

**PSYKOLOGIAN OPISKELIJOIDEN
TERAPEUTTIKOKEMUKSIA HYVÄKSYMIS- JA
OMISTAUTUMISTERAPEUTTISESTA
LYHYTINTERVENTIOSTA**

**Elina Nurminen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Syyskuu 2010**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

NURMINEN, ELINA: Psykologian opiskelijoiden terapeuttikokemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta lyhytinterventiosta

Pro gradu –tutkielma, 36 s.

Ohjaaja: Raimo Lappalainen

Psykologia

Syyskuu 2010

Vastavalmistuvien psykologien mahdollisia hyvinvointimuutoksia asiakastyöhön siirtymisen myötä on tutkittu vähän. Jo terapiakoulutuksessa olevien kokemuksista on havaittu, että haasteita saattaa aiheuttaa esimerkiksi oma itsekriittisyys, voimakkaat tunnekokemukset tai vielä hauras harjoittelijaminä. Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisessa työskentelyssä terapeutin tulisi soveltaa menetelmiä myös itseensä sekä pyrkiä kielellisyyden ja järkeistämisen vähentämiseen ongelmien syiden etsimisen sijaan. Tällaiset interventiot ovat usein lyhyitä ja vaativat terapeutilta suurta kompetenssia.

Tutkimuksessa tarkasteltiin asiakastyöhön siirtymisen vaikutusta 15 psykologian opiskelijan psykologisiin ja fysiologisiin oireisiin, tietoisuustaitoihin sekä psykologiseen joustavuuteen. Lisäksi tutkittiin opiskelijoiden kokemuksia ja tunteita terapiatyöstä sekä itsehoito-oppaan käytöstä osana hoitoa. Tutkimus toteutettiin kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisena interventiona masennusasiakkaille. Terapeutteina toimineet opiskelijat suorittivat parhaillaan psykologian ammattiopintoja Jyväskylän yliopistosta, ja he saivat lisäksi lyhyen koulutuksen tutkimuksessa käytettyyn menetelmään.

Psykologisia oireita sekä tietoisuustaitojen ja psykologisen joustavuuden muutoksia mitattiin kvantitatiivisesti erilaisilla itsearviointilomakkeilla. Lisäksi opiskelijoiden kokemuksia kartoitettiin avoimin kysymyksin, jolloin tarkastelunäkökulma oli pääasiassa sisällönanalyttinen. Opiskelijaterapeuttien hyvinvointia mitattiin ennen terapiaa sekä terapian jälkeen.

Opiskelijoiden masennustaso laski ja psykologiset oireet vähenivät terapian alusta loppuun. Sekä mieliala että psykologinen joustavuus nousivat. Tietoisuustaidot lisääntyivät merkitsevästi, vaikka alaskaaloissa muutos olikin nähtävissä vain havainnoinnissa sekä hyväksynnässä ilman arviointia. Opiskelijaterapeutit raportoivat työkokemuksen olleen erittäin positiivinen muun muassa ammatti-identiteetin kehittymisen kannalta. Suurin osa opiskelijoista uskoi terapian toimineen paremmin itsehoito-oppaan kanssa kuin ilman sitä.

Psykologian yliopisto-opetuksen kehittämiseksi sekä vastavalmistuvien psykologien työhyvinvoinnin lisäämiseksi tulisi psykologien siirtymistä asiakastyöhön tutkia tarkemmin. Tutkimustuloksiin nojautuen voitaisiin psykologien kokemia haasteita normalisoida tehokkaammin sekä tukea heidän ammatti-identiteetin kehitystään.

Avainsanat: psykologian opiskelijat, hyvinvointi, harjoittelu, hyväksymis- ja omistautumisterapia

JOHDANTO

Vastavalmistuneiden psykologien hyvinvointimuutoksia asiakastyöhön siirtymisen myötä on tutkittu vähän, eikä esimerkiksi muutoksista aloittavan psykologin omassa masennusasteessa tai psyykkisissä oireissa ole saatavilla kattavaa tieteellistä tietoa. Sen sijaan jo terapeuttien jatkokoulutuksessa olevien kokemuksia ja tunteita on tutkittu jonkin verran, vaikka hyvinvointimuutokset eivät aina olekaan olleet varsinaisia tutkimuksen kohteita. Olemassa olevista tutkimuksista on ilmennyt, että suurin stressitekijä terapeuttiharjoittelijalle lienee ammattimaisen työn monimerkityksellisyys tai sekavuus (Skovholt & Rønnestad, 2003). Stressin aiheuttajat jaettiin lisäksi seitsemään osatekijään, joita olivat akuutti esiintymisjännitys, ammattilaisten tarkkailu, puutteelliset tai jäykät emotionaaliset rajat, hauras ja keskeneräinen harjoittelijaminä, sopimattomat käsittekartat, ihannoivat odotukset sekä akuutti tarve positiivisille mentoreille. On myös raportoitu, että psykoterapeuteiksi valmistuvilla haasteita asettaa erityisesti oma itsekriittisyys, ongelmalliset reaktiot asiakkaita kohtaan sekä tehokkaiden auttamistaitojen oppiminen (Hill, Sullivan, Knox, & Schlosser, 2007).

Terapeuteiksi valmistuvien opiskelijoiden sisäisiä kokemuksia tutkittaessa havaittiin näihin sisältyvän paljon voimakkaita affekteja (Melton, Nofzinger-Collins, Wynne, & Susman, 2005). Tunteet tukahdutettiin verbaalisesti, eikä niitä useimmiten pystytty havaitsemaan nauhoitetuista audiokaseteissa. Opiskelijoiden tunnekokemukset voitiin jakaa neljään kategoriaan, joita olivat vihan tai turhautumisen tunteet, pettymys tai kateus, ahdistus tai pelko sekä onnellisuus tai innostuneisuus. Howard, Inman ja Altman (2006) puolestaan tutkivat terapeuttiharjoittelijoiden kokemuksia niin sanotuista kriittisistä tapahtumista ohjatussa harjoittelussa, jonka opiskelijat suorittivat ensimmäisenä opiskeluvuotenaan. Tutkimusryhmä jaotteli 157 kriittisen tapahtuman kuvausta viideksi otosta edustavaksi kategoriaksi. Näitä olivat ammatti-identiteetti, henkilökohtaiset reaktiot, kompetenssi, työnohjaus sekä neuvonnan tai hoidon filosofia. Vertailtaessa noviisiterapeuttien ja jo kokeneempien auttajien suhtautumista istunnossa tylsistymiseen ja ahdistumiseen, huomattiin, että noviisiterapeutit olivat eniten tietoisia ahdistuksesta ja kriittisestä suhtautumisesta itseensä, kun taas kokeneet terapeutit tiedostivat vahvimmin tylsistymisen sekä ulkopuoliset häiriöt (Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh, & Judge, 2003).

Harjoittelevien terapeuttien ahdistuksen on todettu vähenevän ja terapiataitojen lisääntyvän harjoittelujakson myötä (Williams, Judge, Hill, & Hoffman, 1997). Istuntojen aikana terapeutit kokivat niin empatiaa ja miellyttäviä tuntemuksia kuin negatiivisiakin tunteita esimerkiksi omien taitojensa, terapian loppumisen ja hiljaisuuden suhteen. Heitä myös huolestutti esimerkiksi oma

rooli terapeuttina, halu olla auttaja, ystävä tai opettaja; tarve neuvoa sekä vaikeus pysyä aikarajoituksissa. Voidaan kuitenkin sanoa, että terapeuttiryhmä koki kasvaneensa terapeutteina negatiivisista ja hämmentävistä tuntemuksista huolimatta. Yleisimpiä käsittelykeinoja negatiivisten reaktioiden hallitsemiseksi olivat asiakkaaseen keskittyminen, itsetietoisuuden käyttäminen sekä omien tunteiden tukahduttaminen tai kontrollointi. Näistä jälkimmäinen huomattiin vähiten hyödylliseksi. Harjoittelu nähtiin pääasiassa positiivisena kokemuksena.

Terapeutin itsetietoisuutta kliinisessä käytännössä on pidetty usein kriittisenä tekijänä. Vieläkin tutkimustulokset antavat olettaa, että terapeutin ohimenevät itsetietoisuuden tilat istunnoissa saattavat olla häiritseviä. Uudempi tutkimus kuitenkin osoittaa, että terapeutin itsetietoisuus oli avuksi terapiassa ja liittyi positiivisempiin asiakasarviointeihin terapiaprosessista (Williams & Fauth, 2005). Lisäksi terapeuteilla oli taipumus todennäköisimmin käyttää perustekniikoita kuten kyselyä ja reflektointia keinoina käsitellä häiritsevää itsetietoisuutta, vaikkei yksikään näistä hallintakeinoista osoittautunutkaan toisia tehokkaammaksi. Vaikka kaikkien terapeuttien on havaittu käyttävän itsetietoisuuden hallinnassa tehokkaasti itsevalmennusmenetelmiä sekä asiakkaaseen keskittymistä, raportoivat erityisesti noviisiterapeutit hallitsevansa itsetietoisuutta paljastamalla sen (Williams, ym., 2003). Kokeneemmat terapeutit sen sijaan käyttävät useammin ajatusten pysäytysmenetelmiä ratkaisuna häiritsevän itsetietoisuuden ongelmaan.

Vaikka terapiakoulutuksessa olevat oppivat auttamisen perustaidot suhteellisen nopeasti (Baker, Daniels, & Greeley, 1990), he usein pelkäävät suoriutumistaan asiakastapaamisista (Williams ym., 1997). Terapeuttien itseluottamuksen puutteesta ja epävarmuudesta omaa tehokkuuttaan kohtaan onkin raportoitu riippumatta terapeutin kokemustasosta. Itseluottamuksen puutteen merkitys on erityisen suuri terapeuttiopiskelijoiden identiteetin kehityksessä (Theriault, Gazzola, & Richardson, 2009). Sen on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi stressiin (Farber & Heifetz, 1982), burnoutiin (Deutsch, 1984), masennukseen (Mahoney, 1991), alhaiseen itsetuntoon sekä ennenaikaiseen uranvaihtoon (Theriault & Gazzola, 2005). Tästä voidaan havaita itseluottamuspulan mahdollinen vaikutus koko terapiaprosessiin sekä harjoittelijaan itseensä. Onkin todettu, että usein tabuksikin jäävästä epävarmuudesta tulisi keskustella terapiakoulutuksissa avoimemmin ja nykyistä enemmän (Theriault ym., 2009).

Myös työnohjauksella saattaa olla suuri rooli havainnoitaessa terapeuttien hyvinvointimuutoksia ja tuntemuksia ensimmäisten asiakaskokemusten myötä. Vertailtaessa erilaisia harjoittelumuotoja, työnohjauksella tuetusta harjoittelusta koettiin olevan enemmän apua vihaongelmista kärsivien asiakkaiden hoidossa kuin itseopiskelusta tai kirjan avulla harjoittelusta (Hess, Knox, & Hill, 2006). Tutkimuksessa tarkkailtiin ohjauksen vaikutusta muun muassa opiskelijoiden ahdistustasoon ja auttamistaitoihin. Työnohjausta saaneet harjoittelijat myös reflektoivat tunteita muita harjoittelijoita

enemmän vastauksena asiakkailleen. Kanadalaiset psykologian harjoittelijat puolestaan raportoivat hakeutuneensa työnohjaukseen jouduttuaan umpikujaan vetämässään terapiaistunnoissa (De Stefano ym., 2007). Näihin ongelmatilanteisiin opiskelijat reagoivat usein negatiivisilla tunteilla ja toivoivat saavansa työnohjauksesta vahvistusta tai tukea. Opiskelijat kokivat ohjauksen antaneen uusia näkökulmia umpikujatilanteeseen sekä lisänneen itsetietoisuutta. Yllättävä löytö tutkimuksessa oli opiskelijoiden tyytymättömyys työnohjauksen dynamiikkaan. On todettu, että noviisiterapeuttien harjoitteluympäristö tarjoaa parhaimmillaan jatkuvan tuen terapian aiheuttamille henkilökohtaisille prosesseille (Pehle, 2004). Tähän voi sisältyä lisätyönohjausta tai mahdollinen omaterapia. Pehlen mukaan terapeutin kokemia haasteita tulisi jatkuvasti normalisoida, kokemusten jakamista muiden harjoittelijoiden kanssa helpottaa ja stressin hallinnan tekniikoita opettaa. Harjoittelijoita tulisi myös auttaa löytämään mahdollisuuksia kiinnittää huomiota positiivisiin ja merkityksellisiin kokemuksiin.

On ehdotettu, että esimerkiksi psykoterapiaharjoittelijoiden kykyjen kehityksen luonnetta tutkittaisiin tarkemmin (Fauth, Gates, Vinca, Boles, & Hayes, 2007). Vaikka valmistuvien terapeuttien kokemuksia asiakastyöstä onkin jonkin verran tutkittu, rajoittuu tutkimus usein juuri jatko-opiskelijoihin, eikä psykologian opiskelijoiden työhön siirtymisestä ole vielä kattavaa tutkimustietoa. Lisätutkimusta tarvittaisiin opiskelijoiden ja vastavalmistuneiden psykologien työhyvinvoinnin tukemiseksi ja huomioimiseksi jo koulutuksessa sekä harjoitteluvaiheessa. Arkipsykologiassa psykologin työtä pidetään usein raskaana, vaikka tarpeeksi empiirisiä todisteita ei olekaan siitä, miten asiakastyön aloittaminen todellisuudessa vaikuttaa psykologian opiskelijoiden psyykkiseen hyvinvointiin. Tämä tutkimus pyrkii vastaamaan tähän tarpeeseen.

