

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAN  
MUUTOSPROSESSIEN MERKITYS  
MASENNUKSEN HOIDOSSA**

- **Terapiaistuntojen välissä sovellettujen prosessien yhteys hoitotulokseen**

Reetta Puuronen & Satu Tossavainen

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Heinäkuu 2013

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos

PUURONEN, REETTA & TOSSAVAINEN, SATU: Hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosprosessien merkitys masennuksen hoidossa. Terapiaistuntojen välissä sovellettujen prosessien yhteys hoitotulokseen.

Pro gradu -tutkielma, 52 s., 1 liites.

Ohjaaja: Raimo Lappalainen

Psykologia

Heinäkuu 2013

---

Masennus on maailmanlaajuisesti yksi yleisimmistä toimintakykyä alentavista mielenterveyden häiriöistä. Yleisimmin sairautta hoidetaan lääkkeillä tai psykoterapialla ja useissa terapiasuuntauksissa kotitehtäviä käytetään hoitoa tukevana elementtinä. Kotitehtävien tavoitteena on siirtää terapiassa opittuja taitoja asiakkaan arkielämään. Hyväksymis- ja omistautumisterapia on osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi masennuksen hoidossa ja sen käyttö onkin yleistynyt viime vuosina. Hyväksymis- ja omistautumisterapian tavoitteena on asiakkaan psykologisen joustavuuden kasvattaminen, johon pyritään kuuden eri muutosprosessin avulla. Terapiassa käytetään paljon kotitehtäviä, jotka keskittyvät prosessien soveltamiseen

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko hyväksymis- ja omistautumisterapian prosessien soveltamisella yhteyttä hoitotulokseen masennuksen hoidossa. Olimme erityisen kiinnostuneita siitä, onko jokin hyväksymis- ja omistautumisterapian prosesseista merkittävämpi hoitotuloksen kannalta kuin muut prosessit. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, onko masennuksen vaikeusaste tai psykologisen joustavuuden lähtötaso yhteydessä prosessien soveltamisen määrään.

Tutkimusaineistomme koostui 108:sta masennusdiagnoosin saaneesta 18–65-vuotiaasta henkilöstä. Tutkittavat osallistuivat kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvaan lyhytinterventioon, jossa terapeutteina toimivat Jyväskylän yliopiston psykologian opiskelijat. Hoidon vaikuttavuutta seurattiin masennuksen oiremittareiden ja psyykkistä hyvinvointia kuvaavien prosessimittareiden avulla. Tutkittavien prosessien soveltamisen määrää terapiakertojen välissä seurattiin viikkopäiväkirjan (Act Weekly Diary) avulla, jonka tutkittavat täyttivät neljä kertaa hoidon aikana.

Tutkimuksen päätuloksena havaittiin, että mitä enemmän tutkittavat sovelsivat prosesseja terapiaistuntojen välissä, sitä enemmän heidän hoitotuloksensa paranivat. Prosesseista erityisesti hyväksynnän ja arvojen soveltaminen arjessa oli hoitotuloksen kannalta keskeistä. Masennuksen vaikeusaste tai psykologisen joustavuuden lähtötaso eivät olleet yhteydessä prosessien soveltamisen määrään. Havainto viittaa siihen, että nimenomaan prosessien soveltaminen arkielämässä on keskeistä masennuksen hoidossa.

Tutkimustulokset tukevat hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttöä masennuksen hoidossa. Kliinisessä työssä prosessien soveltamista arjessa voidaan tukea erilaisten kotitehtävien avulla. Tutkimuksen perusteella voidaan esittää, että masennuksen hoidossa tulisi keskittyä etenkin hyväksynnän kasvattamiseen ja arvojen aktiiviseen työstämiseen vapaa-ajalla.

Avainsanat: masennus, hyväksymis- ja omistautumisterapia, kotitehtävät, hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosprosessit, Act Weekly Diary.

## SISÄLTÖ

1. JOHDANTO .....	1
1.1 Masennus .....	1
1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia.....	4
1.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia masennuksen hoidossa.....	8
1.4 Kotitehtävien käyttö terapiassa .....	10
1.5 Yhteenveto .....	12
1.6 Tutkimuskysymykset.....	13
2. MENETELMÄ .....	14
2.1 Tutkimuksen kulku .....	14
2.2 Tutkittavat .....	16
2.2.1 Taustatiedot.....	17
2.3 Hoito .....	19
2.4 Mittarit ja muuttujat.....	21
2.4.1 Act Weekly Diary .....	21
2.4.2 Oiremittarit.....	22
2.4.3 Prosessimittarit.....	23
2.5 Tilastolliset analyysit .....	24
3. TULOKSET .....	26
3.1 Hoitotulos .....	26
3.2 Viikkipäiväkirjojen yhteys hoitotulokseen .....	28
3.3 Viikkipäiväkirjojen yksittäisten kysymysten yhteys hoitotulokseen.....	29
3.4 Masennuksen vaikeusasteen ja psykologisen joustavuuden lähtötason yhteys sovellettujen prosessien määrään.....	34
4. POHDINTA .....	36
4.1 Lopuksi .....	43
5. LÄHTEET .....	44
6. LIITTEET .....	52
LIITE 1: Act Weekly Diary .....	52

# 1. JOHDANTO

## 1.1 Masennus

Masennus on yksi yleisimmistä fyysistä ja psyykkistä kärsimystä aiheuttava sekä toimintakykyä heikentävä mielialahäiriö (Ebmeier, Donaghey, & Steele, 2006). Masennukseen kuuluu laaja kirjo erilaisia oireita, kuten masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja jatkuva uupumus (Isometsä, 2011). Yleisiä oireita ovat myös itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, keskittymiskyvyttömyys, unihäiriöt, ruokahalun muutokset sekä toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset (Isometsä, 2011). Masennus harvoin esiintyy yksin ja suurimmalla osalla (79 %) masennuspotilaista onkin vähintään yksi samanaikainen muu mielenterveyden häiriö, joista yleisimmin esiintyy ahdistuneisuushäiriöitä (57 %), persoonallisuushäiriöitä (44 %) ja alkoholin väärinkäyttöä (Melartin ym., 2002).

Masennuksen vakavuus ilmenee selvästi korkeampana itsemurhariskinä. Arvioidaan, että noin kaksi kolmasosaa itsemurhan tehneistä kuolee vuosittain masennustiloihin liittyviin itsemurhiin; Suomessa tämä tarkoittaa siis noin 600–700 masennuksesta johtuvaa itsemurhaa vuodessa (Isometsä, 2011). Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH; 2012) mukaan 6,3 % suomalaisväestöstä raportoi itsemurha-ajatuksia esiintyneen viimeisen vuoden aikana. Itsemurhariskin lisäksi masennus aiheuttaa huomattavaa toimintakyvyn alenemista (Wang, Simon, & Kessler, 2003), ja yleensä mitä vaikeampiasteisesta masennustilasta on kyse, sitä enemmän henkilön toimintakyky heikkenee (Isometsä, 2011).

Yksilöllisen kärsimyksen lisäksi masennus aiheuttaa mittavia kustannuksia ja huolenaiheita myös yhteiskunnalle. Masennus kuuluu maailmanlaajuisesti kymmenen johtavan sairauden piiriin (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006). Yhdysvalloissa masennukseen kuluu kymmeniä miljardeja dollareita vuosittain (Wang ym., 2003) ja vuonna 2004 masennus maksoi Euroopalle arviolta noin 118 miljardia euroa, tehden masennuksesta kaikkein kalleimman psyykkisen sairauden Euroopassa (Sobocki, Jönsson, Angst, & Rehnberg, 2006). Kustannukset aiheutuvat hoito- ja työttömyyseläkekustannuksista sekä sairauspäiväraha-kausista (Isometsä, 2011) että heikosta työtuottavuudesta (Wang ym., 2003).

Masennusta esiintyy Euroopassa noin 8 %:lla väestöstä ja naisilla se on jonkin verran yleisempää kuin miehillä (Ayuso-Mateos ym., 2001). Suomessa masennuksen esiintyvyys on laskenut vuodesta

1996 lähtien yhdeksästä prosentista noin viiteen prosenttiin (Isometsä, 2011). Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (2012) selvityksen mukaan kuitenkin noin 20 % suomalaisista raportoi viimeisen vuoden aikana esiintyneen vähintään kahden viikon ajan alakuloa ja masentuneisuutta. Lisäksi 20,7 % raportoi menettäneensä kiinnostuksen useimpiin mielihyvää tuottaviin asioihin vähintään kahden viikon jaksolla viimeisen vuoden aikana (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, 2012). Terveys 2011-tutkimuksen (Suvisaari ym., 2012) mukaan naisista 7 % ja miehistä 4 % oli sairastanut masennushäiriön viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tutkimuksessa todetaan, että suomalaisten mielenterveys on kehittynyt kymmenen vuoden aikana myönteiseen suuntaan, lukuun ottamatta masennusta, jonka yleisyys ei ole muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Suomessa käytössä oleva diagnoosiluokitus ICD-10 jakaa masennustilat yksittäisiksi tiloiksi (F32) ja toistuvaksi masennukseksi (F33). Masennustilat jaetaan vielä yleensä oireiden laadun mukaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin, ja vaikeusaste onkin Isometsän (2011) mukaan potilaan ennusteen ja hoidon suunnittelun kannalta yksi tärkeimmistä tiedoista. Masennustiloilla on myös taipumus uusiutua, ja uusiutumisen riski on sitä suurempi, mitä vaikeammasta masennustilasta on kyse (Isometsä, 2011).

Masennushäiriön kehittyminen on monitekijäinen ja monimutkainen prosessi, jota selittää sekä biologiset tekijät kuten perinnöllisyys, yksilölliset tekijät kuten persoonallisuus, erilaiset kehitystä häirinneet ympäristötekijät sekä masennuksen laukaisevat tekijät, esimerkiksi elämänmuutokset (Isometsä, 2011). Masennuksen syntyä on yritetty selittää eri teorioiden pohjalta. Kognitiivisen teorian mukaan masennuksen taustalla ovat vääristyneet tai häiriintyneet ajatteluprosessit, joiden takia ajatukset itsestä, muista ja tulevaisuudesta koetaan negatiivisella tavalla (Beck, 2002). Psykoanalyttinen teoria puolestaan ei tarkastele masennuksen oireita, vaan keskittyy siihen, miten psyykkiset rakenteet ovat kehittyneet (esim. Toivio & Nordling, 2009). Ideana on, että mitä terveemmin kehittyneet yksilön psyykkiset rakenteet ovat, sitä paremmat edellytykset hänellä on käsitellä vaikeakin menetystä, ja päinvastoin.

Masennusta hoidetaan useimmiten lääkkeillä ja psykoterapialla (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010; Hollon & Sexton, 2012). Suomessa yleisimmin käytettyjä masennuslääkkeitä ovat sitalopraami, essitalopraami ja mirtatsapiini, joiden kulutus vuonna 2011 kasvoi kaksi prosenttia (Fimea & Kansaneläkelaitos, 2012). Masennuslääkityksen roolista ja vaikuttavuudesta on väitelty jo pitkään, mutta näyttäisi siltä, että mitä vakavammasta masennuksesta on kyse, sitä tärkeämpää on myös lääkehoito (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010; Fournier ym., 2010). Toisaalta on myös

todettu, että masennuslääkityksestä hyötyminen voi olla vähäistä tai jopa olematonta potilailla, joilla on lieviä tai kohtalaisia masennusoireita (Fournier ym., 2010). Masennuslääkitykseen liittyy myös aina ikäviä sivuvaikutuksia (Rytsälä, 2006), joista yleisin lienee pahoinvointi. Lääkkeiden ei ole myöskään voitu osoittaa vähentävän masennuksen uusiutumisen riskiä niiden käytön lopettamisen jälkeen (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Masennuksen suuren uusiutumisriskin vuoksi potilaan hoitoa ja seurantaa olisikin jatkettava noin puolen vuoden ajan toipumisen jälkeen (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010).

Psykoterapia on todettu tehokkaaksi masennuksen hoitomuodoksi (Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008). Eri psykoterapiamuotojen tehokkuudesta ollaan kuitenkin montaa mieltä ja lukuisten tutkimusten tulokset eroavat myös tässä suhteessa. Cuijpers, van Straten, Andersson ja van Oppen (2008) selvittivät 53:n eri masennuksen hoitomuotojen tehokkuutta käsittelevän tutkimuksen avulla, miten eri terapiamuodot eroavat tehokkuudeltaan. Tarkastelun kohteena olivat kognitiivinen käyttäytymisterapia, epäsuora supportiivinen terapia, käyttäytymisen aktivointi, psykodynaaminen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, interpersoonallinen psykoterapia ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. He löysivät hyvin vähän viitteitä siitä, että nämä masennuksen erilaiset psykologiset hoitomuodot eroaisivat merkittävästi toisistaan. Toisaalta interpersoonallinen psykoterapia näytti olevan jonkin verran tehokkaampi kuin muut hoitomuodot. Interpersoonallinen psykoterapia (IPT) on lyhytmuotoinen, tavallisesti 12–16 terapiaistunnon mittainen terapiamuoto, jossa keskitytään potilaan ihmissuhteisiin liittyviin ongelmiin ja pohditaan vaihtoehtoisia tapoja toimia.

Yksi tehokkaaksi todettu terapiamuoto on kognitiivinen terapia (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007). Kognitiivista terapiaa on vertailtu antidepressanttihoitoon ja havaittu, että terapian metodit ja terapiassa käytetyt kotitehtävät ennustavat oireiden vähenemistä paremmin kuin lääkehoito yhdistettynä kognitiiviseen terapiaan (Strunk, Cooper, Ryan, DeRubeis, & Hollon, 2012). Kognitiivisen terapian puolesta puhuu myös lääkehoitoa, käyttäytymisen aktivointia ja kognitiivista terapiaa vertaileva tutkimus (Dobson ym., 2008), jossa todettiin, että potilailla, jotka olivat osallistuneet kognitiiviseen terapiaan, oli merkittävästi pienempi masennuksen uusiutumisriski kuin vain masennuslääkityksellä hoidetuilla potilailla.

Hansin ja Hillerin (2013) meta-analyysistä esiin tulleet havainnot sen sijaan puolustavat kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa aktivoinnin lisäksi on tavoitteena muuttaa yksilön vääristyneitä ajattelu- ja käyttäytymismalleja. Hansin ja Hillerin (2013) tulosten mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia vähensi huomattavasti masennusoireita ja

hoidon vaikutus säilyi ainakin puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen. Myös Hollon ym. (2002) toteavat, että kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää akuuttia kärsimystä ja sen lisäksi pienentää masennuksen uusiutumiseriskiä hoidon jälkeen.

Huolimatta masennuksen yleisyydestä ja jatkuvasti tutkituista hoitomenetelmistä, on masennus edelleen alihoidettu tila (Ebmeier ym., 2006). Amerikkalaisessa tutkimuksessa (Marcus & Olfson, 2010) kävi ilmi, että vain kolmasosa masentuneista osallistui psykoterapiaan. Vuosien 1998–2007 välillä amerikkalaisten avohoitopotilaiden määrä nousi 6,5 miljoonasta 8,7 miljoonaan ja siitä huolimatta varsinaisen psykoterapian määrä väheni (Marcus & Olfson, 2010). Suomessa tilanne näyttää vielä murheellisemmalta, sillä vain yksi kolmasosa masennuksesta kärsivistä käytti antidepressantteja ja vain alle viidesosa sai minkäänlaista psykologista hoitoa vuosina 2000–2001 (Hämäläinen ym., 2009). Tarvitaan siis yhä enemmän kustannustehokkaita hoitomuotoja ja yhä edelleen lisätietoutta masennuksesta ja sen hoidosta.

## **1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia**

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) on osa käyttäytymisterapioiden ”kolmatta aaltoa” (Hayes, 2004). Terapiamuoto on pitkäjänteisen kielellisen tutkimustyön tulos, ja vaikka yhtäläisyyksiä löytyy niin behaviorismiin kuin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, se ei kuitenkaan suoraan perustu mihinkään aikaisempaan lähestymistapaan (Hayes, 2004). HOT:n filosofiset juuret ovat funktionaalisessa kontekstualismissa ja menetelmän taustalla on suhdekehysteoria (Relational Frame Theory, RFT; Hayes, 2004).

