

TUULA PAHKINEN

PSYKOTERAPIAN VAIKUTUS MINÄKÄSITYKSEEN
Psykoterapian käynnistämän muutosprosessin vaikutus
korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen



EDITOR: *Mikko Korkiakangas, Ph.D.*

Department of Psychology
University of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-8232-4
ISBN 978-951-39-8232-4 (PDF)
ISSN 0075-4625

ISBN 951-679-818-7
ISSN 0075-4625

COPYRIGHT © 1987 by Tuula Pahkinen
and University of Jyväskylä

Jyväskylän yliopiston monistuskeskus ja
Kirjapaino Sisä-Suomi Oy, Jyväskylä 1987

Jakaja
Distributor

Jyväskylän Yliopiston kirjasto
University of Jyväskylä

40100 Jyväskylä
SF-40100 Jyväskylä FINLAND

TUULA PAHKINEN

PSYKOTERAPIAN VAIKUTUS MINÄKÄSITYKSEEN
Psykoterapian käynnistämän muutosprosessin vaikutus
korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen

ESITETÄÄN JYVÄSKYLÄN YLIOPISTON YHTEISKUNTATIETEELLISEN
TIEDEKUNNAN SUOSTUMUKSELLA JULKISESTI TARKASTETTAVAKSI
VILLA RANAN PAULAHARJUNSSALISSA JOULUKUUN
12. PÄIVÄNÄ 1987 KLO 12

PSYKOTERAPIAN VAIKUTUS MINÄKÄSITYKSEEN
Psykoterapian käynnistämän muutosprosessin vaikutus
korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen

TUULA PAHKINEN

PSYKOTERAPIAN VAIKUTUS MINÄKÄSITYKSEEN
Psykoterapian käynnistämän muutosprosessin vaikutus
korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen

ABSTRACT

Pahkinen, Tuula

Psykoteraapian vaikutus minäkäsitykseen

Psykoteraapian käynnistämän muutosprosessin vaikutus korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen / Tuula Pahkinen — Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1987. 172 p. — (Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, ISSN 0075-4625; 62)

ISBN 951-679-818-7

Summary: Change in self-concept as a result of psychotherapy.

Diss.

The study examines change in self-concept in patients after receiving individual psychotherapy. The survey sample consisted of 279 patients drawn from among the outpatients of mental health services for students from five universities. Clients of the dental health care units for students from the same five universities were used as a reference group (n = 201). The methods for gathering data were the observations of their therapists (n = 27), in addition to certain standardized tests. The subjects filled in questionnaires at the beginning of their therapy, at six months and two years thereafter and at the end of the therapy period.

The problem was to identify changes in the different functions of the self. In order to measure and explain a patients's self-concept and possible changes in it during psychotherapy certain variables in which the self-concept was thought to be reflected were chosen. The dependent variables were symptoms, Beck's Depression Inventory, Self-image test, and general progress during therapy. The independent variables were type of therapy, type of disorders and quality of therapeutic relationship. The purpose was to study the extent to which the independent variables explained changes in the dependent variables and the dominant associations subsisting between them. In order to seek associations between independent and dependent variables log-linear models were used. Statistical analyses were performed using a GLIM computer programme.

Despite clear and statistically very significant differences in changes in the evaluations of the dependent variables during psychotherapy, few partial associations were found between dependent and independent variables. Self-concept and changes in it appears to be so complex and global phenomenon that no one specific research variable can encompass it. Of the four dependent variables "general progress during therapy" had the greatest explanatory value.

Keywords: psychotherapy, change, self-concept, student, symptoms, Beck's Depression Inventory, Self-image test, log-linear model.

Olet täynnä salaisuuksia,
joita kutsut Minuksi.
Paul Valéry

ALKUSANAT

Olen opetellut, harjoittanut ja opettanut psykoterapiaa parinkymmenen vuoden ajan, ja tämän työn myötä on herännyt kiinnostukseni myös psykoterapian tutkimiseen. Tutkimukseni mahdollistui, kun Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä (YTHS) ryhdyttiin vuonna 1980 suorittamaan laajaa prospektiivista psykoterapian tuloksellisuustutkimusta johtajapsykiatri, dosentti Timo Niemen johdolla. Tutkimusryhmän muut jäsenet olivat terapia-psykologi, dosentti Matti Luoma sekä terapiapsykologit Asko Hietala, Pekka Kinnunen ja Tuula Pahkinen. Tutkimusryhmä sai tutkimussuunnitelman valmiiksi vuonna 1981, ja seuraavana vuonna käynnistyi varsinaisen tutkimusaineiston keruu.

Terveydenhoitosäätiön johto loi päätöksillään ja myönteisellä suhtautumisellaan, kuten myös Suomen Akatemia myöntämänsä apurahan turvin, edellytykset tutkimuksen toteutumiselle.

Tutkimusaineistoon kuuluneita terapiapotilaita, psykoterapeutteja ja vertailuryhmään kuuluneita kiitän yhteistyöstä. Ilman heidän työpanostaan tutkimuksen suorittaminen tässä muodossa olisi ollut mahdotonta.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen, "Psykoterapian aiheuttama muutos", etenemistä ja valmistumista ohjasi kärsivällisesti ja asiantuntevasti dosentti Ritva Nupponen, mistä hänelle lämpimät kiitokseni.

