyyden kokeminen oli suoraan yhteydessä depressio-oireisiin. Depressiivisyys ei siis ole vain positiivisten vuorovaikutuselämysten puuttumista, vaan depressiivinen ihminen kokee vuorovaikutuksen nimenomaan negatiivisena (ks. Harris, 1992; Silver ym., 1990; vrt. Monroe & Johnson, 1992). Tulos samalla tukee käsityksiä siitä, että sosiaaliset suhteet, jotka yksilön tulkitsemana ovat negatiivisia, voivat laukaista depression (ks. Guidano & Liotti, 1983; Harris, 1992; vrt. Ross & Mirowsky, 1989).

Tulos kipupotilaan toimintakyvyn ja sosiaalisen vuorovaikutuksen suhteesta on myös linjassa käsitysten kanssa, joiden mukaan läheisten negatiivinen käytös on ainakin osittain seurausta potilaan avuttomuudesta ja passiivisuudesta (ks. Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Silver ym., 1990). Kun samalla sosiaalinen vuorovaikutus on yhteydessä sekä yksilön elämänhallinnan että mielialan arviointiin, on mielialan ja sosiaalisen vuorovaikutuksen suhdetta syytä tarkastella koko ajan käynnissä olevana transaktionaalisena tapahtumana (ks. esim. Guidano, 1995; Mahoney, 1985, 1991; Mahoney ym., 1995). Yksilön sisäistä ja ulkoista maailmaa ei näin voida erottaa toisistaan. Kuitenkaan tätä

suhdetta ei voida tarkastella ajallisena prosessina, koska muuttujien pysyvyydestä (siitä, että ne ennustavat hyvin samaa ilmiötä myöhemmässä mittauksessa) huolimatta ne eivät ennustaneet enää myöhempää depressiivistä oireilua.

Rakenteellisilla voimavaratekijöillä (parisuhde, työ) ei ollut yhteyttä depressio-oireisiin, kun niitä tarkastellaan yhdessä yksilön koettujen voimavarojen kanssa. Näin aikaisemmat havainnot parisuhteen depressiolta suojaavasta vaikutuksesta (Averill ym., 1996; Kerns ym., 1990; ks. myös Trief & Carnrike, 1995) eivät saaneet tukea. Lisäksi tutkimustuloksia terveysspesifien kognitioiden – kuten sisäisen hallinnan tunteen sijoittamisen (Bates & Rankin-Hill, 1994; Gibson & Helme, 2000), ulkoisen hallinnan tunteen sijoittamisen (Härkäpää ym., 1996) ja sattumauskon (Crisson & Keefe, 1988; Härkäpää ym., 1996; Rosenstiel & Keefe, 1983; Skevington, 1983) – yhteydestä depressio-oireisiin ei voitu tässä tutkimuksessa toistaa. Aikaisemmin esitettyä (Estlander, 1995; Härkäpää ym., 1996) terveysspesifin optimismin yhteyttä vähäisempään depression ei myöskään nyt tullut esille. Näille muuttujille ei siis jää selitysarvoa, kun niitä tutkitaan yhdessä yleistyneiden kognitioiden kanssa.

Täysin vailla merkitystä terveysspesifit kognitiot eivät mielialan säätelyssä kuitenkaan ole. Nämä kognitiot vaikuttavat siihen, miten kipuongelmaa ja sen seurauksia arvioidaan. Esimerkiksi elämänhallinnan tunnetta säätelevät paitsi yksilön kokemukset kipuongelman haitoista, myös asennoituminen siihen, kenen vastuulla tai tehtävänä tämä hoitaminen on. Uskomus, että hoitamisen vastuu on terveydenhuollolla, näyttäisi vähentävän yksilön elämänhallinnan tunnetta. Tulos poikkeaa Scharffin ym. (1995b) esittämien tulosten kanssa, joiden mukaan ulkoinen hallinnan sijoittaminen on kyllä yhteydessä voimakkaampaan kivun kokemiseen, mutta ei vähäisempään elämänhallinnan tunteeseen.

Yksilön yleistynyt kokemus pystyvyydestään oli yhteydessä sekä depressio-oireisiin että kipuun ja sen seurauksiin. Mitä voimakkaampi oli yksilön kompetenssin tunne, sitä vähäisemmät kivut, haitat ja masennusoireet ja sitä voimakkaampi elämänhallinnan tunne hänellä oli. Tulos on siis linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa niin depressiivisyyden (esim. Arnstein ym., 1999) kuin myös kipujen (esim. Anderson ym., 1995) ja haittojen (esim. Rudy ym., 2003) säätelyn osalta. Tulosodotuksien, yleistyneen tai terveysspesifin optimismin ja pessimismin, yhteyksiä kipuongelmaan ja siihen sopeutumiseen on puolestaan aikaisemmin tutkittu yllättävän vähän. Yleistynyt optimismi ennusti kuitenkin yksittäisistä voimavaratekijöistä parhaiten kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden määrää. Mitä voimakkaammat optimistiset käsitykset, sitä vähemmän potilaalla esiintyy kognitiivis-affektiivisia oireita.

Näin yksilön kompetenssin tunteesta (minäpystyvyydestä) piirtyy hieman erilainen kuva kuin aikaisemmin on esitetty. On esimerkiksi esitetty, etteivät optimistiset tulosodotukset selitä enää yksilön toimintaa, jos minäpystyvyyden vaikutus kontrolloidaan (Bandura, 1984; Cozzarelli, 1993; ks. myös Schwarzer, 1994). Lisäksi tässä tutkimuksessa kivun aiheuttamat haitat selittivät myös osaltaan depressio-oireita kompetenssin tunteen kontrolloinnista huolimatta (vrt. Arnstein ym., 1999; Bandura, 1992b; Crisson & Keefe, 1988; Jensen & Karoly, 1991a; Klapow ym., 1993; Maxwell ym., 1998; Rudy ym., 1988; Turk ym., 1995).

Käsillä oleva tutkimus piirtää myös sosiaalisesta tuesta jossain määrin risiriitaisen kuvan: voimakkaampi tuki on samanaikaisesti yhteydessä sekä suurempaan kipuun ja haittaan että myös voimakkaampaan elämönhallinnan tunteeseen. Sosiaalinen tuki oli sekä paras elämönhallintaa ennustava tekijä että paras yksittäinen koetun puolison ymmärtämättömyyden prediktori: mitä enemmän sosiaalista tukea, sitä vähemmän puoliso koettiin ymmärtämättömäksi ja sitä voimakkaammaksi elämönhallinnantunne koettiin. Tässä mielessä nyt saatu tulos liittyy pitkään ristiriitaisten tulosten sarjaan. Aikaisemmat tulokset viittaavat siihen, että sosiaalinen tuki lisää kipukäyttäytymistä (Flor ym., 1987a, 1987b, 1989; Kerssens ym., 2002; Turk & Gatchel, 1999; ks. myös Kaplan & Toshima, 1990), mutta myös toisaalta siihen, että vähäinen sosiaalinen tuki lisää paitsi depressio-oireita (Feldman ym., 1999; Kerns ym., 2002) myös kipua ja toiminnanhaittoja (Katz, 2002; Kerns ym., 2002).

Kuva psykososiaalisten resurssien merkityksestä muuttuu hieman, kun tarkastellaan niiden vaikutusta depressio-oireiden muutokseen. Nyt alkutilanteesta vain suurempi koettu puolison huolehtivaisuus oli yhteydessä kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden vähenemiseen mittausten välillä. Tuloksen tekee entistä mielenkiintoisemmaksi se, että ko. depressio-oireen väheneminen on myös yhteydessä samanaikaiseen koettuun puolison huolehtivaisuuden vähenemiseen. Tältä osin depression lievittymistä ennustaa siis se, että puoliso on huolehtivainen siten, että vähentää huolehtivaisuuttaan depressiivisyyden lievittyessä. Kaiken kaikkiaan depressio-oireiden vähentymisen kannalta on ratkaisevampaa se, miten psykososiaalisissa tekijöissä – ei siis vain resurssitasolla – tapahtuu depressio-oireiden muutosten kanssa samanaikaisia muutoksia.

Kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden vähenemiseen ovat yhteydessä kipujen aiheuttamien haittojen, terveyteen kohdistuvan pessimismin sekä koetun puolison huolehtivaisuuden väheneminen ja elämönhallinnan tunteen, sosiaalisen tuen sekä koetun kompetenssin lisääntyminen. Tätä tulosta on pidettävä linjassa paitsi O'Learyn (1985; vrt. Dolce ym., 1986a) tulosten kanssa, jossa minäpystyvyyden lisääntyminen oli yhteydessä sekä kipujen että koettujen haittojen vähenemiseen, myös depression kognitiivisen teorian kanssa (esim. Guidano & Liotti, 1983). Onhan esitetty, että depressiivinen tila väistyy, kun yksilö huomaa omaavansa suhteellista kontrollia tilanteessaan. Beckin (1967) kognitiiviseen triadiin peilaten voisi todeta, että depressiivinen tila väistyy, kun yksilö huomaa myönteisiä muutoksia elämäntilanteessaan ja kokee itsensä samanaikaisesti pystyvämmäksi vaikuttamaan tilanteeseen, samalla kun hänellä säilyy pessimistinen orientaatio tulevaisuuteen. Yleistyneiden tulosodotuksien, eli optimismin ja pessimismin, muutoshan ei ennustanut samanaikaista depressiivisyyden muutosta.

Lähes 80 % depressiivisistä pitkäaikaisista kipupotilaista kuului kipuprofiililtaan dysfunktionaalisten tai ihmissuhteissa rasittuneiden ryhmään, mikä on linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa (ks. Asmundson ym., 2002; McCracken ym., 1999). Myös psyykkisten voimavarojen suhteen eri kipupotilasryhmään kuuluvat depressiiviset potilaat poikkesivat toisistaan. Yksittäisistä muuttujista eroja esiintyy yleistyneen optimismin, pystymättömyyden, sisäisen

hallinnan tunteen sijoittamisen sekä terveystavojen osalta. Tulosta voidaan pitää samansuuntaisena sen kanssa, että ryhmät poikkeavat toisistaan varsin laajasti kipuongelmaan sopeutumisen tavassa (Turk & Okifuji, 1999; Jensen ym., 2002).

Parivertailussa tilastollisesti merkitseviä eroja esiintyi kuitenkin vain terveystavojen osalta. Tällöin ihmissuhteista eristäytyneillä depressiivisillä kipupotilailla oli vähemmän terveystavoja kuin dysfunktionaalisilla ja ihmissuhteissa rasittuneilla. Muuten yleisenä trendinä tuloksissa kuitenkin näkyi, että mikäli depressiivinen kipupotilas on lisäksi huonosti ongelmaansa sopeutunut (kuului siis dysfunktionaalisten tai ihmissuhteissa rasittuneiden ryhmään), hänen psykososiaaliset resurssinsa olivat vähäisemmät kuin jos hän olisi sopeutunut kipuongelmaansa. Depressiivisyyden ja kipupotilasryhmän välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitseviä yhdysvaikutuksia psyykkisten resurssien määrässä.

Kipupotilasryhmät poikkeavat toisistaan myös rakenteellisten voimavarojen suhteen. Työttömistä depressiivisistä kipupotilaista vain 4 kuului muuhun kuin dysfunktionaalisten tai ihmissuhteissa rasittuneiden ryhmään. Yksinäiset puolestaan kuuluivat suhteellisesti useammin joko ihmissuhteissa rasittuneiden tai eristäytyneiden ryhmiin.

8.2 Johtopäätökset tutkimustehtävittäin

8.2.1 Miten pitkäaikainen kipu ja depressio ovat yhteydessä toisiinsa?

Tutkimusongelman puitteissa selvitettiin ensiksi sitä, ovatko pitkäaikainen kipu ja depressio saman psyykkisen problematiikan eri osia, eli testattiin ns. kipupersonamallin (Blumer & Heilbronn, 1982) oletuksia. Tulosten perusteella voidaan päätellä, etteivät pitkäaikainen kipu ja depressio ole saman psyykkisen problematiikan osasia, vaan ne ovat erillisiä ilmiöitä, jotka kuitenkin korreloivat keskenään.

Lisäksi tarkasteltiin vaihtoehtoista selitysmallia, joka on viimeisen kahden vuosikymmenen ajan kasvattanut suosiotaan kivuntutkimuksen piirissä (esim Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; ks. myös Hendler, 1984; ks. myös Heilövaara, 1996; Joukamaa, 1996). Sen mukaan depressio on kivun sekundaarioire, eli pitkäaikainen kipu laukaisee yksilössä depressiivisiä oireita. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tämäkin selitysmalli ei tunnu uskottavalta, kun tarkastellaan nimenomaan koetun kivun ja depression välisiä suhteita, koska koettu kipu ei ennustanut myöhempiä depressio-oireita. Toisaalta depressio-oireet eivät ennustaneet myöskään kipua. Joka tapauksessa muut tekijät kuin kipu sinänsä selittävät pitkäaikaisen koetun kivun ja depression välisen yhteyden.

Samassa yhteydessä tarkasteltiin oletusta, että pitkäaikainen kipu onkin yhteydessä vain osaan depressio-oireista eli ns. somaattisiin ja behavioraalisiin

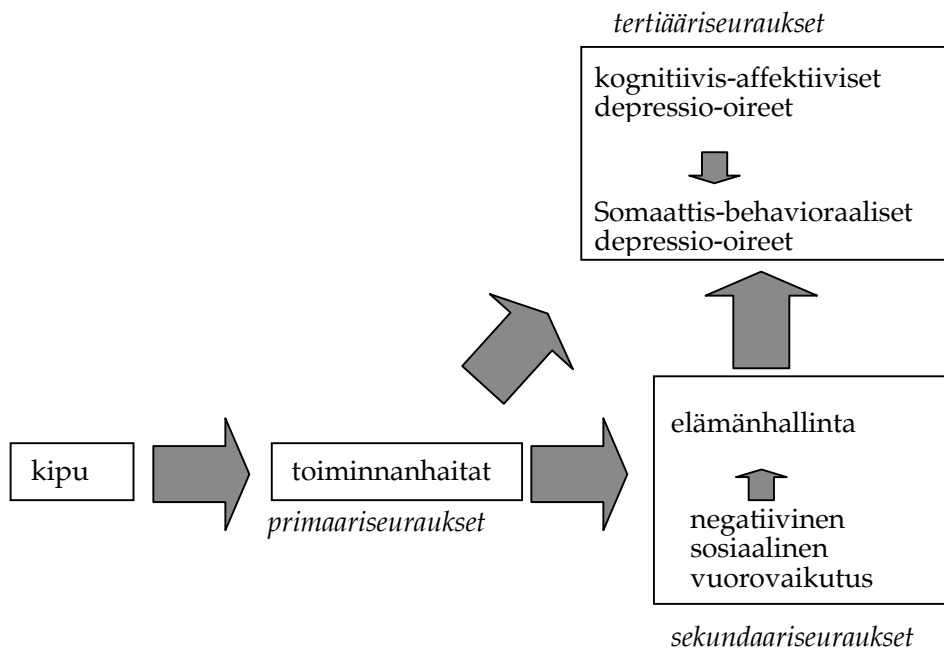
oireisiin (Romano & Turner, 1985; Williams & Richardson, 1993; ks. myös Kaiser ym., 1990). Pitkäaikainen kipu ei myöskään ennustanut näitä oireita, vaan depression kognitiiviset ja affektiiviset muutokset ennustivat myöhempiä somaattisia ja behavioraalisia oireita. Näin ollen edellisiä on pidettävä depressiivisessä oirekuvassa ensisijaisina oireina.

8.2.2 Miten pitkäaikainen kipu voi laukaista depression?

Koska pitkäaikaisten kipupotilaiden kohdalla depressio-oireet ovat yleisempiä kuin muiden kroonisten sairauksien kohdalla (Banks & Kerns, 1996), täytyy pitkäaikaisista kivuista kärsivien elämäntilanteeseen syntyä joitain sellaisia muutoksia, jotka voivat selittää depressiivisten oireiden herkan esiintymisen. Kognitiivinen käsitys depressiosta korostaa menetysteemaa depression puhkeamisessa (Beck, 1967, 1976, 1991; Beck ym., 1979), ja tässä mielessä kroonisen kivun ja depression välittävää mallia (Rudy ym., 1988) on pidettävä menetysteeman syntymisen konkretisointina. Depressio puhkeaa, mikäli yksilö määrittää kivun seuraukset menetysteemaa kantaviksi.

Kivun seurauksia on kuitenkin tarkasteltava hierarkkisena järjestelmänä (kuvio 12). Primaariseurauksena kipu aiheuttaa toiminnanhaittoja, jotka ovat siis toimintoja, joiden potilas katsoo häiriintyneen tai vaikeutuneen. Hieman kärjistäen voisi todeta, että pelkästään haittojen ilmaantuminen ei riitä, jotta varsinaiset depression oireet – eli kognitiivis-affektiiviset oireet – puhkeaisivat. Haitat voivat kuitenkin lisätä ns. somaattis-behavioraalisia oireita, eli uniongelmia, uupuneisuutta ja työkyvyn laskua. Sekundaariseurauksina voidaan pitää muutoksia, joita haitat aiheuttavat elämäntilanteelle. Tällä tarkoitetaan henkilökohtaisen elämänhallinnan tunteen laskua ja/tai koettuja negatiivisia muutoksia lähimmissä vuorovaikutussuhteissa. Depression kognitiivis-affektiiviset oireet, mieliala- ja itsetunto-ongelmat, onkin nähtävä vasta tertiäärisinä seurauksina.

Kun kuvataan pitkäaikaisen kivun ja depression välistä suhdetta depression kognitiivisen teorian näkökulmasta, oikeastaan vasta kivun sekundaariseurauksia on pidettävä tekijöinä, jotka voivat kantaa menetyksmerkitystä. Näin kroonisten kipupotilaiden kohdalla menetyksmerkitys ei rakennu kipu- tai tuki- ja liikuntaelinsairauspesifien tekijöiden varaan. Vasta yksilön rakentama merkitys psykososiaalisesta tilanteestaan voi saada menetyksmerkityksen. Tätä merkitystä ei laukaista spesifi kuormitustekijä (kipu) vaan ennemmin kuormitustekijöiden kasautuminen eli runsaat ja laaja-alaiset toiminnanhaitat (vrt. Beck, 1967).



KUVIO 12 Kroonisen kivun seuraukset hierarkkisenä järjestelmänä

Beckin (1991) erottelamat kaksi erilaista depressiivistä alttiutta saavat myös tässä yhteydessä tukea. Menetystekijä voi kipuongelmissa kanavoitua lähi-ihmissuhteiden (sosiotrooppinen diateesi) tai henkilökohtaisen hallinnan tunteen (autonominen diateesi) kautta. Sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitysmekanismia tulee tarkastella kuitenkin vain "tässä ja nyt" -tapahtumana, toisin kuin hallinnan tunteen kohdalla, joka vaikuttaa myös pitemmällä aikavälillä depressiiviseen reagointiin.