Funktionaalinen kontekstualismi näkyy HOT:ssa monella tavalla, kuten kokonaisvaltaisessa tavassa tarkastella psykologisia häiriöitä, totuuskäsityksessä ja henkilökohtaisten tavoitteiden korostamisessa (Hayes, 2004). HOT:ssa ei pyritä löytämään objektiivista totuutta, vaan terapiassa keskitytään siihen, mikä kunkin yksilön elämässä käytännössä toimii ja mikä ei toimi (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Jotta voitaisiin arvioida mikä toimii, on tiedettävä mitä henkilö haluaa, ja tästä syystä funktionaalisessa kontekstualismissa ajatellaan, että ”totuutta” voidaan arvioida vain yksilön keskeisten tavoitteiden kautta (Hayes, 2004). Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa puhutaan keskeisten tavoitteiden sijaan yksilön henkilökohtaisista arvoista

(Hayes, 2004). Totuuskäsityksestä johtuen psykologiset tapahtumat, kuten ajatukset tai tunteet eivät itsessään ole oikeita tai vääriä, vaan olennaista on, palvelevatko ne arvojen mukaista elämää (Ruiz, 2010). Psykkisiä ongelmia tarkasteltaessa HOT:ssa pyritään yksilön kokemuksen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen, jolloin pelkkien oireiden sijaan keskitytään siihen, missä kontekstissa ongelmat esiintyvät (Hayes, 2004). Ongelmien arvottamista pyritään välttämään ja keskeinen oletus on, että ajatukset tai tunteet eivät automaattisesti johda tiettyyn toimintaan ja siksi ne tulisi hyväksyä sellaisenaan, yrittämättä muuttaa niitä (Hayes, 2004).

Suhdekehysteoria pyrkii selittämään kielen merkitystä ihmisen toiminnassa ja psykologisen kärsimyksen aiheuttajana (Ciarrochi, Bilich, & Godsell, 2010). Ihmisellä on kyky johtaa kielellisiä suhteita tilanteesta toiseen ja oppia erilaisia kielellisiä luokkia, joilla on kuitenkin sama merkitys (Hayes, 2004). Ihminen pystyy luomaan eri asioiden välille vaikutevastaavuuksia, joita voidaan johtaa symmetrisesti (jos  $1=2$ , niin  $2=1$ ) tai transitiivisesti (Jos A on pienempi kuin B ja B on pienempi kuin C, C on suurin) (Lappalainen ym., 2004). Vaikutevastaavuudet eivät aina ole yhteydessä todellisuuteen (Hayes, 2004). Tämän lisäksi vaikutevastaavuuden merkitys voi muuttua tai siirtyä vaikutteesta toiseen (Ruiz, 2010). Esimerkiksi ajatukset tulevaisuudesta voivat ohjata yksilön toimintaa, vaikka mitään konkreettista ei ole vielä tapahtunut ja voi jopa käydä niin, että ajatus tulevaisuudesta voi muuttaa yksilön kokemusta jostain aikaisemmasta tapahtumasta. Olennaista on, että kielen ansiosta ihminen pystyy oppimaan asioita myös ilman henkilökohtaista kokemusta (Hayes, 2004).

Suhdekehyksissä yhdistyvät kaikki edellä mainitut erilaiset vaikutevastaavuudet (Hayes, 2004). Psykologiselta kannalta suhdekehykset ovat ongelmallisia, koska ne voivat sisältää myös arvion omasta itsestä, jolloin on mahdollista, että itseän kohdistuva kritiikki voimistuu ilman henkilökohtaista kokemusta, ainoastaan johdetun suhteen kautta (Lappalainen ym., 2004). Esimerkiksi jos henkilö liittyy kehumisen siihen, että on hyvä jossain asiassa, voi pelkkä kehumatta jättäminen aiheuttaa negatiivisen arvion, kuten ”olen huono”. Jos tämän lisäksi kehuja saakin vaikka työkaveri, voi henkilö ajatella, että on huonompi kuin kehuja saanut kollega. Suhdekehykset voivat näkyä psykologisissa ongelmissa myös monella muulla eri tavalla, ja ne voivat toisinaan ylläpitää ongelmaa (Hayes, 2004). Koska vaikutevastaavuudet toimivat molempiin suuntiin ja voivat muuttua, voi esimerkiksi pelko siirtyä johonkin täysin epäolennaiselta tai järjettömältäkin vaikuttavaan asiaan (Lappalainen ym., 2004). Esimerkiksi autokolarissa on saattanut olla kolarihetkellä jokin esine, vaikka kynä, ja kolarin jälkeen kynän näkeminen voi laukaista saman pelkoreaktion kuin autolla ajaminen tai äkkijarrutus. Myös sanat itsessään voivat aiheuttaa tuskaa tai psykologista kärsimystä, sillä ne ovat osa suhdekehyskiä (Lappalainen ym., 2004).



Suhdekehysteoria selittää siis kielen ja kognitiivisen toiminnan merkitystä ihmisen elämässä (Hayes, 2004). Tärkeä huomio on, että myös ei-kielelliset vaikutteet, kuten ajatukset ja tunteet voivat sisältää samoja merkityksiä kuin kielelliset vaikutteet (Lappalainen ym., 2004). Tästä syystä hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ei pyritä sanallisesti muuttamaan kognitiivisia prosesseja, vaan keskitytään vaikuttamaan siihen, mikä on niiden merkitys yksilölle itselleen (Ruiz, 2010). Tämä on yksi keskeinen ero HOT:n ja kognitiivisen käyttäytymisterapian välillä. HOT:n käsitys nojaa teorian lisäksi lukuisiin tutkimustuloksiin, joissa kognition muuttamisen tärkeyttä ei ole pystytty osoittamaan (Hayes ym., 2006). Useissa tutkimuksissa on myös havaittu, että pyrkimys välttää ikäviä ajatuksia johtaa usein jopa päinvastaiseen tilanteeseen, eli epämieluisen ajatusten lisääntymiseen (Lappalainen ym., 2004).

Inhimillistä kärsimystä esiintyy hyvin laajasti, kulttuureista riippumatta, ympäri maapalloa. Edellä mainitsimme joitain esimerkkejä, jotka kuvaavat kuinka suhdekehukset voivat aiheuttaa psykologista kärsimystä. Hyväksymis- ja omistautumisterapian mukaan ihminen pyrkii luonnostaan suojelemaan itseään välttämällä kärsimykseen liittyviä kokemuksia (Hayes ym., 2006). Kuitenkin juuri kamppailu ikäviä kokemuksia vastaan nähdään ongelmallisena asiana (Hayes, 2004). Tällöin ihmiselle luontainen tapa toimia aiheuttaa siis kärsimystä. Hyväksymis- ja omistautumisterapian keskeinen ajatus onkin, että kärsimys on inhimillistä, elämään kuuluvaa, eikä psyykinen terveys ole itsestäänselvyys (Lappalainen ym., 2004). Tästä syystä HOT:ssa ei keskitytä diagnooseihin tai psyykkisten häiriöiden ”parantamiseen”, vaan yksilön psykologisen joustavuuden kasvattamiseen (Ciarrochi ym., 2010).

Psykologisella joustavuudella tarkoitetaan yksilön kykyä vastustaa tai muuttaa omaa toimintaansa, jotta hän voisi olla läsnä tässä hetkessä ja pyrkiä kohti arvojensa mukaista elämää (Bond, Hayes, & Barnes-Holmes, 2006). Tavoitteena on, että yksilö oppii havaitsemaan omaa välttämiskäyttäytymistään ja mielen kontrollia ja pystyy käyttämään muita, joustavampia strategioita epämiellyttävien tilanteiden käsittelyyn (Hayes, 2004). Psykologista joustavuutta pyritään hyväksymis- ja omistautumisterapiassa lisäämään kuuden eri prosessin avulla, joita ovat 1) hyväksyntä, 2) arvot, 3) arvojen mukaiset teot, 4) mielen kontrollin vähentäminen, 5) minä kontekstina ja 6) tietoinen läsnäolo (Hayes ym., 2006).

Ciarrochi ym. (2010) ovat määritelleet *hyväksynnän* halukkuudeksi kohdata omat sisäiset tapahtumat, kuten ajatukset ja tunteet, sellaisenaan yrittämättä muuttaa niitä. Hyväksynnän on havaittu olevan yhteydessä sinnikkääseen ja tietoiseen tehtävien suorittamiseen (engl. task persistence) ja parempaan ahdistuksen sietokykyyn (Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes, 2012).

*Arvoilla* Ciarrochi ym. (2010) tarkoittavat yksilöllisesti valittuja suuntaviivoja, jotka vievät henkilöä kohti sellaista elämää kuin hän todella haluaa elää. Arvoja ei voida koskaan täydellisesti saavuttaa, mutta ne ohjaavat henkilön toimintaa ja tekevät hänen elämästään merkityksellistä. Olennaista on, että arvoilla tarkoitetaan yksilön tärkeiksi kokemia asioita, ei yleisiä moraalisia tai eettisiä ohjeita elämästä. Sitoutumisella *arvojen mukaisiin tekoihin* halutaan puolestaan korostaa, että arvot ovat tietoinen valinta. Ne edellyttävät yksilöltä konkreettisia tekoja, joiden tekeminen voi tuntua toisinaan vaikealta. Arvojen aktiivisen työstämisen on havaittu vähentävän stressiä (Hermann, 2008) ja sitoutuminen arvojen mukaisiin tekoihin näyttäisi olevan yhteydessä parempaan elämänlaatuun (Ruiz, 2010).

*Mielen kontrollin vähentämisellä* Ciarrochi ym. (2010) tarkoittavat sitä, että henkilö ymmärtää ajatusten olevan vain havainnoitavissa olevia asioita, joiden ei välttämättä tarvitse johtaa mihinkään tiettyyn toimintaan. Kokemukset ymmärretään omiksi, henkilökohtaisiksi näkökulmiksi, eikä niitä pidetä täydellisinä kuvauksina jostain tilanteesta. Mielen kontrollin heikentäminen näyttäisi vähentävän kielteisiin ajatuksiin ja itsearviointeihin liittyvää ahdistusta (Masuda, Feinstein, Wendell, & Sheehan, 2010). Ciarrochin ym. (2010) mukaan *minä kontekstina* tai *havainnoiva minä* sisältää ajatuksen, että henkilö näkee itsensä paikkana, jossa erilaiset tunteet ja ajatukset esiintyvät, mutta eivät ole yhtä ”minän” kanssa. Tällöin myös minäkäsitykset voidaan irrottaa itsestä erillisiksi ja henkilö voi havaita, että jokaista arviota, tunnetta tai ajatusta tarkkailee vielä erillinen ”minä”. *Tietoisella läsnäololla* Ciarrochi ym. (2010) tarkoittavat henkilön kykyä olla avoin sille, mitä tapahtuu juuri tässä hetkessä. He puhuvat myös tietoisuustaidoista, jolloin henkilö havainnoi ja tulee tietoiseksi siitä kuinka erilaiset mielen tapahtumat, kuten ajatukset ja tuntemukset, tulevat ja menevät. Tietoisuustaitojen on havaittu vähentävän stressiä, ahdistusta ja kielteisten tunteiden esiintymistä sekä parantavan psykologista hyvinvointia (Eberth & Sedlmeier, 2012).

Kaikki prosessit liittyvät toisiinsa ja osittain limittyvät myös päällekkäin, ja siksi kaikkiin prosesseihin ei välttämättä tarvitse terapiassa keskittyä niiden vahvistaessa toisiaan (Ciarrochi ym., 2010). Toisaalta on tärkeää huomioida, että prosessit eivät toimi toisistaan irrallisina asioina. Esimerkiksi hyväksyntä on keskeistä vain, mikäli se on yhteydessä arvoihin ja arvojen mukaisiin tekoihin (Ruiz, 2010). Prosessit voidaan nähdä myönteisinä taitoina, joita voidaan oppia ja jotka voimistavat henkilön psykologista joustavuutta (Hayes ym., 2006). Näitä prosesseja tai taitoja pyritään hyväksymis- ja omistautumisterapiassa kehittämään erilaisten kokemuksellisten harjoitusten, metaforien ja paradoksien avulla (Ciarrochi ym., 2010).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on kritisoitu pohtimalla muun muassa sitä, että vaikka se teoreettisesti eroaa kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, niin ovatko terapioiden käytetyt menetelmät käytännössä kuitenkin samanlaisia (Arch & Craske, 2008; Hofmann & Asmundson, 2008). HOT:a on kritisoitu myös sen tutkimukseen liittyvän metodologisen heikkouden takia. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa edustava Lars-Göran Öst (2008) muun muassa argumentoi, että HOT:n tutkimusta ei ole tehty yhtä hyvin kuin vaikkapa kognitiivisen käyttäytymisterapian tutkimusta; sen tutkimusmenetelmät ovat heikkoja ja efektikoot lieviä. Hänen mukaansa hyväksymis- ja omistautumisterapia ei ole empiiriseen näyttöön perustuva hoitomuoto. Kritiikki kohdistui erityisesti siihen, että hyväksymis- ja omistautumisterapiaan liittyvissä tutkimuksissa tutkittavat on harvoin diagnosoitu ja seurantatutkimuksia on puutteellisesti. Lisäksi useissa tutkimuksissa terapeuttien määrä on ollut vähäinen, eikä heidän pätevyyttään käytäviä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ole arvioitu (Öst, 2008). Arvostelu kohdistui myös tutkimusten yleistettävyyteen, sillä tutkittavat olivat enimmäkseen keski-ikäisiä (Öst, 2008).

Gaudiano (2009) on vastannut Östin esittämään kritiikkiin argumentoimalla sitä, että Östin käyttämä metodologinen arviointi on vaikeasti tulkittavissa ja hänen kritiikkinsä taustalla olevat näytteet virheellisiä. Gaudiano myöntää, että HOT:n tutkimusta voi yhä edelleen parantaa, mutta kritisoi Östin käyttämien mittareiden luotettavuutta. Lisäksi Gaudiano muistuttaa, että kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tutkittu huomattavasti pidempään kuin HOT:a, jolloin ne eivät ole suoraan vertailukelpoisia. HOT:n lyhyemmästä tutkimusperinteestä johtuen sen tutkimus ei luonnollisesti voi olla yhtä vahvaa kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian.

### **1.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia masennuksen hoidossa**

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa psykologisia häiriöitä, kuten masennusta, lähestytään siis psykologisen joustavuuden näkökulmasta (Ciarrochi ym., 2010). Nimenomaan sen vastakohtana, psykologisen joustamattomuuden katsotaan olevan mielenterveyden häiriöissä keskeisessä roolissa (Ruiz, 2010). Psykologiseen joustamattomuuteen liittyy tiiviisti kokemuksellista välttämiskäyttäytymistä, jota voimistaa vahva mielen kontrolli (Ciarrochi ym., 2010). Kokemuksellisella välttämällä tarkoitetaan ihmisen pyrkimystä välttää ikäväksi koettuja sisäisiä tapahtumia, jotka aiheuttavat psykologista kärsimystä (Hayes, 2004). Mielen kontrolli tukee

kokemuksellista välttämistä ja on haitallista mikäli henkilön mielensisällöt, kuten ajatukset, rajoittavat hänen käyttäytymistään (Hayes ym., 2006). Usein yritys välttää kokemuksia johtaa niihin liittyvien asioiden suhdekehityksen voimistumiseen ja tällöin vältellyt asiat aktivoituvat aiempaa helpommin (Hayes ym., 2006). Näiden toimintamallien ollessa vallalla henkilön psykologinen joustavuus on vähäistä ja terapiassa pyritäänkin joustavuuden kasvattamiseen aiemmin kuvattujen muutosprosessien avulla (Ciarrochi ym., 2010). Tutkimustulosten mukaan näyttäisi siltä, että kokemuksellinen välttäminen on myös masennuksen keskeinen mekanismi (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011) ja yhteydessä sekä passiivisten coping-keinojen käyttöön, että huonompaan psyykkiseen hyvinvointiin (Fledderus, Bohlmeijer, & Pieterse, 2010).

Hyväksymis- ja omistautumisterapialla on saavutettu hyviä tuloksia muun muassa psykoosien (Bach, Hayes, & Gallop, 2012), kroonisen kivun (Vowles & Thompson, 2011; Wetherell ym., 2011), epilepsian (Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008; Lundgren, Dahl, Yardi, & Melin, 2008) ja posttraumaattisen stressihäiriön (Orsillo & Batten, 2005) hoidossa. Hyväksymis- ja omistautumisterapiasta masennuksen hoidossa on tehty melko vähän tutkimuksia, mutta saadut tulokset ovat kannustavia. Vertailevissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että HOT on vaikuttava hoitomenetelmä myös masennuksen hoidossa, mutta sen paremmuutta muihin terapiasuuntauksiin, kuten kognitiiviseen terapiaan, ei ole voitu osoittaa (Forman ym., 2007; Powers, Zum Vorde Sive Vording, Maarten, & Emmelkamp, 2009). Kuitenkin vertailtaessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvaan psykoterapiaan nuorten masennuksen hoidossa, on HOT:lla saatu parempia hoitotuloksia (Hayes, Boyd, & Sewell, 2011).

Bohlmeijerin ym. (2011) mukaan varhainen hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuva interventio ehkäisee vakavan masennuksen kehittymistä ja vähentää kokemuksellista välttämiskäyttäytymistä. Bohlmeijer ym. (2011) korostavat HOT:n sopivan hyvin varhaiseen interventioon ja vakavan masennuksen ennaltaehkäisyyn. Hyviä tuloksia on saatu myös Ruotsissa tutkittaessa masennuksen vuoksi pitkäaikaisella sairauslomalla olevia työntekijöitä (Folke, Parling, & Melin, 2012). Tutkittavien masennusoireet vähenivät ja heidän elämänlaatunsa parani HOT -intervention myötä huomattavasti (Folke ym., 2012). Myönteiset tulokset olivat nähtävissä vielä puolitoista vuotta hoidon jälkeen, joskin sairauslomalta töihin palasivat vain harvat.