Tutkimuksen empiirisen osan innostavana ohjaajana ja työni toisena esitarkastajana toimi dosentti Timo Niemi, joka psykoterapiaan ja sen tutkimisen ongelmiin perehtyneenä antoi asiantuntevaa ohjausta. Apulaisprofessori Pirkko Niemelä, työni toinen esitarkastaja ja psykologiatieteen ja sen metodologian

edustaja, antoi arvokkaita neuvoja ja rakentavassa hengessä ohjasi minua, käytännön työssä tieteellisestä ajattelusta etäännyttä tutkijaa, pysyttelemään tieteen polulla. Heille molemmille osoitan erityiskiitokseni.

Tilastomenetelmien käytössä sain apua Anja Cabellelta, joka myös suoritti kaikki tarvittavat tietokoneajot, Raija Tenhunen huolehti konekirjoitus- ja tekstinkäsittelytyöstä, ja Virpi Pahkinen tarkisti kieliäsun. Heille kaikille lausun kiitokseni. Kiitän myös PsT Seija Äystöä, joka kommentoiden luki käsikirjoituksen.

Jyväskylän yliopistoa kiitän työni julkaisemisesta Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research -sarjassa, ja sarjan toimittajaa dosentti Mikko Korkiakangasta kiitän toimituksellisesta avusta.

Lopuksi osoitan kiitokseni miehelleni ja tyttärilleni ymmärtäväisestä suhtautumisesta tutkimuksen tekijää kohtaan, niin hyvinä kuin pahoinakin päivinä.

Jyväskylässä, lokakuussa 1987

Tuula Pahkinen

SISÄLTÖ

ALKUSANAT

1. JOHDANTO.....	1
2. TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA: MINÄKÄSITYS PSYKOTERAPEUTTISEN MUUTOKSEN KOHTEENA.....	4
2.1. Yleinen lähtökohta.....	4
2.2. Minäkäsityksen määrittely.....	5
2.3. Minäkäsityksen muodostuminen.....	6
2.4. Minäkäsityksen eri aspektit.....	14
2.5. Häiriöt minäkäsityksessä.....	18
2.6. Minäkäsityksen muuttuminen.....	23
3. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	30
3.1. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön terapiatoiminnasta ja -tutkimuksesta.....	30
3.2. Korkeakouluopiskelija terapia-asiakkaana.....	31
3.3. Tutkimuksia korkeakouluopiskelijoiden mielenterveydestä	35
4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA METODISET RATKAISUT.....	38
4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja ongelmat.....	38
4.2. Tutkimuksen toteutus.....	39
4.2.1. Lähtökohdat.....	39
4.2.2. Tutkimusryhmät.....	41
4.2.3. Tiedonkeruun menetelmät.....	41
4.2.4. Kyselyjen suorittaminen.....	42
4.2.5. Muuttujien konstruointi.....	43
4.2.6. Tilastolliset analyysimenetelmät.....	44
5. TUTKIMUKSEN MUUTTUJAT.....	47
5.1. Selittävät muuttujat.....	47
5.1.1. Yleistä selittävistä muuttujista.....	47
5.1.2. Terapian luonne.....	48
5.1.3. Häiriön luonne.....	49
5.1.4. Terapiasuhteet.....	49
5.2. Selitettävät muuttujat.....	50
5.2.1. Yleistä selitettävistä muuttujista.....	50
5.2.2. Oireet.....	50
5.2.3. Beckin depressioasteikko.....	51
5.2.4. Minäkuvatesti.....	53
5.2.5. Edistyminen terapiassa.....	54
6. TULOKSET.....	56
6.1. Tutkimus- ja vertailuryhmän kuvaus.....	56
6.1.1. Ikä.....	56
6.1.2. Sukupuoli.....	57
6.1.3. Opiskeluala.....	57
6.2. Muutokset tutkimus- ja vertailuryhmissä.....	58
6.2.1. Oireet.....	58
6.2.2. Beckin depressioasteikko.....	61
6.2.3. Minäkuva.....	66
6.2.4. Terapeuttien arviot.....	66
6.2.5. Sosiaaliset suhteet.....	68
6.2.6. Harrastusaktiiviteetti, koulu-, opiskelu- ja työelämässä menestyminen.....	69

6.3.	Selitettävien ja selittävien muuttujien väliset yhteydet	71
6.3.1.	Kahden muuttujan väliset yhteydet.....	71
6.3.1.1.	Selittävänä muuttujana Terapian luonne.	71
6.3.1.2.	Selittävänä muuttujana Häiriön luonne..	78
6.3.1.3.	Selittävänä muuttujana Terapiasuhte....	83
6.3.2.	Kolmen muuttujan väliset yhteydet.....	90
6.3.2.1.	Selitettävien muuttujien keskinäiset yhteydet.....	90
6.4.	Tavoitellun muutoksen toteutuminen.....	95
6.4.1.	Yksilöllisen hoitotavoitteen saavuttaminen.....	95
6.5.	Potilaiden ja terapeuttien arvioiden yhteenkäyvyys.....	97
6.5.1.	Terapiasuhdetta kuvaavien arvioiden yhteenkäyvyys	97
6.5.2.	Terapian tuloksellisuus-arvioiden yhteenkäyvyys..	99
7.	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	101
7.1.	Tutkimus- ja vertailuryhmien tarkastelu.....	101
7.2.	Tutkimusryhmän tarkastelu.....	103
8.	POHDINTA.....	107
	SUMMARY: CHANGE IN SELF-CONCEPT AS A RESULT OF PSYCHOTHERAPY...	110
	LÄHTEET.....	116
	LIITTEET.....	124

1. JOHDANTO

Psykoterapia hoitomuotona kohdistuu yksilöön tai ryhmään, ja terapian tavoitteet määräytyvät ensisijaisesti hoidettavan häiriön tai hoidettavien häiriöiden luonteesta. Eri psykoterapiasuuntia yhdistävänä tekijänä voidaan pitää muutoksen vaatimuksen sisällymistä terapian tavoitteisiin, vaikka ei ollakaan pystytty laatimaan yhtenäistä mallia itse muutosprosessista ja siihen johtavista syistä.