On huomioitava, että eri tutkimuksissa käytettävillä erilaisilla terapiamenetelmillä saattaa olla jonkinlainen vaikutus terapeutin hyvinvoinnin mahdollisiin muutoksiin. Tässä tutkimuksessa käytettävä menetelmä on viime vuosina yhä enemmän suosiota saanut hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT). Menetelmä poikkeaa perusajattelultaan monesta vallitsevasta terapiamenetelmästä, ja sen useita näkemyksiä onkin kuvattu radikaaleiksi. Esimerkiksi inhimillisen kärsimyksen syyksi nähdään kielellisten ongelmanratkaisujen epäfunktionaalinen käyttö, eikä sairauskäsitettä sisällytetä menetelmän filosofiaan lainkaan (Lappalainen, 2009). Englanniksi ”acceptance and commitment therapy” -nimellä (ACT) tunnettu menetelmä ei perustu mihinkään muihin terapeuttisiin lähestymistapoihin (Lappalainen ym., 2004), mutta se voidaan kuitenkin nähdä osana käyttäytymisterapioiden kolmatta aaltoa (Pull, 2008). Tarkastelemme nyt hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteita ja menetelmiä hieman tarkemmin.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian kehittäminen alkoi 1990-luvulla Amerikassa, ja sen isänä tunnetaan Steven Hayes, sekä hänen työtoverinsa Kirk Strosahl ja Kelly Wilson (Pull, 2008). He

rakensivat menetelmän funktionaalisen kontekstualismin pohjalta (Biglan & Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes, Hayes, & Reese, 1988), jonka pääideana on asiakkaan sanojen funktion tutkiminen niiden sisällön kirjaimellisen tulkinnan sijaan. Näin esimerkiksi masennusta ei analysoida enää sisältökeskeisesti diagnoosein, niin että itse psykologiset oireet nähtäisiin ongelmiksi. Tämä ajatus eroaa huomattavasti perinteisestä psykoterapeuttisesta ja psykiatrisesta näkökulmasta. Hyväksymis- ja omistautumisterapian mukaan masennukseen liittyvä ongelma on se, miten tietyt kontekstit liittävät yksilön ajatukset, mielialan ja käytöksen yleiseen haitalliseen elämisen malliin (Hayes ym., 2004). Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että jo yksilön ajatus masennuksesta ”pahana” asiana, joka automaattisesti nähdään käyttäytymisen syynä ja ongelmana, ja jota täytyisi vältellä, vahvistaa masennuksen asemaa yksilön elämässä.

Tunteiden, kognitioiden ja käytöksen välillä olevien patologisten linkkien ajatellaan aiheutuvan erityisesti kokemuksellisesta välttelystä sekä ajatusten liiallisesta kontrolloinnista (Hayes ym., 2004). Kokemuksellisella välttelyllä tarkoitetaan taipumusta muokata tapahtumia, esimerkiksi muistoja tai tunteita, vaikka tästä olisi haittaa. Se voi ilmetä esimerkiksi ajatusten tukahduttamisena, tehottomien coping-menetelmien käyttönä tai depression syiden etsimisenä. Kielen tai mielen kontrollointi viittaa puolestaan siihen, että yksilö keskittyy enemmän kognitioihinsa kuin varsinaiseen todellisuuteen ollessaan vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Toisin kuin psykologiassa yleensä, ajatusten ja tunteiden hallintaa ei pidetä HOT:ssa menestyksekkään elämän merkinä vaan inhimillisen kärsimyksen ylläpitäjänä (Lappalainen ym., 2004).

Merkitsevimmäksi kontekstuaaliseksi elementiksi HOT:ssa nähdään kieli itse (Hayes & Batten, 2000). Menetelmän taustalla oleva näkemys kielestä ja kognitiosta perustuu suhdekehysteoriaan (relational frame theory, RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Voidaankin sanoa, että hyväksymis- ja omistautumisterapia on kehitetty sellaisten tutkimusten pohjalta, jotka selvittävät kielellisten sääntöjen ja ohjeiden vaikutusta (Lappalainen ym., 2004). Säännöt takaavat tehokkaan toiminnan monissa elämän tilanteissa, mutta kielellisiä ratkaisuja käytetään myös silloin, kun ne eivät toimi. Olennaista tällaisissa tilanteissa olisi kokemuksen korostuminen sääntöjen sijaan, sillä ilman kokemusta tapahtumia ja merkityksiä voidaan liittää toisiinsa, vaikka niiden yhteys todellisuuteen olisi mielivalentainen (Hayes ym., 2006). Tästä lähtökohdasta ajateltuna HOT sisältää näkemyksen, jonka mukaan kielellinen käyttäytyminen selittää suuren osan psykologisesta kärsimyksestä, jolloin myös terapiassa etsittävät uudet selitysmallit saattavat vain vahvistaa ongelmia aiheuttavia suhdekehkyksiä (Lappalainen, 2009). Kielellisten totuuksien sijaan terapiassa etsitäänkin toimivia käyttäytymismalleja (Hayes & Batten, 2000; Lappalainen ym., 2004). Kielelliset vaikutteet eivät suhdekehysteorian mukaan kuitenkaan rajoitu pelkästään sanoihin, sillä ei-kielelliset vaikutteet saattavat sisältää samoja merkityksiä kuin kielellisetkin (Lappalainen ym.,

2004). Tämä mahdollistaakin kielellisten vaikutteiden muuttamisen myös ei-kielellisin menetelmin terapiassa, esimerkiksi käyttämällä kokemuksellisia harjoituksia. Myös järjellä selittämisen vähentämistä pidetään keinona heikentää kielellisiä vaikutteita. Lisäksi apuna käytetään metaforia ja paradokseja, sillä niiden ominaislaatu poikkeaa kielen loogisuudesta.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia voidaan tiivistää kolmeen periaatteeseen: hyväksy, omistaudu arvojesi mukaiseen elämään sekä toimi arvojesi mukaan (Lappalainen, 2009). Arvot ovatkin keskeinen osa hoitoa, ja arvokeskustelua voidaan luonnehtia motivaatioanalyysiksi. Menetelmässä arvot nähdään toimintana, ja niihin liittyvät päämäärät saavutetaan toiminnan kautta. Asiakkaan arvot tulisi yhdistää jokaiseen hoitotoimenpiteeseen. Hyväksyntä puolestaan tarkoittaa muun muassa kontrollin vastakohtaa, ja terapian yhtenä tavoitteena onkin mahdollistaa asiakkaalle hyväksynnän kokemuksia ja vähentää näin ajatusten kontrollointia.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa voidaan lisäksi tarkastella kuuden ydinprosessin avulla, joiden kautta psykologista joustavuutta pyritään terapiassa lisäämään (Lappalainen, 2009). Ydinprosessit voidaan jakaa kahteen kategoriaan: hyväksymiseen ja tietoisuuteen liittyviä prosesseja ovat hyväksyntä, kielellisen kontrollin vähentäminen, itsensä kokeminen tilana tai paikkana sekä tietoisuustaidot eli tietoinen läsnäolo (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Arvot ja omistautuminen niiden mukaiseen toimintaan kuuluvat puolestaan oman käytöksen muuttamiseen ja omistautumiseen liittyviin prosesseihin.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa terapeutin suhde asiakkaaseen on hyvin tasa-arvoinen (Hayes & Batten, 2000). Myös terapeutin ajatellaan asiakkaan tavoin olevan haavoittuvainen niin sanotuille kielen ansoille, ja hänen tulee soveltaa samoja työkaluja myös itseensä. Hoidon lähtökohtana onkin, että inhimillinen kärsimys on yleismaailmallista (Lappalainen ym., 2004). HOT edellyttää terapeutin ymmärtävän menetelmän teorian läpikotoisin, sillä terapeutin kompetenssi rakentuu juuri menetelmän herkästä ja periaatekeskeisestä soveltamisesta, eikä metaforien ja käsitteiden yksinkertainen selostaminen riitä (Hayes & Batten, 2000). Tehokkaan terapeutin on myös siedettävä paradokseja, ristiriitoja, hämmennystä ja ironiaa, sillä hänen rooliinsa ei kuulu paremman elämän lupaaminen asiakkaalle. Terapeutin on kunnioitettava asiakkaan omia valintoja, ja vältettävä HOT-menetelmien käyttöä minkäänlaisena sosiaalisen kontrollin välineenä. On myös esitetty, että terapeutin oma tietoisuustaitoharjoittelu olisi eräs keino vahvistaa asiakassuhdetta itsetuntemuksen lisääntymisen kautta, mikä puolestaan lisäisi asiakkaan itsetuntemusta ja hyvinvointia (Bruce ym., 2010).

Monet alan asiantuntijat eivät luokittele hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kognitiivisten terapioiden joukkoon, ja erään näkemyksen mukaan terapeutin muutos tapahtuukin menetelmässä eri prosessien avulla kuin kognitiivisessa hoidossa (Lappalainen, 2009). Perinteistä

kognitiivista käyttäytymisterapiaa tutkittaessa ollaan havaittu tiettyjen terapiaelementtien olevan tehokkaampia kuin toisten hoidettaessa depressioasiakkaita (Zettle, 2007). Tällaisiin menetelmiin kuuluu esimerkiksi etäisyyden ottaminen (distancing), joka auttaa asiakkaita olemaan identifioimatta itseään masennukseen. Muun muassa juuri tämä näkökulma on yksi keskeisimmistä osista hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista työskentelyä. Eräässä tutkimuksessa todettiin sekä perinteisellä kognitiivisella terapialla (KT) että HOT-hoidolla saavutettavan toisiaan vastaavia hoitotuloksia esimerkiksi ahdistuksen, masennuksen, toimintahäiriöiden ja elämänlaadun suhteen, kun tutkimushenkilöinä toimi heterogeeninen otos ahdistus- ja masennusoireista kärsiviä (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007). Tulokset erosivat kuitenkin toiminnan mekanismien suhteen: KT -ryhmässä niihin vaikutti muutokset ”havainnoinnissa” ja ”kuvailussa”, kun taas HOT-ryhmässä hoidon tuloksiin vaikutti ”kokemuksellinen välttely”, ”tietoinen toiminta” sekä ”hyväksyntä”. Kokemuksellisen välttelyn vähentyminen hyväksymis- ja omistautumisterapian aikana todettiin välittäväksi prosessitekijäksi ja suuremman tuloksellisuuden syyksi myös tutkimuksessa, jossa depressiivisiä päihdepotilaita hoidettiin joko perinteisellä 12-askeleen ohjelmalla tai yksilöllisellä HOT-hoidolla (Petersen & Zettle, 2009). Molemmissa ryhmissä masennusoireet vähenivät huomattavasti. Kuitenkin satunnaisesti hyväksymis- ja omistautumisterapiaan jaetut potilaat tarvitsivat lyhyemmän hoitojakson ja pienemmän määrän yksilöterapiaa saavuttaakseen kotiuttamisen kriteerit. HOT:n ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) eroja on tutkittu lisäksi asetelmalla, jossa terapeutteina toimivat psykologikoulutuksessa olevat opiskelijat (Lappalainen ym., 2007). Huolimatta siitä, että terapeutteina toimineet opiskelijat kokivat osaavansa HOT-menetelmät huonommin ja olivat läpi terapian pelokkaita käyttäessään HOT:a, hyväksymis- ja omistautumisterapiaa saaneiden asiakkaiden oireet vähenivät enemmän kuin KKT -asiakkaiden. KKT lisäsi asiakkaiden itseluottamusta nopeammin kuin HOT, joka vuorostaan lisäsi hyväksyntää enemmän kuin KKT. Hyväksynnän lisääntyminen näyttäisikin olevan tärkeä mekanismi hyvinvoinnin kasvamisessa HOT-hoidon aikana. Tutkimustulokset vahvistavat HOT:n asemaa toimivana menetelmänä, jonka tehokkuus vastaa perinteisen kognitiivisen terapian tehokkuutta, vaikka niiden mekanismit näyttävätkin olevan erilaisia (Forman ym., 2007). Hyväksymis- ja omistautumisterapian tuloksellisuutta tutkivia julkaisuja on vielä suhteellisen vähän, mutta niiden määrä on jatkuvassa kasvussa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa on käytetty jonkin verran apuna myös itsehoitokirjaa ”Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää” (Hayes & Spencer, 2009). Kirja sisältää HOT-periaatteiden esittelyä sekä niihin liittyviä harjoituksia ja metaforia. Eräs tutkimus osoittaa, että kroonisesta kivusta kärsivät hyötyivät kyseisen itsehoito-oppaan käytöstä (Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2009). Tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää, joista toinen ei saanut minkäänlaista

hoitoa, kun taas toinen ryhmä luki kirjaa ja teki sen tehtäviä viikoittaisten puhelinkeskustelujen avulla kuuden viikon ajan. Verrattaessa kontrolliryhmään, kirjaa lukeneet asiakkaat raportoivat parantuneesta elämänlaadusta sekä vähentyneestä ahdistuksesta. Tilastollisesti merkitsevää nousua tapahtui muun muassa hyväksynnässä, elämänlaadussa sekä tyytyväisyydessä elämään. Kiputason arvioinnin kohenemisessa havaittiin keskimääräiset efektikoot. Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että itsehoito-oppaan käyttö minimaalisella terapeuttisella kontaktilla lisää elämän arvostusta ihmisillä, jotka kärsivät kroonisesta kivusta. Lisää tutkimusta tarvittaisiin kirjan tehokkuuden selvittämiseksi terapiaohjauksessa myös muilla kohderyhmillä sekä kirjan yhä paremmaksi integroimiseksi osaksi hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisia interventioita.

Psykologian opiskelijoiden työhön siirtymistä on tutkittu vähän huolimatta sen mahdollisesta merkityksestä opiskelijoiden hyvinvoinnin tai uratulevaisuuden kannalta. Useimmat tutkimustulokset koskevatkin jo valmistuneita, terapeuttikoulutuksessa olevia psykologeja. Pehlen (2004) esittämä ajatus terapeuttien ihanteellisen ympäristön ominaisuudesta normalisoida niitä haasteita, joita valmistuvat terapeutit kohtaavat, on mahdoton, ellei työhön siirtymisessä koettuja tunteita ole tutkittu. Ei myöskään voida normalisoida uusien psykologien kokemuksia, jollei niistä ole laajempaa tutkimustietoa, johon opiskelijat voisivat nojautua osana valmistumisestaan. Tieto olisi elintärkeää myös psykologisia menetelmiä opettaville, jotta he maksimaalisesti voisivat tukea opiskelijoiden siirtymistä asiakastyöhön. Hyväksymis- ja omistautumisterapia luo sopivat puitteet tutkimusinterventioiden tekemiselle, sillä hoidot ovat usein lyhyitä ja edellyttävät monien uusien menetelmien opettelua. Toisaalta menetelmä voi tuoda myös epävarmuutta, jos se on opiskelijoille hyvin vieras. HOT edellyttää terapeutilta menetelmän soveltamista myös omaan itseen, mikä saattaa vaikuttaa terapiaprosessiin ja ammatti-identiteetin kehittymiseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, muuttuuko HOT-terapeutteina toimivien opiskelijoiden hyvinvointi asiakastyöskentelyn aikana. Haluttiin myös tarkastella, vaikuttaako terapiatyöskentely opiskelijoiden psykologiseen joustavuuteen ja tietoisuustaitoihin. Kolmantena tutkimusongelmana tarkasteltiin opiskelijoiden kokemuksia ja suhtautumista asiakastyöskentelyyn. Lisäksi selvitettiin, miten opiskelijat kokevat itsehoito-oppaan käytön osana terapiaa.