Muutosprosesseista hyväksynnän ja tietoisien toiminnan kasvun on havaittu olevan yhteydessä parempaan hoitotulokseen masennuksen hoidossa (Forman ym., 2007). Lisää tutkimustuloksia kuitenkin kaivataan. Vaikka hyväksymis- ja omistautumisterapia on tutkitusti vaikuttava hoitomuoto myös masennuksen hoidossa, lisätietoa tarvitaan erityisesti siitä, miten asioiden

merkitykset muuttuvat ja kokemuksellinen välttäminen vähenee (Ruiz, 2010). Myöskään sitä, onko jokin muutosprosessi yksilön hyvinvoinnin kannalta tärkeämpi kuin toinen, ei ole tutkittu.

#### **1.4 Kotitehtävien käyttö terapiassa**

Eri psykoterapiamuotoja yhdistää niiden yhteinen tavoite: niissä pyritään vähentämään asiakkaan kärsimystä ja parantamaan asiakkaan toimintaa sellaisissa tilanteissa ja ihmissuhteissa, joissa ongelmia ilmenee. Yksi, jo monissa tutkimuksissa hyödylliseksi todettu keino on kotitehtävät. Kliinistä työtä tekevät psykologit käyttävät kotitehtäviä paljon, esimerkiksi 68 % American Psychological Associationin (APA) psykologeista (n=827) raportoi käyttävänsä kotitehtäviä työssään ”usein” tai ”lähes aina” (Kazantzis, Lampropoulos, & Deane, 2005). Erään, tosin vanhan, selvityksen mukaan Uudessa-Seelannissa psykologit käyttivät kotitehtäviä keskimäärin 57 %:lla istunnoista, kognitiivisissa terapiamuodoissa luku oli hieman isompi (66 %; Kazantzis & Deane, 1999).

Kotitehtäviä käytetään laajalti eri häiriöiden hoidossa ja erilaisissa terapiamuodoissa. Kotitehtävien yhteys parempaan hoitotulokseen on osoitettu ainakin kokaiiniriippuvuuden (Carroll, Nich, & Ball, 2005; Gonzalez, Schmitz, & DeLaune, 2006), kroonisen väsymysoireyhtymän (Hlavaty, Brown, & Jason, 2011), ahdistuneisuushäiriöiden (Huppert, Ledley, & Foa, 2006) ja masennuksen (Thase & Callan, 2006) hoidossa. Kotitehtäviä käytetään myös keskenään hyvin erilaisissa terapiamuodoissa, kuten interpersoonallisessa psykoterapiassa, jossa kotitehtävien tavoitteena on edistää potilaan läheisiä ihmissuhteita (Blanco, Clougherty, Lipsitz, Mufson, & Weissman, 2006), perhe- ja pariterapiassa (Dattilio, 2002) ja asiakaskeskeisessä terapiassa (Brodley, 2006). Myös psykodynaamisessa psykoterapiassa kotitehtäviä voidaan käyttää, vaikka niiden soveltaminen voi olla vaikeaa (Stricker & George, 2006). Kaiken kaikkiaan kotitehtävät voivat olla edistävää elementtiä monissa eri terapiamuodoissa, kunhan tehtävät on valittu kullekin potilaalle sopiviksi ja hoidon tavoitteet huomioon ottaen (Stricker & George, 2006).

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on ehkä eniten kotitehtäviin liitetty terapiamuoto, jossa kotitehtävät ovat yksi ydinelementti ja tärkeä muutoksen mekanismi masennuksen hoidossa (Kazantzis, Deane, Ronan, & L'Abate, 2005). Kotitehtäviä ja masennuksen hoitoa kognitiivisessa

käyttäytymisterapissa on tutkittu paljon, ja on yhtenevästi löydetty selvä yhteys sille, että kotitehtäviä tekevien asiakkaiden hoitotulos on todennäköisesti parempi kuin niiden asiakkaiden, jotka kotitehtäviä eivät tee (Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000; Kazantzis ym., 2005; Thase & Callan, 2006).

Kazantzis ym. (2005) toteavat, että kotitehtävät ovat masennuksen hoidossa tärkeitä kahdesta syystä: Ensinnäkin masennus paranee todennäköisesti nopeammin, jos asiakkaat harjoittelevat terapiassa oppimiaan taitoja myös terapian ulkopuolella. Toiseksi, masennukselle alttiilla henkilöillä on todettu olevan alempi kyky ratkaista ongelmia ja käsitellä tietoa. Tietyn tyyppiset kotitehtävät voivat siten auttaa heitä tekemään yhteyksiä ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välillä ja kohottavat asiakkaan onnistumisen tunnetta: hän voi tehdä asioita ja ratkaista ongelmia itsenäisesti, ilman että tarvitsee terapeuttia tekemään ratkaisuja puolestaan. Kotitehtävien tarkoituksena on linkittää terapiassa tehty työ myös arkipäivään, ja ne voidaan lisäksi nähdä siltana terapian ja asiakkaan arkielämän välillä, sillä kotitehtävät antavat myös terapeutille paljon tietoa asiakkaan käyttäytymisestä ja kokemuksista ihmissuhteissa terapian ulkopuolella (Kazantzis ym., 2005). Tehokkaasti käytettyinä kotitehtävät voivatkin syvästi rikastuttaa oppimisen prosessia niin asiakkaalla kuin terapeutilla (Kazantzis ym., 2005). Parhaisiin hoitotuloksiin päästään, kun kotitehtävät suunnitellaan yksilöllisesti, kunkin asiakkaan tilanteeseen sopivaksi (Kazantzis ym., 2005) ja kun kotitehtävissä on selvä, konkreettinen tavoite (Detweiler-Bedell & Whisman, 2005). Lisäksi on tärkeää, että terapeutti havainnollistaa kotitehtävän asiakkaalle, esimerkiksi kirjoittamalla tehtävänannon ylös ja keskustelee asiakkaan kanssa tehtävään liittyvistä haasteista ja esteistä (Detweiler-Bedell & Whisman, 2005).

Kotitehtäviin liittyvä tutkimus on suurimmaksi osaksi perustunut korrelaatioiden tutkimiseen, joiden pohjalta voidaan todeta vain se, että kotitehtävien ja hoidosta hyötymisen välillä esiintyy positiivinen riippuvuussuhde. Tällaisista tutkimuksista ei voida siis varmasti sanoa, kumpaan suuntaan syy-seuraussuhde vaikuttaa: onko niin, että mitä enemmän asiakas tekee kotitehtäviä, sitä enemmän hoitotulos paranee, vai kenties niin, että mitä enemmän asiakkaan tila paranee, sitä motivoituneempi hän on tekemään kotitehtäviä? Burns ja Spangler (2000) tutkivat yhteyttä kotitehtävien noudattamisen ja hoitotuloksen välillä. Tutkittavat (n=521) olivat eri vaikeusasteisesti masentuneita ja hoitomuotona käytettiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Burns ja Spangler (2000) totesivat, että niillä asiakkailla, jotka tekivät eniten kotitehtäviä, oli parempi hoitotulos kuin niillä, jotka tekivät vähän tai eivät yhtään kotitehtäviä. He havaitsivat myös, että masennuksen vakavuus ei näyttänyt vaikuttaneen kotitehtävien noudattamiseen, sillä vakavasti masentuneet tekivät keskimäärin vähintään yhtä paljon kotitehtäviä kuin lievästä masennuksesta kärsivät.

Näyttäisi siis siltä, että kotitehtävät todella lisäävät todennäköisyyttä hyötyä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja ne ovat tärkeässä roolissa masennuksen hoidossa.

Kotitehtävien käytöstä hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ei ole tehty tutkimuksia, vaikka kotitehtävät ovatkin siinä keskeisessä roolissa. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa kotitehtävillä pyritään vahvistamaan eri muutosprosesseja (arvot, arvojen mukaiset teot, tietoinen läsnäolo, havainnoiva minä, mielen kontrollin vähentäminen ja hyväksyntä), joita voidaan harjoittaa erilaisten kokemuksellisten harjoitusten kautta (esim. Lappalainen ym., 2004).

## **1.5 Yhteenveto**

Masennus on yksi yleisin fyysistä ja psyykkistä kärsimystä aiheuttava, sekä toimintakykyä merkittävästi heikentävä mielialahäiriö, johon kuuluu laaja kirjo erilaisia oireita. Masennukseen liittyy selvästi kohonnut itsemurhariski, ja yksilöllisen kärsimyksen lisäksi masennus aiheuttaa mittavia kustannuksia myös yhteiskunnalle. Masennushäiriön kehittyminen on monitekijäinen ja monimutkainen prosessi, jonka syntyä on yritetty selittää eri teorioiden pohjalta.

Masennusta hoidetaan useimmiten lääkkeillä ja psykoterapialla, joskin lääkkeiden ja eri psykoterapiamuotojen tehokkuudesta on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Masennus on lisääntyvästä tiedosta ja uusista hoitomenetelmistä huolimatta edelleen alihoidettu tila, jonka takia tarvittaisiin yhä enemmän kustannustehokkaita hoitomuotoja sekä lisätietoutta masennuksesta ja sen hoidosta.

Hyväksymis- ja omistautumisterapialla (HOT) on saavutettu hyviä tuloksia masennuksen hoidossa. HOT:n taustaoletuksena on, että epämieluisien kokemusten välttäminen ja siihen liittyvä voimakas mielen kontrolli ovat ihmiselle luontainen tapa toimia. Tämän toimintamallin katsotaan kuitenkin edesauttavan psyykkisten ongelmien syntyä ja joidenkin tutkimusten mukaan kokemuksellinen välttäminen näyttäisi olevan myös masennuksen keskeinen mekanismi. Tästä syystä HOT:ssa terapian tavoitteena on vähentää edellä kuvattua käyttäytymistä ja lisätä yksilön psykologista joustavuutta kuuden eri muutosprosessin avulla. Sisäisten tuntemusten, kuten ajatusten, muokkaamisen sijaan terapiassa keskitytään asioiden merkitysten muuttamiseen.

Masennuksen hoidossa psykologisen joustavuuden kasvun on havaittu olevan yhteydessä parempaan hoitotulokseen. Yksittäisistä muutosprosesseista erityisesti hyväksynnällä ja tietoisien toiminnan kasvulla näyttäisi olevan positiivinen yhteys masennuksesta toipumiseen. Tietoa muutosprosesseista ja niiden merkityksestä masennuksen hoidossa on kuitenkin vähän, joten lisää tutkimustuloksia kaivataan.

Etenkin kognitiivisissa käyttäytymisterapioissa käytetään paljon kotitehtäviä terapian apuvälineenä. Kotitehtävien käyttö onkin useissa tutkimuksissa todettu hyödylliseksi välineeksi myös masennuksen hoidossa. Kotitehtäviä ja masennuksen hoitoa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa on tutkittu paljon, ja on yhtenevästi löydetty selvä yhteys sille, että kotitehtäviä tekevien asiakkaiden hoitotulos on todennäköisesti parempi kuin niiden asiakkaiden, jotka kotitehtäviä eivät tee. Kotitehtävien tarkoituksena on linkittää terapiassa tehty työ arkipäivään, ja kotitehtävät voidaan myös nähdä siltana terapian ja asiakkaan arkielämän välillä. Masennuksen vakavuudella ei näyttäisi olevan vaikutusta siihen, kuinka paljon asiakas kotitehtäviä tekee.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa kotitehtävät painottuvat muutosprosessien vahvistamiseen ja niiden soveltamiseen arkielämässä. Vaikka kotitehtävien vaikuttavuutta on tutkittu paljon muissa terapiasuuntauksissa, tarvitaan kuitenkin lisätietoa siitä, minkälaisista harjoituksista masentuneet hyötyvät eniten. Tällöin masennuksen hoidossa voitaisiin keskittyä tietämystyyppisten kotitehtävien soveltamiseen.

## **1.6 Tutkimuskysymykset**

Kotitehtävien vaikutuksesta hoitotulokseen on tehty paljon tutkimusta ja kotitehtävien hyödyt on, etenkin kognitiivisissa käyttäytymisterapioissa, osoitettu todellisiksi jo useaan otteeseen. Vaikka kotitehtävien merkitystä hoitotulokseen hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ei ole tutkittu, voidaan kuitenkin olettaa, että kotitehtävillä saadut hyvät tulokset kognitiivisissa käyttäytymisterapioissa on yleistettävissä myös hyväksymis- ja omistautumisterapiaan.

Tutkimuksemme päätavoitteena oli tarkastella sitä, onko HOT:n prosessien soveltaminen terapiakertojen välissä yhteydessä parempaan hoitotulokseen masennuksen hoidossa. Hyväksymis-



ja omistautumisterapian prosessien soveltaminen terapiaistuntojen välissä on rinnastettavissa kotitehtävien tekoon: kotitehtävät ovat nimenomaan prosessien soveltamista käytännössä.

Aikaisempiin tutkimustuloksiin nojautuen oletimme, että aktiivisesti HOT:n menetelmiä soveltavilla on parempi hoitotulos kuin niillä, jotka prosesseja eivät sovelle. HOT:n prosessien soveltamisen yhteyttä hoitotulokseen selvitimme tarkemmin seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Onko jokin hyväksymis- ja omistautumisterapian kuudesta prosessista voimakkaammin yhteydessä hoitotulokseen kuin muut prosessit?
2. Vaikuttaako tutkittavien masennuksen vaikeusaste prosessien soveltamiseen määrään? Onko niin, että ne tutkittavat, joiden masennusaste on lievä, tekevät enemmän kotitehtäviä kuin vaikeammasta masennuksesta kärsivät henkilöt?
3. Onko psykologisen joustavuuden lähtötasolla vaikutusta siihen, kuinka paljon tutkittavat soveltavat HOT:n prosesseja terapiaistuntojen välissä?

## **2. MENETELMÄ**

### **2.1 Tutkimuksen kulku**

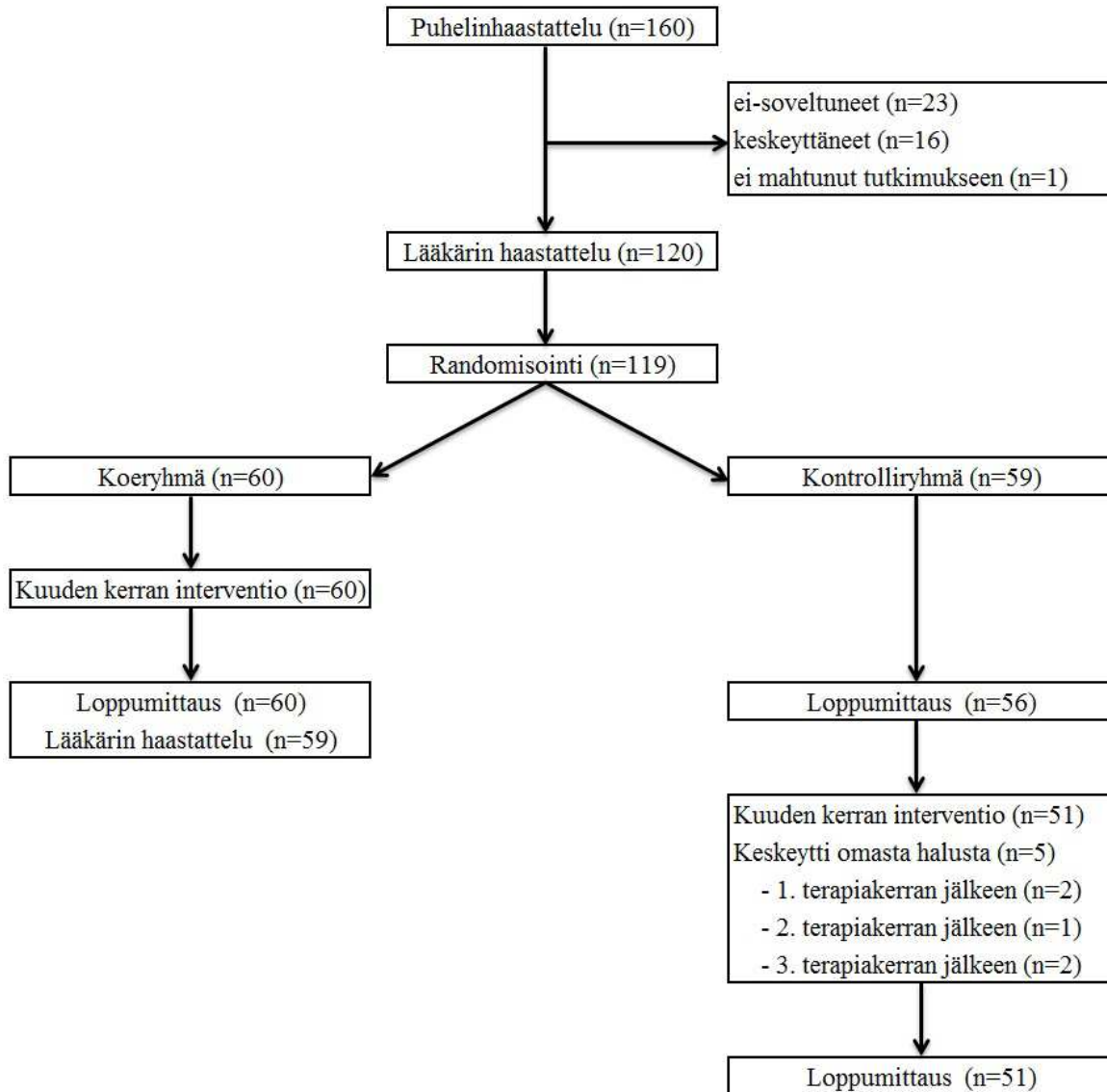
Tutkimuksessa kerätty aineisto perustuu Jyväskylän Yliopiston psykologian laitoksen lyhytterapiamuotoja selvittävään tutkimushankkeeseen. Tutkimusaineistomme koostuu syksyn 2011, kevään 2012 ja syksyn 2012 koe- ja kontrolliryhmistä. Tutkimushenkilöitä haettiin tiedottamalla tutkimuksesta lehti-ilmoituksilla Suur-Jyväskylä lehdessä ja Keski-suomalaisessa, sekä Keski-Suomen alueen terveyskeskusten ilmoitustauluilla. Tutkimukseen osallistuminen ja terapia oli koehenkilöille maksutonta.