Tämä tutkimus on osa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöllä (YTHS) vuonna 1982 käynnistettyä prospektiivista psykoterapian tuloksellisuustutkimusta. Tämä tutkimuksen osa kuvaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöllä yksilöpsykoterapiassa olleissa terapiapotilaissa tapahtuneita muutoksia. Erityisenä tarkastelun kohteena on terapiapotilaiden minäkäsitys ja siinä terapian aikana tapahtuneet muutokset. Psykoterapian käynnistämiä muutoksia on tutkittu terapeuttien ja potilaiden arvioimina. Psykoterapian vaikutusta on arvioitu vertaamalla terapiapotilaissa tapahtuneita muutoksia hammashoidossa olleissa potilaissa tapahtuneisiin muutoksiin samoina mittausajankohtina.

Psykoterapian käynnistämisen muutoksen määrittely yksiselitteisesti on ongelmallinen, kuten tutkimuksen ensimmäisen vaiheen raportissa "Psykoterapian aiheuttama muutos" (Pahkinen 1986) todetaan. Tämä sama määrittelemisen vaikeus liittyy myös "minään" ja "minäkäsitykseen". Sisältyväthän niihin koko maailmankuvamme, tapamme hahmottaa itsemme ja asemamme ajassa ja yhteisössä.

Psykoterapian tutkimus on ongelmallista, koska sillä ei ole omaa tieteenfilosofiaa, johon tutkija voisi tukeutua. Psykoterapiaan kohdistuvassa tutkimuksessa on yhdistelty ja sovellettu erilaisia lähestymistapoja. Yhtäältä on käytetty lääketieteellisiä malleja, esimerkiksi luokiteltaessa psyykkisiä häiriöitä. Toisaalta on käytetty jonkinlaista hermeneuttista lähestymistapaa.

Psykoterapiassa "autetuksi tulemisen struktuuria" voidaan lähestyä monelta tasolta. Yksi tällainen on kokemuksen, ymmärtämisen ja merkityksen tutkiminen. Psykoterapia ei kuitenkaan

ole vain "kielen hermeneutiikkaa", vaan paljon enemmän kuin puhuttu ja kirjoitettu kieli. Psykoterapiassa on viime kädessä kysymys inhimillisestä kokemuksesta ja kokemuksen merkityksestä yksilölle. Psykoterapian aiheuttaman muutoksen sisältö määräytyy lopulta subjektiivisiin merkityskokemuksiin perustuvien arvostusten kautta.

Ihmistutkimuksen uutta metodologista paradigmaa ollaan etsimässä. Esimerkiksi Vuorinen (1986) on korostanut systeemisen lähestymistavan merkitystä psykologiassa. Rauhala (1972, 1981) on tutkinut merkityksen ongelmaa psykologiassa ja psykiatriassa ja painottanut kokemuksen analyysin tärkeyttä psykoterapiatutkimuksessa. Rauhalan mielestä olisi tärkeitä analysoida ymmärtämisen kokonaisstruktuuria, jotta erilaisten merkityssuhteitten, joilla psykoterapia operoi, konstituutio tulisi käsitettäväksi.

Merkityksen ja merkityssuhteitten tutkiminen, niin tärkeää kuin se psykoterapiassa olisikin, on kuitenkin kompleksinen ja empiirisesti vaikeasti tutkittava asia. Tässäkin tutkimuksessa yritetään tarkastella ihmisen kokemuksellista, siis tietävää ja tuntevaa suhdetta omaan itseen ja maailmaan. Tutkimuksessa lähdetään siitä, että merkityksen ongelma saa reaalisisällön ja temantisoituu terapeutin ja potilaan välisessä terapiasuhteessa, ja on siten osatekijänä myös muutosprosessissa.

Tutkimuksessa käytetään teoreettisena viitekehyksenä psykoterapian aiheuttaman muutoksen mallia, jota on kuvattu tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa (Pahkinen 1986). Terapiapotilaassa tapahtuva muutos on sekä prosessi että psykoterapian tavoite ja päämäärä. Tämän muutosprosessin käynnistää terapeutin ja potilaan välinen terapiasuhte. Malli edellyttää terapeutin hallitsevan terapiatekniikan, ja siihen liittyvät menetelmät, ja potilaan ja terapeutin välisen vuorovaikutussuhteen.

Yritys paikantaa muutos psykoterapiapotilaan minäkäsitykseen ts. kokijan psyyken struktuuriin, kohtaa tutkimusmetodologian kannalta moninaisia ongelmia. Ensinnäkin, minäkäsitys on hypoteettinen konstruktio, jonka tapahtumia voidaan havainnoida ja jäljittää vain välillisesti. Toiseksi, muutos ilmenee olemassa-olevana prosessina kokijan, terapiapotilaan ja ympäristön (terapeutit mukaan lukien) välillä, ts. potilaan ja toisen/toisten henkilöiden välisissä suhteissa vuorovaikutusprosessin kestäessä.