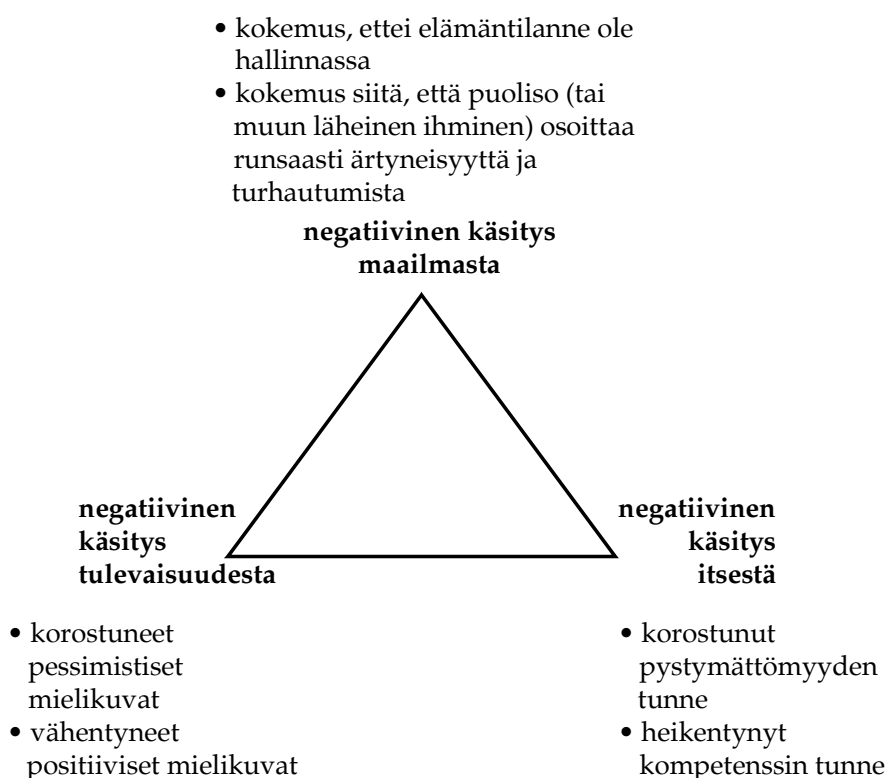
Sekundaariseurauksista sosiaalisen vuorovaikutuksen arviot osoittavat voimakkaampaa pysyvyyttä kuin elämänhallinnan tunne. Konstruktivistisen persoonallisuusteorian puitteissa yksilöä tarkastellaan dynaamisena systeiminä, joka on samanaikaisesti sekä autonominen että itseään säätelevä (Guidano, 1995; Mahoney, 1985, 1991; Mahoney ym., 1995). Tästä näkökulmasta käsin sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden arvioinnin tapa on mielialan säätelyssä kai kuvattavissa pysyväksi, samalla kun sen merkitys itse mielialaan vaihtelee, koska se ei ennusta enää tulevaa kognitiivis-affektiivista oireilua, joka sinänsä on myös varsin pysyvä yksilön itsensä arvioimana. Elämänhallinnan tunteen kohdalla ei yksilön arvio sen tasosta kuitenkaan ollut yhtä pysyvä, mutta se ennusti silti depressio-oireiden määrää myös myöhemmässä mittauksessa.

8.2.3 Ovatko psykososiaaliset voimavarat yhteydessä masentuneisuuden pitkäaikaisissa kipuongelmissa?

Psykososiaalisten voimavarojen säätelyvaikutusta tarkasteltiin kahdella tasolla. Aluksi tarkasteltiin sitä, miten ne ovat yhteydessä sen hetkiseen depressiivisyyteen. Tässä tarkasteltiin sekä voimavarojen suoria yhteyksiä depressio-oireisiin yhdessä kivun tuottamien elämäntilannemuutosten kanssa että sitä, miten resurssit toisaalta vaikuttavat elämäntilannemuuttujien kautta depressiivisyyteen.

Tämän jälkeen tarkasteltiin, miten voimavaratekijät ovat yhteydessä depressiivisyydessä tapahtuviin muutoksiin.

Yksilön depressiivisyyteen – kognitiivis-affektiivisten oireiden kautta määriteltynä – vaikuttavat kiputilanteen hahmottamisen (haitat, elämänhallinta, puolison ymmärtämättömyys) lisäksi lähinnä yleistyneet kognitiot (kuvio 13). Beck (Beck, 1967, 1976, 1991; Beck ym., 1979) on esittänyt, että yksilön depressiivistä reagoititapaa kantava skeema toistuu kaikissa yksilön kognitioissa: yksilön tietoisissa käsityksissä maailmasta, itsestä ja tulevaisuudesta. Näin on luonnollista, että toisin kuin joskus on esitetty (esim. Arnstein ym., 1999; Maxwell ym., 1998; Turk ym., 1995), depressiivisyyttä selittävät sekä kipuongelmaa kuvaavat tekijät että yksilön käsitys itsestään.

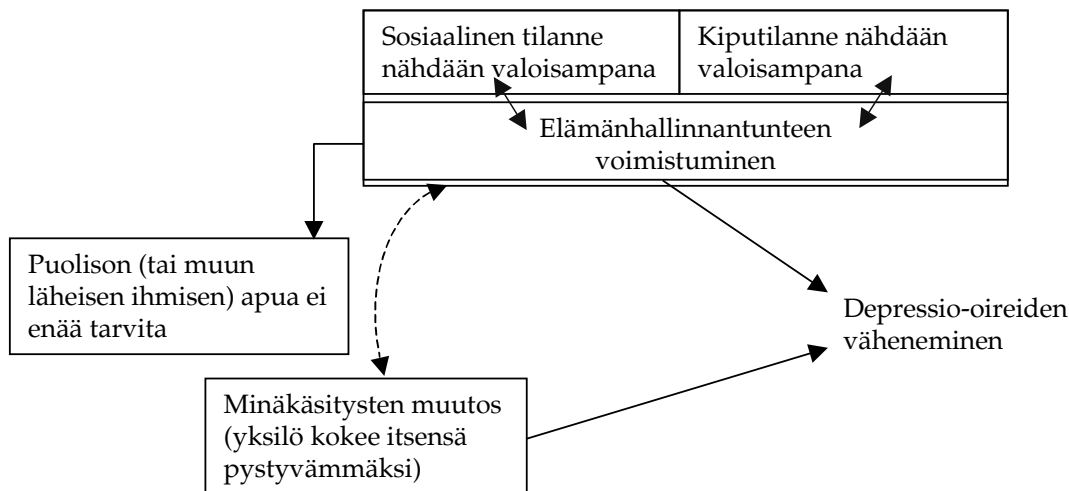


KUVIO 13 Depressiivisen kipupotilaan kognitiivinen triadi

Osa psykososiaalisista voimavaroista säätelee mielialaa vaikuttamalla kipuongelman ja sen vaikutusten arviointiin olematta suoraan yhteydessä depressiivisyyteen, eli osana depressiivistä kognitiivista triadia. Tällaisia tekijöitä ovat terveysspesifit kognitiot, terveyteen liittyvät pessimistiset mielikuvat ja hallinnan sijoittaminen sekä sosiaalinen tuki. Esimerkiksi voimakkaampi terveyteen liittyvä pessimismi on yhteydessä voimakkaampaan kipuun ja haittaavuuden kokemukseen. Kumpi tässä on syy ja kumpi seuraus, jää kuitenkin avoimeksi. Ainakin sosiaalisen tuen kohdalla on jopa todennäköisempää, ettei se sinänsä vaikuta lisäävästi kipuun eikä sen primaariseurauksiin (toiminnanhaittoihin), vaan nämä tekijät laukaisevat sosiaalisen ympäristön tukemaan potilasta. Tähän viittaa myös se, että sosiaalinen tuki vaikuttaa toisaalta samanaikaisesti sekä myön-

teisesti yksilön kokemaan elämännhallinnantunteeseen että vähentää hänen kokemaansa puolison ymmärtämättömyyttä. Kyseessä saattaa olla siis monimutkainen resiprokaalinen säätelyjärjestelmä, jonka avulla ylläpidetään emotionaalista hyvinvointia (esim. Katz ym., 1996).

Depressiivisyydessä tapahtuvat muutokset ovat yhteydessä samanaikaisesti psykososiaalisissa voimavaroissa tapahtuviin muutoksiin (kuvio 14). Niitä ei voida siis katsoa depressiivisestä kokemistavasta irrallisiksi tekijöiksi, jotka kuitenkin samalla ennustaisivat depressiivisyyttä (ks. Beck, 1991; Haaga ym., 1991). Kognitiot, emootiot ja käyttäytyminen muodostavat sellaisen vastavuoroisen järjestelmän, että ne ovat kaikki saman yksilöllisen järjestämissuunnan tuotteita. Pintatason kognitioilla, mitä tässäkin tutkimuksessa käytetyt muuttujat edustavat, ei siis todellisuudessa voida ennustaa depressiota (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983). Näin ollen depressio-oireita ja niiden muutosta ennustavia tekijöitä ei pidä tulkita kirjaimellisesti niin, että ne olisivat riippumattomia ennustavia tekijöitä.



KUVIO 14 Depressiivisyydessä tapahtuva muutoksen kokemuksellisuus

Depressiivisyyden väistymisen myötä yksilö kokee elämäntilanteensa hallittavammaksi sekä on optimistisempi terveydentilansa tulevaisuuden suhteen. Samalla yksilö arvioi itsensä pystyvämmäksi sekä sosiaalisen lähiympäristönsä tukea antavammaksi, vaikkakin suoranaisen avun saaminen väheneekin. Depressiivisyyden väistyessä yksilön kuva maailmasta ja itsestä muuttuu siis positiivisemmaksi samalla, kun kuva tulevaisuudesta yleensä jää negatiiviseksi. Mielenkiintoista on myös, ettei depressiivisyyden väistyessä yksilön käsitys itsestä pystymättömänä muutu, vaikka kokemus omasta pystyvyydestä voimistuukin. Depressiivisyyden vähenemistä voisi siis luonnehtia – taustalla väijyvistä pessimismistä ja huonommuuden tunteesta huolimatta – toivon ja itseluottamuksen palautumiseksi (ks. myös Guidano & Liotti, 1983).

8.2.4 Poikkeavatko masentuneet kipupotilaat toisistaan sen mukaan, mihin kipupotilasryhmään he kuuluvat?

Depressiiviset kipupotilaat eivät muodosta kipuongelmansa suhteen homogeenista ryhmää. Kuitenkin vain pieni osa depressiivisistä kipupotilaista on tilanteessa, jossa kipuongelma ei olisi kärjistynyt. Yleensä depressiivisten kipupotilaiden elämäntilanne on ongelmallinen joko toimintakyvyn heikkenemisen takia tai siksi, että he kokevat lisäksi ihmissuhteensa ongelmallisiksi. Koska dysfunktionaaliset ja ihmissuhteissa rasittuneet poikkeavat toisistaan olennaisesti siinä, onko heillä korostuneen kipuongelman lisäksi myös ihmissuhdevaikeuksia, on houkuttelevaa tulkita tätä Beckin (1991) esittämien erilaisten depression diateesien kautta. Tällöin depressiivisten dysfunktionaalisten kipupotilaiden (ja adaptiivisten sopeutujien) ongelmallisuutta kuvastaisi autonomisuuden menetys; kokemus kivun tuottamista toiminnanhaitoista olisi tällä ryhmällä keskeisin elämänhallinnan menetyksen syy. Ihmissuhteissa rasittuneiden ja ihmissuhteista eristäytyneiden tapauksessa – ainakin osalla heistä – voisi elämänhallinnan tunteen menetys olla ennemminkin riippuvaista ihmissuhteisiin liittyvistä pettymyksistä.

Vaikka Turk & Rudyn (1988) kivun psykososiaalisen luokituksen avulla ei voitaisikaan identifioida Beckin (1991) esittämiä diateesiryhmiä, heijastaa se silti eroja elämäntilanteen eri puolien arvioinnissa. Kun kivun psykososiaaliseen profiiliin perustuva luokitus ennustaa kipupotilaan sopeutumista (Turk & Okifuji, 1999; Jensen ym., 2002) ja – mihin nyt saatu tulos viittaa – osittain myös depressiivisten kipupotilaiden psykososiaalisia voimavaroja, on hedelmällistä pyrkiä käsitteellistämään depressiivisten kipupotilaiden tilannetta myös kivun psykososiaalisten piirteiden kautta.

8.3 Käytäntöön liittyvät päätelmät

On esitetty (Estlander, 1995; Wesley ym., 1991; ks. myös Salokangas ym., 1994), että kipupotilaiden depression diagnostiikassa tulisi käyttää vain kognitiivisia ja affektiivisia oireita depression indikaattoreina. Vaikka tämän tutkimuksen valossa somaattis-behavioraaliset oireet eivät edustakaan kipuongelmaa vaan psyykkisen rasittuneisuuden kokonaisuutta, voi näiden oireiden käyttö olla silti kipupotilaiden depression diagnostiikassa ongelmallista. Somaattis-behavioraaliset oireet ovat kognitiivis-affektiivisia oireita voimakkaammin yhteydessä kipuun ja sen primaariseurauksiin sekä vähemmän yhteydessä yksilön negatiivisiin arvioihin itsestään ja tulevaisuudestaan.

Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että somaattis-behavioraalisten oireiden mittaamisesta tulisi luopua. Koska näiden oireiden muutos näyttää olevan voimakkaammin yhteydessä toiminnanhaittojen vähentymiseen sekä yksilön yleiseen aktivoitumiseen, ne kuvastavat sinänsä yksilön energisyyttä ja hyvinvointia.

Kipupsykologin kannattaisi tämän tutkimuksen valossa sisällyttää ”työkä-lupakkiinsa” (ks. Estlander, 2003) kipuongelmaa, sosiaalista tilannetta sekä terveystyyppejä ja yleistyneitä kognitioita mittaavia välineitä, mikäli hän on kiinnostunut potilaan mielialaongelmasta. Kipuongelmaa kuvaavat mittarit antavat informaatiota kipuongelman subjektiivisesta merkityksestä: miten potilas näkee toiminnanrajoitteensa ja kykynsä hallita elämäntilannettaan? Sosiaalista tilannetta kuvaavilla mittareilla tavoitetaan puolestaan yksilön rakentamat interpersoonalliset merkityssisällöt sekä pystyvyys- ja tulosodotusmuuttujilla mielikuvat itsestä ja tulevaisuudesta. Nämä kokonaisuudet täydentävät depressiokyselyyn perustuvaa arviointia. On kuitenkin muistettava, että mikään kyselylomake ei korvaa kiireetöntä ja potilaan ymmärtämiseen tähtäävää haastattelua.

Depressiivisen kroonisen kipupotilaan kivun psykososiaalisen profiilin perusteella tehtävä luokitus voi toimia hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun apuvälineenä. Kun tarkastellaan kivun seurauksia kuntoutusinterventioiden kohteina, ei laadukas tarpeenmukainen kuntoutus voi sisältää pelkästään potilaan aktivointiin ja toiminnanhaittojen minimoimiseen tähtääviä toimia. Lisäksi yksilön tapa havainnoida ja arvioida, missä määrin hän omaa elämänsä hallitsee, on keskeisessä asemassa. Osalla potilaista – ja tämä osa on siis ennakolta identifioitavissa (ks. Kuusinen, 2004) – myös sosiaalisten vuorovaikutustilanteiden uudelleenmäärittely voi avata väylän elämänlaadun kohenemiselle. Lisäksi herää väistämättä ajatus, että kroonisten kipupotilaiden sopeutusvalmennuskurssien tulisi eräissä tapauksissa liittää sosiaaliseen ympäristöön kohdistuva interventio, jotta myönteisiä muutoksia tapahtuisi potilaan mielialassa. Se, missä muodossa tämä tapahtuisi, jää pohdittavaksi. Yhtenä vaihtoehtona olisi puolison osallistuminen ainakin osittain kuntoutuskurssille yhdessä kipupotilaan kanssa. Kaiken kaikkiaan kipupotilaiden kuntoutuksessa – ainakin mielialan parantamisen osalta – on syytä siirtää huomio kivusta sen erilaisiin seurauksiin.

Yksilön itseä ja tulevaisuutta koskevien kognitioiden muutos depression lievittämisessä antaa viitteitä aivan tietynlaisesta prosessista, jota interventioiin voitaisiin vahvistaa. Yksilön käsitykset siitä, miten hän itse voi vaikuttaa elämänsä valintoihin ja ehtoihin, ovat keskeisiä tavoitteellisen kuntoutuksen alueita, mutta tätä tulisi tarkastella laajemmin kuin kiputilanteen kannalta. Sen sijaan tulosodotusten suhteen myönteiset muutokset depressiivisyydessä olivat yhteydessä terveyteen liittyvän pessimismin ja toivottomuuden vähenemiseen – eli terveys-spesifiin kuvaan tulevaisuudesta. Sellaisten elementtien maastouttaminen kuntoutukseen, jotka palvelevat näitä kriittisiä muutoksia kognitioissa, onkin haas-paitsi kuntoutuspsykologille, myös koko moniammatilliselle kuntoutustiimille.

8.4 Tutkimuksen metodiikan evaluointi

Kaikki tutkimuksessa mukana olevat potilaat ovat joko osallistuneet kertaluonteiseen kuntoutustutkimukseen, joka on pitkälti työkyvynarvion luonteinen, tai

suhteellisen lyhytkestoiseen jaksotettuun ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Molemmissa tapauksissa palvelun sisältö on pitkälti tilaajan rajaama. Aikaa vievät henkilökohtaisiin tapaamisiin perustuvat haastattelujen sarjat, joiden avulla voitaisiin psykoterapiatutkimuksen keinoin analysoida potilaiden psyyken rakenteita ja niissä tapahtuvia muutoksia, ovat resursoidun ajan puitteissa mahdottomia. On siis ollut tyytyminen psyyken pintarakenteiden tutkimiseen.

Lomakkeista on paljon hyötyä, kun kroonisten kipupotilaiden kognitioita selvitetään. Lomake on nopea ja vaivaton, ja potilas saa selkeän palautteen tutkimuksesta. Kuitenkin vain pieni osa maailmalla käytetyistä kyselyistä on suomen kielelle käännettyjä ja luotettavaksi havaittuja. Käytännön kuntoutustyön ohessa tutkimusta tekevä on väistämättä sidoksissa saatavilla oleviin ja palvelun tilaajan hyväksymiin välineisiin. Näin joudutaan valitettavasti tilanteeseen, jossa tutkimusongelmien asettamista rajoittavat osittain myös käytössä olevat välineet.