Tutkimuksesta kiinnostuneet ottivat yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse, jonka jälkeen jokaiselle ilmoittautuneelle tehtiin noin puolen tunnin mittainen puhelinhaastattelu. Haastattelussa kartoitettiin tutkimukseen soveltumista tiedustelemalla masennusoireista, masennuksen kestosta, muista mahdollisista hoidoista ja itsetuhoisten ajatusten esiintyvyydestä. Tutkittavien tuli olla 18-65-vuotiaita masentuneita, joilla ei esiintynyt muita vakavia mielenterveyden häiriöitä, alkoholi- tai huumeriippuvuutta, aivovammaa tai dementiaa, eivätkä he saaneet samanaikaisesti muuta keskusteluhoitoa. Niille koehenkilöille, jotka puhelinhaastattelun perusteella soveltuivat

tutkimukseen, varattiin aika lääkärin diagnoosihaastatteluun sekä EEG-mittaukseen. Tutkittaville lähetettiin postitse taustatietolomake ja alkumittaripaketti, joka koostui 15:sta eri mittarista. Tässä tutkimuksessa olemme käyttäneet masennuksen oiremittareista The Beck Depression Inventory-mittaria (BDI-II), Symptom Check List 90- kyselyä (SCL-90), General Health Questionnaire 12-mittaria (GHQ-12) ja psyykkisiä prosesseja kuvaavista mittareista Acceptance and Action Questionnaire- kyselyä (AAQ-II), The Automatic Thoughts Questionnaire- kyselyä (ATQ) ja Kentucky Inventory of Mindfulness Skills- mittaria (KIMS). Nämä mittarit on kuvattu tarkemmin osiossa ”mittarit ja muuttajat”. Niille henkilöille, jotka eivät soveltuneet tutkimukseen, lähetettiin kirje Jyväskylän alueen mielenterveyspalveluista ja suositeltavasta kirjallisuudesta.

Lääkärin haastattelussa kartoitettiin tutkittavien elämäntilanne, psyykinen ja fyysinen terveydentila sekä varmistettiin soveltuvuus tutkimukseen. Lisäksi koehenkilöille annettiin masennusdiagnoosi. Lääkärin haastattelun ja EEG-mittauksen jälkeen tutkittavat satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin, kuitenkin ikä, sukupuoli, masennusdiagnoosi ja lääkitys huomioiden. Tämän jälkeen koeryhmään kuuluneet tutkittavat aloittivat kuuden kerran HOT-terapian, jonka aikana kontrolliryhmä ei saanut mitään hoitoa. Näin voitiin tarkastella, johtuuko mahdollinen masennustilassa tapahtuva muutos hoidosta vai tapahtuuko muutosta ajan kuluessa joka tapauksessa. Eettisistä syistä johtuen myös kontrolliryhmä sai odotusajan jälkeen saman hoidon kuin koeryhmä.

Kaikki tutkittavat täyttivät alkumittaripaketin ennen ensimmäistä terapiakertaa. Lisäksi hoidon edistymistä seurattiin tekemällä välimittaukset viidellä eri mittarilla, kolmannella ja viidennellä hoitokerralla. Tutkittavat täyttivät myös viikkopäiväkirjaa (AWD) terapiakertojen välissä, toisesta terapiakerrasta lähtien. Viimeisen terapiakerran jälkeen tutkittavat täyttivät loppumittaripaketin, joka sisälsi kaikki samat mittarit kuin alussa, paitsi persoonallisuustestin The Short Five (S5) ja motivaatiotekijöitä mittaavan Personal Strivings Assessment- testin (PSA). Kontrolliryhmä täytti alkumittaripaketin ennen lääkärin diagnoosihaastattelua ja loppumittaripaketin sekä ennen hoidon alkua että hoidon loputtua. Tutkimuksen kulkua havainnollistamme kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen kulku

## 2.2 Tutkittavat

Tutkimukseen ilmoittautui yhteensä 160 henkilöä, joista kaikki haastateltiin puhelimitse. Puhelinhaastattelun perusteella 23 henkilöä ei soveltunut tutkimukseen ja yksi tutkittava jäi soveltumattomuutensa vuoksi tutkimuksesta pois lääkäriin haastattelun jälkeen. Ei-soveltuvista naisia oli 18 ja miehiä kuusi. 16 koehenkilöä keskeytti tutkimuksen omasta halustaan jo ennen lääkäriin

diagnoosihaastattelua ja yksi tutkittava ei mahtunut tutkimukseen suuresta ilmoittautumismäärästä johtuen.

Satunnaistamisvaiheessa tutkittavia oli siis yhteensä 119 henkilöä, joista 60 arvottiin koeryhmään ja 59 kontrolliryhmään. Kaikki koeryhmään kuuluvat henkilöt osallistuivat kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiaan, ja täyttivät hoidon jälkeen loppumittaripaketin. Yksi tutkittavista ei saapunut lääkärin loppuhaastatteluun, joten häneltä hoidon jälkeinen diagnoosi puuttuu. Tämä henkilö on kuitenkin mukana tutkimusjoukossamme, koska tutkimuksessa tarvittavat tiedot olivat saatavilla loppumittaripaketista.

Kontrolliryhmä aloitti kuuden kerran hoidon vasta koeryhmän hoitojen loputtua, jolloin kolme tutkittavaa oli jättäytynyt omasta halustaan pois tutkimuksesta. Lisäksi hoidon aikana yhteensä viisi henkilöä keskeytti terapian henkilökohtaisista syistä johtuen. Kontrolliryhmään kuuluvista tutkittavista kuuden kerran HOT- interventioon osallistui lopulta 51 henkilöä. Kaikista keskeyttäneistä 15 oli naisia ja 9 miehiä.

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksemme oli nimenomaan terapiakertojen välissä tehtävissä asioissa, joita mitattiin AWD- viikkopäiväkirjojen avulla. Kolmelta tutkittavalta viikkopäiväkirjoja emme voineet tässä tutkimuksessa käyttää, koska päiväkirjat joko puuttuivat kokonaan tai merkinnät olivat liian puutteelliset. Lopullinen tutkimusjoukkomme koostui siis 108 henkilöstä.

### **2.2.1 Taustatiedot**

Valtaosa tutkittavista (74,1 %) oli naisia, miehiä oli mukana noin kolmannes (25,9 %). Tutkittavien keski-ikä oli 49,18 vuotta (sd=12,33), mutta ikähaitari vaihteli 18–65 vuoden välillä ja parisuhteessa heistä oli noin puolet. Enemmistö tutkittavista oli suorittanut keskiasteen koulutuksen ja noin kolmasosalla oli korkeakoulututkinto. Tutkittavista noin kolmannes oli työssäkäyviä ja neljäsosa eläkeläisiä. Taulukossa 1 on kuvattu tutkittavien taustatietoja tarkemmin.

TAULUKKO 1. Tutkittavien koulutusaste, työtilanne ja siviilisääty

	Tutkittavat (n=108)
Koulutus (%)	
Perusaste	7 (6,5 %)
Keskiaste	70 (64,8 %)
Korkea-aste	31 (28,7 %)
Työtilanne (%)*	
Töissä	43 (39,8 %)
Eläkkeellä	27 (25,0 %)
Työtön	11 (10,2 %)
Opiskelija	9 (8,3 %)
Muu	9 (8,3 %)
Sairausloma	5 (4,6 %)
Yrittäjä	3 (2,8 %)
Siviilisääty*	
Avoliitossa	49 (45,4 %)
Naimaton	24 (22,2 %)
Eronnut	19 (17,6 %)
Avoliitossa	8 (7,4 %)
Leski	6 (5,6 %)
Muu	1 (0,9 %)

\*n=107

Suurin osa tutkittavista kärsi joko lievästä masennuksesta tai toistuvasta keskivaikeasta masennuksesta. Tutkittavista reilu kolmasosa käytti masennuslääkitystä hoidon aikana ja enemmistö oli aikaisemmin saanut keskusteluhoitoa tai terapiaa. Lähes puolet tutkittavista raportoi myös sukulaisilla esiintyvistä mielenterveysongelmista. Taustatietoja on kuvattu yksityiskohtaisemmin taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tutkittavien diagnoosi, lääkitys, sukulaisten mielenterveysongelmat, aikaisemmat muut mielenterveysongelmat ja aiempi hoito

	Tutkittavat (n=108)
Diagnoosi	
F32.0 Lievä masennus	36 (33,3 %)
F32.1 Keskivaikea masennus	14 (13,0 %)
F34.1 Pitkäaikainen masennus	8 (7,4 %)
F33.0 Toistuvan masennuksen lievä masennusjakso	17 (15,7 %)
F33.1 Toistuvan masennuksen keskivaikea masennusjakso	33 (30,6 %)
Masennuslääkitys nyt	38 (35,2 %)
Aikaisemmat muut mielenterveysongelmat*	11 (10,2 %)
Aiempi keskusteluhoito tai terapia *	73 (67,6 %)
Sukulaisten mielenterveydenongelmat **	52 (48,1 %)

\* n=107, \*\*n=104

### 2.3 Hoito

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuva hoito sisälsi kuusi tunnin pituista, viikoittaista terapiaistuntoa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tiloissa. Terapeutteina toimivat Jyväskylän yliopiston psykologian pääaineopiskelijat, jotka saivat 16 tunnin koulutuksen HOT:n menetelmien käyttöön ja lisäksi perehdytyksen asiakkaille annettaviin lomakkeisiin ja käytännön järjestelyihin. Suurin osa opiskelijaterapeuteista oli kolmannen ja neljännen vuoden opiskelijoita, joskin mukana oli myös muutamia toisen vuoden opiskelijoita. Terapeutteja oli yhteensä 71 ja terapeuttien asiakasmäärä vaihteli yhdestä kolmeen. Terapioiden ajan opiskelijat saivat lähes viikoittain ryhmämuotoista työnohjausta, joissa käytiin läpi asiakkaiden tilanteita ja annettiin neuvoja seuraavia tapaamiskertoja varten. Opiskelijat kokoontuivat viikoittain myös pienryhmissä, joissa heillä oli mahdollisuus keskustella hoitoon liittyvistä kokemuksista ja asiakkaiden tilanteista keskenään. Koeryhmän terapiaistunnot tallennettiin videoimalla istunnot niin, etteivät tutkittavat näy kuvassa. Kontrolliryhmän istunnot taltioitiin puolestaan ääninauhurilla. Koeryhmän opiskelijaterapeutit litteroivat kunkin terapiakerran nauhan vielä erillisille lomakkeille. Kontrolliryhmän kohdalla terapeutit merkitsivät yhdelle lomakkeelle mitä metaforia ja harjoituksia he olivat käyttäneet milläkin terapiakerralla.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla terapeutit kartoittivat asiakkaan tilannetta ja pääongelmia, jonka pohjalta he tekivät käyttäytymisanalyysin. Käyttäytymisanalyysissä kuvattiin asiakkaan mainitsemia keskeisiä ongelmia ja ongelmien välisiä suhteita. Ensimmäisellä kerralla terapeutit myös antoivat kotitehtäväksi ”Hyvän elämän analyysin”, jonka tarkoituksena oli saada asiakas alustavasti pohtimaan arvojaan. Toisella tapaamiskerralla käyttäytymisanalyysi käytiin läpi yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin asiakkaalla oli mahdollisuus kommentoida ja korjata terapeutin tekemää analyysia. Toisella terapiakerralla painopiste oli asiakkaan arvojen määrittämisessä. Hyvän elämän analyysia käytettiin nyt apuna arvokeskustelua käydessä.

Kaksi ensimmäistä kertaa olivat siis hyvin strukturoituja, mutta seuraavat istunnot etenivät vapaammin. Kolmas, neljäs ja viides tapaaminen räätälöitiin kunkin asiakkaan tilanteesta riippuen yksilöllisesti, käsitellen arvoja, arvojen mukaisia tekoja, havainnoivaa minää, tietoista läsnäoloa, mielen kontrollin heikentämistä ja hyväksyntää. Arvotyöskentely oli terapiassa keskeisessä roolissa ja siihen palattiin yhä uudelleen, mikäli asiakkaan arvot vaikuttivat epäselviltä. Viimeisellä tapaamiskerralla käytiin läpi asiakkaan kokemuksia terapiasta ja mietittiin, onko asiakas havainnut muutoksia mielialassaan. Samalla pohdittiin myös, mitä asiakas voisi jatkossa tehdä edistääkseen hyvinvointiaan.

Hyväksymis- ja omistautumisterapialle tyypilliset metaforat, tietoisuusharjoitukset ja kokemukselliset harjoitukset kuuluivat jokaiseen tapaamiskertaan. Jokaisella terapiakerralla asiakas sai myös vähintään yhden kotitehtävän, joka käytiin yhdessä läpi seuraavalla istunnolla. Ensimmäisen terapiakerran kotitehtävänä oli kaksi arvolomaketta, joiden tarkoituksena oli havainnoida omia arvoja ja sitä, kuinka paljon niiden mukaisia tekoja arjessa tekee. Arvot kulkivat kotitehtävien muodossa läpi koko terapian, sillä jokaisella kerralla pyrittiin yhdessä asiakkaan kanssa löytämään ainakin yksi konkreettinen arvojen mukainen teko, jonka asiakas pystyi toteuttamaan terapiakertojen välissä. Jokaisella terapiakerralla asiakkaat saivat myös kotitehtäväksi tietoiseen läsnäoloon liittyviä harjoituksia. AWD-viikkopäiväkirjan avulla tutkittavat arvioivat neljä kertaa intervention aikana sitä, kuinka usein he mielestään sovelsivat HOT:n prosesseja terapiaistuntojen välissä.

## 2.4 Mittarit ja muuttajat

### 2.4.1 Act Weekly Diary

Act Weekly Diary (AWD) on Steven Hayesin tutkimusryhmän kehittämä klinisen työskentelyn väline (Ciarrochi & Bilich, 2011). Tässä tutkimuksessa viikkopäiväkirjan avulla seurasi terapian aikana opittujen taitojen ja prosessien siirtymistä asiakkaan arkielämään. AWD:n Cronbachin alfa oli 0,82, joka kertoo mittarin hyvästä reliabiliteetista.

Viikkopäiväkirjassa on kahdeksan kysymystä, joista tässä tutkimuksessa käytimme kuutta viimeistä (taulukko 3; liite 1). Kuhunkin kysymykseen voi vastata viisiportaisella asteikolla ”en lainkaan” (0) ja ”erittäin paljon” (4). Kokonaispistemäärä voi vaihdella välillä 0-24. Oletuksemme mukaan nämä kysymykset mittasivat sitä, kuinka paljon aikaa tutkittavat käyttivät HOT:n prosessien soveltamiseen viimeisen viikon aikana. Lomakkeen kaksi ensimmäistä kysymystä käsittelivät ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta yleensä, joten päätimme jättää ne pois analyysistä. Taulukossa 3 kysymykset on numeroitu siten, että kysymys 1 vastaa varsinaisen AWD-lomakkeen kysymystä 3 ja niin edelleen. Taulukossa esittelemme myös oman tulkintamme siitä, mitä prosessia kukin kysymys voisi mitata. Liitteessä 1 on AWD-lomake kokonaisuudessaan.