MENETELMÄT

Tutkimushenkilöt

Tutkimuksessa terapeutteina toimi 15 psykologian opiskelijaa, jotka osallistuivat Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tarjoamalle ”Psykologiset interventiot ja työnohjaus” -kurssille. Näistä tutkimukseen osallistuneista opiskelijaterapeuteista 14 (93%) oli naisia ja 1 (7%) miehiä. He olivat iältään 22–37-vuotiaita ryhmän keski-ikä ollessa 26. Opiskelijaterapeutit olivat 2.–6. vuosikurssilla, ja keskimäärin he olivat neljännen vuosikurssin opiskelijoita. Heistä neljällä (27%) oli jonkinlainen kokemus omasta terapiahoidosta. Edellytyksenä kurssiin ja koulutukseen osallistumiselle oli terapiassa käytettävien psykologisten hoitomenetelmien osaaminen. Tämä tarkoitti, että opiskelijoilla tuli olla suoritettuna ainakin osa psykoterapiakurssista, joka kuuluu psykologian syventäviin opintoihin. Mukana olleet opiskelijaterapeutit olivat siis opinnoissaan kliinisesti suuntautuneita, ja he suorittivat parhaillaan tutkintoonsa kuuluvia ammattiopintoja. Kaksi heistä oli lisäksi ollut viiden kuukauden harjoittelussa kliinisellä sektorilla.

Arviointimenetelmät

Ennen terapiatyön aloittamista opiskelijat vastasivat tutkimusta varten luotuun alkukyselyyn, jossa kartoitettiin henkilön ikä, senhetkinen vuosikurssi sekä aikaisempi koulutus ja tietämys terapiatyöskentelystä. Opiskelijan taustaan liittyen kysyttiin myös hänen omat mahdolliset kokemuksensa terapiassa olemisesta. Pääpaino kyselyssä oli opiskelijoiden odotuksissa ja tuntemuksissa alkavaa asiakastyötä kohtaan, sekä heidän arviossaan omasta kompetenssistaan ja tietotasostaan liittyen tutkimuksessa käytettyyn spesifiin terapiamenetelmään. Lisäksi selvitettiin, hyväksyykö opiskelija itse hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteet ja menetelmät. Arviointilomake sisälsi sekä numeerisia että laadullisia osioita.

Ennen terapiaa ja sen jälkeen opiskelijoiden psyykkistä vointia mitattiin usean eri itsearviointilomakkeen avulla, joista osa mittasi psykologisia oireita ja osa toimi prosessimittareina. Psykologisten oireiden mittareita oli seitsemän. Näistä ensimmäinen oli Beckin depressiokysely (BDI-II, The Beck Depression Inventory -II; Beck, Brown, & Steer, 2004), jonka avulla arvioitiin

opiskelijan masennustasoa. Lomakkeessa on 21 kohtaa, joista kukin pitää sisällään neljä vastausvaihtoehtoa. Yksittäisten kohtien pisteytys tapahtuu asteikolla 0–3, ja kokonaispisteytyksen vaihteluväli on 0–63: pisteiden arvo 0–13 viittaa vähäiseen masennukseen, 14–19 lievään masennukseen, 20–28 kohtalaiseen ja 29–63 vakavaan masennukseen.

Ahdistuksen tasoa mitattiin Beckin ahdistuneisuuskyselyllä (BAI, Beck Anxiety Inventory; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Kysely sisältää 21 kohtaa, joista 14 koskee somaattisia ja 7 psykologisia oireita, kuten hermostuneisuutta tai kuolemanpelkoa. Väittämiin on neljä vastausvaihtoehtoa, jotka pisteytetään asteikolla 0–3. Kokonaispistemäärä 0–7 kuvaa minimaalista ahdistuneisuutta, 8–15 lievää ahdistuneisuutta, 16–25 keskivaikeaa ja 26–63 vakavaa ahdistuneisuutta.

Symptom Check List 90 -mittarilla (SCL-90; Holi, Sammallahti, & Aalberg, 1998) kartoitettiin opiskelijoiden psyykkisten ja fyysisten oireiden esiintymistä 90 oirekuvauksen avulla, joihin kuhunkin voidaan vastata viidellä eri vaihtoehdolla asteikolla nollassa (ei lainkaan) neljään (erittäin paljon). Pisteiden vaihteluväli on 0–360, mutta tulokset esitetään yleensä muodossa, jossa kokonaispistemäärä on jaettu GSI (Global Severity Index) -luvulla 90 (Holi, 2003).

Jokapäiväisestä elämästä selviytymisen mittarilla (JES; Bosc, Dubini, & Polin, 1997) kartoitettiin toimintakykyä arjessa 21 kysymyksen avulla. Pisteet ovat skaalalla 0–63, ja suuri pistemäärä viittaa hyvään selviytymiseen. Vaihteluväli 35–52 kuvaa normaalia toimintakykyä.

Opiskelijoiden itseluottamusta, mielialaa, ja tyytyväisyyttä elämään arvioitiin Markku Ojosen kolmen samannimisen mittarin avulla (Ojanen, 2001), joissa kutakin tutkittavaa asiaa kohden valitaan yhdentoista lauseen asteikolta omaa tilannetta kuvaava arvo väliltä 0–100. Toivottavinta tulosta kuvaa arvo 100. Nämä kolme mittaria liittyivät vielä tutkimuksen osioon, jossa tarkasteltiin opiskelijoiden psyykkisiä oireita.

Prosessimittareita oli kaksi. Opiskelijoiden psykologisen joustavuuden määrittämiseksi käytettiin Acceptance & Action Questionnaire -lomaketta (AAQ-II; Hayes ym., 2004). Lomake koostuu kymmenestä hyväksyntään ja välttämiskäyttäytymiseen liittyvästä väittämästä, joihin vastataan asteikolla yhdestä (ei koskaan pidä paikkaansa) seitsemään (pitää aina paikkansa). Korkea pistemäärä viittaa korkeampaan psyykkiseen joustavuuteen.

Toisena prosessimittarina käytettiin tietoisuustaitoja arvioivaa lomaketta Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004), joka sisältää 39 väittämää. Vastauskaala on välillä ”ei koskaan tai harvoin tosi” (1) - ”melkein aina tai aina tosi” (5). Kokonaispistemäärän lisäksi kysely jaetaan neljään alaskaalaan, joita ovat havainnointi (observing), kuvailu (describing), tietoinen toiminta (acting with awareness) sekä hyväksyminen ilman arviointia (accepting without judgement).

Opiskelijoita pyydettiin myös kirjoittamaan vapaasti ajatuksiaan jokaisen tapaamiskerran jälkeen kyseisestä asiakastilanteesta ja hoidosta. Lomake ohjeisti opiskelijaterapeutteja havainnoimaan, mitä heidän mielessään liikkuu ja kirjoittamaan ajatuksiaan, tunteuksiaan ja kokemuksiaan. Myös psykologin työstä yleisesti pyydettiin kirjoittamaan pohdintoja. Lomakkeita tuli siis täyttää jokaisen kuuden eri tapaamiskerran jälkeen, jolloin kutakin asiakasta kohden täytettiin kuusi lomaketta.

Terapioiden loputtua opiskelijat vastasivat loppukyselyyn, jossa kartoitettiin heidän kokemuksiaan terapiatyöstä, siihen liittyneestä koulutuksesta sekä hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisten menetelmien käytöstä yleisesti. Myös opiskelijoiden tunteuksia kuluneen terapian aikana kysyttiin. Lisäksi kartoitettiin terapian merkitystä opiskelijan ammatti-identiteetille, hänen omaa arviotaan osaamisestaan sekä suhtautumistaan menetelmään. Terapian kulkua selvitettiin kysymällä käytetyistä metaforista ja harjoituksista.

Asiakastyön päätyttyä opiskelijaterapeutit vastasivat myös erilliseen loppukyselyyn itsehoitooppaan käytöstä. Kysely kehoitettiin täyttämään ensimmäistä asiakasta ajatellen, mikäli opiskelija oli hoitanut useampaa kirja-asiakasta. Kyselyssä selvitettiin kirjan käyttötapoja, käsiteltyjä teemoja, harjoituksia ja lukuja sekä koettua mielekkyyttä käyttää kirjaa osana terapiaa niin asiakkaan kuin terapeutinkin kannalta. Lisäksi tiedusteltiin kehitysajatuksia liittyen kirjan parempaan integroimiseen terapiaistunnossa.

Tutkimuksen kulku

”Psykologiset interventiot ja työnohjaus” -kurssi toteutui keväällä 2010 Jyväskylän yliopiston psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan yhteydessä, ja se oli yksi psykologian maisterivaiheen vapaasti valittavista ammattiopinnoista. Alun perin kurssille osallistui 14 opiskelijaa, jonka lisäksi yksi opiskelija aloitti kurssin kuukautta myöhemmin ja sai vastaavan koulutuksen erikseen. Kaikki kurssille osallistuneet opiskelijat olivat syksyllä 2009 osallistuneet maisteriopintoihin kuuluvalla psykoterapiakurssille.

Ennen asiakastapaamisia terapeutit saivat yhteensä noin 20 tuntia opetusta hyväksymis- ja omistautumisterapiasta sekä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (KKT), johon kuului myös käyttäytymisanalyysin harjoittelemineen. Lisäksi heillä oli noin neljän tunnin koulutus lyhytinterventioista yleisesti. Opiskelijoiden kokemukset opetuksen riittävydestä vaihtelivat asteikolla nolasta kymmeneen koko skaalalla keskiarvon ollessa 6,87. Yhtä terapeuttia lukuun ottamatta kaikki kuvasivat opetuksen riittävyttä arvolla neljästä ylöspäin. Terapioiden aikana

opiskelijat saivat kaksi kertaa viikossa työnohjausta noin kahden tunnin jaksoissa. Myös arviot työnohjauksen riittävydestä vaihtelivat koko skaalalla keskiarvon ollessa 7,27. Yhtä terapeuttia lukuun ottamatta kaikki arvioivat työnohjauksen riittävyttä vähintään arvolla viisi. Opiskelijaterapeuteilla oli opetuksen ja ohjauksen lisäksi käytössään terapeuttien opas menetelmään, ”Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä” -kirja (Lappalainen ym., 2004), sekä itsehoito-opas ”Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää: Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla” (Hayes & Spencer, 2009), jota jokainen terapeutti käytti myös e-kirja-asiakkaiden kanssa, vaikka asiakkailta itsellään ei kirjaa ollutkaan.

Asiakkaat rekrytoitiin tutkimukseen lehti-ilmoituksella, joka julkaistiin Keski-suomalaisessa helmikuussa viikolla 6. Ilmoituksella haettiin itsensä masentuneiksi kokevia yli 18-vuotiaita henkilöitä kuuden kerran psykoterapiaan. Ilmoittautuminen tapahtui puhelimitse viikolla 7 kolmena eri päivänä muutaman tunnin jaksoissa sekä sähköpostitse, jolloin ilmoittautumisaika kesti viisi päivää. Kriteereinä tutkimukseen osallistumiselle oli itse koettu masennus, muun hoitosuhteen puuttuminen sekä täysikäisyys. Puhelinhaastattelussa kysyttiin näiden lisäksi masennuksen kestoja sekä mahdollisia itsetuhoajatuksia.

Yhteydenottoja tuli yhteensä 59: näistä 41 (69%) oli naisia ja 18 (31%) miehiä. Puhelimitse yhteyttä otti 31, joista 18 (58%) oli naisia ja 13 (42%) miehiä. Sähköpostitse yhteydenottoja tuli 27. Näistä yhteydenotoista 22 (81%) oli naisilta ja 5 (19%) miehiltä. Erikseen asiakkaaksi otettiin yksi tutkimukseen jo aiemmin hakeutunut naishenkilö. Puhelinhaastattelut tehtiin 44 henkilölle, joista 30 (68%) oli naisia ja 14 (32%) miehiä. Haastateltujen joukkoon kuuluivat kaikki puhelimitse ilmoittautuneet, 15 ensimmäistä sähköpostitse ilmoittautunutta sekä yksi erillisenä ilmoittautunut. Haastatelluista poistettiin kuusi henkilöä, joihin kuului kolme miestä (50%) ja kolme naista (50%). Heistä kolmella oli muu samanaikainen hoito kuten viikoittainen psykoterapia tai käynti mielenterveystoimistossa. Yksi henkilö kävi neurologisissa tutkimuksissa, jotka olivat vielä kesken. Yhdellä poistetuista oli vuorostaan muu mielenterveydellinen diagnoosi, johon hän sai jo säännöllistä hoitoa. Odotuslistalle jätettiin 15 henkilöä, joista kymmenen (67%) oli naisia ja viisi (33%) miehiä. Heistä kaksi ilmoitti, toinen mies ja toinen nainen, etteivät enää olleet halukkaita tulemaan myöhemmin mukaan tutkimukseen. Tutkimuksen ulkopuolelle jääneille kerrottiin asiasta kirjeellä tai sähköpostiviestillä kevään kuluessa. Lisäksi heitä informoitiin Jyväskylän alueen mielenterveyspalveluista sekä yliopiston psykoterapiaklinikan muista hoitomahdollisuuksista.

Terapiatutkimukseen otettiin yhteensä 36 asiakasta, joista 26 (72%) oli naisia ja 10 (28%) miehiä. Asiakkaat satunnaistettiin kahteen samansuuruiseen ryhmään arpomalla. Lisäksi arvottiin, kumpi ryhmä käyttäisi itsehoito-opasta. Kirjaa käyttävään ryhmään tuli 18 henkilöä, joista 15 (83%) oli naisia ja 3 (17%) miehiä. Ilman kirjaa toimivaan ryhmään tuli 18 henkilöä, joista vuorostaan 11

(61%) oli naisia ja 7 (39%) miehiä. Koska sukupuolta ei huomioitu satunnaistuksessa, ryhmäjako jäi sukupuolen suhteen vinoksi, ja kirjaryhmään tuli enemmän naisia kuin miehiä. Tutkimuksessa pyrittiin jokaiselle terapeutille antamaan vähintään yksi kirja-asiakas ja yksi ei-kirja-asiakas. Myös asiakkaiden jako terapeuteille tapahtui satunnaistamalla.