Tässä tutkimuksessa ei selvitetty tekijöitä, jotka altistavat kroonista kipupotilasta tulemaan depressiiviseksi. Kun tutkimuksen kohteena ovat ihmiset, jotka ovat jo vuosia kärsineet tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamasta kivusta, ei mielenkiinnon kohteena voi olla depression ilmaantuminen. Tämän kaltaisen kivun ja depression välisen suhteen ajallinen tarkastelu edellyttäisi etenevää tutkimusstrategiaa. Oletuksena on – paitsi että tutkittavat ovat kärsineet kivuista jo kauan – että depressiivisyyteen altistavat tekijät, kuten psykososiaalisten resurssien riittämättömyys, ovat jo aktivoituneet. Tällöin kivun ja depression välisten ajallisten yhteyksien selvitys rajoittuu koskemaan kivussa ja depressio-oireissa tapahtuvien muutosten dynamiikkaa.

Tutkimusongelmiin vastaamisen kannalta aineistoa ja tutkimusasetelmaa on kuitenkin pidettävä riittävänä. Aineisto on mahdollistanut sekä ajallisten suhteiden että eri tekijöiden vaikutusten samanaikaisen tarkastelun. Näin rakenteellisten tekijöiden (ikä, sukupuoli, työmarkkina-asema jne.), kipuongelman abstrahoinnin, koettujen sosiaalisten tekijöiden, terveysspesifien ja yleistyneiden pystyvyys- ja tulosodotuksien todelliset vaikutukset on saatu esille.

Pitkittäistutkimusmallien tulkinnessa ja päätelmien tekemisessä tulee olla varovainen. Kaikki pitkittäismalleissa mukana olevat ihmiset ovat osallistuneet kuntoutuskursseille, joille on pyritty löytämään heille sopivia yksilöllisiä keinoja vähentää kivun aiheuttamia haittoja sekä parantamaan heidän elämäntilanteensa tunnettaan – palveluntilaajan standardoimien kriteerien rajoissa. Tällöin interventio on voinut sekoittaa ajallisia vaikutuksia, koska erilaisten lähtöarvojen vaikutusta kuntoutuksen tuloksellisuuteen on pyritty vähentämään eriyttämällä interventioita. Mahdollinen sekoittava vaikutus on ollut kuitenkin riippumatonta saadusta kuntoutuspalvelusta (Kuusinen, 2003, 2004).

Tutkimuksessa käytössä oleva aineisto on suhteellisen laaja ja edustanee varsin hyvin pitkäaikaisista tuki- ja liikuntaelinkivuista kärsivien joukkoa. Samalla se tekee mahdolliseksi – juuri tuon intervention ansiosta – tulkita tuloksia suhteessa kuntoutustoimintaan. Muutokset, joita tutkittavissa on tapahtunut, ovat sellaisia, joita enemmän tai vähemmän spontaanisti tapahtuu standardoitujen kuntoutusinterventioiden vaikutuksesta. Lisäksi juuri pitkittäismallien

tulosten avulla saadaan selville mielekkäitä tekijöitä, joihin interventiot kohdennetaan. Tässä tapauksessa niitä ovat siis kivun henkilökohtaiset ja interpersoonalliset seuraukset, yleistynyt käsitys itsestä kompetenttina toimijana sekä mielikuvat sairauden ja sairastamisen tulevaisuudesta.

Lopuksi tutkimusasetelmaa ja -menetelmää arvioitaessa on tuotava esille epävarmuustekijä, joka syntyy, kun depressiiviset kipupotilaat jaetaan eri ryhmiin kivun psykososiaalisten piirteiden perusteella. Depression diagnostiikka pelkästään kyselylomakeinformaation perusteella ei ole koskaan täysin luotettavaa. Nyt depressiivisiksi luokiteltiin ne kipupotilaat, joiden kognitiivis-affektiivisten depressio-oireiden voimakkuus ylitti ylimmän kvartiilin raja-arvon (9), jolloin aineistosta 23,4 % luokiteltiin siis depressiivisiksi. Kun depression prevalenssi kroonisten kipupotilaiden keskuudessa liikkuu välillä 10-100 % (Romano & Turner, 1985) ja aineistossa painottuvat ne sairausryhmät, joissa depressio on yleisintä (ks. Diener ym., 1995), on hyvinkin mahdollista, että nyt tehdyn depressioluokittelun ulkopuolelle jää niitä, jotka ovat depressiivisiä. Todennäköisemmin depressiivisten ryhmään ei tule luokiteltua ei-depressiivisiä potilaita. Asetelma, jossa depressiivisyys olisi myös arvioitu kliinisesti esim. psykiatrin toimesta, olisi luonnollisesti ollut vahvempi tässä suhteessa.

8.5 Jatkotutkimus

Depressiivisyyteen taipuvaiset ihmiset eivät kuitenkaan ole vain herkkiä menetysteemaa kantaville ilmiöille, vaan he myös toiminnallaan varmistavat, että menetyksiä tapahtuu (Beck, 1976; Beck & Clark, 1988; Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983). Tämä tarkoittaa sitä, että kivun aiheuttamat haitat ja elämänhallinnan tunteen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen menetykset, joita kipupotilaalla ilmenee, ovat seurausta potilaan ja hänen ympäristönsä transaktiosta. Tämän selvittämiseksi tarvitaan paitsi dyadisten vuorovaikutussuhteiden selvittämistä että eräänlaista yksilölliseen elämänhistorian rekonstruktioon paneutuvaa tutkimusta.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että sosiaalinen tuki on yhteydessä voimakkaampaan kipuun ja haittaan, mutta voi olla hyvinkin hätiköityä päätellä, että sosiaalinen tuki lisää kipua ja haittaa. Tärkeäksi jatkotutkimuksen aiheeksi nouseekin juuri kivun, toiminnanhaittojen, sosiaalisen tuen sekä depression ajallisten yhteyksien selvittäminen. On edelleen epäselvää, miten puoliset vastavuoroisesti sovittavat toimintansa vastaamaan sitä muuttunutta tilannetta, jonka toisen pitkäaikainen terveysongelma aiheuttaa. Todennäköisesti sosiaalinen tuki prosessina toimii kummankin – sekä potilaan että hänen puolisonsa – mielialaa säätelevänä transaktionaalisena prosessina. Tutkimuskohteen laajentaminen myös identifioidun potilaan lähipiiriä koskevaksi toisi esille laajemman kuvan mielialaongelmista kroonisissa kipuongelmissa. Tällaisia tutkimusasetelmia on jo käytetty tutkittaessa yhtä aikaa potilaan ja hänen puolisonsa

sopeutumista mm. syöpätaudeissa (esim. Langer ym., 2003; Vickery ym., 2003) ja sydänsairauksissa (esim. Schmitz, 1998; Schröder ym., 1997).

Koska sosiaalisten suhteiden vaikutus on sitä voimakkaampi, mitä lähemmästä suhteesta on kyse, (Hobfoll, 1988; Sarason ym., 1990a), sosiaalisen tuen ja vuorovaikutuksen rajaaminen puolisoa tai muuta läheistä ihmistä koskevaksi antaa selkeimmät tulokset. Silti voi olla, että ystävien, sukulaisten ja muiden henkilöiden antaman tuen vaikutus pitkäaikaisesta kivusta selviytymisessä on paitsi odotettua merkittävämpää, myös eri tekijöihin kohdistuvaa. Tarkastelun laajentaminen koskemaan myös tältä ryhmältä saatua tukea on siis yksi tulevaisuuden tutkimushaasteista.

Toisaalta myös käsillä oleva aineisto mahdollistaisi sen selvittämisen, miten sosiaalinen tuki voi estää menetysmerkityksen syntymisen elämänhallinnan tunteessa ja sosiaalisen vuorovaikutuksen arvioimisessa (ks. Beck, 1991). Kun sosiaalinen tuki yhtäältä on yhteydessä voimakkaampaan kipuun ja haittaavuuteen ja toisaalta myönteisempään näkemykseen elämänhallinnasta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, olisi mahdollista selvittää, miten sosiaalinen tuki sekä välittää että muovaa kivun primaari- ja sekundaariseurauksien välisiä yhteyksiä.

Myös terveystieteiden kohdalla ajallisten yhteyksien tarkempi selvittäminen on paikallaan. Se on paras yksittäinen kivun kokemista ennustava tekijä: mitä pessimistisempi potilas on, sitä voimakkaammat kivut hänellä on. Tässäkin voi olla ennenaikaista päätellä, että pessimistiset ajatukset lisäävät potilaan kipuja, koska on mahdollista, että voimakkaat kivut muovaavat yksilön tulevaisuusodotuksia negatiivisempaan suuntaan. Tarkempi yksilön sairauden kulkua ja sairauden tilaa koskevien käsitysten dynamiikan selvittäminen voikin tuoda arvokasta lisätietoa.

Käsillä oleva tutkimus haastaa tutkimaan kivun ja depression välistä suhdetta myös interventio- ja psykoterapiatutkimuksen viitekehiksestä. Esimerkiksi perustieto siitä, miten selkeämpi ja systemaattisempi potilaiden ohjanta erilaisiin kuntoutusmuotoihin voisi parantaa toiminnan tuloksellisuutta, olisi tervetullutta (ks. Turk & Okifuji, 2002). Nyt kuntoutukseen lähetetään heterogeeninen ryhmä ihmisiä, joille tarjotaan samansisältöistä, vaikkakin jossain määrin yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaa palvelua. Kaikki saavat kuitenkin nykyisessä kuntoutusjärjestelmässä perussisältönä samaa palvelua. On mahdollista, että kroonisten kipupotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuutta selvittäneissä satunnaistettuihin koe-kontrolli-asetelmiin perustuvissa tutkimuksissa on ollut mukana systemaattisia sekoittavia tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet tutkimuksen tuloksiin. Joillekin kyseinen interventio on saattanut olla jopa kontraindikoitu. Pelkästään lääketieteellinen diagnoosi ei kenties ole riittävä peruste ohjata ihmisiä laitospalveluun. Vaihtoehtona olisi identifioida ensin kroonisen kipupotilaan tarpeet ja sen jälkeen satunnaistaa hänet joko tarpeenmukaiseen kuntoutukseen tai kontrolliryhmään.

Tietomme niistä intrapsyykkisistä prosesseista, joita yksilössä tapahtuu depression lievittymisen myötä, ovat edelleen vähäiset. Yksilön itseä, maailmaa ja tulevaisuutta koskevien kognitioiden kyky ennustaa tulevaa depressiota tai

siinä tapahtuvaa muutosta on tämän tutkimuksen valossa heikko. Toisaalta tämä ei ole ihme, koska koko selitystapa on kiusallisen kehämäinen (ks. Beck, 1991; Haaga ym., 1991): nämä kognitiothan ovat juuri depression ydin, jota kautta koko ilmiö manifestoituu. Myös sellaiset intrapsyykkiset mekanismit, joiden avulla depressiivisyyteen taipuvainen henkilö varmistaa menetyskokemusten syntymisen, jäävät sekä tämän että muiden samaa metodiikkaa käyttävien tutkimusten tavoittamattomiin. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat sellaisia kroonisia kivuliaita sairauksia, joiden ongelmallisuus "elää ajassa". Toimivatko depressiivisyyteen taipuvaiset ihmiset jotenkin eri tavoin itsehoidon ja sairauteen sopeutumisen alueella, mikä varmistaa menetyskokemusten kokemisen? Jatkossa tarvitaankin tarkempaa depressiivisten potilaiden merkitysorganisaatioiden tutkimista psykoterapiatutkimuksen menetelmin. Tällä tavalla voitaisiin yhdistää sekä historiallinen että psyyken sisäisten prosessien tarkastelu yhdeksi kokonaisuudeksi.

Lisäksi tarvitaan edelleen kyselymittarien käyttökelpoisuutta selventävää tutkimusta. Tässäkään tutkimuksessa ei ole esimerkiksi lainkaan varmaa, että tutkittavat vastasivat kysymyksiin molemmilla kerroilla saman viitekehyksen, merkityksen, puitteissa. Yksilössä tapahtuva muutos voi myös ilmetä siten, että yksilö ymmärtää kysymyksen laadullisesti erilaisena kuin aikaisemmin. Näin mittarien faktorirakenteiden pysyvyyden testaaminen nouseekin keskeisimmäksi jatkotutkimuksen aiheeksi.

SUMMARY

Introduction

Pain is a subjective interpretation of nociceptive stimuli, and it is regulated by expectations, beliefs, attitudes and personal goals (Turk & Rudy, 1992). Pain is considered chronic when it persists for longer than 6 months (Turk et al., 1983). Muskuloskeletal pain (e.g. neck pain, low-back pain) is the most common chronic pain disorder in Finland (KELA, 2002b).

The relationship between physical pathology and reported pain is far from linear (Karoly, 1985; Monsen & Havik, 2002; Turk & Kerns, 1985; Turk & Melzack, 1992). Admittedly, reported pain is more related to individual beliefs and attitudes, a factor which calls for a broader, biopsychosocial perspective in the diagnosis of pain (Turk & Rudy, 1992).

Several empirical attempts have been made to classify chronic pain patients regarding their perceived pain, life interference, life control, activity and social support and interactions (see Turk & Rudyn, 1987, 1988). In Finland four distinct clusters have been identified (Kuusinen, 2004). Adaptive copers are characterized by low levels of pain, life interference, and affective distress, and high levels of perceived life control and social support. In contrast, interpersonally distressed patients possess the opposite profile: high levels of pain, life interference and affective distress, and low levels of perceived life control and social support. Dysfunctional patients resemble the interpersonally distressed patients with the exception that they perceive social support as adequate. Socially isolated patients resemble adaptive copers, but perceive social support as low. A growing body of research indicates that many of the reported differences in adaptation to chronic pain derives from differences in psycho-social resources related to pain cluster membership (e.g. Turk & Okifuji, 1999; Jensen et al, 2002). Studies also suggest that depressive symptomatology varies by pain cluster membership (McCracken et al, 1999).

Depression is an emotional disorder characterized by several symptoms, such as melancholy, low self-esteem, apathy, inactivity and sleep problems (Ormel & Sanderman, 1989; Summerfeldt & Endler, 1996). Depressive disorders are also a prevalent co-occurring problem in chronic pain. Studies suggest that from 22 to 78 % of chronic pain patients have depression (Ward, 1990).

It appears that when associated with chronic pain, depression may be manifested by symptoms, such as fatigue, sleeping problems and loss of sexual interest, as compared to the more psychological symptoms experienced in primary depression (Estlander, 1995; Novy et al, 1995; Wesley et al, 1991, Williams & Richardson, 1993, Turk & Okifuji, 1994). It has been suggested therefore, that the cognitive-affective type of symptoms may prove to be more accurate in detecting depression (Estlander, 1995; Wesley et al, 1991).

Two psychological models for conceptualizing the relationship between chronic pain and depression have been proposed. Blumer and Heilbronn (1982)

proposed that that chronic pain should be considered as a variant of depressive disease. However, the empirical support for this "pain-prone-patient model" is lacking (see Robinson & Gatchel, 1998). The other model, which takes a cognitive-behavioral perspective, views depression as a secondary reaction to pain in which the relationship between them is regulated by psycho-social resources (Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; see also Heliövaara, 1996; Joukamaa, 1996).

In recent formulations of the secondary reaction model, pain alone is considered an insufficient condition for the development of depression (Rudy et al., 1988). Instead, the perceived impact of pain and the ability to control one's life have been proposed as the variables mediating pain and depression. Several studies support this view (Fifield et al, 1991; Herr et al, 1993; Maxwell et al, 1998; Okifuji et al, 2000; Peck et al, 1989; Turk et al, 1995).

Previous research on mediators has concentrated only on the perceived personal consequences of pain, while the possible social mechanisms mediating the pain-depression relationship have yet to be clearly specified. Education (Roth & Geisser, 2002), unemployment (Averill et al, 1996), and negative changes in one's social network (e.g Isometsä, 2001; Schwarzer & Leppin, 1992) have been linked to depression. It seems that social support buffers the impact of stressful situations, thereby diminishing the likelihood of depressive mood (e.g. Henderson, 1992; Hobfoll, 1988; Monroe & Johnson, 1992; Ormel & Sanderman, 1989).

Theoretical framework

The cognitive theory of depression posits that certain individuals are prone to depression, because of their tendency to rate themselves, their experiences and their future in a negative way (Beck, 1991, see also Banks & Kerns, 1996). According to Beck (1967, 1976, 1991; Beck et al, 1979; see also Guidano & Liotti, 1983) this depressive cognitive triad is triggered when a stressful situation is viewed as a personal or social loss. However, among chronic pain patients, little attention has been paid to identifying those aspects of depressive cognition, the depressive cognitive triad, most prevalent in primary depression in general.

Beck (1991) separates two types of personality, which make individuals vulnerable to losses. People with sociotropic diathesis value highly the social aspects of their lives, such as closeness, dependency and sharing. Therefore they are sensitive to social deprivation and rejection. On the other hand, people with autonomous diathesis value independent achievement and solitariness, and therefore are sensitive to immobilisation or enforced conformity. Although there has been no investigation of the different types of depressive diathesis among chronic pain patients, it is a tempting idea to relate the empirical taxonomy described to Turk & Rudyn (1988) to these two types of depressive diathesis.

Research problems

This study sought to clarify how chronic pain and depression are related and what psychosocial resources regulate this linkage. Also investigated was whether different psychological categories of chronic pain patients differ in their perceived psychological resources (see Estlander, 1992; Kuusinen, 2004; Turk & Rudy, 1988). Figure 1. summarises the research problems.