TAULUKKO 3. Viikkopäiväkirjan kysymykset ja prosessit, joita kysymykset kuvaavat

Kysymys	Prosessi
Missä määrin viimeisen viikon aikana olet...	
1. Huomannut, että yrittäessäsi muuttaa sitä mitä ajattelet tai tunnet, olet joutunut entistä enemmän jumiin	Tietoinen läsnäolo
2. Päätänyt ottaa vastaan ja hyväksyä kaikki ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi, jotta voisit tehdä arvojesi mukaisia tekoja	Hyväksyntä
3. Olet kokenut, ettet ole yhtä kuin ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi	Havainnoiva minä
4. Asettanut itsellesi selkeitä ja konkreettisia tavoitteita, jotka auttavat sinua elämään arvojesi mukaisesti	Arvot



5. Huomannut, että mielesi sepittämät syyt ja selitykset, joiden vuoksi jätät sinulle hyödyllisiä asioita tekemättä, ovatkin vain sanoja eikä totuus	Mielen kontrollin vähentäminen
6. Teit arvojesi mukaisia tekoja, vaikka se oli vaikeaa tai tuskallista	Arvojen mukaiset teot

Tutkittavat täyttivät lomakkeen neljä kertaa terapian aikana: toisen ja kolmannen terapiaistunnon välissä, kolmannen ja neljännen istunnon välissä, neljännen ja viidennen ja edelleen viidennen ja kuudennen terapiakerran välissä. Asiakkaita ohjeistettiin täyttämään lomake aina ennen seuraavaa tapaamiskertaa. Muista poikkeavan kysymyksenasettelun vuoksi pisteytimme kysymyksen yksi kääntäen.

#### 2.4.2 Oiremittarit

Tutkittavien masennusta mitattiin The Beck Depression Inventory - kyselyllä (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Kyselylomakkeessa on 21 kysymystä, jotka käsittelevät masennusoireita. Jokaisen kysymyksen kohdalla on neljä vastausvaihtoehtoa, joista voi saada pistemäärän välillä 0-3. Kokonaispistemäärä voi vaihdella välillä 0-63 ja se tulkitaan niin, että pistemäärät 0-13 viittaavat masennuksen puuttumiseen tai hyvin vähäiseen masennukseen, pistemäärät 14-19 viittaavat lievään masennukseen, 20-28 kohtalaiseen masennukseen ja 29-63 vaikeaan masennukseen.

Symptom Check List 90- kyselyllä (SCL-90; Holi, Samallahti, & Aalberg, 1998) mitattiin tutkittavien psyykkisten ja fyysisten oireiden esiintyvyyttä. SCL-90- lomakkeessa on 90 oirekuvausta, joiden esiintymistä arvioidaan viidellä eri vaihtoehdolla asteikolla (0) ”ei lainkaan” ja (4) ”erittäin paljon”. Kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0-360, mutta pisteet esitetään tyypillisesti oireiden vakavuutta kuvaavalla GSI-indeksillä (Global Severity Index; Holi, 2003), jossa vastausten kokonaispistemäärä on jaettu kysymysten lukumäärällä, eli 90:llä. Korkea kokonaispistemäärä ja GSI- luku kertovat voimakkaasta psyykkisestä ja fyysisestä oireilusta.

General Health Questionnaire 12:lla (GHQ-12; Goldberg, Gater, Sartorius, & Ustun, 1997) mitattiin viimeaikaista psyykkistä kuormittuneisuutta. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa

psykkisessä terveydentilassa tapahtunutta muutosta, ei niinkään kuormittuneisuuden absoluuttista tasoa (McDowell & Newell, 1996). Jokaisessa kysymyksessä on neljä vastausvaihtoehtoa, joista voi saada pistemäärän välillä 0-3. Maksimipistemäärä on 36 ja korkea pistemäärä merkitsee voimakasta psyykkisen oireilun viimeaikaista kasvua.

### 2.4.3 Prosessimittarit

Acceptance and Action Questionnaire -kyselyllä (AAQ-II; Hayes ym., 2004) arvioitiin tutkittavien psykologista joustavuutta. Lomakkeessa on yhteensä kymmenen väittämää, jotka liittyvät välttämiskäyttäytymiseen ja hyväksyntään. Vastausasteikko vaihtelee välillä ”ei koskaan pidä paikkansa” (1) ja ”pitää aina paikkansa” (7). Kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 10-70 ja korkea pistemäärä kertoo suuremmasta psykologisesta joustavuudesta. Mittarin reliabiliteetti on todettu hyväksi (Bond ym., 2011).

The Automatic Thoughts Questionnaire -mittarilla (ATQ; Hollon & Kendall, 1980) arvioitiin depressiivisten ajatusten esiintyvyyttä (engl. frequency, ATQ-F) ja uskottavuutta (engl. believability, ATQ-B). Kyselyssä on 30 masennukselle tyypillistä ajattelua kuvaavaa väittämää, joihin vastataan kahdella eri asteikolla: kuinka usein ajatus esiintyy (asteikolla 1-5, ei lainkaan - koko ajan) ja kuinka vahvasti henkilö uskoo ajatukseen (asteikolla 1-5, en lainkaan - täysin). Molempien asteikkojen kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 30-150. Mittarin kokonaispistemäärä saadaan laskemalla vielä alaskaalat yhteen, jolloin pistemäärän vaihteluväli on 60-300. Korkea pistemäärä merkitsee sitä, että masennukseen liittyviä ajatuksia esiintyy paljon ja henkilö myös uskoo niihin vahvasti.

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills- mittarin (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004) avulla mitattiin tutkittavien tietoisuustaitoja (engl. mindfulness) 39 väittämällä, asteikolla 1-5, jossa ääripäät ovat ”ei koskaan tai harvoin tosi” (1) ja ”melkein aina tosi” (5). Väittämät on jaettu neljään alaluokkaan, jotka ovat havainnointi, kuvailu, tietoinen toiminta ja hyväksyntä. Havainnointi mittaa yksilön kykyä huomioida ulkoiset ja sisäiset ärsykkeet, kuten kehon tuntemukset, tunteet ja ajatukset. Kuvailulla kartoitetaan henkilön kykyä kuvata omia tuntemuksiaan ja tietoisella toiminnalla taitoa suunnata tarkkavaisuus juuri tähän hetkeen. Hyväksynnällä tarkoitetaan kokemusten hyväksymistä sellaisinaan, arvioimatta niitä. Osa kysymyksistä on pisteytetty kääntäen.

Tietoisuustaitojen yhteispistemäärä saadaan laskemalla alaluokkien pisteet yhteen ja se voi vaihdella välillä 39-195, korkeamman pistemäärän viitattaessa parempiin tietoisuustaitoihin.

## 2.5 Tilastolliset analyysit

Aineiston analysointi toteutettiin SPSS Statistics 19.0 -ohjelmalla. Päiväkirjojen yksittäiset puuttuvat vastaukset on korvattu laskemalla vastausten keskiarvo ja jakamalla se kysymysten lukumäärällä. Vastausten ollessa kahden arvon rajalla olemme käyttäneet puolikasta arvoa, esimerkiksi vastauksen ollessa kohtien 1 ja 2 puolivälissä, olemme käyttäneet arvoa 1,5. Tilastolliset analyysit laskimme päiväkirjojen keskiarvopistemäärillä, joten myös ne tutkittavat joilta yksittäisiä päiväkirjoja puuttui, on huomioitu tutkimuksessa. Viikkopäiväkirjan reliabiliteettia tarkastelimme laskemalla Cronbachin alfan, joka oli 0,82, mikä viittaa mittarin hyvään luotettavuuteen.

Oire- ja prosessimittareista laskimme muutosluvut, sillä olimme kiinnostuneita nimenomaan hoidon aikana tapahtuvasta vaihtelusta. Muutosluvut laskimme vähentämällä loppupistemäärästä alkupistemäärän. Tästä syystä miinusmerkkinen muutosluku tarkoittaa kyseisen mittarin pistemäärän laskua, ja plusmerkkinen vastaavasti nousua. Yksittäiset puuttuvat vastaukset korvasimme myös oire- ja prosessimittareiden kohdalla laskemalla keskiarvoon pohjautuvan arvon alussa kuvatulla tavalla.

Aineiston normaalijakautuneisuutta tarkastelimme silmämääräisesti sekä Kolmogorov-Smirnovin Lilliefors-korjatulla testillä, joka sopii isoille aineistoille ( $n > 50$ ; Metsämuuronen, 2003). Testin mukaan normaalisti jakautuneita ( $p > 0.05$ ) olivat vain BDI-II:n ja SCL-90:n muutosluvut, mutta koska silmämääräisen tarkastelun perusteella muutkin muutosluvut näyttivät normaalisti jakautuneilta, käytimme parametrisia testejä aineiston analysoinnissa.

Hoidon aikana oire- ja prosessimittareissa tapahtuneiden muutosten tilastollisia merkitsevyyksiä tarkastelimme kahden riippuvan otoksen t-testillä. Hoidon vaikutuksen arvioinnissa käytimme myös ryhmien sisäisiä efektikokoja ( $d$ ), jotka laskimme käyttäen Cohenin  $d$ - laskukaavaa, jossa keskiarvojen erotusta tarkastellaan suhteessa ryhmien keskihajontaan (Metsämuuronen, 2003). Näin halusimme tutkia mitattujen muuttujien yhteyksien välistä voimakkuutta. Hoidon vaikutuksen

suuruutta arvioimme seuraavien raja-arvojen mukaan: 0,5 = pieni efekti, 0,8 = keskisuuri efekti ja yli 1,1 = suuri efekti.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian prosessien soveltamisen yhteyttä hoitotulokseen tarkastelimme aluksi Pearsonin korrelaatiokerroimen ( $r$ ) avulla. Näin selvitimme, esiintyykö muuttujien välillä riippuvuutta ja kuinka voimakasta riippuvuus on. Lievän korrelaation rajana pidimme kerrointa 0,2 ja voimakkaan korrelaation rajana kerrointa 0,8. Tarkastelimme myös yhteyksien välisten riippuvuuksien tilastollista merkitsevyyttä, jonka rajana käytimme arvoa  $p < 0.05$ . Koska tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä löytyi, tarkastelimme kunkin viikkopäiväkirjan kysymyskohtaista nousua toistomittausten monimuuttuja-analyysillä (MANOVA). MANOVA:n parivertailut teimme Bonferronin- testiä käyttäen. Tutkimme myös, onko jokin viikkopäiväkirjan kysymyksistä enemmän yhteydessä hoitotulokseen kuin muut kysymykset. Kysymysten yhteyttä tarkastelimme Pearsonin korrelaatiokerrointa ( $r$ ) käyttäen.

Lopuksi tutkimme, vaikuttaako masennuksen aste tai psykologisen joustavuuden lähtötaso prosessien soveltamisen määrään. Vertailimme lievästi masentuneiden ja vaikeammin masentuneiden päiväkirjojen keskiarvoja keskenään ja analysoimme erojen tilastollista merkitsevyyttä yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Psykologisen joustavuuden lähtötasoa vertailtaessa jaoimme tutkittavat kolmeen yhtäsuureen ryhmään AAQ:n alkupistemäärän mukaan. Vertailimme näiden ryhmien välisiä eroja päiväkirjojen keskiarvojen suhteen ja erojen tilastollisia merkitsevyyksiä tarkastelimme varianssianalyysillä.

### 3. TULOKSET

#### 3.1 Hoitotulos

Tutkimustuloksemme osoittavat, että hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuva lyhytinterventio vaikutti tutkittavien masentuneisuuteen ja hyvinvointiin positiivisella tavalla. Tutkittavien masennusoireet sekä psyykkiset ja fyysiset oireet vähenivät kuuden terapiakerran aikana ja psyykkinen terveydentila koheni (taulukko 4). Muutokset ovat tilastollisesti merkitseviä ja efektikokojen perusteella voidaan todeta, että hoidon aikana tapahtuva muutoksen voimakkuus oli suurta masennusoireiden ja psyykkisen terveydentilan osalta sekä psyykkisten ja fyysisten oireiden kohdalla keskisuuri.

TAULUKKO 4. Hoitoryhmän oiremittareiden alku- ja loppumittausten tulokset, muutosluvut ja keskiarvot (m), keskihajonnat (sd), muutoslukujen luottamusvälit (ci) sekä efektikoot (d).

Mittari	Alku m (sd)	Loppu m (sd)	Muutos, m (sd) ja luottamusväli (ci)	t(df)	p-arvo	d
BDI-II	20,43 (8,83)	10,26 (8,82)	-10,22 (9,19) (-12,26 – -8,7)	11,44 (105)	≤0,001	1,15
GHQ	20,64 (7,51)	11,14 (6,70)	-9,53 (9,19) (-11,54 – -9,67)	9,48 (106)	≤0,001	1,33
SCL_90 (GSI)	0,99 (0,53)	0,57 (0,44)	-0,42 (0,46) (-0,52 – -0,35)	10,73 (106)	≤0,001	0,86

BDI-II: masennusoireiden esiintyvyys

GHQ: viimeaikainen psyykkisen terveydentilan muutos

SCL-90: psyykkiset ja fyysiset oireet

GSI: Global Severity Index

Tutkittavien psykologinen joustavuus ja tietoisuustaidot kasvoivat hoidon aikana sekä masennukseen liittyvien ajatusten esiintyvyys ja uskottavuus väheni (taulukko 5). Myös prosessimittareilla mitattuna hoidon vaikuttavuus oli tilastollisesti merkitsevää, mutta efektikokojen perusteella muutokset eivät olleet voimakkuudeltaan yhtä suuria kuin oiremittareiden kohdalla.

TAULUKKO 5. Hoitoryhmän prosessimittareiden alku- ja loppumittausten tulokset, muutosluvut ja keskiarvot (m), keskihajonnat (sd), muutoslukujen luottamusvälit (ci) sekä efektikoot (d).

Mittari	Alku m (sd)	Loppu m (sd)	Muutos, m (sd) ja luottamusväli (ci)	t(df)	p-arvo	d
AAQ	40,62 (10,80)	47,82 (11,42)	7,24 (11,28) (5,39 – 9,72)	-6,57 (104)	≤0,001	0,65
ATQ_F	71,46 (26,10)	52,47 (21,55)	-19,27 (22,01) (-23,63 – -14,99)	8,97 (104)	≤0,001	0,79
ATQ_B	68,72 (26,62)	57,99 (29,77)	-10,95 (25,60) (-16,08 – -6,05)	4,41 (105)	≤0,001	0,38
KIMS	118,81 (14,20)	126,37 (14,59)	7,65 (12,96) (5,31 – 10,44)	-6,10 (106)	≤0,001	0,53
KIMS hav.	33,87 (6,79)	36,20 (6,67)	2,39 (5,77) (1,29 – 3,50)	-4,29 (106)	≤0,001	0,35
KIMS kuv.	26,95 (7,28)	28,32 (6,55)	1,34 (4,88) (0,40 – 2,27)	-2,84 (106)	≤0,005	0,20
KIMS tiet.	28,16 (5,62)	30,51 (5,78)	2,34 (5,51) (1,28 – 3,39)	-4,34 (106)	≤0,001	0,41
KIMS hyv.	30,04 (7,11)	31,43 (6,89)	1,45 (5,58) (0,38 – 2,52)	-2,69 (106)	≤0,008	0,20

AAQ: psykologinen joustavuus

ATQ\_F: masennukseen liittyvien ajatusten esiintyvyys

ATQ\_B: masennukseen liittyvien ajatusten uskottavuus

KIMS: tietoisuustaidot

KIMS hav.: havainnointi

KIMS kuv.: kuvailu

KIMS tiet.: tietoinen toiminta

KIMS hyv.: hyväksyntä

### 3.2 Viikkopäiväkirjojen yhteys hoitotulokseen

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että viikkopäiväkirjoilla on yhteyttä hoitotulokseen. Havaitsimme, että mitä enemmän tutkittavat viikkopäiväkirjojen mukaan käyttivät HOT:n prosesseja, sitä enemmän heidän masennusoireensa sekä psyykkiset ja fyysiset oireensa vähenivät ja psyykkinen terveydentila parani (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Viikkopäiväkirjojen kaikkien kysymysten keskiarvon ja oireittareiden muutoslukujen väliset korrelaatiot

		Hoitoryhmä (n=108)			
	AWD ka	BDI-II	GHQ	SCL-90 (GSI)	
AWD ka	1				
BDI-II	-0,40**	1			
GHQ	-0,38**	0,65**	1		
SCL_90 (GSI)	-0,24*	0,66**	0,62**	1	

\*\*p<0,01, \*p<0,05

AWD ka: viikkopäiväkirjojen keskiarvo

BDI-II: masennusoireiden esiintyvyys

GHQ: viimeaikainen psyykkinen terveydentila

SCL-90: psyykkiset ja fyysiset oireet

GSI= Global Severity Index

Myös viikkopäiväkirjojen ja psykologisen joustavuuden sekä päiväkirjojen ja tietoisuustaitojen välillä löytyi tilastollisesti merkitsevä yhteys (taulukko 7). Mitä enemmän tutkittavat sovelsivat prosesseja tapaamisten välillä, sitä enemmän heidän psykologinen joustavuutensa ja tietoisuustaitonsa lisääntyivät hoidon aikana. Tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot olivat pääsääntöisesti keskisuuria. Masennukselle tyypillisen ajattelukäyttäytymisen (ATQ) ja päiväkirjojen vastausten välillä emme löytäneet tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tietoisuustaitoja mittaavan KIMS:n alaskaaloista vain tietoinen toiminta oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä päiväkirjojen keskiarvoon.