Terapian perui itse neljä henkilöä, joista kaikki olivat naisia: Yksi terapioista keskeytyi ennen hoidon alkamista, yksi vuorostaan viidennen ja yksi kolmannen tapaamisen jälkeen. Yksi terapia keskeytettiin ensimmäisen tapaamisen jälkeen pitkän tauon vuoksi. Tutkimuksen asiakasanalyysiin otettiin lopulta 30 tutkimushenkilöä, jolloin peruneiden lisäksi kahden asiakkaan tietoja ei huomioitu loppututkimuksessa. Heistä toinen oli nainen ja toinen mies. Toisen asiakkaan kohdalla ratkaiseva oli BDI-arvo, joka ei ollut riittävä masennusluokitukseen. Toisessa tapauksessa tutkimuksellinen ongelma syntyi useiden viikkojen tauosta 5. ja 6. terapiakerran jälkeen. Näin ollen asiakastutkimuksessa analysoitu kirjaryhmä koostui 14 asiakkaasta, joista 12 (86%) oli naisia ja 2 (14%) miehiä. Kirjattomaan ryhmään kuului 16 henkilöä, joista 9 (56%) oli naisia ja 7 (44%) miehiä. Tutkimuksen tässä osiossa myös asiakasanalyysien loppututkimuksista poistettujen henkilöiden tiedot samoin kuin terapian keskeyttäneiden osallistuminen terapiaan huomioidaan näkökulman ollessa terapeuttien kokemuksissa. Tarkemmin käsiteltäviin kahteen case-analyysiin näitä henkilöitä ei kuitenkaan valikoitu.

Depressiointerventio toteutettiin kuuden kerran hoitona, joka kesti kuuden viikon ajan. Hoidot alkoivat helmikuussa viikolla 8. Yksi istunto kesti tunnin, mutta ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla lomakkeiden täyttöön kulunut aika pidensi tapaamisia jonkin verran. Hoidon tavoitteena oli asiakkaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun lisääminen hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisin menetelmin kuitenkin myös asiakkaan yksilölliset piirteet huomioonottaen. Yksilölliseen suuntautumiseen keskityttiin erityisesti neljällä viimeisellä hoitokerralla, ja ne perustuivat käyttäytymisanalyysiin liittyen asiakkaan ongelmiin ja niiden väliseen suhteeseen. Kaksi ensimmäistä tapaamista sen sijaan olivat muita strukturoidumpia. Olennaista hoidossa oli niin sanottu arvotyöskentely, joka piti sisällään arvoanalyysin tarkastelua, arvoista keskustelua sekä pyrkimystä lisätä arvojen mukaisia tekoja. Hoidon aikana terapeutti ja asiakas keskustelivat myös muista menetelmän ydinteemoista kuten kontrollin merkityksestä sekä hyväksynnästä. Jokaisella tapaamiskerralla tehtiin jokin hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen harjoitus, ja terapeutit raportoivatkin tehneensä kullakin hoitokerralla keskimäärin 1,5 harjoitusta vastausten vaihteluvälin ollessa 1–3. Yhdeksän (60%) terapeuttia arvioi harjoitusten määrän sopivaksi. Kuusi (40%) terapeuttia puolestaan oli sitä mieltä, että harjoituksia oli liian vähän. Yhdenkään terapeutin mielestä harjoituksia ei käytetty istunnoissa liian paljon. Jokaiseen tapaamiskertaan sisällytettiin lisäksi vähintään yksi metafora. Harjoitukset ja metaforat kukin terapeutti sai vapaasti valita

asiakkaan tilanteen huomioon ottaen, mutta tietyt teemat, kuten arvojen mukainen elämä, oli pakko sisällyttää hoitoon.

Asiakkaalle annettiin joka kerta myös hänen itse keksimänsä kotitehtävä istunnossa käsiteltyihin teemoihin liittyen, minkä avulla pyrittiin lisäämään arvojen mukaisia tekoja. Seitsemän (50%) terapeuttia raportoi kotitehtävien painottuneen lukemiseen. Kuuden terapeutin mukaan (42,9%) pääpaino oli sekä lukemisessa että harjoituksissa. Yksikään terapeuteista ei raportoinut kotitehtävien painottuneen pääasiassa harjoituksiin. Yhden terapeutin (7%) mukaan kotitehtävissä painottui aikaansaamista vaativat tehtävät. Terapeuteista kolme (21,4%) raportoi asiakkaan lukeneen kotitehtävänsä joka kerta. Kuusi terapeuttia (42,9%) puolestaan arvioi asiakkaan lukeneen kotitehtävät useimmiten. Viiden terapeutin (35,7%) mukaan asiakkaat lukivat kotitehtävänsä harvoin. Asiakkaita kehoitettiin kotitehtävien lisäksi myös harjoittelemaan tietoisuustaitoja kotonaan esimerkiksi hengitysharjoitusten avulla.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla asiakas täytti terapeuttien alkumittauslomakkeita vastaavat yhdeksän kyselylomaketta, jotka pitivät sisällään psyykkisiä oireita sekä prosessia kuvaavia mittareita. Istunnon aikana tehtiin myös niin sanottu ongelmaluettelo asiakkaan tilanteen kartoittamiseksi. Terapeutin rooli ensimmäisellä tapaamiskerralla oli vähemmän aktiivinen kuin muutoin: hänen tehtävänsä oli kuunnella, kysellä sekä kirjata muistiin asiakkaan kertomia ydinongelmia. Tapaamiseen sisällytettiin myös jo tietoisuusharjoittelua sekä yksi metafora. Ensimmäisessä tapaamisessa asiakkaalle annettiin kotitehtäväksi niin sanottu arvoanalyysi sekä tietoisuusharjoituksen tekeminen.

Kirjaryhmä sai ensimmäisessä tapaamisessa itsehoito-oppaaksi tarkoitetun kirjan ”Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää: Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla” (Hayes & Spencer, 2009), jota käytettiin läpi terapian. Hoidon lopussa he saivat oppaan omakseen. Yhdellä terapeutilla oli ainoastaan yksi asiakas, joka kuului kirjattomaan ryhmään. Hän ei täten saanut kokemusta itsehoito-oppaan käytöstä osana terapiaa, ja kirjaa koskevan kyselyn täytti lopussa 14 terapeuttia. Terapiassa käsiteltiin vapaasti kirjan lukuja asiakkaan tarpeiden mukaan. Erityisen paljon käsiteltiin arvoihin liittyviä tekstejä (luvut 11 ja 12), jotka jokainen terapeutti kävi läpi asiakkaansa kanssa.

Toisella tapaamiskerralla terapeutti antoi asiakkaalle palautetta tämän tilanteesta näyttämällä tekemänsä käyttäytymisanalyysin, joka oli kuvan muodossa. Analyysi oli käsitelty työnohjauksessa ennen sen esittelyä asiakkaalle. Kuvan pohjalta terapeutti keskusteli asiakkaan kanssa hänen tavoitteistaan ja toimistaan. Terapeutti pyrki myös motivoivaan keskusteluun arvojen toteuttamisen kannalta, jolloin käyttäytymisanalyysia verrattiin asiakkaan tekemään arvoanalyysiin.

Loput tapaamiskerrat olivat vähemmän strukturoituja, ja ne keskittyivät kotitehtäviin sekä asiakkaan vapaasti esille tuomiin teemoihin. Arvojen mukaiset teot sekä niitä estävät asiat olivat

usein keskiössä. Lisäksi asiakas täytti jokaisen tapaamisen jälkeen BDI-II- ja AAQ-II -lomakkeen. Terapian loputtua asiakas vastasi loppukyselyihin, jotka pääosin vastasivat terapeuttien loppu- ja palautekyselyitä. Terapeutti informoi asiakasta myös seurantatutkimuksesta, johon tämä kutsuttaisiin syksyllä 2010.

Tilastolliset analyysit

Tutkimuksen kvantitatiivisen datan käsittelyssä käytettiin tilasto-ohjelman SPSS versiota 18. Keskiarvoeroja psykologisessa voinnissa sekä prosessimittareiden kuvaamissa kehityksissä alku- ja loppumittausten välillä mitattiin toistomittausten varianssianalyysillä, joka mahdollistaa ajan myötä tapahtuvien keskiarvomuutosten tutkimisen. Analyysimenetelmä edellyttää otosten riippuvuutta, mikä tutkimuksessa toteutui tutkittavien pysyessä samoina mittauksesta toiseen. Kaikkia terapeutteja tarkasteltiin tässä yhtenä ryhmänä, jolloin vertailu tapahtui mittausajankohdan suhteen. Analyysien merkitsevyysrajaksi asetettiin $p < 0.05$.

Toistomittausten varianssianalyysin oletukset täyttyivät aineistossa vain osittain. Normaalisuusoletus ei täytynyt BDI-II -pisteluvuissa, SCL-90- ja BAI-arvoissa, KIMS:in alaskaaloista tietoisien toiminnan alkumittauksessa, JES-mittauksen lopputuloksissa, mielialan alkumittauksessa, HOT-menetelmien osaamisen loppumittauksessa, hyväksymis- ja omistautumisterapian hyväksymisessä tai analyysiosaamisen loppumittauksessa. Myöskään ahdistuksen alkumittaus, kiinnostus ennen ja jälkeen terapian, pelon loppumittaus sekä innostuksen alkumittaus eivät täyttäneet normaalisuusoletusta. Normaaliksi voidaan todeta KIMS-pisteet lukuun ottamatta tietoisien toiminnan alkumittauksista, AAQ-II -pisteet, JES-mittauksen alkuarvot, itseluottamus, mielialan loppumittaus sekä tyytyväisyys. Myös HOT- ja analyysiosaamisen alkumittaukset, ahdistuksen loppumittaus, jännitys, pelon alkumittaus sekä innostuksen jälkimittaus täyttivät normaalisuusoletuksen. Sfäärisyystestiä ei tälle aineistolle voitu laskea lainkaan. Näistä puutteista huolimatta toistomittausten varianssianalyysi todettiin parhaaksi menetelmäksi aineiston tarkasteluun. Jossain määrin aineiston tasainen hajonta esimerkiksi depressiopisteiden suhteen olisi ollut varsin kyseenalaistakin tutkimuksen toteuttamisen kannalta, mikäli osa terapeuteista olisi itse ollut vakavasti masentuneita.

Opiskelijoiden vapaasti kuvaamia ajatuksia analysoitiin lisäksi laadullisin menetelmin: kutakin terapiaistuntoa vastaavista kuvauksista tehtiin istuntokohtainen sitaattikooste liittyen opiskelijoiden kokemuksiin ja tuntemuksiin työstään. Kunkin terapiaistunnon kuvaukset kirjoitettiin ensin omiksi

tiedostoikseen puhtaaksi, jonka jälkeen tekstistä erotettiin opiskelijoiden kokemukset. Näistä kokemuksista raportoitaviksi valikoitiin aineistoa kattavimmin ja monipuolisimmin kuvaavat sitaattit. Kahdesta terapiaprosessista toteutettiin lisäksi pienimuotoiset tapaustutkimukset, jolloin terapiaistuntoja kuvattiin kronologisessa järjestyksessä tapauskohtaisesti. Laadullisia tarkasteluja käytettiin myös täydentämään kvantitatiivista dataa sekä syventämään tietoja opiskelijoiden raportoimista kokemuksista. Myös nämä kvalitatiiviset lisäykset työstettiin kirjoittamalla tekstit ensin puhtaaksi, poimimalla kysymyksenasettelun kannalta olennaiset kuvaukset sekä pyrkimällä näiden kuvausten edustavaan otokseen tuloksia raportoitaessa ja tiivistettäessä. Laadulliset tarkastelut tehtiin siis pääosin sisällönanalyttisestä lähtökohdasta.

TULOKSET

Opiskelijoiden suhtautuminen terapiatyöhön ennen hoidon alkua

Ennen terapioiden alkamista kartoitettiin opiskelijoiden suhtautumista terapiatyöskentelyyn numeroasteikkojen (1–10) sekä avointen kysymysten avulla. Opiskelijoiden keskimääräistä kiinnostusta terapiatyötä kohtaan ennen terapioiden alkua kuvaa arvo 8,33, ja suurin osa opiskelijoista (80%) kuvasikin kiinnostustaan vähintään arvolla kahdeksan. Kiinnostus terapiatyötä kohtaan vaihteli neljästä kymmeneen. Voidaan siis sanoa, että opiskelijat olivat keskimäärin hyvin kiinnostuneita terapiatyöstä. Pelkoa terapioiden alkamista kohtaan raportoitiin arvosta nolla arvoon kahdeksan, mikä kertoo pelon määrän olleen hyvin vaihtelevaa opiskelijasta riippuen. Keskimäärin opiskelijat määrittivät pelkoaan arvolla 2,93, ja sen syiksi mainittiin esimerkiksi oma osaamattomuus sekä ajatus siitä, ettei asiakas saisikaan apua terapiasta. Pelon puuttumista perusteltiin henkisellä valmistautumisella, spesifin terapiamenetelmän tuomalla struktuurilla sekä koulutuksen rohkaisevuudella. Myös kokemuksen ja esimerkiksi harjoittelun tuoma itseluottamus sekä yleinen luottamus asioiden järjestymiseen mainittiin. Terapioiden alkua edeltävää ahdistusta ilmeni nollostakahdeksaan asteikolla 1–10. Ahdistuksen määrän keskiarvo oli 2,53. Suurin osa terapeuteista (80%) arvioi ahdistuksen määräänsä enintään arvolla kolme. Mahdollisen ahdistuksen syiksi mainittiin omat aikatauluongelmat, työn vastuullisuus sekä oma kokemattomuus. Myös asiakkaiden tapaamisen jännittämistä kysyttiin asteikolla 1–10, ja opiskelijat raportoivat jännityksestään vaihteluvälillä yhdestä yhdeksään keskiarvon ollessa 5,27. Opiskelijoita jännitti

vuorovaikutussuhteen luominen, terapiatilanteiden ohjaaminen sekä omaan kokemattomuuteen liittyvät seikat. Innostusta alkavista terapioista opiskelijat kuvasivat arvoilla neljästä kymmeneen. Innostusta vastaava keskiarvo oli 8,20. Kahta poikkeusta lukuun ottamatta innostusta kuvattiin vähintään luvulla kahdeksan, mikä kertoo opiskelijoiden olleen keskimääräisesti hyvin innostuneita terapiatyöskentelystä.