Minäkäsitys on kompleksinen käsite, jota on vaikea operationalisoida. Tässä tutkimuksessa minäkäsityksen arvioimiseksi käytetään multidimensionaalista mittaria. Muutosta minäkäsityksessä arvioidaan minän eri funktioita heijastavien mittareiden avulla. Näihin sisältyvät sekä terapiapotilaiden omat subjektiiviset arviot omasta "sisäisestä tilastaan" että terapeuttien kokonaisvaltainen näkemys potilaistaan. Terapeuttien näkemykseen sisältyvät tietämys ja ymmärrys hoitosuhteessa ilmitulleistuista seikoista sekä myös havainnot potilaiden muusta käyttäytymisestä.

Psykoterapiassa, yhtä vähän kuin terapiatutkimuksessakaan, ei voida edellyttää kausaalisuhteita käsitteen yleisessä merkityksessä, koska selitettävä ja selittävä eivät ole toisistaan loogisesti riippumattomia, vaan selityspästä sisältää jo niitä informaatioaineiksia, joita selitetään. Tästä syystä ei esimerkiksi terapiakäyntikertojen lukumäärää voida pitää puhtaasti riippumattomana muuttujana, koska käyntikertojen useus riippuu monista eri tekijöistä kuten hoitoon hakeutumisen syistä. Minäkäsityksessä terapian aikana/johdosta tapahtuneita muutoksia tarkastellaan minäkäsitystä mittaavissa muuttujissa tapahtuneina muutoksina, ja tutkitaan näiden muuttujien ja selittävien muuttujien välisiä yhteyksiä.

Psykoterapiassa jokainen muutos ja hoitotavoite on yksilöllinen. Yksilötason muuttujat ovat tässä tutkimuksessa kuitenkin mittauksiltaan luokituksia, kuten oireryhmät, jolloin muutokset näkyvät näiden frekvenssijakaumien muutoksina terapian aikaisissa mittauksissa. Tällaisten aineistojen käsittelyyn soveltuvat log-lineaariset mallit (GLIM-ohjelmisto), joita tässä tutkimuksessa on käytetty.

2. TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA: MINÄKÄSITYS PSYKOTERAPEUTTISEN MUUTOKSEN KOHTEENA

2.1. Yleinen lähtökohta

Psykoterapian yleisenä kohteena ja psykoterapiassa tavoiteltavan muutoksen kohteena voidaan pitää henkilön käsitystä itsestään. Onnistuneen psykoterapian tuloksena katsotaan muutoksen tapahtuvan yksilön käsityksissä itsestään, minäkäsityksessä (self-concept) (esim. Meltzoff & Kornreich 1970; Appelbaum 1977; Smith, Glass & Miller 1980; Prochaska & DiClemente 1982). Tutkimustulokset vahvistavat, että terapiapotilaan kannalta myönteiseen muutokseen ei sisälly vain yksilön käyttäytymisen muuttumista, vaan myös "minän" rakenteiden korjautumista tai/ja "minän" (selfin) "avainkognitioiden" uudestaan rakentumista. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa (Pahkinen 1986), psykoterapiasuuntien esittelyn yhteydessä todettiin kaikkien käsiteltävien psykoterapiasuuntien viime kädessä edellyttävän muutoksen tapahtumista yksilön minän rakenteissa, jotta psykoterapialla saavutettu muutos olisi pysyvä.

Minä ja minäkäsitys ovat hypoteettisia konstruktioita, joita ei voida suoraan havainnoida toisesta eikä itsestä, vaan päätelmät ja tulkinnat on tehtävä yksilön käyttäytymisen perusteella. On tyydyttävä tutkimaan niitä erilaisia minän toimintoja, joiden kautta minäkäsityksen katsotaan ilmenevän suoraan tai epäsuorasti. Introspektion ja empatian avulla ei voida tunkeutua selfiin itseensä, mutta niiden avulla selfin psykologiset manifestaatiot ovat tarkkailtavissa. Ei myöskään tiedetä varmasti, kuinka muutos minäkäsityksessä itseasiassa tapahtuu, on vain olemassa erilaisia malleja ja oletuksia muutoksen mekanismeista ja muutokseen johtavista syistä. Varmuudella voidaan vain todeta yksilön käyttäytymisen, ja hänen minäkäsityksensä olevan jatkuvassa ja resiprokaalisessa suhteessa toisiinsa.

2.2. Minäkäsityksen määrittely

"Minä" (self) ja "minäkäsitys" (self-concept) ovat vaikeasti määriteltäviä, empiirisestä tiedosta johdettuja yleistyksiä. Eri psykoterapiasuuntien teoreetikot määrittelevät minäkäsityksen hiukan eri tavoin, taustalla oleviin persoonallisuusteorioihin nojautuen, mutta yleisesti sillä tarkoitetaan ihmisen käsitystä itsestään, omista kyvyistään, mahdollisuuksistaan ja rajoistaan. Minäkäsitystä näkee käytettävän yleisterminä egon ja selfin, samoin kuin persoonallisuuden, identiteetin, minärakenteen ja minäskeeman rinnalla. Vaikka yksilön minällä saataan tarkoittaa eri teorioissa hiukan erilaisia asioita, niin yleistäen voidaan sanoa termin "minä" viittaavan toimintaan, jolla yksilö organisoii ja säätelee käyttäytymistään. Minäkäsityksen tiedetään vaikuttavan ja säätelevän yksilön kaikkea käyttäytymistä, samoin kuin hänen havaintojaan muista ihmisistä. Minäkäsityksen kautta ihminen suodattaa kaiken kokemansa ja havaitsemansa.