TAULUKKO 7. Viikkopäiväkirjojen kaikkien kysymysten keskiarvon ja prosessimittareiden muutoslukujen väliset korrelaatiot

		Hoitoryhmä (n=108)							
	AWD ka	AAQ	ATQ_F	ATQ_B	KIMS	KIMS hav.	KIMS kuv.	KIMS tiet.	KIMS hyv.
AWD ka	1								
AAQ	0,41**	1							
ATQ_F	-0,20	-0,45**	1						
ATQ_B	0,01	-0,03	0,52**	1					
KIMS	0,35**	0,49**	-0,40**	-0,04	1				
KIMS hav.	0,10	0,07	-0,08	0,05	0,41**	1			
KIMS kuv.	0,18	0,34**	-0,33**	0,01	0,60**	0,05	1		
KIMS tiet.	0,46**	0,45**	-0,31**	-0,00	0,74**	0,01	0,44**	1	
KIMS hyv.	0,10	0,32**	-0,26**	-0,20*	0,58**	-0,08	0,05	0,33**	1

\*\*p<0,01, \*p<0,05

AWD ka: viikkopäiväkirjojen keskiarvo

AAQ: psykologinen joustavuus

ATQ\_F: masennukseen liittyvien ajatusten esiintyvyys

ATQ\_B: masennukseen liittyvien ajatusten uskottavuus

KIMS: tietoisuustaidot

KIMS hav.: havainnointi

KIMS kuv.: kuvailu

KIMS tiet.: tietoinen toiminta

KIMS hyv.: hyväksyntä

### 3.3 Viikkopäiväkirjojen yksittäisten kysymysten yhteys hoitotulokseen

Viikkopäiväkirjojen yksittäisten kysymysten keskiarvot nousivat viikko viikolta ja kaikkien kysymysten kohdalla tilastollisesti merkitsevää muutosta tapahtui ensimmäisen ja neljännen mittauskerran välillä (taulukko 8). Terapiassa muutos siis tapahtui toisen ja viimeisen viikon aikana.



Useimpien kysymysten kohdalla (kysymykset 1,3,4,5) tilastollisesti merkitsevä muutos tapahtui ennen kolmatta viikkoa, eli viimeistään neljännen ja viidennen terapiakerran välissä. Merkitsevää muutosta esiintyi myös muina mittausajankohtina kysymyskohtaisesti vaihdellen. Tarkemmin nämä muutokset ovat nähtävissä alla olevassa taulukossa 8. Kuviossa 2 havainnollistamme vielä kysymyskohtaisesti keskiarvojen viikoittaista nousua. Kuten taulukosta 8 ja kuviosta 2 nähdään, tietoista läsnäoloa mittaavan kysymyksen 1 keskiarvot näyttäisivät jo terapian alkupuolella olevan korkeampia kuin muiden viiden kysymyksen keskiarvot. Kysymyksen 1 keskiarvot myös pysyvät korkeampina jokaisella mittauskerralla.

TAULUKKO 8. Tutkittavien viikkopäiväkirjojen yksittäisten kysymysten viikoittaiset keskiarvot (m) ja keskihajonnat (sd)

kysymys	Vko 1	Vko 2	Vko 3	Vko 4	F	df	p-arvo	parivertailut*
	m(sd)	m(sd)	m(sd)	m(sd)				
1 (n=96)	2,64(1,03)	2,91(0,95)	3,00(0,97)	3,18(0,96)	9,83	2,79	≤0,001	1 < 3,4
2 (n=96)	1,70(1,06)	1,80(1,05)	2,01(1,10)	2,15(1,15)	5,80	3,00	≤0,001	1,2 < 4
3 (n=96)	1,50(1,14)	1,35(1,02)	1,64(1,02)	1,84(1,13)	6,56	2,89	≤0,001	1,2 < 3,4
4 (n=96)	1,56(0,94)	1,83(1,04)	2,04(1,07)	2,09(1,07)	10,38	3,00	≤0,001	1 < 3,4
5 (n=96)	1,34(1,07)	1,67(1,03)	1,85(1,12)	1,94(1,26)	10,62	2,82	≤0,001	1 < 3,4
6 (n=95)	1,50(0,89)	1,71(0,87)	1,78(0,94)	2,11(1,12)	12,60	3,00	≤0,001	1,2,3 < 4

\*Bonferronin testi

1=Huomannut, että yrittäessäsi muuttaa sitä mitä ajattelet tai tunnet, olet joutunut entistä enemmän jumiin (tietoinen läsnäolo)

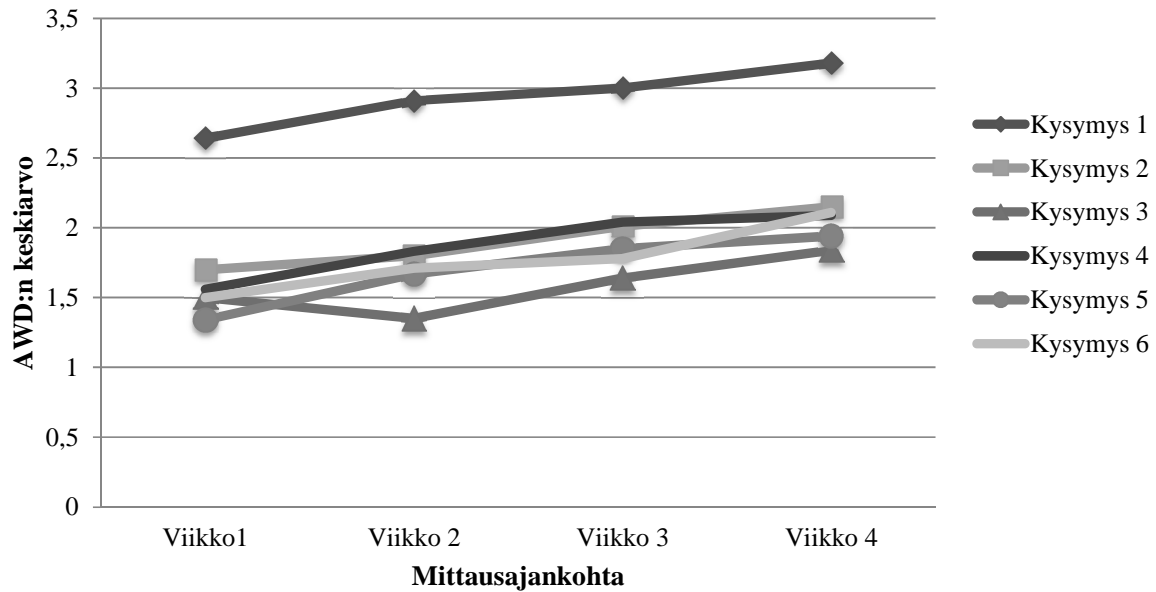
2=Päättänyt ottaa vastaan ja hyväksyä kaikki ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi, jotta voisit tehdä arvojesi mukaisia tekoja (hyväksyntä)

3=Olet kokenut, ettet ole yhtä kuin ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi (havainnoiva minä)

4=Asettanut itsellesi selkeitä ja konkreettisia tavoitteita, jotka auttavat sinua elämään arvojesi mukaisesti (arvot)

5=Huomannut, että mielesi sepittämät syyt ja selitykset, joiden vuoksi jätät sinulle hyödyllisiä asioita tekemättä, ovatkin sanoja eikä totuus (mielen kontrolli)

6=Teit arvojesi mukaisia tekoja, vaikka se oli vaikeaa tai tuskallista (arvojen mukaiset teot)



Kuvio 2. Viikkopäiväkirjojen jokaisen yksittäisen kysymyksen keskiarvot viikoittain

Taulukossa 9 olemme kuvanneet päiväkirjojen kysymysten keskinäisiä korrelaatioita sekä kysymysten yhteyttä oire- ja prosessimittareiden muutoslukuihin. Lähes kaikki viikkopäiväkirjojen kysymykset korreloivat kohtalaisen voimakkaasti keskenään, poikkeuksena tietoista läsnäoloa mittaava kysymys yksi, joka ei korreloinut havainnoivaa minää mittaavan kysymyksen (kysymys 3) kanssa.

Psykologinen joustavuus korreloi kaikkien kysymysten, paitsi mielen kontrollia mittaavan kysymyksen (kysymys 5) kanssa. Hyväksyntää, havainnoivaa minää, arvoja, mielen kontrollin vähentämistä ja arvojen mukaisia tekoja kuvaavat kysymykset korreloivat tilastollisesti merkitsevästi masennusoireiden vähenemisen (BDI-II) ja psyykkisen terveydentilan (GHQ) kohenemisen kanssa, joskaan korrelaatiot eivät olleet kovin voimakkaita. Masennukseen liittyvien ajatusten uskottavuutta mittaava ATQ\_B ei korreloinut yhdenkään päiväkirjan kysymyksen kanssa.

Taulukosta 9 voidaan havaita, että päiväkirjojen kysymyksistä hyväksyntää (kysymys 2) ja arvoja (kysymys 4) mittaavat kysymykset olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kaikkiin muihin mittareihin, paitsi ATQ\_B:hen. Korrelaatiot kysymysten ja mittareiden välillä vaihtelivat lievistä keskisuureen. Vähiten eri mittareiden kanssa korreloi tietoista läsnäoloa mittaava kysymys 1, jonka kohdalla tilastollisesti merkitsevä riippuvuus löytyi ainoastaan psykologista joustavuutta mittaavan AAQ-II:n ja tietoisuustaitoja mittaavan KIMS:n kohdalla. Näidenkin mittareiden

kohdalla korrelaatiot olivat lieviä. Kuitenkin jokaisen päiväkirjan kysymyksen kohdalla löytyi tilastollisesti merkitsevä yhteys johonkin oire- tai prosessimittariin.

Tietoisuustaitoja mittaava KIMS korreloi tilastollisesti merkitsevästi jokaisen viikkopäiväkirjan kysymyksen kanssa ( $r=0,20-0,34$ ,  $p<0.05$ ), paitsi mielen kontrollia kuvaavan kysymyksen viisi kanssa. KIMS:n alaskaaloista tietoinen toiminta oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kaikkiin kysymyksiin ( $r=0,22-0,48$ ,  $p<0.05$ ). Hyväksyntää kuvaava kysymys numero kaksi oli ainoa, joka korreloi merkitsevästi myös toisen KIMS:n alaskaalan, kuvailun, kanssa ( $r=0,23$ ,  $p<0.05$ ). Vaikka kysymysten ja KIMS:n kokonaispistemäärän välillä löytyikin tilastollisesti merkitsevä yhteys, muiden alaskaalojen ja kysymysten välillä yhteyttä ei löytynyt.

TAULUKKO 9. Viikkopäiväkirjojen jokaisen kysymyksen keskiarvon sekä oiremittareiden ja useimpien prosessimittareiden muutoslukujen väliset korrelaatiot

		Hoitoryhmä (n=108)										
	1 <sup>1</sup>	2	3	4	5	6	BDI	GHQ	SCL-90 (GSI)	AAQ	ATQ _F	ATQ _B
1	1											
2	0,22*	1										
3	0,05	0,53**	1									
4	0,37**	0,62**	0,39**	1								
5	0,19	0,44**	0,47**	0,57**	1							
6	0,25*	0,54**	0,38**	0,73**	0,58**	1						
BDI	-0,12	-0,39**	-0,23*	-0,40**	-0,26*	-0,33**	1					
GHQ	-0,13	-0,35**	-0,24*	-0,40**	-0,27**	-0,27**	0,65**	1				
SCL-90 (GSI)	0,03	-0,31**	-0,20	-0,30**	-0,10	-0,15	0,66**	0,62**	1			
AAQ	0,33**	0,36**	0,25*	0,33**	0,20	0,33**	-0,63**	-0,44**	-0,43**	1		
ATQ _F	-0,10	-0,23*	-0,03	-0,23*	-0,13	-0,14	0,69**	0,60**	0,69**	-0,45**	1	
ATQ _B	0,17	-0,15	-0,10	0,02	0,03	0,10	0,33**	0,23*	0,31**	-0,03	0,52**	1

\*\*p<0,01, \*p<0,05

GSI = Global Severity Index

<sup>1</sup>1, 2, 3, 4, 5 ja 6 tarkoittavat viikkopäiväkirjojen kysymyksiä (keskiarvoa)

1=Huomannut, että yrittäessäsi muuttaa sitä mitä ajattelet tai tunnet, olet joutunut entistä enemmän jumiin (tietoinen läsnäolo)

2=Päättänyt ottaa vastaan ja hyväksyä kaikki ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi, jotta voisit tehdä arvojesi mukaisia tekoja (hyväksyntä)

3=Olet kokenut, ettei ole yhtä kuin ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi (havainnoiva minä)

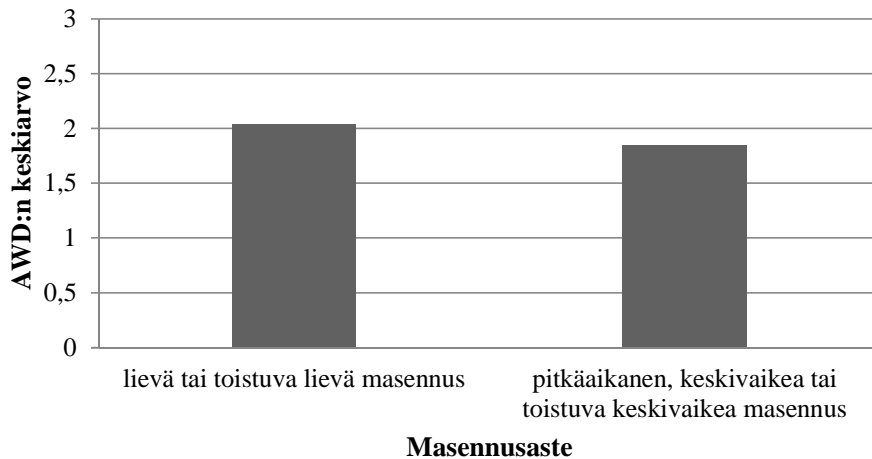
4=Asettanut itsellesi selkeitä ja konkreettisia tavoitteita, jotka auttavat sinua elämään arvojesi mukaisesti (arvot)

5=Huomannut, että mielesi sepittämät syyt ja selitykset, joiden vuoksi jätät sinulle hyödyllisiä asioita tekemättä, ovatkin sanoja eikä totuus (mielen kontrolli)

6=Teit arvojesi mukaisia tekoja, vaikka se oli vaikeaa tai tuskallista (arvojen mukaiset teot)

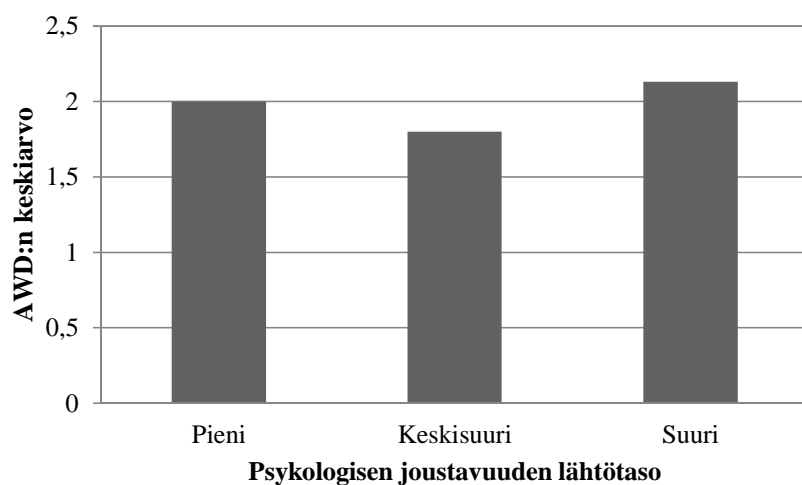
### 3.4 Masennuksen vaikeusasteen ja psykologisen joustavuuden lähtötason yhteys sovellettujen prosessien määrään

Tutkimme myös, vaikuttaako tutkittavien masennusaste terapiaistuntojen välissä sovellettujen prosessien määrään. Vertailimme lievästi masentuneiden (n=59) viikkipäiväkirjojen keskiarvoja keskivaikeasti tai pitkäaikaisesti masentuneiden (n=37) viikkipäiväkirjojen keskiarvoihin. Masennusryhmien päiväkirjojen keskiarvot erosivat toisistaan vähän, niin että lievästi masentuneiden pistemäärä (m=2,04, sd=0,56) oli hieman korkeampi kuin keskivaikeasti masentuneilla (m=1,85, sd=0,61). Varianssianalyysi osoitti, että erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ( $F(1,94)=2,51, p>0.05$ ). Masennusryhmien välisiä eroja on vertailtu kuviossa 3.