Tulevilta terapioilta opiskelijat odottivat erityisesti kokemuksen lisääntymistä sekä asiakastyön ja terapiamenetelmän oppimista omaa myöhempää työtään ajatellen. Terapiatyön odotettiin olevan haastavaa, mutta palkitsevaa, ja opiskelijat toivoivat voivansa auttaa asiakkaita menetelmien avulla. Mahdollisiksi ongelmiksi opiskelijaterapeutit odottivat muodostuvan asiakkaan haluttomuus yhteistyöhön, omat riittämättömyyden ja osaamattomuuden tunteet sekä aikatauluongelmat. Terapiaa edeltävään koulutukseen kohdistuneet odotukset liittyivät pääosin asiakastyön ja terapianmenetelmän soveltamisen oppimiseen. Opiskelijaterapeutit uskoivat voivansa auttaa asiakkaita muun muassa kuuntelemalla ja olemalla läsnä, antamalla uusia näkökulmia, kannustamalla muutokseen sekä tarjoamalla hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisia harjoituksia heidän käyttöönsä. Omaa terapiaosaamistaan opiskelijat arvioivat vaihtelevasti. Moni koki tiedon vielä olevan teoriatasolla, ja osaamisen olevan heikompi käytännön sovelluksissa.

Opiskelijoiden taustasta kartoitettiin myös heidän osaamistaan ja suhtautumistaan liittyen hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisiin menetelmiin. Opiskelijat arvioivat osaavansa käyttäytymisanalyysin arvoilla neljästä kahdeksaan asteikolla 1–10, kun osaamisen keskiarvo oli 6,33. Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteiden ja menetelmien osaamista arvioitiin vuorostaan vaihteluvälillä neljästä yhdeksään keskiarvon ollessa 6,27. HOT-menetelmien hyväksymisessä opiskelijoiden arvot vaihtelivat kuudesta kymmeneen. Periaatteiden hyväksyntää perusteltiin muun muassa niiden loogisuudella ja soveltumiskyvyllä opiskelijoiden omaan elämään. Opiskelijaterapeuteista 14 uskoi menetelmän avulla voitavan auttaa asiakkaita yhden terapeutin ollessa vielä epävarma asiasta. Useat kokivat asiakkaan omalla motivaatiolla olevan merkitystä menetelmän tuloksellisuuden kannalta. Hyväksymistä estäviksi tekijöiksi kaksi terapeuttia mainitsi terapian tulevaisuuskeskeisyyden, joka heidän mukaansa saattaisi vaikeuttaa ymmärryksen osoittamista asiakkaan menneisyyden tapahtumia kohtaan. Menetelmän hyväksymisen keskiarvo oli 8,33, mikä osoittaa opiskelijoiden suhtautuneen varsin positiivisesti tutkimuksessa käytettyyn työmenetelmään.

Muutokset opiskelijoiden hyvinvoinnissa

Opiskelijoiden psyykkisiä ja fyysisiä oireita kuvaavan SCL-90 -mittarin pistearvot laskivat terapiaa edeltävästä ajasta terapian jälkeiseen aikaan tilastollisesti merkitsevästi [F(1,14)=12.202, p=.004]. Kuten taulukosta 1 voidaan nähdä, oiremuutoksia tapahtui lisäksi BDI-II -arvoissa sekä mielialassa: BDI-II -depressiokyselyn pisteet laskivat tutkimuksen aikana merkitsevästi [F(1,14)=4.696, p=0.048], jolloin pisteiden jo ennestään matala keskiarvo 2,00 laski alle puoleen (0,80). Samoin mielialassa tapahtunut muutos oli tilastollisesti merkitsevää [F(1,14)=6.063, p=0.027], niin että mieliala terapiatutkimuksen jälkeen oli parempi kuin ennen sitä. Ahdistuneisuutta kuvaavassa BAI-skaalassa [F(1,14)=4.480, p=.053] positiivinen kehitys oli melkein merkitsevää.

Muissa psykologisia oireita kuvaavissa arvoissa ei tapahtunut muutosta. JES-asteikolla [F(1,14)=2.365, p=.146] sekä itseluottamuksessa [F(1,14)=3.668, p=.076] ja tyytyväisyydessä [F(1,14)=1.752, p=.207] keskiarvoerot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Voidaan kuitenkin sanoa, että kehitys oli kauttaaltaan positiivista: opiskelijaterapeuttien psyykkiset oireet vähenivät eri mittareiden mukaan terapian alusta loppuun, vaikkei tilastollista merkitsevyyttä kaikilla asteikoilla saavutettukaan. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että opiskelijoilla esiintyi hyvin vähän psykologisia oireita, eivätkä muutokset pistearvoissa olleet suuria.

TAULUKKO 1. Psykologisten oiremittareiden tuottamat keskiarvot ja -hajonnat sekä keskiarvomuutosten merkitsevyydet (n = 15)

Mittari/muuttuja	Ennen terapiaa	Terapian jälkeen
BDI-II	2.00 (2.33)	0.80 (1.01)*
BAI	2.60 (2.41)	1.27 (1.58)
SCL-90 (GSI)	0.20 (0.04)	0.08 (0.02)*
JES	47.53 (5.66)	50.60 (8.43)
Itseluottamus	79.47 (9.71)	83.47 (8.47)
Mieliala	78.47 (11.15)	83.40 (7.53)*
Tyytyväisyys elämään	77.33 (9.10)	80.60 (8.10)

* p <.05

Muutokset tietoisuustaidoissa sekä psykologisessa joustavuudessa

Prosessimittareiden keskiarvoissa tapahtui pääpiirteittäin tilastollisesti merkitseviä muutoksia. AAQ-II -mittarin keskiarvoerot osoittavat, että opiskelijaterapeuttien psykologinen joustavuus lisääntyi terapian alusta loppuun tilastollisesti merkitsevästi [$F(1,14)=4.985$, $p=.042$]. Samoin tietoisuustaitoja mittaavan KIMS-asteikon kokonaispisteet kasvoivat terapian aikana tilastollisesti merkitsevästi [$F(1,14)=6.900$, $p=.020$]. KIMS-alaskaaloissa erot olivat puolestaan vaihtelevia. Sekä havainnoinnissa [$F(1,14)=5.015$, $p=.042$] että hyväksynnässä ilman arviointia [$F(1,14)=5.570$, $p=.033$] tapahtui tilastollisesti merkitsevää muutosta siten, että pistearvot nousivat terapian alusta loppuun. Sen sijaan kuvailussa [$F(1,14)=1.265$, $p=.280$] ja tietoisessa toiminnassa [$F(1,14)=0.016$, $p=.901$] ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitsevää muutosta.

TAULUKKO 2. Psykologisen joustavuuden sekä tietoisuustaitojen keskiarvot ja -hajonnat kahtena eri mittausajankohtana, sekä arvojen muutoksen merkitsevyys ($n = 15$)

Mittari/muuttuja	Ennen terapiaa	Terapian jälkeen
AAQ-II	59.80 (6.64)	62.13* (5.95)
KIMS: Kokonaispisteet	43.13 (16.51)	150.07* (16.68)
KIMS: Havainnointi (Observing)	8.20 (10.27)	42.20* (9.27)
KIMS: Kuvailu (Describing)	33.07 (3.45)	34.07 (4.28)
KIMS: Tietoinen toiminta (Acting with Awareness)	33.60 (5.49)	33.47 (6.05)
KIMS: Hyväksyminen ilman arviointia (Accepting without judgement)	38.40 (4.84)	40.33* (4.53)

* $p < .05$

Opiskelijoiden tuntemuksia ja kokemuksia asiakastyöstä

Mitattaessa opiskelijoiden tuntemuksissa tapahtuneita muutoksia terapian alusta loppuun, huomattiin terapiatyön jännittämisen vähentyneen tilastollisesti merkitsevästi ($F(1,14)=37.716$, $p=.000$). Jännityksen raportoitiin vähentyneen usein ensimmäisen tapaamiskerran jälkeen, jolloin se liittyi esimerkiksi asiakkaan suhtautumiseen sekä omaan suoriutumiseen terapeuttina. Jännitystä vähensi muun muassa terapiaistuntojen sujuva kulku. Tilastollisesti merkitsevästi väheni myös opiskelijoiden terapiatyötä kohtaan tuntema pelko [$F(1,14)=12.330$, $p=.003$]. Esimerkiksi omaan osaamattomuuteen liittyneen pelon todettiin ilmenneen lähinnä ensimmäisillä tapaamiskerroilla tai ennen terapiaa, ja sitä vähensi asiakastilanteiden sujuva eteneminen, yhteistyön tyydyttävyys asiakkaiden kanssa, itseluottamuksen lisääntyminen sekä työnohjauksen tuoma apu. Sen sijaan terapiatyöhön liittyvässä ahdistuksessa [$F(1,14)=0.145$, $p=.709$], kiinnostuksessa [$F(1,14)=0.384$, $p=.546$], tai innostuksessa [$F(1,14)=0.412$, $p=.531$] ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta, kuten taulukosta 3 huomataan. Ahdistusta terapian aikana aiheutti esimerkiksi epävarmuus siitä, miten edetä asiakastilanteissa, paineet tulosten aikaansaamisesta, aikatauluongelmat sekä oma osaamattomuus.

Menetelmän osaamiseen liittyvissä itsearvioinneissa tapahtui positiivista kehitystä: HOT-periaatteiden ja menetelmien osaaminen kasvoi terapian loppuun tilastollisesti merkitsevästi [$F(1,14)=23.386$, $p=.000$]. Samoin arvioitu osaaminen käyttäytymisanalyysin suhteen lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi [$F(1,14)=12.411$, $p=.003$]. HOT-menetelmien hyväksymisessä ei kuitenkaan tapahtunut muutosta [$F(1,14)=0.808$, $p=.384$]. Menetelmän hyväksyttävyyttä opiskelijat perustelivat sen todetulla toimivuudella sekä periaatteiden soveltumisella heidän omaan ajattelumaailmaansa ja ongelmiinsa. Muutama terapeutti huomautti jälleen menetelmän epäsopivuudesta asiakkaille, joille esimerkiksi menneisyyden käsittely on menetelmässä oletettua tärkeämpää.

TAULUKKO 3. Opiskelijaterapeuttien kokemuksia ja osaamista kuvaavien muuttujien keskiarvot ja -hajonnat, sekä terapian myötä tapahtuneen muutoksen merkitsevyys (n = 15)

Mittari/muuttuja	Ennen terapiaa	Terapian jälkeen
Kiinnostus terapiatyötä kohtaan	8.33 (1.80)	8.47 (2.20)
Pelko terapiatyötä kohtaan	2.93 (2.12)	1.33* (1.11)
Ahdistus terapiatyöstä	2.53 (2.13)	2.40 (1.60)
Terapiatyön jännittäminen	5.27 (2.37)	2.73* (1.34)
Innostus terapiatyötä kohtaan	8.20 (1.66)	8.40 (1.06)
Käyttäytymisanalyysin osaaminen	6.33 (1.23)	7.47* (0.83)
HOT-periaatteiden ja menetelmien osaaminen	6.27 (1.28)	7.67* (0.90)
HOT-menetelmien hyväksyminen	8.33 (0.98)	8.53 (0.74)

* p < .05

Opiskelijat arvioivat terapiakokemustaan keskimäärin arvolla 9,07, kun skaala negatiivisesta positiiviseen oli 1–10. Kaikki terapeutit arvioivat kokemusta vähintään arvolla kuusi, ja kolmasosa (33,3%) heistä koki arvon kymmenen kuvaavan kokemustaan parhaiten. Voidaankin havaita terapiakokemuksen olleen opiskelijoille pääasiassa erittäin positiivinen. Terapeutin roolin ottamiseen liittyvää vaikeutta kuvattiin keskimäärin arvolla 7,33, kun asteikko 1–10 kulki vaikeasta helppoon. Roolin ottamiseen liittyvän vaikeuden vaihteluväli oli 4–10, mikä kertoo opiskelijoiden kokeneen terapeutin aseman hyvin eri tavoin. Keskimäärin opiskelijat pystyivät kuitenkin ottamaan roolin suhteellisen helposti asiakastilanteissa. Terapian aikana koettua itseluottamusta puolestaan kuvattiin asteikolla 1–10 (erittäin huono–erittäin hyvä) keskimäärin arvolla 7,40 vaihteluvälin ollessa 4–10. Tästä voidaan päätellä opiskelijaterapeuttien kokeneen olonsa jokseenkin itsevarmoiksi hoidon aikana. Terapiakokemuksen tärkeys ammatti-identiteetin kannalta nähtiin

suureksi: Yhdeksän opiskelijaa (60%) arvioi terapian tärkeyttä arvolla kymmenen, kun asteikko oli 1–10 (ei ollenkaan tärkeä–hyvin tärkeä). Keskiarvo terapian merkitykselle ammatti-identiteetin kannalta oli 9,47 ja vaihteluväli 8–10. Terapiaprosessin vaikeutta arvioitiin keskimäärin arvolla 5,93 asteikolla 1–10 (vaikea–helppo), kun vaihteluväli oli 2–9. Koettu vaikeus siis vaihteli varsin suuresti. Onnistumisen tunteiden määrää terapioiden aikana asteikolla 1–10 (ei ollenkaan–hyvin paljon) kuvaa puolestaan keskiarvo 7,87, kun vaihteluväli oli 6–10. Opiskelijat kokivat siis jokseenkin paljon onnistumisen tunteita terapiahoitojen aikana. Koettua terapiaprosessin hallintaa opiskelijat arvioivat asteikolla 1–10 (en ollenkaan–hyvin) keskimäärin arvolla 6,67 vaihteluvälin ollessa 4–9. Opiskelijaterapeutit olivat keskimäärin tyytyväisiä omaan työskentelyynsä: tyytyväisyyden keskiarvo oli 7,53 ja vaihteluväli 5–9, kun skaala oli 1–10 (en ollenkaan–hyvin paljon).