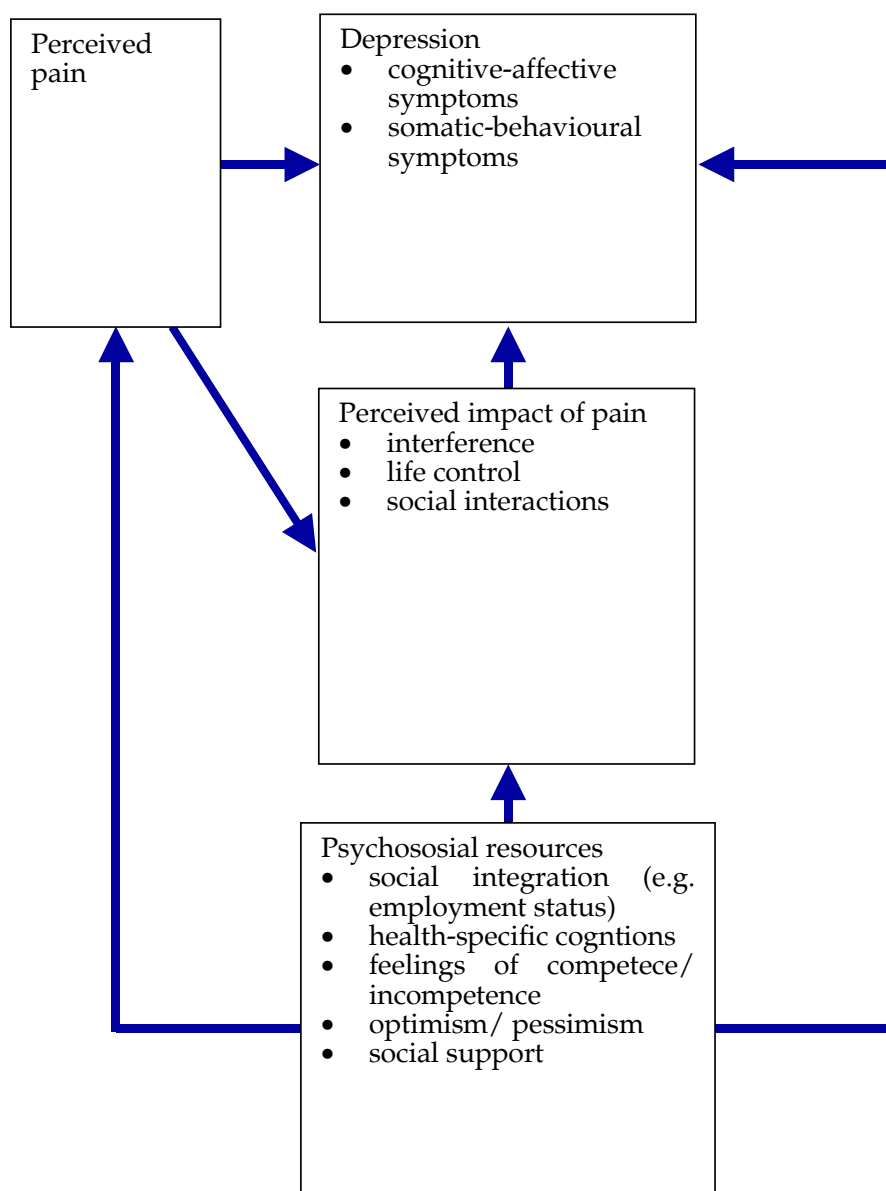


FIGURE 1 Chronic pain and depression: psychosocial determinants regulating the relationship.

1. How are chronic pain and depression linked together?
 - 1.1. Are chronic pain and depression different phenomena?

It has been argued that chronic pain may be a variant of depression (Blumer & Heilbronn, 1982). Empirical support for this pain-prone-personality model is sparse (Ahles et al, 1987; France & Krishnan, 1985; France et al, 1986; Gupta, 1986; van Houdenhove et al, 1992; Large, 1986; Lopez-Ibor, 1972; Robinson & Gatchel, 1998). Therefore, it was assumed that chronic pain and depression are different constructs.

- 1.2. What is the temporal relationship between pain perception and depression in chronic pain patients?

It is possible that depression makes the individual more vulnerable to greater pain, although more empirical evidence exists for the contrary view (see Brown, 1990; Fishbein et al, 1997; Gaskin et al, 1992). In this view, depression is a secondary reaction to pain (Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984). Moreover, it is possible that pain is more strongly related to somatic-behavioural than symptoms of depression (Estlander, 1995; Novy et al, 1995; Wesley et al, 1991, Williams & Richardson, 1993, Turk & Okifuji, 1994).

2. What is the mechanism through which pain may lead to depression?
 - 2.1. Are perceived life interference and life control mediating variables in the pain-depression relationship?

It was assumed that the relationship between pain and depression is insignificant, and that this relationship is mediated by perceived life interference and life control (see Rudy et al, 1988).

- 2.2. Do perceptions about social interactions with one's spouse mediate the relationship between pain and depression?

According to Beck (1967; see also Guidano & Liotti, 1983) depression may be triggered also by perceived losses in social relationships. Therefore, if pain leads to depression, this may be due to its debilitating effect on social relationships (see also Harris, 1992).

3. Are psychosocial resources associated with depression in chronic pain?
 - 3.1. Are psychosocial resources associated with depressive symptoms?
 - 3.2. Do perceived pain and its consequences mediate the relationship between psychosocial resources and depression?

- 3.3. Are psychosocial resources associated with changes in depressive symptoms?
- 3.4. Are changes in psychosocial resources associated with changes in depressive symptoms?

According to Beck (1967, 1976) part of the depressive schema is a negative view of the self and one's social world. Therefore, some cognitions, labeled in cognitive-behavioural models as resources, are part of the depressive manifestation. Perceived competence, optimism, social support, and beliefs concerning the treatment of chronic pain (like locus of control) are examples of such resources. When depression is viewed from the perspective of the mediation model of depression (Rudy et al, 1988), it is necessary to clarify how these resources are linked not only with depression, but also with pain and its personal and social consequences.

Beck (1991; see also Haaga, 1991) argues that psychosocial resources have a noncausal status in depression. This means that cognitions reflect rather than cause depression. Therefore it is assumed that one cannot predict changes in depression by reference to psychological resources. Instead, it was hypothesized, that positive changes in psychosocial resources would be associated with simultaneous changes in depressive symptoms. Moreover, it was hypothesized that positive changes in the view of the self would be most strongly associated with positive changes in depressive symptoms (see Guidano & Liotti, 1983).

4. Do depressive chronic pain patients differ in according to their psychosocial pain classification?
 - 4.1. How are depressive chronic pain patients distributed among the different psychosocial pain categories?

In this study pain patients were classified into one of the four following groups: dysfunctionals, interpersonally distressed, adaptive copers, and socially isolated individuals (see Kuusinen 2004; see also. Turk & Rudy, 1988). There is evidence that dysfunctionals and interpersonally distressed patients are more depressive than adaptive copers (McCracken et al, 1999).

- 4.2. Is there differences in psychosocial resources between the different patient psychosocial groups?

The patient classification originally presented by Turk & Rudyn (1988) predicts adaptation to chronic pain (Turk & Okifuji, 1999; Jensen et al., 2002). Therefore there may be differences between patients in psychosocial resources, which may also be described as perceptions about the self, the world and the future, i.e. the cognitive triad (see Beck 1967).

Method

Subjects and design

Both cross-sectional and longitudinal designs were used. In the cross-sectional study the subjects were 786 consecutive individuals with a chronic musculoskeletal pain problem who had been admitted to either a Social Insurance Institution-financed inpatient multidisciplinary rehabilitation program or referred for evaluation of rehabilitative needs. 236 (30%) were men and 550 (70%) women and the mean age of the subjects was 51,5yrs (Sd=5,5yrs). The mean pain duration was 8,2yrs (Sd=7,8yrs). Of the original 786 individuals follow-up data was obtained on 446 individuals attainable at the time of the data collection. The data on this group were used in the longitudinal study.

Instruments

A battery of standardised questionnaires, including the Multidimensional Pain Inventory (MPI, Beck Depression Inventory (BDI:), Self-Performance Survey (SPS:), Life-Orientation Test-Revised (LOT-R:) and Attitude Scale for patients with chronic pain (Estlander & Härkäpää, 1985), was used to measure perceived pain, life interference, life control, social support, social interactions, somatic-behavioral and cognitive-affective symptoms of depression, feelings of competence and incompetence, dispositional optimism and pessimism, and health-specific pessimism and locus of control.

Statistical methods

Both exploratory (e.g. hierarchical multiple regression) and confirmatory (confirmatory factor analysis and path analysis) statistical methods were used in this study.

Results and conclusions

How are chronic pain and depression liked together?

Contrary to the pain-prone-patient model (Blumer & Heilbronn, 1982), pain and depressive symptoms were separate entities. The results of this study did not replicate those of previous studies suggesting that pain induces depressive symptomatology (Kerns & Turk, 1984; Turk & Salovey, 1984; see also Heiliövaara, 1996; Joukamaa, 1996) when the temporal relationship between perceived pain and depression was measured. Moreover, perceived pain did not predict somatic-behavioural symptoms of depression, as suggested by some authors (Romano & Turner, 1985; Williams & Richardson, 1993; ks. myös Kaiser et al, 1990).

What is the mechanism through by which perceived pain may induce depressive symptoms?

As expected, the relationship between pain and depression was mediated by perceived life interference. However, contrary to expectation, the path from pain to perceived life control was non-significant. It seems that both lowered perceived life control and negative social interactions are secondary reactions not to pain, but rather to perceived life interference induced by pain. This reflects the hierarchy of consequences in pain-related syndromes (fig. 2).

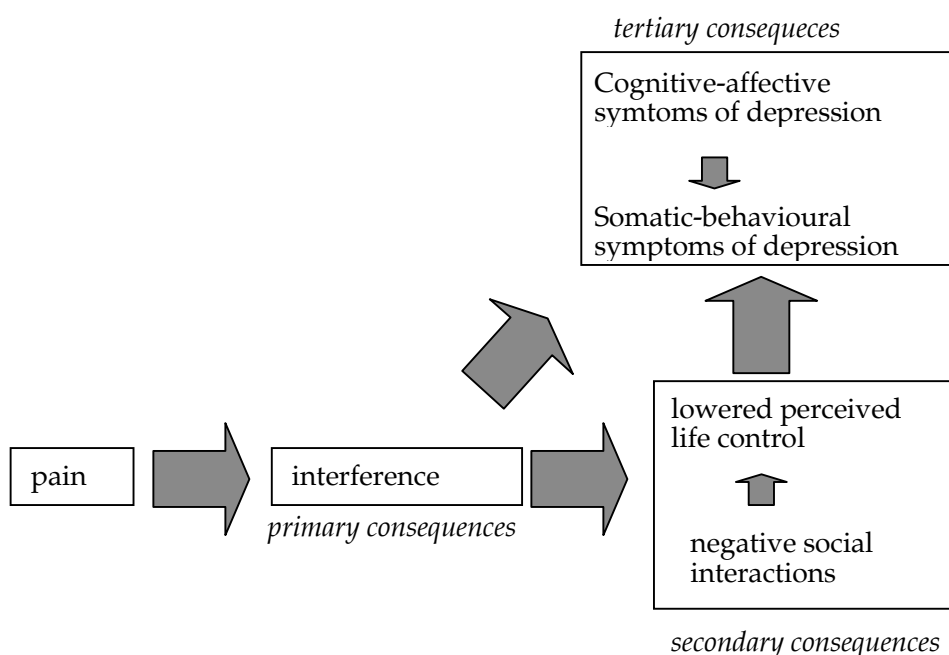


FIGURE 2 Hierarchy of consequences in pain-related syndromes.

If the mediation model of chronic pain and depression (Rudy et al. 1988) is viewed from the perspective of Beck's cognitive theory of depression, it is the secondary consequences of pain, perceived life control and negative social interactions, which may carry the meaning of loss (Beck, 1967, 1976, 1991; Beck et al., 1979). This result also lends some initial support to the model of two separate diatheses described by Beck (1991).

Are psychosocial resources associated with depression in chronic pain?

The effect of psychosocial resources on depression was investigated in both cross-sectional and longitudinal settings. Higher levels of dispositional resources (higher levels of perceived competence and optimism and lower levels of perceived incompetence and pessimism) were associated with lower levels of depressive symptoms. Somewhat contrary to expectations (see e.g. Gibson & Helme, 2000; Härkäpää et al. 1996), more health-specific measures were not directly associated with depressive symptoms when perceived pain, life interfe-

rence and dispositional resources were controlled for. However, the effect of health-related optimism and external locus of control on depression was mediated by perceived pain, life interference and life control.

Psychosocial resources measured at time 1 did not predict changes in depressive symptoms. However, changes in depressive symptoms were associated with simultaneous changes in psychosocial resources. This supports the view that psychosocial resources have noncausal status in depression (Beck 1991; see also Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Haaga, 1991). To be more precise, improvement in depressive mood was associated with stronger feelings of competence and social support while, for example, feelings of incompetence and pessimism remained intact (see also Guidano & Liotti 1983).

Are there differences between depressive chronic pain patients regarding their psychosocial pain patient classification?

As expected, most of the depressive chronic pain patients belonged to either the dysfunctional or interpersonally distressed patient groups. There were also differences in psychological resources between the four groups, but since no clear pairwise differences existed between the dysfunctional and interpersonally distressed groups, these differences may be attributed to the pain problem itself. Therefore, even if the classification originally presented by Turk & Rudy (1988) is not be considered to capture exactly the two diatheses presented by Beck (1991), it reflects the different content of the negative outcome pain has upon the patient's life. For example unemployment and living without a partner was more common among the interpersonally distressed compared to the other groups of patients. Otherwise the amount of psychosocial resources a patient has is more linked to the seriousness of the situation than the content of the loss.

This research was funded by a grant from Academy of Finland

LÄHTEET

- Aaltonen, R. (1989). Locus of control. Replikaatitutkimus Rotterin I-E-asteikosta. *Psykologia*, 24, 96-103
- 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.
- Ackerman, M.D. & Stevens, M.J. (1989). Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 223-8
- Adams, K.M., Heilbronn, M. & Blumer, D.P. (1986). A multimethod evaluation of the MMPI in a chronic pain patient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 878-886.
- Adams, M.A., Mannion, A.F. & Dolan P. (1999). Personal risk factors for first-time low back pain. *Spine*, 24, 2497-2505.
- Ahles, T.A., Yunus, M.B. & Masi, A.T. (1987). Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain*, 29, 105-111.
- Aikens, J.E., Reinecke, M.A., Pliskin, N.H., Fischer, J.S., Wiebe, J.S., McCracken, L.M. & Taylor J.L. (1999). Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 127-142.
- Airinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. & Aro, S. (1998). *Suomalaisten terveyst ja terveystalvelujen käyttö*. Helsinki: STAKES ja KELA.
- Alloy L.B., Clements, C.M. & Koenig, L.J. (1993). Perception of control: determinants and mechanisms. Teoksessa G. Weary, F. Gleicher & K.L. March (toim.). *Control Motivation and Social Cognition* (s. 33-73). New York: Springer-Verlag.
- Ambler, N., Williams, A.C., Hill, P., Gunary, R. & Cratchley, G. (2001). Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 17, 138-145.
- Anderson, C.A. (1991). How people think about causes: examination of the typical phenomenal organization attributions for success and failure. *Social Cognition*, 9, 295-329.
- Anderson, C.A. & Deuser, W.E. (1993). The primacy of control in causal thinking and attributional style: an attributional functionalism perspective. Teoksessa G. Weary, F. Gleicher & K.L. March (toim.). *Control Motivation and Social Cognition* (s. 94-121). New York: Springer-Verlag.
- Anderson, H.I., Ejleertsson, G., Leden, I. & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Anderson, K.O., Dowds, B.N., Pelletz, R.E., Edwards, W.T., Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, 63, 77-84.

- Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 13-32). Washington DC: Hemisphere.
- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 22, 794-801 .
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C.L., Norris, A. & Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80, 483-491.
- Arntz, A. & Schmidt, A.J.M. (1989). Perceived control and the experience of pain. Teoksessa A. Steptoe & A. Appels (toim.). *Stress, Personal Control and Health* (s. 131-162). Chichester: John Wiley & Sons.
- Aromaa, A., Koskinen, S. & Huttunen, J. (1997). *Suomalaisten terveys 1996*. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Oy Edita Ab.
- Asghari, A. & Nicholas, M.K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- Ashburn, M.A. & Staats, P.S. (1999). Management of chronic pain. *Lancet*, 353, 1865-1869.
- Asmundson, G.J., Bonin, M.F., Frombach, I.K. & Norton, G.R. (2000). Evidence of a disposition toward fearfulness and vulnerability to posttraumatic stress in dysfunctional pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 38, 801-812.
- Asmundson, G.J., Kuperos, J.L. & Norton, G.R. (1997). Do patients with chronic pain selectively attend to pain-related information?: preliminary evidence for the mediating role of fear. *Pain*, 72, 27-32.
- Averill, P.M., Novy, D.M., Nelson, D.V. & Berry, L.A. (1996). Correlates of depression in chronic pain patients: a comprehensive examination. *Pain*, 65, 93-100.
- Bacon, N.M., Bacon, S.F., Atkinson, J.H., Slater, M.A., Patterson, T.L., Grant, I. & Garfin, S.R.(1994). Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 118-127.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1988). Self-regulation of motivation and action through goal systems. Teoksessa V. Hamilton, G.H. Bower & N.H. Frijda (toim.). *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (s. 37-61). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Bandura, A. (1992a). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. Teoksessa R. Schwarzer (toim.). *Self-efficacy: thought control of action* (s. 3-38). Washington/ Philadelphia: Hemisphere.