Neopsykoanalyytikoista erityisesti ns. self-teoreetikot, Kohut (1971, 1977) ja Kernberg (1977) ovat tutkineet selfin psykologiaa. Myös heidän esityksissään selfin ja self-conceptin määrittelymisen vaikeus tulee esille. Psykoanalyttisissä teorioissa minää on kuvattu joskus persoonallisuuden eri aspektien integraatioksi, toisinaan persoonallisuuden synonyymiksi yleensä. Kohut (1977, 311-313) toteaa, että vaikka hän on käsitellyt kirjoituksissaan selfiä lukuisilla sivuilla, niin mistään niistä ei käy ilmi, kuinka selfin olemus tulisi määritellä selvästi ja täsmällisesti. Käyttäessään selfiä suppeassa merkityksessä, Kohut tarkoittaa sillä mentaalisen apparaatin tiettyä rakennetta (a specific structure in mental apparatus). Laajassa merkityksessä self on hänen mukaansa yksilön psykologisen universumin keskus (the center of the individual's psychological universe).

Asiakaskeskeisen terapian kehittäjä Carl Rogers (Rogers & Diamond 1954; Rogers 1959) on kliiniseen observointiin perustuen kehittänyt minä- ja itsearvostusteoriaansa. Rogersilla minäkäsitys ja minän rakenne ovat synonyymejä: minäkuva/minäkäsitys tarkoittaa koko selfin organisoitunutta olemusta (the whole organisational Gestalt of the self).

Minäkäsitys on moniulotteinen: siihen sisältyy sekä kognitiivisia, affektiivisiä että evaluatiivisia aspekteja. Minäkäsitys yleisesti käytettynä käsitteenä sisältää tunteita ja kognitiivisia prosesseja. LaBennen & Greenen (1969, 10) määritelmän mukaan minäkäsitys on yksilön kokonaisarviointi ulkonäöstään, taustastaan, alkuperästään, kyvyistään, resursseistaan, asenteistaan, tunteistaan, ja tämä minäkäsitys ohjaa yksilön käyttäytymistä. Se on organisoitunut kognitiivinen rakenne, jonka yksilö on johtanut omasta kokemuksestaan. Minäkäsitys ei ole vain yksilön tietoisien toiminnan ja ajattelun rakennelma, vaan siinä on myös mukana dynaamisia, tiedostamattomia tekijöitä. Yleinen minäkäsitys jaetaan tavallisesti eri aspekteihin kuten itsetunto, itseluottamus, itsearvostus/omanarvontunto, aktuaalinen minäkäsitys ja minäihanne.

Minäidentiteetti on käsitteenä ja alkuperältään lähellä minäkäsitetä. Identiteetti viittaa siihen, miten yksilö määrittelee itsensä, miten hän vastaa kysymykseen: "Kuka minä olen?". Se sisältää psykologisia toimintoja, jotka ovat integroituneet ja hallitsevat persoonallisuutta.

Rinnan ja toistensa synonyymeinä näkee käytettävän self-imagia ja self-conceptia. Sanakirja (Harre & Lamb 1982) määrittelee self-imagin näkemykseksi, joka yksilöllä on "tiettyinä hetkenä, tietyissä tilanteissa". Se sisältää hänen body-imagensa, ja hänen sisäisen tilansa representaation sillä hetkellä. Eroa minäkäsityksen (self-concept) ja minäkuvan (self-image) välillä voidaan kuvata siten, että minäkäsitys on horisontaalitaso, joka edustaa jatkuvuutta ja pysyvyyttä, kun taas minäkuvaa esittää horisontaalitasoa leikkaava vertikaalisuora tiettyinä hetkenä ja tietyissä tilanteissa (Fitts 1981).

2.3. Minäkäsityksen muodostuminen

Yhteistä eri psykoterapiasuuntien näkemykselle on, että minäkäsityksen muodostumiseen liitetään kaksi puolta: maturaatio ja oppiminen. Maturaatio (kypsyminen, kehittyminen) perustuu sekä aivoston kehitykseen varhaislapsuudesta aikuisuuden kynnykselle että muihin yksilön kehityksessä tapahtuviin fyysisiin muutoksiin, ja niiden vaikutuksiin yhtäaikaisesti ja rinnan yksilön

psyykkisen kehittymisen kanssa. Oppiminen, jota tapahtuu kokemusten, samastumisen ja kognitiivisten prosessien kautta, vaikuttaa yksilön minäkäsityksen rakentumiseen ja muovaa sitä. Minäkäsityksen muodostuminen perustuu siis sekä kypsymiseen että oppimiseen ja näiden kombinaatioihin, eikä minäkäsitys voi syntyä tyhjiössä vaan aina suhteessa toiseen/toisiin ihmisiin.