Kuvio 3. Masennuksen vaikeusasteen alkutason yhteys siihen, kuinka paljon prosesseja on sovellettu hoidon aikana (n=96)

Lisäksi tarkastelimme, vaikuttaako AAQ:lla mitattu psykologisen joustavuuden alkutaso terapiaistuntojen välissä sovellettujen prosessien määrään. Viikkopäiväkirjojen keskiarvoja vertailimme kolmen prosentuaalisesti yhtä suuren ryhmän välillä: niiden, joiden psykologisen joustavuuden alkutaso oli pieni (n=32, AAQ:n pistemäärä 10-37), keskisuuri (n=35, AAQ:n pistemäärä 38-46) ja suuri (n=28, AAQ:n pistemäärä 47-70). Niillä, joiden psykologisen joustavuuden alkutaso oli pieni, viikkopäiväkirjojen vastausten keskiarvo oli 2,00 (sd=0,60). Vastaavasti ne henkilöt, joilla psykologisen joustavuuden alkutaso oli keskisuuri, päiväkirjojen keskiarvo oli 1,80 (sd=0,58) ja ne, joilla joustavuuden taso oli suuri, päiväkirjojen keskiarvo oli 2,13 (sd=0,57). Varianssianalyysi osoitti, että erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä ( $F(2,92)=2,46$ ,  $p>0.05$ ), myöskään parivertailussa eroja ei löytynyt. Psykologisen joustavuuden alkutasojen välisiä eroja on vertailtu kuviossa 4.



Kuvio 4. Psykologisen joustavuuden lähtötason yhteys siihen, kuinka paljon prosesseja on sovellettu hoidon aikana (n=95)

#### 4. POHDINTA

Tutkimuksemme päätarkoituksena oli selvittää terapiakertojen välissä sovellettujen hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosprosessien yhteys hoitotulokseen masennuksen hoidossa lyhyessä, kuuden kerran interventiossa. Olimme erityisesti kiinnostuneita yksittäisten muutosprosessien merkityksestä masennuksen hoidossa. Tarkastelimme myös oliko tutkittavien masennusaste tai psykologisen joustavuuden lähtötaso yhteydessä prosessien soveltamisen määrään.

Tulostemme mukaan kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapia vaikutti tutkittavien psyykkiseen hyvinvointiin merkittävästi. Tutkittavien masennusoireet sekä psyykkiset ja fyysiset oireet vähenivät ja psyykinen terveydentila kasvoi hoidon aikana. Psykologisessa joustavuudessa ja tietoisuustaidoissa tapahtui selvää nousua lähtötasoon nähden ja vastaavasti masennukseen liittyvien ajatusten määrä ja niihin uskominen väheni merkittävästi.

Aiemman kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan tutkimustiedon (Kazantzis ym., 2000; Kazantzis ym., 2005; Thase & Callan, 2006) perusteella oletimme, että niillä tutkittavilla, jotka soveltavat HOT:n prosesseja terapiakertojen välissä on parempi hoitotulos, kuin niillä jotka eivät prosesseja sovelle. Tätä pyrimme selvittämään viikkopäiväkirjojen avulla ja havaitsimme, että tutkittavien vastaukset nousivat päiväkirjan jokaisen kysymyksen kohdalla viikko viikolta tilastollisesti merkitsevästi. Voidaan siis sanoa, että tutkittavat tekivät enemmän kysymyksissä kuvattuja asioita terapian edetessä. Mikäli hyväksytään oletus, että kysymykset mittaavat HOT:n prosesseja, voidaan tuloksen perusteella sanoa, että mitä pidemmälle terapia eteni, sitä enemmän tutkittavat sovelsivat prosesseja terapian aikana.

Tuloksista voidaan myös havaita, että kun masennusoireet vähenivät, niin samanaikaisesti asiakkaat raportoivat käyttäneensä lisääntyvässä määrin hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä. Vastaavasti psykologinen joustavuus ja tietoisuustaidot kasvoivat päiväkirjojen pistemäärän kohoamisen myötä. Ainoat mittarit, joissa emme havainneet tilastollisesti merkitsevää muutosta suhteessa päiväkirjojen pistemäärään, oli masennukselle tyypillistä ajattelukäyttäytymistä mittaava ATQ ja osa tietoisuustaitoja mittaavan KIMS:n alaskaaloista. Oikeastaan KIMS:n alaskaaloista vain tietoinen toiminta oli yhteydessä päiväkirjojen pistemäärään. Kaiken kaikkiaan vaikuttaisi siis siltä, että HOT:n prosessien soveltaminen terapiakertojen välissä on yhteydessä parempaan hoitotulokseen masennuksen hoidossa.

Olimme myös kiinnostuneita siitä, ovatko tietyt muutosprosessit keskeisempiä masennuksen hoidossa kuin toiset. Tulkitsimme viikkopäiväkirjan kysymysten mittaavan yksittäisiä HOT:n prosesseja ja tarkastelimme kysymysten yhteyttä masennukselle tyypillisten oireiden ja psyykkisten prosessien muutoksiin. Aiemmat tutkimustulokset (Forman ym., 2007), joiden mukaan muutosprosesseista erityisesti hyväksynnän lisääntyminen ja tietoisien läsnäolon kasvu olisivat yhteydessä parempaan hoitotulokseen masennuksen hoidossa, sai osittain tukea myös tässä tutkimuksessa. Hyväksynnän lisääntymisen yhteys parempaan hoitotulokseen todettiin tässäkin tutkimuksessa, mutta tietoisien läsnäolon harjoittelu terapiaistuntojen välissä oli kuitenkin yhteydessä ainoastaan psykologisen joustavuuden ja tietoisuustaitojen lisääntymiseen, ei suoranaisesti masennusoireiden vähenemiseen. Tulokset ovat siis osittain ristiriitaisia aiempien tulosten kanssa.

Tulostemme pohjalta näyttäisi siltä, että muutosprosesseista keskeisimpiä ovat hyväksyntä ja arvot. Niillä tutkittavilla, jotka keskittyivät istuntojen välissä hyväksyntään ja arvoihin, vähenemistä tapahtui masennusoireissa, masennukseen liittyvissä ajatuksissa sekä psyykkisissä ja fyysisissä oireissa. Vastaavasti psykologinen joustavuus ja tietoisuustaidot kasvoivat. Nämä prosessit olivat siis yhteydessä kaikkiin mittareihin, lukuun ottamatta joitakin tietoisuustaitoja mittaavan KIMS:n alaskaaloja ja ATQ\_B:tä, joka mittaa masennukselle tyypillisten ajatusten uskottavuutta. Toisin sanoen se, kuinka paljon asiakkaat sovelsivat HOT:n prosesseja, ei ollut yhteydessä siihen kuinka paljon he uskoivat masennukselle tyypillisiin ajatuksiin. Tulos on mielenkiintoinen, sillä se on ristiriidassa HOT:n teorian kanssa, jossa korostetaan ajatusten ja tunteiden merkitysten muuttamista sisältöjen sijaan. Vaikka masennukseen liittyvien ajatusten esiintyvyys pysyisi samana, HOT:n teorian oletusten mukaan ajatuksiin uskomisen tulisi vähentyä. On kuitenkin syytä huomioda, että masennukselle tyypillisten ajatusten määrä ja uskottavuus vähenivät kaiken kaikkiaan hoidon aikana, mutta yhteyttä nimenomaan prosessien soveltamiseen ei tässä tutkimuksessa löydetty.

Kuten jo aiemmin totesimme, joidenkin tutkimusten mukaan kokemuksellinen välttäminen on masennuksen keskeinen vaikutusmekanismi (Bohlmeijer ym., 2011). Se, että prosesseista juuri hyväksyntä osoittautui keskeiseksi, tukee tätä oletusta. Hyväksynnällä nimenomaan pyritään vähentämään kokemuksellista välttämistä lisäämällä henkilön halukkuutta kohdata omat sisäiset tapahtumat, kuten ajatukset ja tunteet, sellaisina kuin ne ilmenevät. Tästä johtuen hyväksynnän yhteys masennusoireiden vähenemiseen, psykologisen joustavuuden kasvuun, masennukseen liittyvien ajatusten vähenemiseen ja tietoisuustaitojen, tietoisien toiminnan ja tunteiden kuvailun nousuun tukee aiempia tutkimustuloksia. Tulostemme mukaan vaikuttaisi siis siltä, että



masennuksen hoidossa olennaista olisi vähentää kokemuksellista välttämiskäyttäytymistä hyväksyntää lisäämällä.

Toinen keskeinen muutosprosessi oli tulostemme perusteella arvot. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa arvojen merkitystä korostetaan ja myös tässä tutkimuksessa kaikki asiakkaat tekivät arvotyöskentelyä. Tavallaan on loogista, että arvot ovat masennuksen hoidossa keskeisessä roolissa, sillä masennukselle tyypillisiä oireita ovat mielenkiinnon menettäminen ja elämän kokeminen tarkoituksettomaksi, ja arvotyöskentelyssä taas keskitytään etsimään juuri henkilölle itselleen merkityksellisiä asioita. Tällöin itselle merkittävien arvojen löytyminen voi vähentää edellä kuvattujen oireiden esiintymistä.

Huomionarvoista tuloksissamme oli, että vaikka arvot olivat keskeinen prosessi, arvojen mukaiset teot eivät nousseet yhtä tärkeiksi hoitotuloksen kannalta. Voitaisiin kuitenkin olettaa, että arvot ja niiden mukaiset teot kulkisivat käsi kädessä. Koska HOT:ssa hoidon vaikuttavuuden ajatellaan perustuvan kokemuksellisuuteen, olisi järkeenkäypää, että nimenomaan teoilla olisi suuri rooli yksilön hyvinvoinnin parantamisessa. Tätä ristiriitaa tulosten ja teorian välillä saattaa selittää arvojen mukaisia tekoja mittaavan viikkopäiväkirjan kohdan kysymyksenasettelu. Viikkopäiväkirjassa kysytään: ”Missä määrin viimeisen viikon aikana teit arvojesi mukaisia tekoja, vaikka se oli vaikeaa tai tuskallista?”, jolloin esimerkiksi mieluisat tai helpot arvojen mukaiset teot jäävät huomiotta.

Arvot ja hyväksyntä on valittu tulostemme perusteella keskeisimmiksi muutosprosesseiksi, koska ne korreloivat eri mittareiden kanssa eniten. Tulos ei kuitenkaan sinällään vielä kerro, että ne todella olisivat keskeisimpiä muutosprosesseja masennuksen hoidossa. Voi myös olla, että terapiassa on keskitytty nimenomaan näiden prosessien vahvistamiseen. Näin ollen muiden prosessien rooli on voinut jäädä vähäisemmäksi, vaikka ne olisivatkin yhtä tärkeitä. Saattaakin olla, että masennuksen hoidossa positiivinen vaikutus on minkä tahansa prosessin soveltamisella.

Mielenkiintoista oli, että tietoista läsnäoloa mittaavan kysymyksen pistemäärä oli korkeammalla tasolla jo hoidon alussa verrattuna muiden prosesseja kuvaavien kysymysten pistemääriin. Ero muihin kysymyksiin säilyi myös koko terapian ajan. Tutkittavat siis näyttivät jo alussa tekevän tietoiseen läsnäoloon liittyviä harjoituksia muita prosesseja enemmän. Eroa voi selittää se, että tutkittavat aloittivat viikkopäiväkirjan täyttämisen vasta toisen terapiakerran jälkeen, jolloin tietoista läsnäoloa ja siihen liittyviä harjoituksia on voitu käydä läpi jo kahdella ensimmäisellä terapiakerralla. Lisäksi asiakkaat ovat voineet kokea tietoiseen läsnäoloon liittyvät harjoitukset muita harjoituksia helpommiksi ja nopeammiksi tehdä. Näin siksi, että tietoisuusharjoitukset ovat

yleensä tarkkaan ohjeistettuja ja yksinkertaisia, kuten hengityksen seuraamista muutaman minuutin ajan.

Toisaalta tietoista läsnäoloa kuvaava kysymys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ainoastaan psykologiseen joustavuuteen, tietoisuustaitoihin ja tietoiseen toimintaan. Itse asiassa tietoista läsnäoloa ja mielen kontrollia mittaavat kysymykset olivat tulostemme mukaan vähiten yhteydessä hoitotulokseen. Kuitenkin tutkittavat raportoivat tehneensä eniten tietoiseen läsnäoloon liittyviä asioita koko terapian ajan. Tulos on mielenkiintoinen, sillä se voi viitata siihen, että kotitehtävien määrällä ei niinkään ole merkitystä hoitotuloksen kannalta. Pikemminkin kotitehtävien valinta yksilöllisesti, kunkin asiakkaan tilanne huomioiden, saattaisi olla myönteisen hoitotuloksen kannalta tärkeämpää, kuten aiemmissa tutkimuksissa (Kazantzis ym., 2005) on peräänkuulutettu.

Tuloksiamme pohjalta voidaan siis sanoa, että HOT:n muutosprosesseista hyväksynnällä ja arvoilla näyttäisi olevan muita prosesseja suurempi rooli hoitotuloksen kannalta. Niiden aktiivinen soveltaminen voi vähentää masennusoireita ja psyykkisiä ja fyysisiä oireita, sekä lisätä psykologista joustavuutta ja tietoisuustaitoja. Prosesseista tietoinen läsnäolo ja mielen kontrollin vähentäminen olivat tässä tutkimuksessa pienemmässä roolissa masennuksen hoidossa kuin muut prosessit.

Ciarrochi ym. (2010) mainitsevat artikkelissaan, että kaikki HOT:n prosessit liittyvät toisiinsa ja osittain limittyvät päällekkäin, jolloin kaikkiin prosesseihin ei välttämättä tarvitse keskittyä terapiassa erikseen. Myös tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että vaikka kaikki prosessit olivat yhteydessä hoitotulokseen, yksittäisten prosessien vahvistaminen näyttäisi riittävän, eikä jokaista prosessia tarvitse välttämättä käsitellä terapiassa yksitellen.

Pelkkien korrelaatioanalyysien pohjalta on vaikeaa selvittää mahdollisia syy-seuraussuhteita prosessien soveltamisen ja hoitotuloksen välillä. Hypoteesimme kuitenkin oli, että prosessien soveltaminen vaikuttaa hoitotulokseen, eikä päinvastoin. Selvitimme, voisivatko jotkin lähtötilanteen tekijät aiheuttaa eroja prosessien soveltamisen aktiivisuudessa. Ajattelimme, että mikäli erot tutkittavien lähtötasoissa vaikuttavat prosessien soveltamisen määrään, ei hypoteesimme suunta välttämättä saa tukea. Vertailimme lievästi ja vaikeammin masentuneiden prosessien soveltamisen määrää keskenään. Ajattelimme, että lievästi masentuneet saattaisivat soveltaa prosesseja enemmän kuin vaikeammin masentuneet, koska vaikeammin masentuneiden toimintakyky on usein alhaisempi kuin lievästi masentuneiden. Tuloksissa ryhmien välillä ei kuitenkaan havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja, joka tukee aiempia tutkimustuloksia siitä, että

masennusasteella ei vaikuttaisi olevan merkitystä kotitehtävien tekemisen määrään (Burns & Spangler, 2000).

Vastaavaa vertailua teimme myös psykologisen joustavuuden lähtötason ja terapiaistuntojen välissä sovellettujen prosessien määrän välillä. Jaoin tutkittavat kolmeen yhtä suureen ryhmään psykologisen joustavuuden lähtötason suhteen ja vertailimme viikkopäiväkirjojen keskiarvoja näiden ryhmien välillä. Myöskään psykologisen joustavuuden lähtötason ja prosessien soveltamisen määrän välillä emme havainneet yhteyttä. Tulosten yleistettävyydessä tämän tutkimusaineiston ulkopuolelle on kuitenkin käytettävä varovaisuutta, sillä vastaavaa jaottelua ei AAQ:ssa normaalisti käytetä. Tulostemme pohjalta voidaan kuitenkin sanoa, että masennusaste tai psykologisen joustavuuden lähtötaso ei ole yhteydessä sovellettujen prosessien määrään. Joten oletuksemme, että nimenomaan prosessien soveltaminen, mahdollisista taustatekijöistä huolimatta, on yhteydessä parempaan hoitotulokseen masennuksen hoidossa, sai tukea.