- Bandura, A. (1992b). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. Teoksessa R. Schwarzer (toim.). *Self-efficacy: thought control of action*. (s. 355-394). Washington/ Philadelphia: Hemisphere.
- Bandura, A. (1995). On rectifying conceptual ecumenism. Teoksessa J.E. Maddux (toim.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (s. 347-375). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C.B. & Brouillard, M.E. (1988). Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 479-488.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C.B., Gauthier, J. & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 563-571.
- Banks, S.M. & Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-110.
- Barry, L.C., Guo, Z., Kerns, R.D., Duong, B.D. & Reid, M.C. (2003). Functional self-efficacy and pain related disability among older veterans with chronic pain in a primary care setting. *Pain*, 104, 1131-1137.
- Bates, M.S. & Rankin-Hill, L. (1994). Control, culture and chronic pain. *Social Science and Medicine*, 39, 629-645.
- Bates, M.S., Edwards, W.T. & Anderson, K.O. (1993). Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain*, 52, 101-112.
- Bates, A.S., Fitzgerald, J.F. & Wolinsky, F.D. (1994). The Parent Health Belief Scales: replication in an urban clinic population. *Medical Care*, 32, :958-964.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T. & Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L. & Speer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A.T., Riskind, J.H., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). Levels of hopelessness in DSM-III disorders: a partial test of content specificity in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 459-469.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl, S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A. Rosenstock, I.M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15, Supplement., 27-46.
- Bergman, S., Herrstrom, P., Jacobsson, L.T. & Petersson, I.F. (2002). Chronic widespread pain: a three year followup of pain distribution and risk factors. *Journal of Rheumatology*, 29, 818-825.
- Bergström, G., Jensen, I.B., Bodin, L., Linton, S.L., Nygren, Å.L. & Carlsson, S.G. (1998). Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory – Swedish Language Version (MPI-S). *Pain*, 75, 101-110.
- Bernstein I.H., Jaremko, M.E., & Hinkley, B.S. (1995). On the utility of the West-Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Spine*, 20, 956-963.
- Birket-Smith, M. (2001). Somatization and chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 1114-1120.
- Blumer, D. & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone patient disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-406.
- Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J., Jorm, L.R., Williamson, M. & Cousins, M.J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, 89, 127-134.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Brandstädter, J. (1992). Personal control over development: implications of self-efficacy. Teoksessa R. Schwarzer (toim.). *Self-efficacy; though control of action* (s. 127-145). Washington DC: Hemisphere.
- Brehm, J.W. (1993). Control, its loss, and psychological reactance. Teoksessa G. Weary, F. Gleicher & K.L. March (toim.). *Control Motivation and Social Cognition* (s. 3-30). New York: Springer-Verlag.
- Brown, G.K. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 127-137.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. & Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Bruehl, S., Burns, J., Chung, O., Ward, P. & Johnson, B. (2002). Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain-free controls: the role of endogenous opioids. *Pain*, 99, 223-233.
- Brugha, T.S. (2002). Editorial: The end of the beninning: a requim for the categorization of mental disorder? *Psychological Medicine*, 32, 1149-1154.
- Bryant, R.A. (1993). Memory for pain and affect in chronic pain patients. *Pain*, 54, 347-351.
- Calfas, K.J., Ingram, R.E. & Kaplan, R.M. (1997). Information processing and affective distress in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 576-581.
- Cantor, N., Markus, H., Niedenthal, P. & Nurius, P.(1986). On motivation and self-consept. Teoksessa R.M. Sorrentino & E.T. Higgins (toim.). *Handbook of*

- of motivation and cognition. *Foundations of social behavior* (s. 96-121). New York: Guilford Press.
- Carver, C.S. & Gaines, J.G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive therapy and Research*, 11, 449-462.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990a). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990b). Principles of self-regulation: Action and emotion. Teoksessa E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (toim.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol.2, s. 3-52). New York: Guilford Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1992). *Perspectives on personality* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1994). Optimism and health-related cognition: what variables actually matter? *Psychology and Health*, 9, 191-195.
- Carver, C. S., Scheier M. F., & Pozo C. (1992). Conceptualizing the process of coping with health problems. Teoksessa S. Friedman (toim.). *Hostility, coping and health* (pp. 167-187). Washington: American Psychological Association.
- Chang, EC. & Bridewell, WB. (1998). Irrational beliefs, optimism, pessimism, and psychological distress: a preliminary examination of differential effects in a college population. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 137-42.
- Chwalisz, K. & Vaux, A. (2000). Social support and adjustment to disability. Teoksessa R.G. Frank & T.R. Elliot (toim.). *Handbook of rehabilitation psychology* (s. 537-552). Washington DC: American Psychological Association.
- Ciccone, D.S. & Grzesiak, RC. (1984). Cognitive dimensions of chronic pain. *Social Science and Medicine*, 19, 1339-45.
- Clark, D.A. & Steer, R.A. (1994). Use of nonsomatic symptoms to differentiate clinically depressed and nondepressed hospitalized patients with chronic medical illnesses. *Psychological Reports*, 75, 1089-1090.
- Clemmey PA, Nicassio PM. (1997). Illness self-schemas in depressed and non-depressed rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 273-290.
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s.109-124). Washington DC: Hemisphere.
- Cohen, S. & Rodriguez, M.S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14, 374-380.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Coughlin, A.M., Badura, A.S., Fleischer, T.D. & Guck, T.P. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 739-740.
- Cozzarelli C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236.
- Craig, K.D. (1995). From nociception to pain: the role of emotion. Teoksessa B. Bromm & J. Desmel (toim.). *Pain and the Brain: from nociception to cognition. Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 22* (s. 303-317). New York: Raven Press.
- Crisson, J.E. & Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35, 147-54.
- Croft, P., Papageorgiou, A., Ferry, S., Thomas, E., Jayson, M. & Silman, A. (1996). Psychologic Distress and Low Back Pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine*, 24, 2731-2737.
- Crum, R.M., Cooper-Patrick, L. & Ford, D.E. (1994). Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome. *Psychosomatic Medicine*, 56, 109-117.
- Dahlström, L., Widmark, G., & Carlsson, S.G. (1997). Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: Diagnostic and treatment implications. *European Journal of Oral Science*, 105, 377-383.
- DeGagne, T.A., Mikail, S.F., & D'Eon, J.L. (1995). Confirmatory factor analysis of a 4-factor model of chronic pain evaluation. *Pain*, 60, 195-202.
- DeGood, D.E. & Shutty, M.S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy. Teoksessa D.C. Turk & R. Melzack (toim.). *Handbook of pain assessment* (s.214-234). New York: Guilford Press.
- Devins, G.M. & Binik, Y.M. (1996). Facilitating coping with chronic physical illness. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 640-696). New York: John Wiley & Sons.
- Diener, H.C, van Schayck, R. & Kastrup, O. (1995). Pain and Depression. Teoksessa B. Bromm & J. Desmel (toim.). *Pain and the Brain: from nociception to cognition. Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 22* (s. 345-355). New York: Raven Press.
- Dolce, J.J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 289-299.
- Dolce, J., Crocker, M. & Doleys, D. (1986a). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 24, 313-319.
- Dolce, J.J., Crocker, M.F., Moletteire, C. & Doleys, D.M. (1986b). Exercise quotas, anticipatory concern and self-efficacy expectations in chronic pain: a preliminary report. *Pain* 24, 365-372.
- Dura, J.R. & Beck, S.J. (1988). A comparison of family functioning when mothers have chronic pain. *Pain*, 35, 79-89.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennet, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. Teoksessa B.R. Sarason, I.G. Sarason &

- G.R. Pierce (toim.). *Social support: an interactional view* (s. 267-296). New York: John Wiley & Sons.
- Dwyer, K.A. (1997). Psychosocial factors and health status in women with rheumatoid arthritis: Predictive models. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 66-72.
- Dyrehag, L.-E., Widerstrom-Noga, E.G., Carlsson, S.G., Kaberger, K., Hedner, N., Mannheimer, C., & Andersson, S.A. (1998). Relations between self-rated musculoskeletal symptoms and signs and psychological distress in chronic neck and shoulder pain. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 30, 235-242.
- Emmons, C., Fetting, J.H. & Zonderman, A.B. (1987). A comparison of the symptoms of medical and psychiatric patients matched on the Beck Depression Inventory. *General Hospital Psychiatry*, 9, 398-403.
- Emmons, R.A. (1992). Abstract versus concrete goals: personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300.
- Engel, G.L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Epker, J., & Gatchel, R.J. (2000). Coping profile differences in the biopsychosocial functioning of patients with temporomandibular disorder. *Psychosomatic Medicine*, 62, 69-75.
- Era, P. (1994). Fyysisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Teoksessa j. Kuusinen, E. Heikkinen, P. Huhtanen, J. Ilmarinen, J. Kirjonen, I. Ruoppila, T. Vaherva, O. Mustapää & S. Rautoja (toim.). *Ikääntyminen ja työ* (s. 43-57). Juva: WSOY.
- Ericsson, M., Poston, W.S., Linder, J., Taylor, J.E., Haddock, C.K. & Foreyt, J.P. (2002). Depression predicts disability in long-term chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 24, 334-340.
- Estlander, A-M. (1992). *SIMPI – Suomen Selkäinstituutin versio Multiaxial Pain Inventory:sta*. Julkaisematon lähde.
- Estlander, A-M. (1995). *Cognitive-behavioural aspects of chronic back pain*. Rehabilitation foundation, research reports 50/1995.
- Estlander, A-M. & Härkäpää, K. (1985). Asennekysely kroonisten kipupotilaiden asenteiden mittarina. *Psykologia*, 20, 428-432.
- Etscheidt, M.A., Steger, H.G., & Braverman, B. (1995). Multidimensional Pain Inventory profile classifications and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 29-36.
- Faravelli, C. Albanesi, G. & Poli, E. (1986). Assessment of Depression: A Comparison of Rating Scales. *Journal of Affective Disorders*, 11, 245-253.
- Farmer, R.F. (1998). Depressive symptoms as a function of trait anxiety and impulsivity. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 129-135.
- Fathy, T. (1974). Pathways of specialist referral of depressed patients from general practice. *British Journal of Psychiatry*, 124, 231-234.
- Feldman, S.I., Downey, G. & Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: a daily diary study of people

- with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 776-785.
- Fifield, J. Reisine, S.T. & Grady, K. (1991). Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*, 33, 579-585.
- Fillingim, R.B. (2000). Sex-related differences in the experience of pain. *APS-Bulletin*, 10, <http://209.61.175.160/pub/bulletin/jan00/upda1.htm>. Luettu 31.12.2003.
- Findley, J.C., Kerns, R., Weinberg, L.D., & rosenberg, R. (1998). Self-efficacy as a psychological moderator of chronic fatigue syndrome. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 351-362.
- Fishbain, D.A., Cutler, R., Rosomoff, H.L. & Rosomoff, R.S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, 13, 116-137.
- Fisher, B.J., Haythornthwaite, J.A., Heinberg, L.J., Clark, M. & Reed, J. (2001). Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*, 89, 199-206.
- Flor, H., & Turk, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Flor, H., Turk, D.C. & Birmauer, N. (1985). Assessment of stress-related psychophysiological responses in chronic back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 354-364.
- Flor, H., Rudy, T.E., Birmauer, N. & Schugens, M.M. (1990). Zur Anwendbarkeit des West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory im deutschen Sprachraum. *Der Schmerz*, 4, 82-87.
- Flor, H., Kerns, R.D., & Turk, D.C. (1987a). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251-259.
- Flor, H., Turk, D.C., & Scholz, O.B. (1987b). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 63-71.
- Flor, H., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: The mediating role of gender, marital status and marital satisfaction. *Pain*, 38, 45-50.
- Flores, L., Gatchel, R.J. & Polatin, P.B. (1997). Objectification of functional improvement after nonoperative care. *Spine*, 22, 1622-1633.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988b). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. Special Issue: Stress and coping in relation to health and disease. *Social Science and Medicine*, 26, 309-317.

- Follick, M.J., Smith, T.W. & Ahern, D.K. (1985). The Sickness Impact Profile: a global measure of disability in chronic low back pain. *Pain*, 21, 67-76.
- France, R.D. & Krishnan, K.R.R. (1985). The dexamethasone suppression test as a biological marker of depression in chronic pain, *Pain*, 21, 49-55.
- France, R.D., Krishnan, K.R. & Trainor, M. (1986). Chronic pain and depression. III. Family history study of depression and alcoholism in chronic low back pain patients. *Pain*, 24, 185-190.
- Gamsa, A. (1994a). The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain*, 57, 5-15.
- Gamsa, A. (1994b). The role of psychological factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain*, 57, 17-29.
- Gaskin, M.E., Greene, A.F., Robinson, M.E. & Geisser, M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- Gatchel, R.J., Polatin, P.B. & Mayer, T.G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 15, 2702-2709.
- van Gastel, A., Schotte, C. & Maes, M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 254-259.
- Geisser, M.E., Robinson, M.E., Keefe, F.J. & Weiner, M.L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59, 79-83.
- Geisser, M.E., Roth, R.S. & Robinson, M.E. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression scale and the Beck depression inventory. A Comparative analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13, 163-170.
- Gibson, S.J. & Helme, R.D. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85, 375-383.
- von Glasersfeld, E. (1995). *Radical constructivism: A way of knowing and learning*. London: Falmer.
- Goldberg, G.M., Kerns, R.D. & Rosenberg, R. (1993). Pain-relevant support as a buffer from depression among chronic pain patients low in instrumental activity. *Clinical Journal of Pain*, 9, 34-40.
- Goldberg, R.T. (1994). Childhood abuse, depression, and chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 277-281.
- Greco, C.M., Rudy, T.E., Turk, D.C., Herlich, A., & Zaki, H.S. (1997). Traumatic onset of temporomandibular disorders: Positive effects of a standardized conservative treatment program. *Clinical Journal of Pain*, 13, 337-347.
- Guidano, V.F. (1986). The self as a mediator of cognitive change in psychotherapy. Teoksessa L.M. Hartman & K.R. Blankstein (toim.). *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy. Advances in the study of communication and affect* (s. 305-330). New York: Plenum Press.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1995). A constructivist outline of human knowing processes. Teoksessa M.J. Mahoney (toim.). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (s.89-102). Washington, D.C.: Springer.

- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders. A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1985). A Constructivistic foundation for cognitive therapy. Teoksessa M.J. Mahoney & A. Freeman (toim.). *Cognition and psychotherapy* (s. 101-142). New York: Plenum press.
- Gupta, M.A. (1986). Is chronic pain a variant of depressive illness? A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, :241-248.
- Haaga, D.A. & Beck, A.T (1995). Perspectives on depressive realism: implications for cognitive theory of depression. *Behavior Research and Therapy*, 33, 41-48.
- Haaga, D.A.F., Dyck, M.J. & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Haley, W.E., Turner, J.A. & Romano, J.M. (1985) Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences, *Pain*, 23, 337-343.
- Hallberg, L.R. & Carlsson, S.G. (1998). Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. In-depth interviews with twenty-two female patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 12, 95-103.
- Harris, T.O. (1992). Some reflections on the process of social support and nature of unsupportive behaviors. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 171-190). Washington DC: Hemisphere.
- Hassett, A.L., Cone, J.D., Patella, S.J. & Sigal, L.H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 43, 2493-2500.
- Haviland, M.G., Hendryx, M.S., Cummings, M.A., Shaw, D.G. & MacMurray, J.P. (1991). Multidimensionality and State Dependency of Alexithymia in Recently Sober Alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 284-290.
- Haythornthwaite, J.A. & Benrud-Larson, L.M. (2000). Psychological aspects of neuropathic pain. *Clinical Journal of Pain*, 16, (2 Supplement), S101-105.
- Heliövaara, M. (1992). Tuki- ja liikuntaelinsairauksien epidemiologia. Teoksessa H. Alaranta (toim). *Fysiatría* (s. 81-90). Jyväskylä: Duodecim ja Gummerus.
- Heliövaara, M. (1996). Selkäsairauksien riskitekijät ja ehkäisy. Teoksessa Suomen Akatemia ja Duodecim: *Selkäsairaudet: Konsensuskokous 14.-16.10.1996* (s. 10-21). Helsinki: Edita.
- Heliövaara, M., Mäkelä, M, Sievers, K. et al. (1993). *Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35, Helsinki.
- Hellstrom, C., Jansson, B. & Carlsson, S.G. (1999). Subjective future as a mediating factor in the relation between pain, pain-related distress and depression. *European Journal of Pain*, 3, 221-233.
- Henderson, A.S. (1992). Social support and depression. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support*. Washington DC: Hemisphere.

- Hendler, N. (1984). Depression caused by chronic pain. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 30-36.
- Herr, K.A., Mobily, P.R., & Smith, C. (1993). Depression and the experience of chronic back pain: A study of related variables and age differences. *Clinical Journal of Pain*, 9, 104-114.
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1983). *Hypnosis in the relief of pain*. Revised edition. Los Altos: Villiam Kaufmann.
- Hirschfeld, R.M.A. (1994). Major depression, dysthymia, and depressive personality disorder. *Brittish Journal of Psychiatry*, 165, 23-30.
- Hobfoll, S.E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Holahan, C., Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: conceptualizing adaptive functioning. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Aplications* (s. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health-related outcomes: a meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16, 53-93.
- Holmes, J.A., & Stevenson, C.A.Z. (1990). Differential effects o avoidant and intentional coping strategies on adaptation to chronic and recurrent-onset pain. *Health Psychology*, 9, 577-584.
- Holzberg, A.D., Robinson, M.E. & Geisser, M.E. (1993). The Relationship of Cognitive Distortion to Depression in Chronic Pain: The Role of Ambiguity and Desirability in Self-Ratings. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 202-206.
- Holzberg, A.D., Robinson, M.E., Geisser, M.E. & Gremillion, H.A. (1996). The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. *Clinical Journal of Pain*, 12, 118-125.
- Hopman-Rock, M., Kraaimaat, F.W. & Bijlsma, J.W. (1997). Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Quality of Life Research*, 6, 67-76.
- Horwath, E., Johnson, J., Weissman, M.M. & Hornig, C.D.(1992).The validity of major depression with atypical features based on a community study. *Journal of Affective Disorder*, 26, 117-125.
- Van Houdenhove, B., Verstraeten, D., Onghena, P. & De Cuyper, H. (1992). Chronic idiopathic pain, mianserin and 'masked' depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 46-53.
- Hutten, M.M.R., Hermens, H.J., Ijzerman, M.J., Lousberg, R., & Zilvold, G. (1999). Distribution of psychological aspects in subgroups of chronic low back pain patients divided on the score of physical performance. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 262-268.
- Härkäpää, K. (1991). Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clinical Journal of Pain* , 7, 275- 282.
- Härkäpää, K. (1992). *Kognitiiviset hallintakäsitykset, selkävaiivan kulku ja hoitovaikutukset*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 36/ 1992.

- Härkäpää, K. (1995). *Optimismi, kompetenssi ja selviytymiskeinot. Käsitteiden ja empiirien tarkastelua kuntoutuksen näkökulmasta*. Kuntoutussäätiö työselosteita 11/1995.
- Härkäpää, K. & Järvikoski, A. (1995). Psykkinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.). *Kuntoutuksen ulottuvuudet* (s.128-160). Juva: WSOY.
- Härkäpää K, Järvikoski A & Estlander A-M (1996). Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. *Psychology & Health* 12, 123-134.
- Härkäpää, K., Järvikoski, A. & Hurri, H. (1989). Health locus of control beliefs in low back pain patients. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 18, 107-118.
- Härkäpää, K., Järvikoski, A., Mellin, G., Hurri, H. & Luoma, J. (1991). Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low back pain patients: Results from a 3-month follow-up of a controlled intervention study. *Pain*, 46, 35-41.
- Ingram, R.E., Atkinson, J.H., Slater, M.A., Saccuzzo, D.P. & Garfin, S.R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 9, 300-314.
- Isometsä, E. (2001). Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lännqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. s. 134-173.
- Jackson, T., Iezzi, A., Lafreniere, K. (1997). The impact of psychosocial features of employment status on emotional distress in chronic pain and healthy comparison samples. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 241-256.
- Jensen MP. & Karoly P. (1991a). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-8.
- Jensen, M.P. & Karoly, P. (1991b). Motivation and expectancy factors in symptom perception: a laboratory study of the placebo effect. *Psychosomatic Medicine*, 53, 144-152.
- Jensen, M.P., Turner, J.A. & Romano, J.M. (1991a). Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263-269.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. & Karoly, P. (1991b). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283
- Jensen, M.P., Turner, J.A. & Romano, J.M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.
- Jensen, M.P., Ehde, D.M., Hoffman, A.J., Patterson, D.R., Czerniecki, J.M. & Robinson, L.R. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 95, 133-142.

- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a recourse factor in stress appraisal. Teoksessa R. Schwarzer (toim.). *Self-efficacy: thought control of action*. (s. 195-213). Washington/ Philadelphia: Hemisphere.
- Johnsson, M.R. & Lydiard (1998). Comorbidity of Major Depression and Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 201-210.
- Joukamaa, M. (1994). Depression and back pain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 377, 83-86.
- Joukamaa, M. (1996). Psykkiset tekijät ja selkäkipu. Teoksessa Suomen Akatemia ja Duodecim: *Selkäsairaudet: Konsensuskokous 14.-16.10.1996* (s. 21-28). Helsinki: Edita.
- Järvikoski, A. (1994). *Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 46/1994.
- Järvikoski, A. (1996). Kuntoutus ja elämänhallinta. Teoksessa Suomen Akatemia ja Duodecim: *Selkäsairaudet: Konsensuskokous 14.-16.10.1996* (s. 209-217). Helsinki: Edita.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (1996a). *LISREL 8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (1996b). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kaiser, C.F., Middaugh, S.J., Kee, W.G., Levin, R.B. & Berndt, S.M. (1990). Self-reported depression profiles in chronic pain and family practice patients. *Clinical Journal of Pain*, 6, 271-275.
- Kaplan, R.M. & Toshima, M.T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. Teoksessa B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (toim.). *Social support: an interactional view* (s.427-453). New York: John Wiley & Sons.
- Karila, I. (2001). Masennushäiriöt. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 57-79). Helsinki: Duodecim.
- Karoly, P. (1985). The assessment of pain: concepts and procedures. Kirjassa P. Karoly (toim.). *Measurement strategies in health psychology* (s. 461-516). New York: Wiley.
- Katz, J., Ritvo, P., Irvine, M.J. & Jackson, M. (1996). Coping with chronic pain. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 252-278). New York: John Wiley & Sons.
- Katz WA. (2002). Musculoskeletal pain and its socioeconomic implications. *Clinical Rheumatology*, 21 (Supplement 1), S2-4.
- Kavanagh, D.J. (1992). Self-efficacy and depression. Teoksessa R. Schwarzer (toim.). *Self-efficacy: thought control of action*. (s. 177-193). Washington/ Philadelphia: Hemisphere.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Queen, K.T., Gil, K.M., Martinez, S., Crisson, J.E., Ogden, W. & Nunley, J. (1987). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 208-212.

- Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A. & Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
- KELA (2002a). *Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastot*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T13:13. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- KELA (2002b). *Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2001*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:37. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kerns, R.D. (1995). Family assessment in intervention in chronic illness. Teoksessa P. Nicassio & T. Smith (toim.). *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kerns, R.D. (1999). Family therapy for adults with chronic pain. Teoksessa R.J. Gatchel & D.C. Turk (toim.). *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (s. 445-456). New York: Guilford Press.
- Kerns, R.D. & Payne, A. (1996). Treating families of chronic pain patients. Teoksessa R.J. Gatchel & D.C. Turk (toim.). *Psychosocial approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.
- Kerns, R.D., & Turk, D.C. (1984). Depression and chronic pain: The mediating role of the spouse. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 845-852.
- Kerns, R.D. & Weiss, L.H. (1994). Family influences on the course of chronic illness: a cognitive-behavioural transactional model. *Annals of Behavioural Medicine*, 16, 116-130.
- Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1):57-67
- Kerns, R.D, Haythornthwaite, J. Southwick, S. & Giller, E. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 401-408.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. & Otis, J.D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain *Annals of Behavioural Medicine*, 24, 100-105.
- Kerns, R., Turk, D. & Rudy, D. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 20, 345-356.
- Kerssens, J.J., Verhaak, P.F., Bartelds, A.I., Sorbi, M.J. & Bensing, J.M. (2002). Unexplained severe chronic pain in general practice. *European Journal of Pain*, 6, 203-212.
- Kessler, R.C. (1992). Perceived support and adjustment to stress: methodological considerations. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 259-271). Washington DC: Hemisphere.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kirch, I. (1995). Self-efficacy and outcome expectancies: a concluding commentary. Teoksessa J.E. Maddux (toim.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (s.331-345). New York: Plenum Press.

- Kitsantas, A. (2000). The role of self-regulation strategies and self-efficacy perceptions in successful weight loss maintenance. *Psychology and Health*, 15, 811-820.
- Klapow, J.C, Slater, M.A., Patterson, T.L., Doctor, J.N., Atkinson, J.H. & Garfin, S.R. (1993). An empirical evaluation of multidimensional clinical outcome in chronic low back pain patients. *Pain*, 55, 107-118.
- Kofta, M. (1993). Uncertainty, mental models, and learned helplessness: an anatomy of control loss. Teoksessa G. Weary, F. Gleicher & K.L. March (toim.). *Control Motivation and Social Cognition* (s. 122-153). New York: Springer-Verlag.
- Kores, R.C, Murphy, W.D., Rosenthal, T.L., Elias, D.B. & North, W.C. (1990). Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale. *Behavior Research and Therapy*, 28, 165-169.
- Von Korff, M., Le Resche, L., Dworkin, S.F. (1993). First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*, 55, 251-258.
- Kouyanou, K., Pither, C.E. & Wessely, S. (1997). Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosomatic Medicine*, 59, 597-604
- Krause, S.J., Wiener, R.L. & Tait, R.C. (1994). Depression and pain behavior in patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 122-127.
- Kuch, K. (2001). Psychological factors and the development of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, S33-38.
- Kuusinen, K-L. (1994). *Psykykinen itsesäätely itsehoidon perustana*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 106.
- Kuusinen, P. (2000). SIMPI-kipumittarin rakennevaliditeetti laituskuntoutusaineiston valossa. *Psykologia*, 35, 422-432.
- Kuusinen, P. (2003). *The effect of psychosocial profile on the outcome of two standardised rehabilitation program*. 4th congress of the European Federation of the IASP chapters, Praha, 2.-6.9.2003. Poster-esitys.
- Kuusinen, P.(2004). Pitkäaikainen kipu tuki- ja liikuntaelinsairauksissa: potilaiden ryhmittely kipuongelman psykososiaalisten tekijöiden avulla.. *Psykologia*, 39, 291-301.
- Laireiter, A. & Baumann, U. (1992). Network structures and support functions – theoretical and empirical analyses. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 33-55). Washington DC: Hemisphere.
- Langer S., Abrams J. & Syrjala K. (2003). Caregiver and patient marital satisfaction and affect following hematopoietic stem cell transplantation: a prospective, longitudinal investigation. *Psychooncology*, 12, 239-253.
- Large, R.G. (1986). DSM-II diagnoses in chronic pain: confusion or clarity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 293-303.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

- Lechner, D.E., Bradbury, S.F. & Bradley, L.A. (1998). Detecting sincerity of effort: a summary of methods and approaches. *Physical Therapy*, 78, 867-888.
- Leino-Arjas, P. (1996). Yleistyvätkö selkäsairaudet? Teoksessa Suomen Akatemia ja Duodecim: *Selkäsairaudet: Konsensuskokous 14.-16.10.1996* (s. 1-9). Helsinki: Edita.
- Leino, P. & Magni, G. (1993). Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain*, 53, 89-94.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Lilius, G. (1996). Selkäkipupotilaan psykologiset tutkimukset lääkärin kannalta. Teoksessa Suomen Akatemia ja Duodecim: *Selkäsairaudet: Konsensuskokous 14.-16.10.1996* (s. 88-102). Helsinki: Edita.
- Linton, S.J. (1991). Memory for chronic pain intensity: correlates of accuracy. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 1091-1095.
- Linton, S.J. (1995). An overview of psychosocial and behavioral factors in neck-and-shoulder pain. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32 (Supplement), 67-77.
- Linton, S.J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 1148-1156.
- Linton, S.J., Larden, M. & Gillow, A-M. (1996). Sexual abuse and chronic musculoskeletal pain: Prevalence and psychological factors. *Clinical Journal of Pain*, 12, 215-221.
- Lisspers, J., Nygren, A. & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.
- Lisspers, J., Nygren, Å. & Söderman, E. (1998). Psychological Patterns in Patients with Coronary Heart Disease, Chronic Pain and Respiratory Disorder. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12, 25-31.
- Litt, M.D. (1988). Self efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-60.
- Lopez-Ibor, J.J. (1972). Masked Depression. *British Journal of Psychiatry*, 120, 245-258.
- Louks, J., Hayne, C. & Smith, J. (1989). Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 473-479.
- Lousberg, R., Groenman, N., & Schmidt, A. (1996). Profile characteristics of the MPI-DLV clusters of pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 161-167.
- Lousberg, R., van Breukelen, G.J.P., Groenman, N.H., Schmidt, A.J.M., Arntz, A. & Winter, F.A.M. (1999). Psychometric properties of the Multidimensional Pain Inventory, Dutch language version (MPI-DLV). *Behaviour Research and Therapy*, 37, 167-182.
- Love, A., W. (1988). Attributional style of depressed chronic low back pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 317-321.

- Lovejoy, M.C., Verda, M.R. & Hays, C.E. Convergent and discriminant validity of measures of parenting efficacy and control. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 366-376.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S.H. (1995). The Structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lumley, M., Smith, J. & Longo D. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain. Comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 823-830.
- Lundh, L-G. & Wångby, M. (2002). Causal thinking about somatic symptoms – How is it related to the experience of symptoms and negative affect? *Cognitive Therapy and Research*, 26, 701-717.
- Lustman, P.J., Clouse, R.E., Griffith, L.S, Carney, R.M. & Freedland, K.E. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine*, 59, 24-31.
- Lönnqvist, J. (2001). Potilaan tutkiminen, mielenterveydenhäiriöiden luokittelu. Teoksessa J. Lännqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. s. 21-56.
- Marhold, C., Linton, S.J. & Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *Journal Occupational Rehabilitation*, 12, 65-75.
- McBeth, J., Macfarlane, G.J. & Silman, A.J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain*, 96, 239-245.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27
- McCracken, L.M. & Iverson, G.L.(2002). Disrupted sleep patterns and daily functioning in patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, 7, 75-79.
- McCracken, L.M., Spertus, I.L., Janeck, A.S., Sinclair, D. & Wetzel, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-289.
- Maddux, J.E. (1995). Self-efficacy theory: an introduction. Teoksessa J.E. Maddux (toim.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (s. 3-33). New York: Plenum Press.
- Maddux, J.E. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment: basic principles and issues. Teoksessa J.E. Maddux (toim.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (s. 37-68). New York: Plenum Press.
- Maddux, J.E. & Meier, L.J. (1995). Self-efficacy and depression. Teoksessa J.E. Maddux (toim.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (s. 143-169). New York: Plenum Press.

- Maes, S., Lenventhal, H. & DeRidder, D.T.D. (1996). coping with chronic diseases. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 221-251). New York: John Wiley & Sons.
- Mahoney, M.J. (1985). Psychotherapy and human change processes. Teoksessa M.J. Mahoney & A. Freeman (toim.). *Cognition and psychotherapy* (s. 3-48). New York: Plenum press.
- Mahoney, M.J. (1988). Constructive metatheory: I Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- Mahoney, M.J. (1990). Representations of self in cognitive psychotherapies. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 229-240.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M.J., Miller, H.M & Arciero, G. (1995). Constructive metatheory and the nature of mental representation. Teoksessa M.J. Mahoney (toim.). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (s. 103-120). Washington, D.C.: Springer.
- Manning, M.M. & Wright, T.L. (1983). Self efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in child birth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421-31.
- Mannion, A.F., Dolan, P. & Adams, M.A. (1996). Psychological questionnaires: do "abnormal" scores precede or follow first-time low back pain? *Spine*, 21, 2603-2611.
- Marshall, G.N. & Lang, E.L. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 132-139.
- Maruta, T., Vatterott, M.K. & McHardy, M.J. (1989). Pain management as an antidepressant: long-term resolution of pain-associated depression. *Pain*, 36, 335-337.
- Maturana, H.R. (1978). Biology of language: the epistemology of reality. Teoksessa G. Miller & E. Lenneberg (toim.). *Psychology and biology of language and thought* (s. 27-63). New York: Academic Press.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition: the realization of the living* Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: New Science Library.
- Max, M.B. (1995). Antidepressant drugs as treatments for chronic pain: efficacy and mechanism. Teoksessa B. Bromm & J. Desmel (toim.). *Pain and the Brain: from nociception to cognition. Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 22* (s. 501-515). New York: Raven Press.
- Maxwell, T.D., Gatchel, R.J. & Mayer, T.G. (1998). Cognitive predictors of depression in chronic low back pain: toward an inclusive model. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 131-143.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

- McCracken, L.M., Spertus, I.L., Janeck, A.S., Sinclair, D., & Wetzell, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-289.
- Meichenbaum, D. (1995). Changing conceptions of cognitive behavior modification: retrospect and prospect. Teoksessa M.J. Mahoney (toim.). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (s. 20-26). Washington, D.C.: Springer.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Melzack, R. & Wall, P. (1983). *The challenge of pain: the exciting discoveries in the new science of pain control*. New York: Basic Books.
- Menefee, L.A, Frank, E.D., Doghramji, K., Picarello, K., Park, J.J., Jalali, S. & Perez-Schwartz, L. (2000). Self-reported sleep quality and quality of life for individuals with chronic pain conditions. *Clinical Journal of Pain*, 16, 290-297.
- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions. *Pain*, (Supplement 3/1986), S1-S225.
- Miaskowski, C. (1999). The role of sex and gender in pain perception and responses to treatment. Teoksessa R.J. Gatchel & D.C. Turk (toim.). *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (s. 401-411). New York: Guilford Press.
- Mikail, S.F., DuBreuil, S., & D'Eon, J.L. (1993). A Comparative analysis of measures used in the assessment of chronic pain patients. *Psychological Assessment*, 5, 117-120.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1996). Fundamental analysis in research on well-being: distress and the sense of control. *Gerontologist*, 36, 584-94.
- Monroe, S.M. & Johnson, S.L. (1992). Social support, depression, and other mental disorders: in retrospect and toward future prospects. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 93-105). Washington DC: Hemisphere.
- Monsen, K. & Havik, O.E. (2002). Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 183-195.
- Morin, C.M., Gibson, D. & Wade, J. (1998). Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 14, 311-314.
- Morley, S., Williams, A. & Black, S. (2002). A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain, *Pain*, 99, 289-298.
- Naidoo, P. & Pillay, Y.G. (1994). Correlations among general stress, family environment, psychological distress, and pain experience. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1291-1296.
- Neimeyer, R.A. (1995). An appraisal of constructivistic psychotherapies. Teoksessa M.J. Mahoney (toim.). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (s. 163-194). Washington, D.C.: Springer.
- Newmann, J.P. (1989). Aging and depression. *Psychology and Aging*, 4, 150-165.

- Nicassio, P.M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V. & Schuman, C. (1995). Pain coping mechanisms in fibromyalgia: relationship to pain and functional outcomes. *Journal of Rheumatology*, 22, 1552-1558.
- Novy, D.M., Nelson, D.V., Berry, L.A. & Averill, P.M. (1995). What does the Beck Depression Inventory measure in chronic pain? A reappraisal. *Pain*, 61, 261-270.
- Novy, D.M., Nelson, D.V., Hetzel, R.D., Squitieri, P. & Kennington, M. (1998). Coping with chronic pain: sources of intrinsic and contextual variability. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 19-34.
- Nørregaard, J., Bülow, P.M., Lykkegaard, J.J., Mehlsen, J. & Danneskiold-Samsøe (1997). Muscle strength, working capacity and effort in patients with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 29, 97-102.
- Okifuji, A., Turk, D.C. & Curran, S.L. (1999). Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 1-12.
- Okifuji, A., Turk, D.C., & Sherman, J.J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 27, 212-219.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23, 437-51.
- Oliver, J.M. & Simmons, M.E. (1984). Depression as measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 892-898.
- Ormel, J. & Sanderman, R. (1989). Life events, personal control and depression. Teoksessa A. Steptoe & A. Appels (toim.). *Stress, Personal Control and Health* (s. 193-213). Chichester: John Wiley & Sons.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M. & Taylor, G.J. (1991). Alexitymia and depression: distinct or overlapping constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 387-392.
- Peck, J.R., Smith, T.W., Ward, J.R. & Milano, R. (1989). Disability and Depression in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 1100-1106.
- Pennbaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Philips, H.C. & Grant, L. (1991). The Evolution of chronic back pain problems. A longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 29, 435-441.
- Philips, H.C., Grant, L. & Berkowitz, J. (1991). The prevention of chronic pain and disability: a preliminary investigation. *Behavior Research and Therapy*, 29, 443-450.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1996). Coping and social support. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 434-451). New York: John Wiley & Sons.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1978). Depression: inside and outside the hospital setting. *British Journal of Psychiatry*, 132, 265-270.

- Pincus, T., Fraser, L. & Pearce, S. (1998). Do chronic pain patients 'Stroop' on pain stimuli? *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 49-58.
- Pincus, T. & Williams, A. (1999). Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 211-219.
- Plichta, S. (1992). The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review. *Womens Health Issues*, 2, 154-163.
- Polatin, P.B., Kinney, R.K., Gatchel, R.J., Lillo, E. & Mayer, T., G. (1993). Psychiatric Illness and Chronic Low-Back Pain. The mind and spine – which goes first? *Spine*, 18, 66-71.
- Pylkkänen, K., Niskanen, P. & Mikkonen, T. (1995). Masennus ja työkyvyttömyys. *Suomen Lääkärilehti*, 50, 761-765.
- Pyszczynski, T., Holt, K. & Greenberg, J (1987). Depression, self-focused attention, and expectancies for positive and negative future life events for self and others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 994-1001.
- Rajala, U., Kenänen-Kiukaanniemi, S., Uusimäki, A. & Kivelä, S.L. (1995). Musculoskeletal pains and depression in a middle-aged Finnish population. *Pain*, 61, 451-457.
- Ravaja, N., Keltikangas-Jarvinen, L. & Viikari, J. (1996). Life changes, locus of control and metabolic syndrome precursors in adolescents and young adults: a three-year follow-up. *Social Science and Medicine*, 43, 51-61.
- Reitsma, B., & Meijler, W. J. (1997). Pain and patienthood. *Clinical Journal of Pain*, 13, 9-21.
- Revenson, T.A. & Felton, B.J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 344-348.
- Richeimer, S.H., Bajwa, Z.H., Kahraman, S.S., Ransil, B.J. & Warfield, C.A. (1997). Utilization patterns of tricyclic antidepressants in a multidisciplinary pain clinic: a survey. *Clinical Journal of Pain*, 13, 324-329.
- Riley, J.L., Zawacki, T.M., Robinson, M.E., & Geisser, M.E. (1999). Empirical test of the factor structure of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Clinical Journal of Pain*, 15, 24-30.
- Robinson, M.E., Myers, C.D., Sadler, I.J., Riley, J. L., Kvaal, S.A., & Geisser, M.E. (1997). Bias effects in three common self-report pain assessment measures. *Clinical Journal of Pain*, 13, 74-81.
- Robinson, R.C. & Gatchel, R. (1998). Polymorphous Pain: Briquet's syndrome revisited. *APS Bulletin*, 8 (3), <http://www.ampainsoc.org/pub/bulletin/may98/resupdate.htm>. Luettu 22.12.2003.
- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R.C. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1345-353.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1990). Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 264-271.