Kysyttäessä terapian aikana kohtaamistaan ongelmista opiskelijaterapeutit raportoivat vaikeuksista säilyttää istunto vain tunnin mittaisena, omien aikataulujen yhteensovittamisen hankaluudesta sekä spesifien menetelmien kuten harjoitusten soveltamiseen liittyvistä vaikeuksista. Muita kohdattuja ongelmia olivat esimerkiksi istunnon ohjaamisen vaikeus asiakkaan puhuessa hyvin paljon sekä erään asiakkaan ihastuminen terapeuttiinsa. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa koskevat ongelmat liittyivät esimerkiksi harjoitusten kokemiseen vieraksi niin asiakkaan kuin terapeutinkin osalta, sekä joidenkin menetelmien soveltumattomuuteen tietyille asiakkaille. Menetelmät olisi toivuttu myös itse osattavan paremmin, jotta niitä oltaisiin voitu vielä tehokkaammin soveltaa asiakkaiden tilanteisiin. Kysyttäessä, minkälaisia negatiivisia tunteita opiskelijat kokivat terapioiden aikana, he kertoivat riittämättömyyden ja osaamattomuuden tunteista, ajanhallintaan liittyvästä ärtymyksestä, sekä turhautumisesta ja surusta asiakkaan tilanteeseen liittyen. Turhautumista ja ärsyntyntymistä aiheutti myös se, etteivät asiakkaat aina tehneet kotitehtäviään, tai kun esimerkiksi harjoitukset eivät sujuneet toivotulla tavalla.

Terapeutit totesivat oppineensa koulutuksessa paljon hyväksymis- ja omistautumisterapeutisista käytännön lähestymistavoista, asiakastyöstä sekä tuntemaan myös itseään paremmin. He kuvasivat asiakassuhteitaan pääosin todella hyviksi, luottamuksellisiksi ja avoimiksi. Arviot siitä, vaikuttiko menetelmä suhteen laatuun, olivat vaihtelevia, vaikka moni totesikin menetelmän sinällään toimineen. Erään terapeutin mukaan menetelmään kuuluneet harjoitukset ja metaforat saivat asiakkaan näyttämään enemmän tunteitaan, mikä puolestaan vaikutti vuorovaikutussuhteeseen. Helpoimmaksi terapiatyöskentelyssä opiskelijaterapeutit kokivat kuuntelevan läsnäolon, suhteen luomisen sekä itse vuorovaikutuksen. Vaikeinta oli olla käyttämättä kielellisyyttä liikaa sekä soveltaa menetelmää asiakkaan tilanteeseen. Kaksi opiskelijaa mainitsi myös vaikeuden ottaa terapeutin rooli. HOT-menetelmistä vaikeiksi koettiin erityisesti hyväksynnän käsite sekä jotkut

omituisilta tuntuneet harjoitukset. Kaksi opiskelijaterapeuttia koki myös arvotyöskentelyn hankalaksi. Opiskelijat kokivat auttaneensa asiakkaita kuuntelemalla ja tukemalla heitä, tarjoamalla uusia näkökulmia sekä opettamalla heille konkreettisia työkaluja harjoitusten avulla. Omaan osaamistaan terapeutteina he arvioivat hoidon jälkeen vaihtelevasti. Usea heistä oli kuitenkin sitä mieltä, että osaaminen oli lisääntynyt työn johdosta, vaikka opittavaa olisikin vielä paljon. Hoidon päätyttyä jokainen terapeuteista uskoi menetelmän avulla voitavan auttaa asiakkaita. Osa heistä kuitenkin totesi, että menetelmä ei välttämättä sovellu kaikille asiakkaille yhtä hyvin.

Opiskelijoiden kokemukset itsehoito-oppaasta osana terapiaa

Kirja-asiakkaita hoitaneista 14 terapeutista ainoastaan kaksi (14,3%) koki, ettei kirjan käyttö ollut mielekästä suurimman osan (85,7%) arvioidessa kirjan käytön olleen mielekäs osa terapiaa. Kirjan mielekkyyttä perusteltiin asiakkaan mahdollisuudella tutustua terapiassa käsiteltäviin aiheisiin myös kotona, jolloin terapeutin rooli esimerkiksi menetelmien selittämisessä helpottui, ja myös aikaa säästyi istunnoissa. Yksi terapeutti myös totesi kirjan korostavan asiakkaan omaa vastuuta ja aktiivisuutta prosessissa. Kirjan käytön epämiellyttäväksi kokeneet terapeutit raportoivat asiakkaiden kokeneen kirjan vaikeaksi tai jättäneen siitä annetut tehtävät tekemättä. Yksi terapeutti näki ajanpuutteen ongelmana kirjan käsittelyssä ja toivoi myös, että kirjan käyttäminen olisi asiakkaan oma valinta. Kahdeksan terapeuttia (57,1%) koki asiakkaan hyötynneen kirjan käytöstä terapiassa, kun taas kuusi (42,9%) koki, ettei asiakas erityisesti hyötynyt kirjasta. Syyksi kirjan kokemiselle hyödyttömäksi ilmaistiin usein asiakkaan motivaation puute lukea kirjaa tai tehdä kotitehtäviä. Osa näistä asiakkaista ei ollut paneutunut kirjaan lähes ollenkaan. Kirjan hyödyn raportoitiin olleen riippuvainen asiakkaan aktiivisesta lukemisesta, jolloin asiakas sai uusia näkökulmia ja oivalluksia, jotka helpottivat ja edistivät terapiatyöskentelyä.

Terapeuteista 12 (85,7%) koki hoidon toimivan paremmin kirjan kanssa kuin ilman kirjaa. Usea kirjan epämiellyttäväksikin kokeva siis ajatteli kirjan auttavan terapiatyöskentelyssä, mikäli asiakas pystyisi hyödyntämään sitä. Opiskelijat perustelivat kantaansa sillä, että kirja tukee terapiaa niin istuntojen aikana kuin niiden välissäkin, sekä tarjoaa mahdollisesti apua varsinaisen intervention loputtua. Eräs terapeutti kirjoitti asiakkaan iloinneen, kun sai pitää kirjan itsellään. Yksi kirjaa kannattaneista terapeuteista puolestaan totesi terapian vaikutuksen olevan pikemminkin asiakkaan persoonassa ja terapiasuhteessa itsessään kuin kirjan käytössä. Hänen mukaansa kirjasta ei kuitenkaan ollut haittaakaan. Eräästä vastauksesta kuvastui huoli siitä, että motivaatiopula kirjan

suhteen saattaisi heikentää asiakkaan motivaatiota koko terapiaa kohtaan. Kaksi terapeuttia (14,3%) puolestaan koki, että terapia olisi toiminut paremmin kokonaan ilman kirjaa. Toinen heistä koki ajanpuutteen estäneen kirjan toimivuutta. Toisen mukaan asiakas ei osannut hyödyntää kirjaa odotetulla tavalla. Kysyttäessä kirjan käyttöön liittyvistä ongelmista opiskelijat raportoivat nimenomaan asiakkaiden haluttomuudesta lukea kirjaa ja kritiikistä sitä kohtaan, sekä terapeutin vaikeudesta saada asiakas käyttämään kirjaa tästä huolimatta. Myös kiireinen aikataulu ja oma riittämätön perehtyminen kirjaan koettiin toisinaan ongelmallisiksi. Yksi terapeuteista koki kirjan käytön saattavan vaikuttaa asiakkaan ongelmien vähättelyltä, mikäli tämä puhuu paljon, eikä terapeutti itse osaa integroida kirjan sisältöä istuntoon luontevasti. Suuri osa terapeuteista kannatti kirjan järjestelmällisempää ja ohjeellisempaa käsittelyä, joskin muutama koki hyväksi myös kirjan vapaan soveltamisen istuntojen aikana. Yksi terapeutti ehdotti ohuemman kirjan käyttämistä, mikäli asiakkaalla on lukivaikeuksia. Yksi terapeuteista raportoi oppineensa enemmän ei-kirja-asiakkaansa kanssa joutuessaan itse selittämään kaikki menetelmät asiakkaalle. Hänkin kuitenkin enemmistön joukossa kannatti kirjan käyttöä osana terapiaa. Eräs terapeutti puolestaan iloitsi siitä, että kokemattoman terapeutin asiakkaalla on kirjassa ainakin yksi luotettava lähde.

Opiskelijoiden ajatuksia terapiatyöstä istuntokohtaisesti

Seuraavassa tarkastellaan opiskelijoiden kirjaamia ajatuksia terapiaistunnoista sitaattien muodossa. Sitaatteihin ei ole sisällytetty kuvauksia kahdesta terapiaprosessista, jotka myöhemmin analysoidaan tapaustutkimusten muodossa.

TAULUKKO 4A. Opiskelijoiden vapaasti kuvaamia ajatuksia kolmen ensimmäisen terapiaistunnon (i) jälkeen niin kyseisestä tapaamisesta kuin terapeutin työhän yleisestikin liittyen. Mainittu myös kutakin istuntoa vastaavien kuvausten kokonaisfrekvenssi (f)

i	f	Kuvaus
1.	24	”eri ihmisten kanssa terapiaistunto on aina erilainen kokemus”, ”välillä tunsin itseni aika pieneksi psykologian opiskelijaksi”, ”pidin kuitenkin uudesta roolistani opiskelijaterapeutina - - oikeastaan innostuin tästä”, ”Tapaamisesta jäi hyvä ja toiveikas olo”, ”Saa nähdä millaista diagnoosia hän minulta oikein odottaa”, ”Vaikuttaa todella haastavalta tapaukselta”, ”olin melko rauhallinen”, ”etukäteen jännitti tosi paljon ja tuli ihan fyysisiä jännitysoireita”, ”tapaamisen jälkeen tiesi tullessa oikealle alalle”, ”Asiakaskin vaikutti ihan mukavalle”, ”Ajatteliko hän, että

minä olen vain nuori tyttö?”, ”omat kokemukset nousevat mieleen”, ”Hyvän kontaktin luominen asiakkaaseen oli yllättävän helppoa. Olin mielissäni, kun asiakas sanoi tapaamisen lopuksi, että olen hänen mielestään oikealla alalla”, ”sai itsevarmuutta”, ”se, että asiakas lähti tapaamiselta vihellellä toi hyvää mieltä”, ”eiköhän tässä jotain saada aikaiseksi”.

2. 26 ”Oikea naru on varmaan vielä löytymättä”, ”lähti hyvä keskustelu”, ”Asiakkaan kanssa on todella mukava tehdä yhteistyötä”, ”Mihin kannattaisi yrittää vaikuttaa? Mitä asiakkaan sisällä tapahtuu?”, ”Olen tyytyväinen niihin asioihin, joita painotin tällä kertaa ja sanavalintoihini”, ”tunsin olevani vähän hukassa”, ”Aikaa tuntui taas olevan liian vähän”, ”Minä olin tietysti äimistynyt, mutta iloinen tästä oivalluksesta”, ”tosi iloinen fiilis, kun asiakas on tuntunut itse saavan asioita liikkeelle”, ”Olen välillä epävarma siitä, mihin suuntaan asiakasta pitäisi työntää ja ohjaanko/neuvonko liikaa. Pelkään välillä, että sanon jotain, josta on haittaa asiakkaalle ja en huomaa sitä mitenkään”, ”On vaikea päästä kiinni hänen ajatuksiinsa”, ”Huomasin, että parempi olla hiljaa kuin ehdottaa omia näkemyksiä”, ”Hieman vaikea olla ´hankala´ ja vaatia”, ”Hieman turhautunut olo”, ”Kuinka paljon lähteä muotoilemaan uudelleen asiakkaan puhetta ja kaivamaan sieltä sitä ”ydintä”, mitä asiakas kenties yrittää sanoa?”, ”Tuntuu hieman hankalalta lähteä seuraavaan tapaamiseen.. onneksi on työnohjaus”.
3. 28 ”Uskon, että olen saanut asiakkaassa käynnistettyä prosessin, joka ohjaa häntä paremmin arvojen mukaiseen elämään”, ”Harjoitusten kautta keskustelua oli helpompaa viedä eteenpäin”, ”Välillä en tiedä, miten asiaan suhtautuisin; kuinka paljon annan puhua ja kuinka paljon keskeytän, ohjailen tai asetan rajoja. Tieto hoidon aikarajoitteesta (6 kertaa) tuntuu ajoittain häiritsevältä”, ”Ajattelin olevani liian kriittinen tai tyly, mutta suora puhe tuntui toimivan”, ”Vuorovaikutus oli sujuvaa”, ”olenkohan ollut liikaa äänessä...”, ”luottamus omiin kykyihin kasvaa kerta kerralta. Toisaalta osaa antaa suuren arvon asiakkaan omalle aktiivisuudelle ja näkee, ettei itse lopulta ole niin suuressa roolissa asiakkaan tilanteen muuttamisessa”, ”mukava nähdä, että lyhythoidollakin voidaan saada huomattavia tuloksia”, ”Jos kaikki asiakkaat olisivat tällaisia niin tämänhän menisi helposti! Kiva keksiä harjoituksia, kun asiakas tuntuu ottavan onkeensa joka jutusta jotain. Itsevarmuus kasvaa, kun tuntuu, että pystyy jo paremmin menemään tilanteen ehdoilla”, ”Näissä terapioissa olen huomannut, että psykologin pitää olla hirveän tarkka siitä mitä sanoo”, ”Jälkeenpäin tuli olo, etten keuhunut tarpeeksi”, ”argh, olikohan sittenkään ymmärtänyt?”, ”Työnohjauksen tarve kasvaa tässä vaiheessa”, ”Alan ehkä huomaamaan, kuinka haastavaa on hyväksyä asiakkaan viitekehys ja työskennellä siinä”, ”Nyt alkoi tuntumaan siltä, että asiakkaan kanssa alettiin päästä itse asiaan”.
-

Kuten sitaateista voidaan havaita, ne ovat varsin erilaisia. Vaikka esimerkiksi ensimmäistä tapaamista kuvataankin pääasiassa positiivisin lausein, voidaan todeta ettei selkeää yhtenäistä linjaa eri tapaamiskertojen sisällä ole havaittavissa. Kolmannella tapaamiskerralla psykologian opiskelijat kokivat monia erilaisia oivalluksia työstään, mutta toisaalta myös turhaantumista ja epävarmuutta esiintyi.