Minäkäsityksen muodostumisesta ei ole olemassa yhtenäistä teoriaa, eivätkä teoreetikot erota minähavaintoja ja minäkäsittettä toisistaan. Seuraavassa on koottu eri teorioista joitain keskeisiä näkemyksiä minäkäsityksen muodostumisesta. Eri teoreetikkojen valinnassa on kuitenkin pitäydytty sellaisiin teoreetikoihin, jotka samalla edustavat jotakin keskeistä psykoterapiasuuntaa ja jotka ovat olleet esillä myös tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa.

Psykodynaaminen lähestymistapa: Tässä yhteydessä seurataan lähinnä ns. neofreudilaisten näkemyksiä minäkäsityksen rakentumisesta.

Psykoanalyttisesta, yhtä hyvin kuin myös kehityspsykologisesta, näkökulmasta tarkasteltuna yksilön kehityksen alkuvaiheessa keskeinen tapahtuma on fyysisen minän erottaminen muusta. Lapsen ensimmäistä, ympäristöstä erottuvaa minähahmoa nimitetäänkin "ruumis-minäksi" (body-ego) ja se on alkuna myös psyykkisen elämysmaailman tapahtumille, itsen ja ympäristön erottamiselle toisistaan. Oman kehon erottaminen on ensimmäinen vaihe havaintojen, tunteiden ja ajatusten differentioimiseen toisten kokemuksista. Mm. Neubar (1976) korostaa minän fyysisen aspektin, kehonkaavion (body-imaginen) muodostumisen tärkeyttä, ei vain ensimmäisiin elinvuosiin kuuluvana seikkana, vaan läpi koko elämän jatkuvana tietoisuutena omasta ruumiista. Ruumis on yksilötietoisuuden jokahetkinen nollapiste, ja "ruumisminän" kehityksen häiriöillä on vakavia ja kauaskantoisia seurauksia yksilön psyykkisen kehityksen kannalta.

Lapsen ensimmäiset objektit liittyvät tyydytystä antaviin seikkoihin (äidin rintaan ja muihin häneen tai vakituiseen hoitajaan liittyviin elämyksiin). Nämä ensimmäiset objektit ovat osaobjekteja, mikä tarkoittaa sitä, että ne eivät vielä erotu henkilökokonaisuudeksi. Vähitellen alkaa kehittyä sidos lapsen ja hänen ensisijaisen hoitajansa välille, mikä mahdollistaa ja muodostaa lapsen ensimmäisen tunnesuhteen. Suhde hoitavaan ai-

kuiseen rakentuu aluksi lapsen tarpeiden tyydyttämiselle ja luo perustan vuorovaikutussuhteelle, mikä on edellytys minätietoisuuden kehittymiselle. Vanhemmat tai heitä edustavat henkilöt ovat merkityksellisiä lapsen ensimmäisinä ja myös lapsen kehitystä ajatellen tärkeimpinä tunneobjekteina. Oppimisen ja ensisijaisiin hoitajiin samastumisen avulla rakentuu lapsen varhainen minäkäsitys.

Kehityopsykologisessa kirjallisuudessa (esim. McCandless 1969) on totuttu kuvaamaan lapsen 2 1/2 - 3 1/2-vuoden ikävaihetta varsinaiseksi minätietoisuuden heräämisajanjaksoksi. Tavallisesti lapsi tuolloin pystyy näkemään itsensä erillisenä olentona vanhemmistaan ja toisista lapsista. Lapsi tulee tietoiseksi siitä, mikä on minua ja ei-minua. Tärkeänä osana tässä kehitysprosessissa on lapsen sukupuoli-identiteetin syntyminen, sisäinen käsitys itsestään oman sukupuolensa jäsenenä. Myös kielen kehityksessä minäkäsityksen herääminen tulee esille lapsen oppiessa käyttämään sanoja "minä ja minun". Minäkäsityksen muodostumiseen vaikuttavia toisia ihmisiä on kuvattu termillä "merkittävät toiset" (significant others) (esim. Sullivan 1953; LaBenne & Greene 1969). Lapsen varhaisvuosina näitä "merkittäviä toisia" ovat tavallisesti hänen vanhempansa tai vakituiset hoitajansa, myöhemmin leikkiverit, ystävät, koulutoverit, opettajat ja muut auktoriteetit. Nämä "merkittävät toiset" ovat henkilöitä, joihin lapsella on muodostunut tunneside. Heidän reaktionsa lapsen käyttäytymistä kohtaan toimivat kontrollikeinoina ("palkkioina ja rangaistuksina") ja muovaavat lapsen käsitystä itsestään. Minäkäsityksen keskeinen mekanismi on imitaatio, jonka kautta tapahtuu samastumista toiseen. Lapsella tämä tapahtuu roolileikkien avulla. Samastumalla toisiin lapsi saavuttaa myös tietoisuuden itsestään. Minä alkaa vähitellen sisältää sen, johon vuorovaikutuksen kuluessa samastutaan tai mitä henkilö omistaa.

Voidaan ajatella, että terapiassa terapeutti edustaa potilaalleen yhtä "merkittävää toista", jonka palautteet ovat potilaalle merkittäviä ja voivat välillisesti vaikuttaa ja vähitellen muuttaa potilaan käsitystä itsestään.

"Minän" kehitystä tutkineista 1970-luvun teoreetikoista ansaitsee tulla mainituksi Margaret Mahler, jonka teoria perustuu hänen ja hänen työryhmänsä suorittamaan laajaan empiriseen tutkimukseen (Mahler, Pine & Bergman 1975). Mahlerin teorian

keskeiset käsitteet pohjautuvat ja integroituvat psykodynaamiisiin käsityksiin lapsen kehityksestä, mutta hän on tuonut siihen merkittävää lisää kehityspsykologian kannalta tarkasteltuna.