- Romano, J.M. & Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Romano, J.M., Turner, J.A., Jensen, M.P., Friedman, L.S., Bulcroft, R.A., Hops, H. & Wright, S.F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63,353-360.
- Rosenstiel, A. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationships to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Ross, L.E. & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: control and problem-solving – or support and talking. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 206-219.
- Roth, R.S. & Geisser, M.E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of pain-related cognitions. *Clinical Journal of Pain*, 18, 286-296.
- Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs no. 80*.
- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Rudy, T.E., Kerns, R.D., & Turk, D.C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediational model. *Pain*, 35, 129-140.
- Rudy, T.E., Lieber, S.J., Boston, J.R., Gourley, L.M. & Baysal, E. (2003). Psychosocial predictors of physical performance in disabled individuals with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 19, 18-30.
- Sanders, S.H. (2000). *Risk factors for chronic, disabling low-back pain: an update for 2000*. APS-Bulletin, 10(2)., <http://209.61.175.160/pub/bulletin/mar00/clin1.htm>. Luettu 30.12.2003.
- Sanders, S.H. (2001). *Chronic pain rehabilitation: should and can it be saved?* APS-Bulletin, 11(2)., <http://209.61.175.160/pub/bulletin/mar01/clin1.htm>. Luettu 30.12.2003.
- Sanders, S.H., Harden, R.N., Benson, S.E. & Vicente, P.J. (1999). Clinical practice guidelines for chronic non-malignant pain syndrome patients II: An evidence-based approach. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 13, 47-58.
- Salminen, J.K. (1996). Milloin konsultoida psykiatria? Teoksessa Suomen Akatemia ja Duodecim: *Selkäsairaudet: Konsensuskokous 14.-16.10.1996* (s. 103-107). Helsinki: Edita.
- Salokangas, R.K.R., Stengård, E. & Poutanen, O. (1994). DEPS – uusi väline depression seulontaan. *Duodecim*, 110, 1141-1148.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. & Sarason, I.G. (1990a). Social support: the sense of acceptance and the role of relationships. Teoksessa B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (toim.). *Social support: an interactional view* (s. 97-128). New York: John Wiley & Sons.

- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierce, G. (1990b). Traditional views of social support and their impact on assessment. Teoksessa B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (toim.). *Social support: an interactional view* (s. 9-25). New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. & Pierce, G.R. (1992). Three contexts of social support. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s.143-154). Washington DC: Hemisphere.
- Scharff, L., Turk, D.C., & Marcus, D.A (1995a). Psychosocial and behavioral characteristics in chronic headache patients: support for a continuum and dual-diagnostic approach. *Cephalalgia*, 15, 216-223.
- Scharff, L., Turk, D.C., & Marcus, D.A. (1995b). The relationship of locus of control and psychosocial-behavioral response in chronic headache. *Headache*, 35, 527-533
- Scharff, L., Turk, D.C., & Marcus, D.A (1995c). Triggers of headache episodes and coping responses of headache diagnostic groups. *Headache*, 35, 397-403.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 4, 219-247.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality* 55, 169-210.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 21, s.303-346). New York: Academic Press.
- 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.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schmitz, G. (1998). *Cardiac Patients and Their Spouses: Towards a Perspective of Dyadic Coping*.
http://www.fuberlin.de/gesund/publicat/ehps_cd/schmitz/pages/start.htm. Luettu 2.12.2003.
- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, 41-51.
- Schnurr, R.F. & MacDonald, M.R. (1995). Memory complaints in chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 11, 103-111.

- Schotte, C.K.W., Maes, M., Cluydts, R., DeDoncker, D. & Cosyns, P. (1997). Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affective Disorders*, 46, 115-125.
- Schröder, K., Schwarzer, R., & Endler, N. S. (1997). Predicting cardiac patients' quality of life from the characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology*, 2(2), 231-244
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, M. & Williamson, G.M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11, 304-309.
- Schwartz, L., Slater, M.A., Birchler, G.R. & Atkinson, J.H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44, 61-67.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. Teoksessa R. Schwarzer (toim.). *Self-efficacy: thought control of action* (s. 217-242). Washinton, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health* 9, 161-180.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (s. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 65-83). Washington DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 107-132). New York: John Wiley & Sons.
- Scioli, A., Chamberlin, C.M., Samor, C.M., Lapointe, A.B., Campbell, T.L., MacLeod, A.R. & McLennon, J. (1997). A prospective study of hope, optimism, and health. *Psychological Reports*, 81, 723-733.
- Segal, Z.V. & Gemar, M. (1997). Changes in cognitive organisation for negative self-referent material following cognitive behaviour therapy for depression: a primed stroop study. *Cognition and Emotion*, 11, 501-516.
- Segal, Z.V., Gemar, M., Truchon, C, Cirguis, M. & Horowitz, L. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-213.
- Seligman, M (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Sherman, J.J., Turk, D.C., & Okifuji, D.C., (2000). Prevalence and impact of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)-line symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain*, 16, 127-134.
- Silver, R.C., Wortman, C.B. & Crofton, C. (1990). The role of coping in support provision: the self-presentational dilemma of victims of life crises. Teok-

- nessa B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (toim.). *Social support: an interactional view* (s.397-426). New York: John Wiley & Sons.
- Sireling, L.I., Freeling, P., Paykel, E. & Rao, E. (1985). Depression in general practice: clinical features and and comparison with outpatients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 119-125.
- Skevington, S.M. (1983). Chronic pain and depression: universal or personal helplessness, *Pain*, 15, 309-317.
- Skovron, M.L., Szpalski, M., Nordin, M., Melot, C. & Cukier, D. (1994). Sociocultural factors and back pain: a population-based study in Belgian adults, *Spine*, 19, 129-137.
- Smith, M.T., Perlis, M.L., Carmody, T.P., Smith, M.S. & Giles, D.E. (2001). Presleep cognitions in patients with insomnia secondary to chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 93-114.
- Smith, M.T., Perlis, M.L., Smith, M.S., Giles, D.E. & Carmody, T.P. (2000). Sleep quality and presleep arousal in chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 1-13.
- Smith, T.W., Christensen, A.J., Peck, J.R., Ward, J.R. (1994a). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four-year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13, 213-217.
- Smith, T.W., O'Keeffe, J.L. & Christensen, A.J. (1994b). Cognitive distortion and depression in chronic pain: Association with diagnosed disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92, 195-198.
- Solomon, P. & Tunks, E. (1991). The role of litigation in predicting disability outcomes in chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 7, 300-304.
- Spertus, I.L., Burns, J., Glenn, Beth, Lofland, K., & McCracken, L. (1999). Gender differences in associations between trauma history and adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 82, 97-102.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L. & Ellis, A.P. (1994). Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.
- Steer, R.A., Beck, A.T., Riskind, J.H. & Brown, G. (1986). Differentiation of depressive disorders from generalized anxiety by the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 475-478.
- Strahl, C., Kleinknecht, R.A & Dinnel, D.L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning *Behavior Research and Therapy*, 38, 863-873.
- Stroud, M.W., Thorn, B.E., Jensen, M.P., & Boothby, J.L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Suh, T. & Gallo, J.J. (1997). Symptom profiles of depression among general medical service users compared with speciality mental health service users. *Psychological Medicine*, 27, 1051-1063.
- Sullivan, M.D. (2001). Finding pain between minds and bodies. *Clinical Journal of Pain*, 17, 146-156.

- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A. & Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
- Sullivan, M.J. & D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 260-3.
- Sullivan, M.J., Reesor, K., Mikail, S. & Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*, 50, 5-13.
- Sumi, K., Horie, K. & Hayakawa, S. (1997). Optimism, Type A behavior, and psychological well-being in Japanese women. *Psychological Reports*, 80, 43-48.
- Summerfeldt, L.J. & Endler, N.S. (1996). Coping with emotion and psychopathology. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (toim.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 602-639). New York: John Wiley & Sons.
- Suomen psykiatriyhdistys (1997). *DSM-IV diagnostiset kriteerit. American Psychiatric Associationin luvalla käännetty*. Espoo: Orion ja Finnreklama.
- Swann, W.B. & Brown, J.D. (1990). From self to health: self-verification and identity disruption. Teoksessa B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (toim.). *Social support: an interactional view* (s.150-172). New York: John Wiley & Sons.
- Tait, R.C., Chibnall, J.T. & Richardson, W.D. (1990). Litigation and employment status: effects on patients with chronic pain. *Pain*, 43, 37-46.
- Talo, S., Rytökoski, U. & Puukka, P. (1992). Patient classification, a key to evaluate pain treatment: A psychological study in chronic low back pain patients. *Spine*, 17, 998-1011.
- Talo, S., Forssell, H., Heikkonen, S. & Puukka, P. (2001). Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24, 25-33.
- Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J.I. & Monga, T.N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain* 2001 Feb 1;90(1-2):127-33
- Tan, S.Y. (1982). Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: a selective review. *Pain*, 12, 201-228.
- Tauschke, E., Merskey, H. & Helmes, E. (1990). Psychological defence mechanisms in patients with pain. *Pain*, 40, 161-170.
- Tautiluokitus 1996*. Helsinki: Edita.
- Teasell, R.W. & Bomardier, C. (2001). Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability. *Clinical Journal of Pain*, 17 (Supplement 4), S39-45.
- Timberlake, N., Klinger, L., Smith, P., Venn, G., Treasure, T. Harrison, M. & Newman, S.P. (1997). Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 197-207.
- Thoits, P.A. (1992). Social support functions and network structures: a Supplemental view. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The*

- meaning and measurement of social support* (s. 57-62). Washington DC: Hemisphere.
- Thompson, S.C (1993). Naturally occurring perceptions of control: a model of bounded flexibility. Teoksessa G. Weary, F. Gleicher & K.L. March (toim.). *Control Motivation and Social Cognition* (s. 74-93). New York: Springer-Verlag.
- Toomey, T.C., Gover, V.F. & Jones, B.N. (1983). Spatial distribution of pain: a descriptive characteristic of chronic pain. *Pain*, 17, 289-300.
- Toomey, T.C., Gover, V.F. & Jones, B.N. (1984). Site of pain: relationship to measures of pain description, behavior and personality. *Pain*, 19, 389-397.
- Toomey, T.C., Mann, J.D., Abashian, S. & Thompson-Pope, S. (1991). Relationship between perceived self-control of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.
- Toskala, A. (1991). *Kognitiivisen psykoterapian teoreettisia perusteita ja sovelluksia*. Jyväskylä: Jyväskylän koulutuskeskus Oy.
- Toskala, A. (1993). Kognitiivisen psykoterapian kehityslinjoja. Teoksessa A. Toskala (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia* (s.2-11). Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 13. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston monistuskeskus.
- Toskala, A. (2001). Kognitiivis-konstruktivistinen ja kokemuksellinen näkökulma. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia* (s. 361-373). Helsinki: Duodecim.
- Trief, P.M. & Carnrike, CL.M. (1995). Chronic pain and depression: is social support relevant? *Psychological Reports*, 76, 227-236.
- Turk, D.C. & Flor, H. (1999). Chronic pain: a biobehavioral perspective. Teoksessa R.J. Gatchel & D.C. Turk (toim.). *Psychosocial factors in pain: critical perspective* (s.18-34). New York: Guilford.
- Turk, D.C. & Gatchel, R.J. (1999). Psychosocial factors and pain: Revolution and evolution. Teoksessa R.J. Gatchel & D.C. Turk (toim.). *Psychosocial factors in pain: critical perspective* (s.481-494). New York: Guilford Press.
- Turk, D.C. & Kerns, R.D. (1985). Assessment in health psychology: A cognitive-behavioral perspective. Teoksessa P. Karoly (toim.). *Measurement strategies in health psychology* (s. 335-372). New York: Wiley.
- Turk, D.C. & Melzack, R. (1992). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. Teoksessa D.C. Turk & R. Melzack (toim.). *Handbook of pain assessment* (s. 3-12). New York: Guilford Press.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (1994). Detecting depression in chronic pain patients: adequacy of self-reports. *Behavior Research and Therapy*, 32, 9-16.
- Turk, D.C., & Okifuji, A. (1996). Perception of traumatic onset, compensation status, and physical findings: impact on pain severity, emotional distress, and disability in chronic pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 435-453.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (1997a). Evaluating the role of physical, operant, cognitive, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients. *Behavior Modification*, 21, 259-280.

- Turk, D.C. & Okifuji, A. (1997b). What factors affect physicians' decisions to prescribe opioids for chronic noncancer pain patients? *Clinical Journal of Pain*, 13, 330-336.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (1999). Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*, 82, 139-148.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1986). Living with chronic disease: The importance of cognitive appraisal. Teoksessa S. Mchugh & M. Vallis (toim.). *Illness behavior. A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum.
- Turk D.C. & Rudy T.E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 237-249.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 139-146.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1990). The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain*, 42, 27-35.
- Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 99-122.
- Turk, D.C. & Salovey, P. (1984). Chronic pain as a variant of depressive disease: a critical reappraisal. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 398-404.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and Behavioural Medicine*. New York: Guilford Press.
- Turk, D.C., Okifuji, A. & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.D., & Starz, T.W. (1996). Pain, disability, and physical functioning in subgroups of fibromyalgia patients. *Journal of Rheumatology*, 23, 1255-1262.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Starz, T.W., & Sinclair, J.D (1998a). Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care & Research*, 11, 397-404.
- Turk, D.C., Sist, T.C., Okifuji, A., Miner, M.F., Florio, G., Harrison, P., Massey, J., Lema, M.L., & Zevon, M.A. (1998b). Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain: Role of psychological and behavioral factors. *Pain*, 74, 247-256.
- Turner, J.A. & Aaron, L.A. (2001). Pain-related catastrophizing: what is it? *Clinical Journal of Pain*, 17, 65-71.
- Turner, J.A. & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain*, 24, 355-364.
- Turner, J.A, Jensen, M.P. & Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.

- Unruh, A.M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167.
- Vakkari, T. (1990). *Pitkäkestoinen selkäkipu ja kontrollin sijainnin odotukset*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, psykologian laitos.
- Veiel, H.O.F. & Bauman, U. (1992). The many meanings of social support. Teoksessa H.O.F. Veiel & U. Baumann (toim.). *The meaning and measurement of social support* (s. 1-9). Washington DC: Hemisphere.
- Verhaak, P.F.M., Kerssens, J.J., Bensig, J.M., Sorbi, M.J., Peters, M.L. & Kruse, D.A. (2000). Medical help-seeking by different types of chronic pain patients. *Psychology and Health*, 15, 771-786.
- Vesala, K.M. (1992). *Pienyrittäjien kontrollipremissit. Sosiaalipsykologinen tarkastelu*. Acta Psychologica Fennica, soveltavan psykologian monografioita 5.
- Vickery, L.E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M. & Feber T. (2003). The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head and Neck*, 25, 289-296.
- Vlaeyen, J.W., Geurts, S.M., Kole-Snijders, A.M., Schuerman, J.A., Groenman, N.H. & van Eek, H. (1990). What do chronic pain patients think of their pain? Towards a pain cognition questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 383-394.
- Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P. & Cook, D.B. (1992). Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.
- Wahlgren, D.R., Grant, I., Patterson, T.L., Webster, J.S., Slater, M.A. & Atkinson, J.H. (1998). The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 366-374.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. Teoksessa A. Steptoe & A. Appels (toim.). *Stress, Personal Control and Health* (s. 85-105). Chichester: John Wiley & Sons.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on Locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wallston, K.A. & Wallston, B.S. (1981). Health locus of control scales. Teoksessa H.M. Lefcourt (toim.). *Research with the locus of control construct, volume 1*. (s. 189-243.). New York: Academic Press.
- Wallston, K.A. & Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. Teoksessa G.S. Sanders & J. Suls (toim.). *Social psychology of health and illness*. (s. 65-95). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Walker, E.A., Katon, W.J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M.L., Hickok, L. & Jemelka, R.P. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse *Psychosomatic Medicine*, 54, 658-664.
- Walter, L., & Brannon, L. (1991). A cluster analysis of the multidimensional pain inventory. *Headache*, 31, 476-479.

- Ward, N.G. (1990). Pain and depression. Teoksessa J. Bonica (toim.). *The Management of Pain, vol. 1, 2. ed.* (s. 310-319). Philadelphia: Lea & Febringer.
- Weickgenant, A.L., Slater, M.A., Patterson, T.J. Atkinson, J.H. Grant, I. & Garfin, S.R. (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression, *Pain, 53*, 95-103.
- Wesley, A.L., Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Kinney, R.K. & Mayer, T.G. (1991). Differentiation between somatic and cognitive/affective components in commonly used measurements of depression in patients with chronic low-back pain. *Spine, 16*, S213-215.
- Willenbring, M.L. (1986). Measurement of depression in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 47*, 367-372
- Williams, A.C. & Richardson, P.H. (1993). What does the BDI measure with chronic pain? *Pain, 55*, 259-266.
- Williams, D.A. & Thorn, B.E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain, 36*, 351-8.
- Williamson, G.M. & Schultz, R. (1992). Pain, activity restriction and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Science, 47*, 367-372.
- Williamson, P.S. & Yates, W.R. (1989). The initial presentation of depression in family practice and psychiatric outpatients. *General Hospital Psychiatry, 11*, 188-193.
- Wilson, K.G., Eriksson, M.Y., D'Eon, J.L., Mikail, S.F. & Emery, P.C. (2002). Major depression and insomnia in chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 18*, 77-83.

LIITTEET

LIITE 1: Tutkimuksessa käytetyt summamuuttujat sekä niiden osiot

Asennekysely (pisteytys: 1=ei pidä lainkaan paikkaansa; 2=ei pidä erityisen hyvin paikkaansa; 3=Pitää aika hyvin paikkaansa; 4= Pitää täysin paikkaansa)

Terveyspessimismi (ka=2,24; sd=0,83; vinous=0,23(keskivirhe=0,09); huipukkuus=-0,74(keskivirhe=0,17))

En varmaan parane koskaan.

En tule pääsemään eroon kivuista vaikka yrittäisin mitä tahansa

Sisäinen hallinnan sijoittaminen (ka=2,66; sd=0,54; vinous=-0,12(0,09); huipukkuus=-0,01(0,17))

Jos pidän huolta itsestäni, voin välttää sairaudet.

Olen itse vastuussa terveydestäni.

Jos tunnen itseni sairaaksi, tiedän sen johtuvan siitä, etten ole pitänyt huolta kunnostani tai syönyt oikein.

Ihmisten huono terveys johtuu heidän omasta piittaamattomuudestaan.

Ulkoinen hallinnan sijoittaminen (ka=1,39; sd=0,54; vinous=1,33(0,09); huipukkuus=1,40(0,17))

Asiantuntijat ovat vastuussa hoidostani, itse en voi tehdä mitään.

Lääkärit ja asiantuntijat ovat yksinomaan vastuussa terveydestäni.

Sattumausko (ka=1,82; sd=0,71; vinous=0,78(0,09); huipukkuus=0,01(0,17))

Hyvä terveys on suureksi osaksi riippuvaista hyvästä onnesta.