TAULUKKO 4B. Opiskelijoiden vapaasti kuvaamia ajatuksia kolmen viimeisimmän terapiaistunnon (i) jälkeen niin kyseisestä tapaamisesta kuin terapeutin työhän yleisestikin liittyen. Mainittu myös kutakin istuntoa vastaavien kuvausten kokonaisfrekvenssi (f)

i	f	Kuvaus
4.	27	”Uskallan heittäytyä tilanteeseen, kun tiedän, että minulla on monia taitoja, joilla voin auttaa”, ”Kotitehtävistä keskustellessa tuli jokseenkin epätoivoinen olo”, ”Tunsin, että yhteinen sävel löytyy vihdoinkin”, ”Tapaaminen tuntui tällä kertaa erityisen merkitykselliseltä”, ”Tällaisina hetkinä oma alavalinta tuntuu aina oikealta”, ”tuntuu etten saa kiinni asiakkaan ajatuksista ja tunteista riittävästi”, ”pystynköhän tässä nyt sitten mitenkään auttamaan... Oivoi”, ”vähän epäilyttää edelleen, onko terapia tarpeeksi pitkä”, ”alkaa tuntua tosi pahalta olla kertomatta kirjasta, asiakas ehkä menettää luottamuksen minuun, jos löytää kirjan jostain”, ”Tänään ei oikein innosta tämä terapiatyö”, ”Tämä on ensimmäinen asiakkaani, saankohan liian ruusuisen kuvan?”, ”Miten käyttää viimeiset kaksi kertaa mahdollisimman tehokkaasti?”, ”hieman epätoivoinen ja osaamaton olo”, ”Suunnitelmat menivät siis kertaheitolla uusiksi, mutta pystyin mukautumaan tilanteeseen”, ”Onnistunut istunto ja toimiva terapiasuhde nosti aloittelevan psykologin itsetuntoa roimasti - - Terapian tekeminen on parhaimmillaan mahtavaa”.
5.	28	”soveltamisesta ja tilanteen mukaan etenemisestä on tullut paljon helpompaa”, ”Tapaamisistamme jää minulle hyvä ja onnistunut jälkimaku”, ”Minulla on usein sellainen tunne, etten juurikaan voi auttaa asiakasta”, ”Tunnen sympatiaa asiakkaani puolesta”, ”rehhellisesti sanottuna on aika tylsää kuunnella jotain juttua”, ”psykologikin on inhimillinen olento, - - jolla voi olla huono päivä tai omia murheita. Mutta ammattitaitoa onkin se, että ei anna niiden huomattavasti vaikuttaa”, ”Nyt kyllä ärsyttää! Asiakas ei ollut taaskaan tehnyt kotitehtäviään”, ”Hyvä olo”, ”Plääh... Olipas jotenkin huono kerta. En saanut asiakkaasta oikein otetta”, ”Tunnen itseni terapeutina valitettavan kokemattomaksi, kun mieleeni juolahtaa parempia ideoita tilanteen selvittämiseksi vasta tunti tapaamisen jälkeen...”, ”onko tullut itse vältteltyä joistain aiheista puhumista?”, ”Asiakas ei ole enää masentunut, jee!”, ”Psykologin työ on sitä, että kulkee hetken matkaa toisen tukena ja se on minusta jotenkin todella hienoa. Kuitenkin asiakas itse on se, joka tekee työn”, ”Huomaan kiinnostuvani parisuhdetyöstä”, ”Viimeinen kerta tuo toisaalta haikeutta, mutta toisaalta helpotusta”, ”Olisi hienoa jatkaa terapiaa”.
6.	27	”Viimeinen tapaaminen sujui mukavissa ja toiveikkaissa merkeissä”, ”Opin itse paljon keskustelun ohjaamisesta ja kuuntelun ja puhumisen tasapainosta”, ”Pelkäsin aiemmin, että tapaamisemme päättyvät aivan liian aikaisin, mutta nyt tuntuu, että saimme prosessin päätökseen”, ”Tämän asiakkaan kohdalla huomasin erityisesti, miten tärkeää terapeutin on olla luova ja elää hetkessä”, ”jäi erityisen hyvä mieli”, vähän jäi sellainen olo, että olisi voinut pystyä parempaan...”, ”Tuntuu vaikealta luopua asiakkaasta ja tästä suhteesta. Jään varmasti miettimään, että mitä hänelle kuuluu”, ”aikaisemmin luulin haluavani korostaa omaa osuuttani enemmän tai nähdä itseni ”parantajana” → hienoa huomata, ettei näin ole”, ”Terapiatyö ei olekaan niin ylettömän vaikeaa”, ”Tämä oli kyllä huono kerta lopettaa. Oli vaikea omalle kohdalleni, meinasin mennä ihan sanattomaksi ja liikutuinkin asiakkaan kertomista asioista”, ”Tuntui, etten hirveästi häntä pystynyt auttamaan”, ”On hienoa huomata, että jo opiskeluvaiheessa on mahdollista tehdä näin paljon toisen ihmisen olon

helpottamiseksi”, ”tuntuu, että tässä kehittyi työntekijänä paljon”, ”asiakas & terapeutti tyytyväisiä”.

Viimeisen kolmen tapaamiskerran kuvaukset heijastavat jo aiemmin tehtyä havaintoa istuntojen ennakoimattomuudesta. Kuvausten erilaisuuden voidaan olettaa johtuvan toisistaan poikkeavista terapiaprosesseista, joihin vaikuttivat sekä erilaiset asiakkaat ja heidän ongelmansa että erilaiset terapeutit. Sitaateista kuvastuu siis kunkin terapiaprosessin omalaatuinen luonne, joka vaihteli asiakkaasta ja työntekijästä riippuen.

Kahden terapian prosessikuvaukset

Otamme nyt lähempään tarkasteluun kaksi terapiaprosessia, jotka etenivät toisistaan jonkin verran poikkeavilla tavoilla. Asiakkaita hoitivat eri terapeutit, nimettäköön heitä tässä tutkimusnumeroilla 1 ja 2. Ensimmäisen case-esimerkin alkuistunto herätti terapeutissa (1) monia ristiriitaisia tunteita. Hän kuvasi istunnon jälkeen yllätystä asiakkaan virkeydestä ja toisaalta omia avuttomuuden ja myötätunnon kokemuksiaan. Terapeutti oli harmissaan, ettei hän tapaamisen kuluessa aina osannut keskeyttää tai avata tilannetta oikeilla kysymyksillä. ”Yritän etsiä liikaa ratkaisua.” Hän uskoi näin hakevansa liikaa pikahelpotusta asiakkaan tilanteeseen ja totesi: ”Life sucks”. Tekstistä heijastuu terapeutin kunnioitus asiakasta kohtaan: ”Mietin, että upea nuori nainen!” Toisella tapaamisella asiakkaan tilanne turhautti terapeuttia, ja hän koki raapaisevansa vain pintaa. ”Turhauttaa.” Kuitenkin hän totesi olleensa varsin levollinen avuttomassa tilanteessa ja saaneensa jo onnistumisen kokemuksia. ”Tuntuu, että jotain alkaa tapahtua.” Ennen kolmatta terapiaistuntoa opiskelijaterapeutti vuorostaan koki ahdistusta, sillä hän aikoi intuitioonsa nojautuen käyttää pahaa mieltä herättävää menetelmää. ”Asiakas oli myöhässä... Huomasin toivovani välttää ´hankalat´ jutut...” Asiakkaan saavuttua istunto eteni uudella, syvemmällä tasolla, ja terapeutin menetelmä toimi. ”Asiakas herkistyi ja minä helpotuin. - - Terapia muutti nyt täysin suuntaa.” Neljännen tapaamiskerran jälkeen terapeutti raportoi ”heräämisen” tapahtuneen asiakkaassa. Keskusteluyhteyttä hän kuvasi hyväksi. Joidenkin asioiden selittäminen oli terapeutille vaikeaa, samoin kuin ”hankalana” oleminen asiakkaalle, kun hänen täytyi ottaa vaikeita asioita puheeksi. ”Nyt muistin kehua!” Viidennen istunnon jälkeen terapeutti iloitsi asiakkaan edistymisestä ja ihaili hänen avoimuuttaan. Vaikeaksi hän koki hyväksyä asiakkaan eriävät mielipiteet joistain asioista sekä uusien näkökulmien tarjoamisen. ”Vaikea saada aikaan muutosta.” Terapeutti oli nyt

rohkaistunut kommentoimaan avoimemmin ja esittämään eriäviä mielipiteitä, sekä myös keskeyttämään, jos tarve vaati. ”Ei pelkää oman aseman menettämistä niin paljon kuin aluksi.” Viimeisellä tapaamisella terapeuttia harmitti, ettei asiakas ollut tehnyt kotitehtäviä. ”Ei voi pakottaa, vaikka mieli tekisi, jotain on siis hyväksyttävä itsekin.” Terapeuttia mietitytti oma kokemattomuus, kun hän vasta myöhemmin oivalsi, mihin asioihin olisi ollut hyvä tarttua. Hän totesi onnistuneensa rajoittamaan omaa puhumistaan ja iloitsi saamastaan positiivisesta palautteesta. Lyhytterapia vaati hänen mukaansa joidenkin asioiden karsimista. Kuitenkin hän ihmetteli jo lyhyessäkin ajassa syntyneitä vaikutuksia ja sitä, että asiakas tekee valintoja. ”Tuntuu, että tällä hetkellä tilanne niin hyvä kuin voi olla.”

Terapeutti 2 aloitti ensimmäisen tapaamisen kuvaamisen seuraavasti: ”Huh huh! Todella haastavaa.” Hän epäili menetelmän soveltuvuutta asiakkaalle ja pohti, miten terapiasuhde lähti muotoutumaan. Terapeutti oli tehnyt huomion, että aroista aiheista oli vaikea tehdä tarkentavia kysymyksiä. Hän pohdiskeli, pystyikö asiakas olemaan avoin tapaamisen aikana. ”Lievä toivottomuuden tunnetta havaittavissa myös terapeutilla!” Toisen tapaamisen lopuksi terapeutti koki asiakkaan jo avautuvan hieman, vaikka istunto olikin ollut haastava. ”On vaikea päästä kiinni hänen ajatuksiinsa.” Kolmannen tapaamisen jälkeen terapeutti oli hämillään BDI-arvon suuresta laskusta eikä uskonut, että menetelmällä olisi ollut niin paljon vaikutusta asiakkaan tilanteeseen. Terapeutti joutui keskeyttämään asiakkaan toisinaan. ”Välillä asiakas yllättää minut sillä, että edes vähän ajattelee harjoituksen merkitystä.” Terapeutti koki itsensä neuvottomaksi ja pohti, että ei saanut edelleenkään kiinni asiakkaan tunteista ja ajatuksista. ”Olen vähän hukassa tämän asiakkaan kanssa!” Neljännen kerran jälkeen opiskelijaterapeutti raportoi saaneensa ensimmäisen kerran kontaktia asiakkaaseen. Omien sanojensa mukaan hän tarttui asiakkaan puheeseen yhä napakammin ja koki tilanteen menneen hyvin, vaikka asiakas vaikuttikin ”hankalalta”. Viidennen tapaamisen jälkeen terapeutti kirjoitti: ”Todella hengästynyt olo! Huh. Raskasta, kun joutuu koko ajan keskittämään voimat keskustelun pysymiseen asiassa.” Kuitenkin hän totesi asiakkaan jo myös edistyneen. ”En tiedä, onko asiakas sittenkin saanut pientä potkua tästä terapiasta, vaikei hän tunnu kovin vastaanottavaiselta.” Terapeutti totesi työskentelyn olevan raskasta tämän asiakkaan kanssa. Viimeisen tapaamiskerran jälkeen terapeutti pohti, mikä lopulta auttoi asiakasta. ”Olisiko kuitenkin jotain pientä liikahtanut myös terapian vaikutuksesta, koska loppumittauksen tulokset olivat niin upeat?” Opiskelijaterapeutti kirjoitti asiakassuhteen tuomasta haastavuudesta, kun asiakas ei ollut tottunut vastaanantamiseen työskentelyyn aikaisemmin. Hän totesi terapian vievän paljon voimia itseltä ja vaativan aikaa suunnitteluun. ”Omia taitoja tämä luullakseni kehitti ja poisti jännityksen terapiaa kohtaan.”

POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarjota aikaisemmin lähes kokonaan puuttuvaa tietoa valmistuvien psykologien hyvinvoinnin muutoksista asiakastyöhön siirtymisen myötä. Psykologisten oireiden lisäksi tarkastelun kohteena olivat muutokset opiskelijoiden tietoisuustaidoissa sekä psykologisessa joustavuudessa. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin opiskelijoiden kokemuksia asiakastyöstä sekä itsehoito-oppaan käytöstä osana interventiota. Tutkimuskonteksti oli masentuneiden asiakkaiden hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen hoito, joka toteutettiin kuuden kerran lyhytinterventiona.

Tutkimuksen päätuloksena havaittiin opiskelijoiden psykologisten oireiden ja masennuksen vähentyneen sekä mielialan nousseen terapioiden alusta loppuun. Samoin psykologinen joustavuus ja tietoisuustaidot kokonaisuudessaan lisääntyivät. Muutokset tietoisuustaitojen alaskaaloissa vaihtelivat, niin että merkitsevää muutosta tapahtui ainoastaan havainnoinnissa ja hyväksynnässä. Vaikka muissa mittareissa muutokset eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä, oli kokonaiskehitys pääosin positiivista. Tulokset viittaavatkin siihen, että vastoin arkipsykologisia käsityksiä opiskelijoiden hyvinvointi kasvaa asiakastyöhön siirtymisen myötä, eikä työ ainakaan lisää psykologisia oireita tai huononna elämänlaatua.

Tarkasteltaessa opiskelijoiden kokemuksia asiakastyöstä havaittiin, että jännitys ja pelko vähenivät hoidon alusta loppuun tilastollisesti merkitsevästi. Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen osaaminen sekä käyttäytymisanalyysin hallinta puolestaan lisääntyivät hoidon kuluessa. Voidaan todeta, että asiakastyöhön siirtyminen näyttäisi vähentävän työtä kohtaan tunnettua pelkoa sekä lisäävän itsearvioitua osaamista jo kuuden viikon hoidon aikana. Tuloksista on havaittavissa, että kokemus oli opiskelijoille pääasiassa erittäin positiivinen, ja he arvioivat työn merkityksen erittäin suureksi omalle ammatti-identiteetilleen. Suurin osa opiskelijaterapeuteista koki myös itsehoito-oppaan käytön mielekkääksi osaksi terapiaa. Siihen, hyötyikö asiakas kirjasta, vaikutti heidän mukaansa asiakkaan oma motivaatio käyttää sitä.