Muutosprosessien merkitysten tulkinnoissa on kuitenkin syytä olla varovainen. Ensinnäkin kotitehtävien tekemisen mittarina käyttämäämme viikkopäiväkirjaa ei ole suunniteltu HOT:n prosessien mittariksi, vaan kliinisen työn apuvälineeksi. Kysymysten ja prosessien yhteensopivuus on tulkintaamme pohjautuva lähtökohta, jonka avulla pyrimme tavoittamaan yksittäisten muutosprosessien vaikutukset masennuksen hoidossa. Toiseksi on syytä huomioida, että päiväkirjojen kysymykset korreloivat keskenään. Ne siis mittaavat osittain samoja asioita, joten jako, jossa jokainen kysymys vastaa tiettyä prosessia, voidaan kyseenalaistaa. Lopuksi mainittakoon vielä se seikka, että viikkopäiväkirjat eivät suoranaisesti mitanneet tutkittavien kotitehtävien tekemisen määrää tai sitä, minkälaisia kotitehtäviä tutkittavat tekivät. Päiväkirjan täyttäminen on itsessään ollut yksi kotitehtävä, joka perustui tutkittavien omaan arvioon siitä, kuinka paljon he arvelivat tehneensä HOT:n prosesseihin liittyviä asioita istuntojen välillä.

Kuitenkaan päiväkirjan kysymysten käyttö prosessien soveltamisen mittarina ei ole tuulesta temmattu, vaan perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapian teoriaan. Viikkopäiväkirja on suunniteltu nimenomaan hyväksymis- ja omistautumisterapian kliiniseen työhön ja näin ollen sen kehittämisessä on huomioitu HOT:n taustateoria. Oletustamme tukee myös se, että viikkopäiväkirjojen ja tutkittavien psykologisen joustavuuden välillä havaittiin positiivista riippuvuutta. Psykologisen joustavuuden ajatellaan koostuvan kuudesta muutosprosessista (Hayes ym., 2006), jolloin korrelaatio näiden muuttujien välillä kertoo päiväkirjan kysymysten mittaavan ainakin jossain määrin samoja asioita kuin AAQ. Psykologinen joustavuus voi selittää myös kysymysten välisiä korrelaatioita. On loogista, että kysymykset mittaavat osittain samoja asioita

mikäli ne edustavat muutosprosesseja, jotka ovat osa yksilön psykologisen joustavuuden tasoa. Huomionarvoista on myös se, että päiväkirjan jokainen kysymys korreloi vähintään kahden mittarin kanssa. Voidaan siis sanoa, että yhteys päiväkirjojen kysymysten ja masennuksen oireittareiden sekä psyykkistä hyvinvointia mittaavien prosessimittareiden välillä on olemassa, katsottiin kysymysten mittaavan prosesseja tai ei.

Tässä tutkimuksessa viikkopäiväkirjan sovellettavuuden lisäksi keskeisimpiä, mahdollisesti tuloksiin vaikuttavia rajoituksia olivat varsin lyhyt hoitoaika ja terapeutteina toimineiden psykologian opiskelijoiden kokemattomuus. Lisäksi hoidon tulosten arviointi perustui vain kyselylomakkeisiin eikä esimerkiksi asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen. Tutkimustulosten yleistettävyyteen puolestaan vaikuttaa selvä yliedustus naisten (74,1 %), keskiasteen koulutuksen käyneiden (64,8 %) ja jo aikaisemmin keskusteluhoitoa saaneiden (67,6 %) osuuksissa. Myös lähes puolet tutkittavista (48,1 %) raportoi sukulaisilla esiintyvistä mielenterveysongelmista. Muutoin tutkittavat jakautuivat tasaisesti taustatiedoiltaan, jolloin tulosten voidaan katsoa olevan yleistettävissä 18–65 vuotiaisiin masennuksesta kärsiviin aikuisiin.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuutta on muun muassa kritisoitu siitä tehtyjen tutkimusten metodologisen heikkouden vuoksi (Öst, 2008). Tässä tutkimuksessa metodologiseen vahvuuteen on pyritty noudattamalla tarkkaa tutkimusasetelmaa. Ensinnäkin tutkimusaineistomme oli suuri ja kerätty usealta eri ajanjaksolta, tutkimukseen osallistuneet täyttivät tarkat soveltuvuuskriteerit ja jokaiselle heistä annettiin masennusdiagnoosi tutkimuksen alussa. Toiseksi, tutkimuksessa oli mukana 71 terapeuttia, joten yksittäisten terapeuttien ominaisuudet eivät selitä myönteistä hoitotulosta. Kolmanneksi, tutkimuksessa käytettiin useita luotettavia mittareita, joiden avulla mitattiin masennukselle tyypillisiä oireita, sekä HOT:lle tyypillisiä prosesseja hoidon alussa, sen aikana ja lopussa.

Vaikka tässä tutkimuksessa saatiinkin lupaavia tuloksia HOT:n prosessien soveltamisen merkityksestä masennuksen hoidossa, jatkotutkimusta kuitenkin tarvitaan. Kuten jo aiemmin kuvasimme, viikkopäiväkirjaa ei ole kehitetty prosessimittariksi vaan kliinisen työn apuvälineeksi, joten tuloksiin prosessien merkityksestä masennuksen hoidossa on syytä suhtautua varauksella. Muutosprosessien mittaaminen on vaikeaa, eikä toistaiseksi ole kehitetty luotettavaa mittaria niiden tarkasteluun. Tulevaisuudessa sopivien mittareiden kehittäminen olisikin tutkimuksen kannalta ensisijaisen tärkeää.

Vaikka prosessien soveltamisen mittaamismenetelmien luotettavuus voidaan kyseenalaistaa, on kuitenkin huomionarvoista, että tässä tutkimuksessa havaitsimme selvän yhteyden

viikkopäiväkirjan kysymysten ja hoitotuloksen välillä. Voidaan siis sanoa, että kun tutkittavat tekevät viikkopäiväkirjan kysymyksissä kysytyjä asioita enemmän, heidän hoitotuloksensa paranee. Erityisesti kysymysten ”Missä määrin viimeisen viikon aikana olet asettanut itsellesi selkeitä ja konkreettisia tavoitteita, jotka auttavat sinua elämään arvojesi mukaisesti?” ja ”Missä määrin viimeisen viikon aikana olet päättänyt ottaa vastaan ja hyväksyä kaikki ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi, jotta voisit tehdä arvojesi mukaisia tekoja?” korkeat pistemäärät olivat yhteydessä parempaan hoitotulokseen useilla eri mittareilla mitattuna.

Toinen prosesseihin liittyvä keskeinen seikka on niiden eroteltavuus. Hyväksymis- ja omistautumisterapian teorian mukaan henkilön psykologinen joustavuus koostuu kuudesta muutosprosessista. Teorian mukaan prosessit eivät ole selkeästi irrallisia, mutta lisätietoa kaivattaisiin siitä, onko prosessien tarkastelu toisistaan irrallisina edes järkevää. Voidaanko esimerkiksi arvoja tarkastella erillisinä, huomioimatta arvojen mukaisia tekoja? Tulostemme perusteella näyttäisi toisaalta siltä, että prosessit eivät ole selkeästi eroteltavissa toisistaan. Tätä puoltaa kysymysten väliset korrelaatiot ja se, että jokainen prosessi oli yhteydessä joihinkin oire- tai prosessimittareihin. Kuitenkin osa prosesseista oli voimakkaammin yhteydessä hoitotulokseen kuin toiset, mikä taas puhuu prosessien eroteltavuuden puolesta.

Kliinisen työn kannalta olennaista olisi myös saada lisätietoa siitä, tulisiko prosessien soveltamisessa keskittyä määrään vai laatuun. Tässä tutkimuksessa oletimme, että nimenomaan se, kuinka paljon asiakas määrällisesti prosesseja soveltaa on hoitotuloksen kannalta keskeistä. Tulostemme mukaan ne asiakkaat, jotka sovelsivat prosesseja enemmän, hyötyivät myös hoidosta todennäköisemmin. Kuitenkin yksittäisiä prosesseja tarkasteltaessa prosessien soveltamisen määrä ei ollut yhteydessä niiden vaikuttavuuteen. Kaikkia prosesseja kokonaisuutena tarkasteltaessa prosessien soveltamisen määrällä oli siis merkitystä, mutta yksittäisten prosessien tärkeyttä määrä ei selittänyt. Saadut tulokset olivat siis osittain ristiriitaisia ja jatkotutkimuksia kaivataan.

## 4.1 Lopuksi

Masennus on yksi yleisimmistä mielialahäiriöistä, ja edelleen alihoidettu tila. Suomessa noin kolmasosa masentuneista on pelkän lääkehoidon varassa ja vain alle viidesosa saa minkäänlaista psykologista hoitoa. Masennus aiheuttaa kuitenkin suuria kuluja yhteiskunnalle ja kustannustehokkaille hoitomuodoille on kysyntää, jotta hoitoa voitaisiin tarjota suuremmalle osalle sairastuneista. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvalla lyhyellä interventiolla on saatu hyviä tuloksia masennuksen hoidossa, mikä tulisi huomioida asiakkaiden hoitoa suunniteltaessa.

Kotitehtävät auttavat sitomaan terapiassa opittuja asioita arkielämään ja niiden avulla asiakas hyötyy hoidosta todennäköisemmin. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa kotitehtävät keskittyvät prosessien soveltamiseen arkielämän tilanteissa ja tulostemme mukaan ne ovat tehokas väline masennuksen hoidossa. Kaikki kuusi prosessia näyttävät parantavan asiakkaan psyykkistä hyvinvointia, mutta tulostemme mukaan hoidossa kannattaa keskittyä erityisesti arvoihin ja hyväksyntään liittyviin kotitehtäviin.

HOT:n prosessien soveltamisesta on hyötyä asiakkaille masennustasosta ja psykologisesta joustavuudesta riippumatta. Saatujen tulosten valossa voidaan suositella, että hyväksymis- ja omistautumisterapiaa käytettäisiin enemmän masennuksen hoidossa ja kliinisessä työssä terapeutin tulisi motivoida asiakasta soveltamaan HOT:n prosesseja arkielämän tilanteissa.

## 5. LÄHTEET

Alueellinen terveyst- ja hyvinvointitutkimus. (2012). Toimintakyky-yksikkö. (viitattu 11.02.2013).

Saatavissa: <http://www.terveytemme.fi/ath/>

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 263-279.

Ayuso-Mateos, J., Vazquez-Barquero, J., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O., Casey, P.,... Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.

Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36(2), 165-181.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.

Beck, A. (2002). Cognitive models of depression. Teoksessa R. Leahy, & E. Dowd (toim.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application* (1. painos). New York: Springer.

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

Blanco, C., Clougherty, K. F., Lipsitz, W. J., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2006). Homework in interpersonal psychotherapy (IPT): Rationale and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 201-218.

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

Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. A., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Brodley, B. T. (2006). Client-initiated homework in client-centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 140-161.

Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46-56.

Carroll, K. M., Nich, C., & Ball, S. A. (2005). Practice makes progress? homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(4), 749-755.

Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. Teoksessa R. Baer (toim.), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*, 1.painos (s. 51-75). Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Ciarrochi, J. & Bilich, L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package: Process measures of potential relevance to ACT. (viitattu 13.03.2013). Saatavissa: [http://contextualpsychology.org/process\\_measures\\_packet](http://contextualpsychology.org/process_measures_packet)

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.

Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 535-547.

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim, 2010 (viitattu 10.02.2013). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>.

Detweiler-Bedell, J. B., & Whisman, M. A. (2005). A lesson in assigning homework: Therapist, client, and task characteristics in cognitive therapy for depression. *Professional Psychology - Research & Practice*, 36(2), 219-223.



- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468-477.
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness, 3*(3), 174-189.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet, 367*(9505), 153-167.
- Fimea, & Kansaneläkelaitos (toim.). (2012). *Suomen lääketilasto 2011*. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification, 34*(6), 503-519.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 583-594.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*(6), 772-799.
- Fournier, J., DeRubeis, R., Hollon, S., Dimidjian, S., Amsterdam, J., Shelton, R., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA, 303*(1), 47-53.
- Gaudiano, B. A. (2009). Öst's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching apples with oranges? *Behaviour Research and Therapy, 47*, 1066-1070.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., & Ustun, T. B. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine, 27*(1), 191-197.

- Gonzalez, V. M., Schmitz, J. M., & DeLaune, K. A. (2006). The role of homework in cognitive-behavioral therapy for cocaine dependence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 74*(3), 633-637.
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 81*(1), 75-88.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (toim.). (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., . . . McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), 553-578.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness, 2*(2), 86-94.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.
- Hermann, B. A. (2008). *Dismantling an act-based intervention for work stress: Do values really matter?* (Väitöskirja). University of Maine, US.
- Hlavaty, L. E., Brown, M. M., & Jason, L. A. (2011). The effect of homework compliance on treatment outcomes for participants with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Rehabilitation Psychology, 56*(3), 212-218.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1-16.
- Holi, M. (2003). Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. *Lääketiede, Psykiatrian väitöstiivistelmät*, Helsinki: Helsinki University Printing House.

- Holi, M. M., Sammallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 42-46.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.
- Hollon, S. D., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77.
- Hollon, S. D., & Sexton, T. L. (2012). Determining what works in depression treatment: Translating research to relational practice using treatment guidelines. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(3), 199-212.
- Huppert, J. D., Ledley, D. R., & Foa, E. B. (2006). The use of homework in behavior therapy for anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 128-139.
- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Lönnqvist, J. (2009). Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1049-1059.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206.
- Isometsä, E. (2011). Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria*, 9. painos. (s. 154-193). Helsinki: Duodecim.
- Kazantzis, N., & Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology - Research & Practice*, 30(6), 581-585.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & L'Abate, L. (toim.). (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. New York: Routledge.
- Kazantzis, N., Lampropoulos, G. K., & Deane, F. P. (2005). A national survey of practicing psychologists' use and attitudes toward homework in psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(4), 742-748.

- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., . . . McCurry, S. M. (2004). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Applying acceptance and commitment therapy (ACT). A clinical manual*. (7. painos). Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy, 43*(4), 741-756.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*(9524), 1747-1757.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(3), 225-235.
- Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and commitment therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior, 13*(1), 102-108.
- Marcus, S., & Olfson, M. (2010). National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry, 67*(12), 1265-1273.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impacts of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification, 34*(6), 520-538.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2. painos). New York: Oxford University Press.
- Melartin, T., Rytälä, H., Leskelä, U., Lestelä-Mielonen, P., Sokero, T., & Isometsä, E. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the vanta depression study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 63*(2), 126-134.
- Metsämuuronen, J. (2003). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. (2. painos). Gummerus: Jyväskylä.

- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129.
- Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, Maarten B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Rytsälä, H. (2006). Masennuslääkkeet yleislääkärin näkökulmasta. *Duodecim*, 122, 1165-1170.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98.
- Stricker, & George. (2006). Using homework in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 219-237.
- Strunk, D. R., Cooper, A. A., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2012). The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: Predictors of early intersession symptom gains. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 80(5), 730-738.
- Suvisaari, J., Ahola, K., Kiviruusu, O., Korkeila, J., Lindfors, O., Mattila, A., . . . Viertiö, S. (2012). Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa 2011* (s. 96-101). Tampere: Juvenes Print..
- Thase, M. E., & Callan, J. A. (2006). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 162-177.
- Toivio, T., & Nordling, E. (2009). Masennus. Teoksessa T. Toivio, & E. Nordling (toim.), *Mielenterveyden psykologia* (1. painos). Tampere: Esa Print.
- Vowles, K. E., & Thompson, M. (2011). Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Teoksessa L. M., McCracken (toim.) *Mindfulness & Acceptance in behavioral medicine: current theory and practice*. 1.painos (s. 31-60). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.

Wang, P. S., Simon, G., & Kessler, R. C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(1), 22-33.

Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., . . . Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, *152*(9), 2098-2107.

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

## 6. LIITTEET

### LIITE 1: Act Weekly Diary

Asiakas: \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_

#### VIKKOPÄIVÄKIRJA

Ohje: Vastaa kaikkiin väittämiin. Laita rasti (x) jokaisen väittämän jälkeen sen mukaan, missä määrin viimeisen viikon aikana, tämä päivä mukaan lukien, olet...	0 En lainkaan	1 Jonkin verran	2 Kohtalaisesti	3 Pajon	4 Erittäin paljon
1. Tuntenut itsesi surulliseksi tai masentuneeksi					
2. Tuntenut olosi ahdistuneeksi					
3. Huomannut, että yrittäessäsi muuttaa sitä mitä ajattelet tai tunnet, olet joutunut entistä enemmän jumiin					
4. Päättänyt ottaa vastaan ja hyväksyä kaikki ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi, jotta voisit tehdä arvojesi mukaisia tekoja					
5. Olet kokenut, ettet ole yhtä kuin ajatuksesi, tunteesi, muistosi tai kehontuntemuksesi					
6. Asettanut itsellesi selkeitä ja konkreettisia tavoitteita, jotka auttavat sinua elämään arvojesi mukaisesti					
7. Huomannut, että mielesi sepittämät syyt ja selitykset, joiden vuoksi jätät sinulle hyödyllisiä asioita tekemättä, ovatkin vain sanoja eikä totuus					
8. Teit arvojesi mukaisia tekoja, vaikka se oli vaikeaa tai tuskallista					