Mahler ym. (1975) käyttävät käsitettä lapsen "psykologinen syntymä" siitä varhaiskehityksellisestä ja vaihespesifistä prosessista, jonka seurauksena asteittain "minää" ja "toisia" koskeva käsitys muodostuu lapsen kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana. Teoria rakentuu kehitysvaiheista, joiden keskeinen lähtökohta on lapsen ja hoitavan aikuisen välinen vuorovaikutus. Läpikäytyään symbioottisen vaiheen lapsi siirtyy separaatio-individuaatiovaiheeseen, joka kestää noin kolmannen ikävuoden loppuun asti. Näiden vaiheiden aikana rakentuu Mahlerinkin mukaan lapsen minän perusta. Lapsen saadessa kehittyä "normaalisti" tapahtuu kolmannen vuoden aikana suhteellisen pysyvä yksilöllisyyden löytyminen, joka perustuu tietoisien mielikuvan muodostumiseen omasta itsestä. Tämä edellyttää minäkuvan sisäistämistä. Minäkuvaan on yhteydessä itsetunto, joka määräytyy sen mukaan, miten myönteisesti tai kielteisesti varattuja tunteita liittyy sisäistettyyn minäkuvaan.

Erik H. Erikson (1959) käyttää käsitettä identiteetti (identity) tai ego-identiteetti (ego-identity) ja korostaa sen sosiaalista alkuperää. Prosessi, jonka kautta sosiaaliset tekijät sisäistyvät yksilöön on Eriksonin (kuten muidenkin psykoanalyttikkojen) mukaan, identifikaatio. Hänen mukaansa nuoruusiän keskeinen kehitystehtävä on henkilökohtaisen identiteetin muodostuminen. Identiteetin muodostuminen tapahtuu yhdessä yksilöllisen historian ja sosiaalisten mahdollisuuksien kanssa. Yksilön identiteetti on hänen aikaisemman kehityksensä funktio. Identiteetti, joka sisältää minäkäsityksen (näitä voidaan käyttää myös synonyymeinä) on Eriksonin mukaan toisten ihmisten palautteiden ja sosiaalisissa tilanteissa hankittujen kokemusten perusteella syntynyt käsitys itsestä.

Nuoruusikää nimitetään elämän "toiseksi mahdollisuudeksi" (esim. Blos 1980). Ilmaisulla korostetaan nuoruusikään kuuluvien "minän" kehitystapahtumien merkitystä psyyken uudelleen organisoitumiselle, ja nuoruusikää pidetäänkin "psykologisen syntymän" ohella elämän toisena yksilöitymiskautena.

Erikson (1968) korostaa nuoruusiässä tapahtuvan minän uudelleen integroitumisen olevan enemmän kuin lapsuuden samastumi-

sien summa. Identiteetti perustuu hänen mukaansa kahteen samanaikaiseen havaintoon: välittömään havaintoon yksilön minän samana pysymisestä ajassa, ja samanaikaiseen havaintoon siitä, että myös toiset tunnistavat yksilön samuuden ja jatkuvuuden. Identiteettiin kuuluu myös selkiytynyt tietoisuus omista pyrkimyksistä ja päämääristä; se on tulos synteettisestä kehitystehävästä, jolla on samalla persoonallisuuden tasapainoa lujittava vaikutus.

Merkillepantavaa Eriksonin näkemyksessä on psykoterapian, ja yleensä vuorovaikutussuhteiden kannalta se, että läheisen ihmissuhteen solmimisen ja muodostumisen edellytys on oman identiteetin muodostuminen. Vasta oman identiteetin selkiinnyttyä voi ihmissuhde kehittyä sellaiseksi, että toinen osapuoli nähdään ja hänestä ollaan kiinnostuneita ainutkertaisena henkilönä. Jos oma identiteetti on selkiytymätön, on ilmeistä, että ihmissuhteita säätelevät ja niitä vääristävät toiveet ja pelot, projektiot omista mielikuvista ja tarpeista, yhtä hyvin kuin oman identiteetin etsintä. Aikuisen henkilön heikosti kehittynyt, vääristynyt tai selkiytymätön identiteetti/minäkäsitys aiheuttaa erityisiä rajoituksia myös psykoterapeuttiselle työkentelylle.

Rogersilainen lähestymistapa: Rogersin (Rogers & Dymond 1954; Rogers 1959) näkemys "minästä" ja minä-käsityksestä liittyy fenomenologiseen suuntaukseen. Rogers käyttää "minä" (self) -termiä synonyyminä "persoonalle" (person), joka on riippuvainen kunkin yksilön "fenomenaalista kentästä". Tämä kenttä sisältää subjektiivisia käsityksiä ja tunteita itsestä, ja minäkäsitys on yksilön tietoinen arviointi oman itsen tilasta, ts. minäkäsitys on organisoitunut "minän" havainnoista. Rogersilla "itseä koskevat asenteet" (self-regarding attitudes) kuvaavat henkilön havaintoja kyvyistään, ja näihin itseä koskeviin asenteisiin kuuluu kolme aspektia: kognitiivinen, evaluatiivinen ja affektiivinen.