Tulokset ovat suuressa määrin yhteneväisiä aikaisemman tutkimuksen kanssa, joka pääosin koskee jo terapeuttikoulutuksessa olevia harjoittelijoita. Myös Williamsin ym. (1997) toteuttaman tutkimuksen mukaan terapiaharjoittelijoiden taidot lisääntyivät harjoittelun aikana. Harjoittelijoiden ahdistus puolestaan väheni, mitä ei tässä tutkimuksessa havaittu, joskin ahdistuksen lähtötaso sinänsä oli jo matala. Kuitenkin masennuksen, jännityksen ja pelon väheneminen viittaa vastaavanlaiseen oireiden vähenemiseen kuin aikaisemmassakin tutkimuksessa. Kummassakin tutkimuksessa terapeutteja huolestutti oma taitotaso sekä aikataulurajoitukset. Harjoittelu nähtiin pääasiassa positiivisena kokemuksena huolimatta toisinaan negatiivisistakin tunteista. Voidaan myös nähdä, että Skovholtin ja Rønnestadin (2003) löytämät kriittiset tapahtumat

terapiaharjoittelijoiden työssä ovat yhteydessä tämän tutkimuksen löydöksiin: esimerkiksi opiskelijoiden raportoimat kokemukset oman ammatti-identiteetin etsimisestä voidaan liittää niin sanottuun hauraaseen tai keskeneräiseen harjoittelijaminään terapiatyöhön siirryttäessä. Myös aikaisemmin on todettu haastaviksi tekijöiksi esimerkiksi opiskelijoiden ongelmalliset reaktiot asiakkaita kohtaan sekä tehokkaiden auttamistaitojen oppiminen (Hill ym., 2007). On kuitenkin vaikea vertailla tutkimuksen tuloksia aikaisempiin julkaisuihin, sillä psykologian opiskelijoiden hyvinvointia ei ole tutkittu lähes ollenkaan, ja tulokset rajoittuvat jo terapiakoulutuksessa olevien opiskelijoiden otoksiin.

Mielenkiintoista on, että aikaisemmissa tutkimuksissa hyväksymis- ja omistautumisterapian on todettu vaikuttavan hyvinvoinnin kohenemiseen hyväksyntään liittyvin mekanismein, kun taas perinteisen kognitiivisen terapian vaikutukset välittyivät esimerkiksi kuvailun kautta (Forman ym., 2007; Lappalainen ym., 2007). Tutkimukset saattavatkin yhdessä vahvistaa hyväksynnän välittävää mekanismia HOT:ssa, vaikka tässä tutkimuksessa kohderyhmä itse olikin terapeutin roolissa eikä vertailua kognitiiviseen terapiaan ollut. Kuvailun vähäisempi merkitys hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen hoidon mekanismina heijastuu samoin sekä Formanin tuloksista että tästä tutkimuksesta. Kuitenkin tutkimukset myös tarjoavat keskenään ristiriitaista tietoa: Formanin aikaisemmassa tutkimuksessa kognitiivisen terapian toisin kuin HOT:n tulokset välittyivät myös havainnoinnin kautta. Tässä tutkimuksessa HOT-terapeuttien tietoisuustaidot kuitenkin lisääntyivät juuri havainnoinnin osalta. Formanin tarkasteluissa HOT:n havaittiin lisäksi toimivan tietoisien toiminnan lisääntymisen kautta, jossa ei terapeuttien kohdalla tapahtunut nyt lainkaan muutoksia. Aikaisempien tutkimusten mukaan välittävänä tekijänä HOT:ssa on myös kokemuksellinen välttely (Forman ym., 2007; Petersen & Zettle, 2009), jota tässä ei mitattu lainkaan. Tuloksia vertailtaessa voidaan kysyä, onko esimerkiksi ilman arviointia tapahtuvan hyväksynnän lisääntyminen ratkaiseva osa tietoisuustaitojen ja hyvinvoinnin kohenemista hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisessa hoidossa. Kysymys voitaisiin tulosten pohjalta laajentaa myös HOT-terapeutteina toimivia koskevaksi. Tietoisuustaitojen muutosten selittäminen menetelmään spesifisti liittyvien mekanismien avulla muuttaisi kuitenkin lähtökohtaisesti tulosten tarkastelutapaa, sillä päätelmät itse asiakastyöhön siirtymisen vaikutuksista olisivat tällöin epävarmoja. On kuitenkin huomioitava, että menetelmän soveltaminen joka tapauksessa edellytti terapeuteilta myös omaa tietoisuusharjoittelua, mikä saattoi vaikuttaa tietoisuustaitojen muutoksiin asiakastyöhön siirtymisen ohella. Nämä oletukset jäävät kuitenkin tutkimatta tämän otoksen puitteissa.

Tutkimukseen liittyväksi ongelmaksi ja rajoitukseksi voidaan lisäksi nimetä kontrolliryhmän puuttuminen, jolloin hyvinvointimuutoksia ei voitu vertailla sellaisten opiskelijoiden vointiin, jotka eivät vielä tehneet asiakastyötä. Vertailuryhmän avulla oltaisiin voitu kontrolloida myös esimerkiksi

vuodenajan vaikutusta, joka nyt jäi vaille tutkimusta. Koska lyhytinterventiot sijoituivat keväälle, opiskelijoiden hyvinvointimittaukset tehtiin talvella ja kesällä. Tämä mahdollistaakin lisääntyneen auringonvalon vaikutuksen mielialamuutoksiin. On myös huomioitava, että opintoihin liittyvä stressi saattoi talvella vaikuttaa opiskelijoiden hyvinvointiin enemmän kuin alkukesästä. Näitä tekijöitä ei voida sulkea pois ilman kontrolliryhmää. Tutkittavien terapeuttien sukupuolijakauma oli vino, sillä yhtä terapeuttia lukuun ottamatta kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat naisia. Sukupuolivaikutusta saattaa olla vaikea kontrolloida edustavin opiskelijatutkimuksin, sillä suurin osa psykologian opiskelijoista on naisia. Tässä mielessä otos on enemmistön suhteen myös edustava pääosan työelämään siirtävistä psykologeista ollessa naispuolisia.

On kenties syytä kyseenalaistaa, olivatko opiskelijaterapeuttien raportoimat arviot omasta hyvinvoinnistaan totuudenmukaisia. Aihetta tähän antaa arvojen minimaalisuus, niin että opiskelijat kaikilla mittareilla mitattuina olivat poikkeuksellisen hyvinvoivia. Opiskelijoiden lähtötaso esimerkiksi masennuskaalalla oli pistearvo kaksi, joka laski hoidon kuluessa alle puoleen. Pistearvona vielä 13 olisi laskettu vähäiseksi masennukseksi, mistä havaitaan opiskelijoiden vastausten olleen äärimmäisen positiivisia. Voiko psykologian opiskelijoiden psyykinen vointi olla näin korkealla yleisiin lukemiin verrattuna vai onko kyseessä taipumus antaa todellisuutta parempi kuva omasta oireistosta?

Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteet ovat monella tapaa erilaisia kuin vallitsevat terapiamenetelmät, mikä tuo haastetta sitä käyttäville työntekijöille. On todettu, että HOT-terapeutin tulisi tuntea menetelmä läpikotaisin voidakseen käyttää sitä tarkoituksenmukaisesti (Hayes & Batten, 2000). On ymmärrettävää, että valmistuvilla psykologeilla ei vielä kokonaan ole tällaista kompetenssia käytettävissään, mikä saattoi vaikuttaa työhön. Jotkut opiskelijat raportoivatkin, etteivät olleet sisäistäneet kaikkia periaatteita vielä syvällisesti. Jotkut terapeutit kommentoivat harjoitusten tai metaforien omituisuudesta. Tämä havainto palautuu mahdollisesti HOT:n pyrkimykseen vähentää järkeistystä (Lappalainen, 2009), mikä saattoi tuntua opiskelijoista vieraalta. Menetelmän uutuutta opiskelijoille ei sinänsä voida pitää rajoituksena tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli ymmärtää opiskelijoiden siirtymistä asiakastyöhön, jossa väistämättäkin on opittava uusia menetelmiä ja käytänteitä.

Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan parhaimmillaan hyödyntää psykologian yliopisto-opetuksessa sekä harjoitteluun valmentamisessa. On tärkeää tietää, että opiskelijoiden jaksaminen ei ole suuressa vaarassa työhön siirtymisen myötä, ja että asiakastyö saattaa jopa parantaa opiskelijan elämänlaatua. Taitojen nopea kasvaminen voi olla lohdullinen tieto aloittelevan psykologin mahdollista itsekriittisyyttä ajatellen. Kenties opiskelijoille tulisi hyvinvoinnin tukemiseksi opettaa tietoisuusharjoituksia, vaikka he eivät työskentelisikään hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisin

menetelmin tulevassa työssään. Opiskelijoiden raportoimat kokemukset asiakastyöstä valmentavat tulevia psykologeja myös ennakoimaan omia mahdollisia tuntemuksiaan työelämässä. Tieteellinen tieto opiskelijoiden kokemista peloista ja haasteista auttaa normalisoimaan valmistuvan psykologin tuntemuksia niin yliopiston kuin harjoittelun ohjaajienkin taholta. Tämä saattaa nostaa itseluottamusta, minkä vuorostaan on todettu vähentävän valmistuvien terapeuttien stressiä (Farber & Heifetz, 1982) ja jopa ennenaikaista uranvaihtoa (Theriault & Gazzola, 2005). Tulevan tutkimuksen kannalta on hyödyllistä, että vertailtavaa tutkimusta on tehty myös psykologian opiskelijoille eikä ainoastaan jo terapiakoulutuksessa oleville.

Työelämään siirtyminen ja työssä jaksaminen ovat keskeisiä teemoja vastavalmistuneiden psykologien elämässä, ja olisikin tärkeää saada yhä tarkempaa tietoa näihin liittyvistä psykologisista prosesseista. Kontrolliryhmän sisällyttäminen tutkimukseen lisäisi tulosten arvoa, kun ulkoisia tekijöitä voitaisiin sulkea pois tulosten tulkinnassa. Olisi mielenkiintoista saada tarkempaa tietoa opiskelijoiden ammatti-identiteetin kehityksestä sekä työn vaikutuksesta tulevaan ammatilliseen suuntaukseen. On myös varteenotettava kysymys, miten terapeutin omat ominaisuudet vaikuttavat asiakastyön kokemiseen ja arviointiin, esimerkiksi neuroottisuuden tai optimismin suhteen. Tällainen asetelma vaatisi alustavaa persoonallisuustutkimusta, mikä asettaisi omat haasteensa tutkimuksen toteuttamiselle.

Tiivistäen voidaan todeta, että asiakastyön aloittaminen ohjatussa kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiassa näyttäisi lisäävän psykologian opiskelijoiden hyvinvointia ja olevan hyödyllinen opiskelijoiden ammatti-identiteetin kehitykselle ennen valmistumista. Tutkimus osoittaa myös, että näitä prosesseja tulisi tutkia tarkemmin tulkitessa hyvinvointimuutosten laatua sekä niiden syy-seurausyhteyksiä.

LÄHTEET

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 3*(11), 191-206.
- Baker, S. B., Daniels, T. G., & Greeley, A. T. (1990). Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and meta-analytic reviews of three major programs. *The Counseling Psychologist, 18*(3), 355-421.
- Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer R. A. (2004). *BDI-II Käsikirja*. Psykologien Kustannus Oy.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should Behavioral Sciences Become More Pragmatic? The Case for Functional Contextualism in Research on Human Behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspective, 5*, 47-57.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and Validation of a Social Functioning Scale. *European Neuropsychopharmacology, 7*(1), 57-70.
- Bruce, N., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010) Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(1), 83-97.
- De Stefano, J., D'Iuso, N., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., & Chamodraka, M. (2007). Trainees' Experiences of impasses in counselling and the impact of group supervision on their resolution: A pilot study. *Counselling & Psychotherapy Research, 7*(1), 42-47.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 15*(6), 833-845.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology 13*(2), 293-301.

- Fauth, J., Gates, S., Vinca, M. A., Boles, S., & Hayes, J. A. (2007). Big ideas for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 84-391.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31, 772-779.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic Goals and the Varieties of Scientific Contextualism. Teoksessa S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese & T. R. Sarbin (toim.), *Varieties of Scientific Contextualism*. Reno, NV: Kontext Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., & Batten S. V. (2000). Acceptance and Commitment Therapy. *European Psychotherapy*, 1, 2-9.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the Philosophical Core: A Review of Stephan C. Pepper's "World Hypotheses." *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 50, 97-111.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., & Spencer, S. (2009). Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää: hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla. *SKT Oy*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hess, S. A., Knox, S., & Hill, C. E. (2006). Teaching graduate trainees how to manage client anger: A comparison of three types of training. *Psychotherapy Research*. 16(3), 282-292.

- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434-449.
- Holi, M. (2003). *Assessment of Psychiatric Symptoms Using the SCL-90*. Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Howard, E. E., Inman, A. G., & Altman, A. N. Critical incidents among novice counselor trainees. *Counselor Education and Supervision*, 46(2), 88-102.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393-402.
- Lappalainen, R. (2009). Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Teoksessa S. Kähkönen, N. Holmberg & I. Karila (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia*, 3.-4. painos (s. 510-527). Kustannus Oy Duodecim.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., Afari, N., & McCurry, S. M. (2004). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä* (5. painos). Tampere: Domus Print Oy.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 488-511.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16.
- Melton, J. L., Nofzinger-Collins, D., Wynne, M. E., & Susman, M. (2005). Exploring the affective inner experiences of therapists in training: The qualitative interaction between session experience and session content. *Counselor Education and Supervision*, 45(2), 82-96.

- Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa S. Talo (toim.), *Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen*. Turku: *KELAn Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia*, 49, 207-225.
- Pehle, D. E. (2004). The experience of novice therapists sitting with clients: A heuristic study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(10-B), 5230.
- Petersen, K. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record*, 521-536.
- Pull, C. (2008). Current Empirical Status of Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 55-60.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 45-58.
- Theriault, A., & Gazzola, N. (2005). Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced clinicians. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 11-18.
- Theriault, A., Gazzola, N., & Richardson, B. (2009). Feelings of Incompetence in Novice Therapists: Consequences, Coping, and Correctives. *Canadian Journal of Counselling*, 43(2), 105-119.
- Williams, E. N., & Fauth, J. (2005). A psychotherapy process study of therapist in session self-awareness. *Psychotherapy Research*, 15(4), 374-381.
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of Novice Therapists in Prepracticum: Trainees', Clients', and Supervisors' Perceptions of Therapists' Personal Reactions and Management Strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 390-399.
- Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J., & Judge, A. B. (2003). What Happens When Therapists Feel Bored or Anxious? A Qualitative Study of Distracting Self-

Awareness and Therapists' Management Strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(1), 5-18.

Zettle, R. D., & Hayes S. C. (2004). Brief ACT Treatment of Depression. Teoksessa F. W. Bond & W. Dryden (toim.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*, (s. 35-54). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.

Zettle, R. D. (2007). ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. Oakland, US: New Harbinger Publications.