Kohtalo määrää suureksi osaksi sen, kuinka paljon tai kuinka vähän kipuja minulla on.

Jos minulla ei ole kipuja, se johtuu pelkästään hyvästä onnestani.

SIMPI (7-portainen asteikko (0-6), jossa tarjotaan kuvaukset kummassakin ääripäässä, esim. ei lainkaan, erittäin paljon)

Osa 1

Kipu (ka=3,12;sd=1,34; vinous=-0,32(0,09); huipukkuus=-0,31(0,17))

Arvioi kipusi voimakkuus tällä hetkellä.

Kuinka voimakas kipusi on keskimäärin ollut viimeksi kuluneen viikon aikana?

Haitta (ka=3,35;sd=1,34; vinous=-0,33(0,09); huipukkuus=-0,33(0,17))

Kuinka paljon kipu on alkamisajankohdastaan lähtien muuttanut työkykyäsi?

Missä määrin kipu on muuttanut sitä nautintoa ja tyydytystä, jota saat osallistumisesta sosiaaliseen kanssakäymiseen ja vapaa-ajan virkistystoimintaan?

Kuinka paljon kipu on muuttanut työstä saatavaa tyydytystä tai nautintoa?

Kuinka paljon kärsimystä koet kipusi takia?

Kuinka paljon kipusi on muuttanut kykyäsi tehdä taloustöitä?

Elämänhallinta (ka=4,04; sd=1,13; vinous=-0,49(0,09); huipukkuus=0,15(0,17))

Missä määrin koet viimeksi kuluneen viikon aikana hallinneesi elämääsi?

Missä määrin tunnet viimeksi kuluneen viikon aikana pystyneesi käsittelemään ongelmiasi?

Kivunhallinta (ka=3,35; sd=1,13; vinous=-0,15(0,09); huipukkuus=0,26(0,17))

Kuinka usein pystyt tekemään jotain, joka vähentää kipua?

Missä määrin koet pitäväsi kipusi hallinnassa?

Psyykinen rasittuneisuus (ka=2,19; sd=1,30; vinous=0,25(0,09); huipukkuus=-0,65(0,17))

Arvioi mielialaasi viimeksi kuluneen viikon aikana.

Kuinka hyvin olet pystynyt selviytymään stressitilanteista viimeksi kuluneen viikon aikana?

Kuinka ärtyisä olet ollut viimeksi kuluneen viikon aikana?

Kuinka jännittynyt tai ahdistunut olet ollut viimeksi kuluneen viikon aikana?

Sosiaalinen tuki (ka=3,59; sd=1,56; vinous=-0,46(0,09); huipukkuus=-0,54(0,17))

Kuinka paljon apua ja tukea saat puolisoiltasi (tai muulta läheiseltä ihmiseltä) kipuasi ajatellen?

Kuinka huolestunut puoliso (tai muu läheinen ihminen) on sinusta kipusi takia?

Kuinka paljon huomiota saat puolisoiltasi (tai muulta läheiseltä ihmiseltä) kipusi tähden?

Osa 2

Potilasta kehoitetaan miettimään kunkin osion kohdalla kuinka usein puoliso (tai muu läheinen ihminen) toimii ko. tavalla. Lomakkeessa annetaan ääripäät 0= ei koskaan 6= hyvin usein.

Ymmärtämättömyys (ka=1,32; sd=1,23; vinous=0,89(0,09); huipukkuus=0,16(0,18))

Hermostuu minulle.

Turhautuu minuun.

Suuttuu minulle.

Avuliaisuus (ka=2,86; sd=1,39; vinous=-0,02(0,09); huipukkuus=-0,53(0,18))

Tekee työni tai velvollisuuteni puolestani.

Yrittää saada minut lepäämään

Avaa television pitääkseni ajatukseni pois kivusta.

Kannustavuus (ka=2,99; sd=1,41; vinous=-0,28(0,09); huipukkuus=-0,50(0,18))
 Puhuu minulle jostakin muusta pitääkseni ajatukseni poissa kivusta.
 Yrittää saada minut tekemään jotakin.
 Rohkaisee minua jonkin harrastuksen pariin.

Osa 3

Potilasta kehoitetaan miettimään kuinka usein hän tekee kutakin toimintoa, lomakkeessa annetaan ääripäät 0= en koskaan ja 6= hyvin usein

Yleinen aktiivisuus (ka=3,48; sd=0,88; vinous=-0,07(0,09); huipukkuus=-0,09(0,17))

Menen ruokaostoksille.

Käyn ystävien luona.

Lähden jonnekin henkilö- tai linja-autolla.

Käyn sukulaisten luona. (___ Merkitse rasti tähän, jos sinulla ei ole sukulaisia 150 km:n säteellä.)

Pidän yllä sukupuolielämää.

Matkustelen.

Menen kävelylle.

Teen tarvittavia korjaustoimia kotona.

LOT-R (pisteytys: 0= täysin eri mieltä, 1= eri mieltä, 2= ei samaa eikä eri mieltä, 3= samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä; osiot 1,4,10 kuvaavat yleistä optimismia; 3,7,9 yleistä pessimismia; osiot 2,5,6,8 ovat täyttekysymyksiä) (optimismi: ka=2,47; sd=0,70; vinous=-0,28(0,09); huipukkuus=-0,16(0,17)) (pessimismi: ka=1,28; sd=0,76; vinous=0,62(0,09); huipukkuus=0,41(0,17))

1. Epävarmoina aikoina odotan aina parasta

2. Minun on helppo rentoutua

3. jos jokin asia voi epäonnistua, niin juuri minun kohdallani se epäonnistuu

4. suhtaudun aina myönteisesti ja optimistisesti tulevaisuuteeni

5. Nautin paljon ystäväni seurasta

6. Jatkuva toiminta ja tekeminen on minulle tärkeää

7. En juuri koskaan odota asioiden sujuvan niin kuin haluaisin

8. En hermostu helposti

9. En juuri koskaan odota, että minulle tapahtuisi jotain hyvää

10. Uskon, että minulle tapahtuu yleensä ennemminkin hyviä kuin pahoja asioita

SPS (pisteytys: 1= täysin eri mieltä, 2 = melko paljon eri mieltä, 3= hieman eri mieltä, 4= hieman samaa mieltä, 5= melko paljon samaa mieltä, 6= täysin samaa mieltä; osiot 1,3,5,8 kuvaavat kompetenssin tunnetta ja osiot 2,4,6,7 pystymättömyyden tunnetta) (kompetenssi: $ka=4,51$; $sd=0,80$; $vinous=-0,74(0,09)$; huipukkuus= $0,35(0,17)$) (pystymättömyys: $ka=2,70$; $sd=0,94$; $vinous=0,38(0,09)$; huipukkuus= $-0,05(0,17)$)

1. Osaan yleensä toimia tilanteen edellyttämällä tavalla
2. Yritykseni muuttaa epämiellyttäviä tilanteita ovat mielestäni tehottomia
3. Onnistun tehtävissä, joihin ryhdyn
4. Vaikka yrittäisin kuinka kovasti tahansa, asiat eivät suju haluamallani tavalla
5. Kykenen yleensä saavuttamaan tavoitteeni
6. Suunnitelmani eivät yleensä ole onnistuneita
7. Minun on vaikea löytää tehokkaita ratkaisuja kohtaamiini ongelmiin
8. Pystyn tekemään asioita yhtä hyvin kuin useimmat muut ihmiset

BDI (jokaisesta kohdasta, 1-21, potilasta kehoitetaan valitsemaan yksi, häntä parhaiten kuvaava, vaihtoehto) BDIPSY= osiot 1-14 ($ka=6,02$; $sd=5,87$; $vinous=1,29(0,09)$; huipukkuus= $1,63(0,17)$); BDISOM = osiot 15-18, 20, 21 ($ka=4,14$; $sd=2,41$; $vinous=0,36(0,09)$; huipukkuus= $0,34(0,17)$)

- | | | |
|-----|-----|--|
| (1) | A 0 | En ole surullinen |
| | B 1 | Tunnen itseni alakuloiseksi |
| | C 2 | Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä |
| | D 2 | Olen onneton ja se tuottaa minulle tuskaa |
| | E 3 | Olen niin onneton, etten kestä enää |
| (2) | A 0 | En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti |
| | B 1 | Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta |
| | C 2 | Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa |
| | D 2 | Minusta tuntuu, etten koskaan pääse eroon huolistani |
| | E 3 | Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin |
| (3) | A 0 | En tunne epäonnistuneeni elämässä |
| | B 1 | Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin |
| | C 2 | Minusta tuntuu, etten ole saanut aikaan paljoakaan mainitsemisen arvoista |
| | D 2 | Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia |
| | E 3 | Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä |

- (4) A 0 En ole erityisen tyytymätön
B 1 Olen jatkuvasti hieman ikävystynyt
C 2 En nauti asioista samalla tavalla kuin ennen
D 2 Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
E 3 Olen täysin tyytymätön kaikkeen
- (5) A 0 En tunne itseäni erityisemmin syylliseksi mihinkään
B 1 Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
C 2 Minulla on syyllisyyden tunteita
D 2 Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
E 3 Olen kerta kaikkiaan arvoton
- (6) A 0 Minua ei mielestäni rangaista
B 1 Minusta tuntuu, että jotain paha saattaisi tapahtua minulle
C 2 Tunnen, että minua rangaistaan tällä hetkellä
D 2 Tunnen, että ansaitsen rangaistukseni
E 3 Haluan, että minua rangaistaan
- (7) A 0 En ole pettynyt itseni suhteen
B 1 Olen pettynyt itseni suhteen
C 1 En pidä itsestäni
D 2 Minua inhottaa oma itseni
E 3 Vihaan itseäni
- (8) A 0 Minusta tuntuu, että olen yhtä hyvä kuin kuka muu tahansa
B 1 Suhtaudun melko arvostelevasti itseäni heikkouksieni ja erehdysteni tähden
C 2 Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee vinoon"
D 2 Mielestäni minulla on liian monia huonoja puolia
E 3 Pidän itseäni täysin kelvottomana
- (9) A 0 En ole koskaan halunnut vahingoittaa itseäni
B 1 Olen joskus ajatellut vahingoittaa itseäni, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä
C 2 Minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
D 2 Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
E 2 Perheeni toimeentulo olisi parempi, jos olisin kuollut
F 3 Tekisin itsemurhan, jos vain voisin

- (10) A 0 En itke tavallista enempää
B 1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen
C 2 Itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä
D 3 Ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi vaikka haluaisinkin
- (11) A 0 En ole ärtyneempi kuin ennenkään
B 1 Ärsynnyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin
C 2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan
D 3 Asiat, jotka saivat minut ennen raivostumaan eivät enää ärsytä minua
- (12) A 0 Olen jatkuvasti kiinnostunut toisista ihmisistä
B 1 Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
C 2 Olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
D 3 Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan
- (13) A 0 Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
B 1 Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa
C 2 Nykyisin tarvitsen apua päätösten teossa
D 3 En pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja
- (14) A 0 Luulen, että ulkonäköni on pysynyt ennallaan
B 1 Pelkään näyttäväni vanhalta ja epämiellyttävältä
C 2 Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän rumalta
D 3 Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä
- (15) A 0 Työkykyeni on pysynyt suunnilleen ennallaan
B 1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
C 1 En enää pysty työskentelemään samoin kuin ennen
D 2 Minun on väkisin pakotettava itseni työhön
E 3 Minun on täysin mahdotonta tehdä mitään työtä

- (16) A 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
 B 1 Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
 C 2 Herään 1-2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen
 D 3 Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa
- (17) A 0 En ole sen väsyneempi kuin tavallisesti
 B 1 Väsyn nopeammin kuin ennen
 C 2 Vähäinenkin työ väsyttää minua
 D 3 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään
- (18) A 0 Ruokahaluni on ennallaan
 B 1 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
 C 2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
 D 3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

Mikäli potilas ilmoittaa painonpudotuksen olleen tarkoituksellista (=laihduuttanut) ei ao. kohtaa pisteytetä

- (19) A 0 Painoni on pysynyt ennallaan
 B 1 Olen laihtunut enemmän kuin 2 kg
 C 2 Olen laihtunut enemmän kuin 4 kg
 D 3 Olen laihtunut enemmän kuin 6 kg
- (19b) A Painoni on noussut enemmän kuin 2 kg
 B Painoni on noussut enemmän kuin 4 kg
 C Painoni on noussut enemmän kuin 6 kg
- (20) A 0 En ajattele terveyttäni tavallista enempää
 B 1 Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyyn ja kiipuun sekä muihin epämiellyttäviin tuntemuksiin itsessäni
 C 2 Seuraan niin tarkasti, mitä tuntemuksia minulla on, ettei muille ajatuksille jää paljon aikaa
 D 3 Terveytteni ja tuntemukseni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni
- (21) A 0 Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
 B 1 Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestään
 C 2 Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti pienempi kuin ennen
 D 3 En ole enää lainkaan kiinnostunut sukupuolielämästä

Liite 2. Muuttujien väliset korrelaatiot

Taulukoiden muuttujaluettelo:

1. kognitiivis-affektiiviset depressio-oireet
2. somaattis-behavioraaliset depressio-oireet
3. koettu kipu
4. haitta
5. elämänhallinta
6. kivunhallinta
7. sosiaalinen tuki
8. [puolison] ymmärtämättömyys
9. [puolison] huolehtivaisuus
10. [puolison] kannustavuus
11. aktiivisuus
12. optimismi
13. pessimismi
14. koettu kompetenssi
15. koettu pystymättömyys
16. sisäinen hallinnan sijoittaminen
17. ulkoinen hallinnan sijoittaminen
18. sattumausko
19. terveystpessimismi

TAULUKKO 1 Alkutilanteen mittaus: Spearmanin tulomomenttikorrelaatio.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	-																			
2	.59	-																		
3	.20	.37	-																	
4	.32	.49	.69	-																
5	-.47	-.37	-.22	-.27	-															
6	-.25	-.32	-.38	-.46	.37	-														
7	-.16	-.05	.15	.19	.23	.07	-													
8	.32	.29	.12	.22	-.25	-.09	-.22	-												
9	-.09	-.02	.11	.13	.16	.11	.62	-.09	-											
10	-.04	.02	.10	.13	.11	.14	.56	.00	.59	-										
11	-.35	-.30	-.03	-.13	.34	.24	.28	-.17	.26	.25	-									
12	-.48	-.31	-.13	-.24	.30	.29	.07	-.16	.09	.08	.36	-								
13	.47	.30	.19	.21	-.30	-.21	-.13	.30	-.07	-.07	-.22	-.39	-							
14	-.47	-.38	-.23	-.32	.35	.28	.04	-.25	.06	.07	.33	.48	-.39	-						
15	.51	.37	.23	.28	-.40	-.27	-.09	.31	-.08	-.06	-.27	-.39	.58	-.55	-					
16	-.17	-.19	-.19	-.24	.17	.28	-.04	.01	.00	.05	.15	.29	-.04	.26	-.14	-				
17	.15	.19	.19	.19	-.20	-.17	.02	.13	-.01	-.02	-.11	-.14	.27	-.20	.27	-.12	-			
18	.12	.08	.05	.06	-.15	-.06	-.03	.07	.00	-.02	-.02	-.09	.28	-.06	.26	-.09	.33	-		
19	.24	.31	.35	.36	-.22	-.26	.05	.13	.02	.01	-.16	-.27	.27	-.26	.28	-.38	.32	.30	-	

TAULUKKO 2 Alkutilanteen mittaus: Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	-																			
2	.58	-																		
3	.20	.34	-																	
4	.33	.47	.68	-																
5	-.46	-.36	-.20	-.28	-															
6	-.23	-.29	-.34	-.41	.35	-														
7	-.16	-.04	.17	.19	.21	.06	-													
8	.30	.27	.09	.18	-.26	-.07	-.21	-												
9	-.09	.00	.12	.13	.14	.11	.61	-.07	-											
10	-.03	.01	.12	.12	.10	.15	.54	-.01	.57	-										
11	-.34	-.28	-.01	-.12	.34	.23	.27	-.15	.25	.25	-									
12	-.45	-.29	-.13	-.23	.29	.28	.05	-.15	.09	.10	.34	-								
13	.44	.30	.19	.21	-.28	-.21	-.09	.28	-.06	-.07	-.21	-.39	-							
14	-.43	-.34	-.21	-.31	.35	.27	.03	-.24	.05	.08	.30	.46	-.43	-						
15	.47	.35	.21	.25	-.39	-.26	-.08	.28	-.08	-.08	-.25	-.39	.57	-.57	-					
16	-.15	-.16	-.17	-.24	.15	.28	-.06	.02	-.02	.06	.12	.28	-.05	.24	-.14	-				
17	.14	.17	.17	.18	-.19	-.17	.01	.15	.01	-.02	-.11	-.15	.28	-.22	.29	-.15	-			
18	.13	.09	.02	.05	-.14	-.06	-.02	.10	.00	-.01	-.02	-.11	.26	-.10	.25	-.06	.32	-		
19	.26	.31	.34	.36	-.22	-.25	.05	.12	.02	.00	-.15	-.26	.29	-.26	.27	-.37	.29	.28	-	

TAULUKKO 3 Muutospisteiden väliset korrelaatiot.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	-																		
2	,45	-																	
3	,16	,29	-																
4	,20	,34	,46	-															
5	-,29	-,21	-,21	-,17	-														
6	-,19	-,20	-,24	-,33	,26	-													
7	-,12	-,10	-,02	,06	,06	,11	-												
8	,09	,08	,01	,14	-,11	-,12	-,23	-											
9	,15	,08	,05	,05	,06	,02	,35	-,11	-										
10	,04	-,02	,05	-,02	,08	,12	,20	-,08	,48	-									
11	-,16	-,20	-,17	-,08	,21	,26	,18	-,11	,13	,14	-								
12	-,23	-,08	-,07	-,09	,17	,25	,01	-,04	-,06	-,01	,15	-							
13	,16	,06	,13	,06	-,18	-,10	-,03	,13	-,02	,00	-,13	-,05	-						
14	-,30	-,20	-,15	-,10	,21	,20	,17	-,11	-,08	-,04	,24	,25	-,23	-					
15	,23	,15	,20	,19	-,19	-,20	-,01	,09	-,01	-,03	-,14	-,19	,29	-,15	-				
16	-,10	-,11	-,17	-,13	,22	,26	,08	-,17	,07	,02	,16	,17	-,14	,27	-,11	-			
17	,07	,07	,05	,09	-,13	-,06	-,04	,10	-,13	-,12	-,05	-,02	,06	-,04	,10	-,06	-		
18	,02	,02	,05	,03	,03	,03	,02	,00	,06	,03	-,03	,03	,04	,02	,08	,04	,20	-	
19	,15	,17	,10	,14	-,05	-,11	-,03	,04	,05	,03	-,02	-,09	-,05	-,08	,12	-,09	,14	,16	-