Rogersin mukaan ihmiset käyttäytyvät sen perusteella, minkälaisina he itse näkevät itsensä, ts. minäkäsitys determinoi käyttäytymistä. Hänen mukaansa yksilö torjuu tietoisuudesta sellaiset kokemukset, jotka syystä tai toisesta eivät sovi yhteen hänen minäkäsityksensä kanssa. Tarve säilyttää positiivinen minäkäsitys johtaa selektiiviseen havainnointiprosessiin

siten, että kokemukset, jotka eivät ole sopusoinnussa minäkäsityksen kanssa, kielletään tai torjutaan tietoisuudesta: joko ne eivät organisoidu minästrukturiin, tai sitten ne tulevat mukaan esimerkiksi vääristyneellä tavalla symbolisoituna. Minäkäsitys on kriteeri, jonka perusteella yksilö organisoii ja valitsee kokemuksia, ja yksilön havainnot ovat tämän vuoksi selektiivisiä sen perusteella, miten hänen minäkäsityksensä niihin suhtautuu.

Rogersin mielestä kaikilla ihmisillä on tarve saada osakseen positiivista hyväksymistä. Tämä tarve kehittyy omaan itseen liittyvän tietoisuuden myötä, ja tarpeen tyydyttäminen riippuu niistä päätelmistä, joita yksilö tekee muiden käyttäytymisestä. Se on siis vastavuoroista siten, että yksilö kokee, että hänen positiivinen hyväksymisentarpeensa tulee tyydytetyksi silloin, kun hän havaitsee itse tyydyttävänsä tätä tarvetta jossakussa toisessa. Lapsen varhaisvuosina tämä hyväksymisen saavuttamisen tarve liittyy erityisesti äitiin ja tulee tavallisimmin tyydytetyksi tässä suhteessa.

Asiakaskeskeisessä terapiassa, samoin kuin muissakin psyko-terapioissa, tavoite on auttaa asiakasta hyväksymään oma itsensä ja vapauttaa yksilö itsensä toteuttamiseen. Itsensä hyväksyminen sisältää kyvyn tarkastella itseä rehellisesti, tunnustaa puutteet, ja kuitenkin elää onnellisesti ja luovasti. Rogers (1959) osoittaa, että terapian tuloksena havainnot ihanneminästä (ideal-self) tulevat realistisemmiksi ja minä (self) tulee kongruentimmaksi ideal-selfin kanssa. Tämä sisältää oletuksen, että persoonallisuuden häiriöitä luonnehtii epärealistinen minäihanne ja/tai inkongruenssi minäkäsityksen ja ideaali-minän välillä.

Kognitiivinen lähestymistapa: Kognitiivisesti painottuneissa terapiamuodoissa käytetään yksilön psyykkisestä rakenteesta (itseä koskevasta konstruktiosta) nimitystä "kognitiivinen skeema". Markusin (1977) ja Beckin (1979) käyttämä "minäskeema" (self-schema) -käsite on yksi tärkeimmistä skeemoista, ja sen voidaan katsoa sisältävän myös yksilön minäkäsityksen, sen tavanomaisessa ja yleisessä merkityksessä. Minäskeema muodostuu useista eri skeemoista (self-schemata), joiden sisältö on rakentunut ja organisoitunut yksilön elämäkokemusten pohjalta, ja minäskeema on eräänlainen viitekehys, jonka kautta yksilö

havaitsee ja arvioi itseään. Minäskeemat vaikuttavat itseä koskevan informaation prosessointiin. Kognitiiviset skeemat voivat olla negatiivisia ja vääristyneitä yksilön yhden tai useamman toiminnan alueella. Lisäksi yksilöllä on toiminnallisia skeemoja (eli skriptejä), jotka sisältävät ohjeet erilaisten asioiden tekemiselle. Yksilön elämän kuluessa kehittyy toiminnan kautta enemmän tai vähemmän konsistentti systeemi olettamuksista itsestä. Tämä systeemi mahdollistaa omien ajatusten, tunteiden ja toimintojen ymmärtämisen ja käyttäytymisen ennakoimisen tulevissa tilanteissa.

Minäkäsityksen ja toiminnan välisiä yhteyksiä on tarkasteltu erityisesti kognitiivisissa teorioissa, joissa toiminta (action) on käsitettävä hyvin laajasti. Minäkäsityksen muodostumisen kuvaus kognitiivisen teorian pohjalta jää kovin kaavamaiseksi ellei huomioida, että myös tässä mallissa juuret ovat sosiaalipsykologisissa minäteorioissa, ja tässäkin mallissa minäkäsityksen muodostuminen tapahtuu oppimisen kautta emootioiden säätelemässä vuorovaikutustilanteissa, joskin henkilön oman toiminnan osuus korostuu.

Yleistäen, kognitiivisen teorian mukaan tietoisuus itsestä ja minäkäsityksen systeemiksi rakentuminen syntyy toiminnassa ja vaikuttaa toimintaan. Minäkäsityksen, ulkomaailmaa koskevien käsitysten ja toiminnan kesken vallitsevat hyvin kompleksiset suhteet, joita on vaikea pelkistää yksinkertaisiksi kausaalisuhteiksi.

Ainakin sellaisissa psyykkisen häiriön muodoissa kuten depressioissa, on kognitiivisten vääristymien todettu olevan yhteydessä oireisiin, ja psykoterapian kannalta malli minäskeemasta ohjaa terapeuttista työskentelyä korjaamaan ja havainnoimaan mahdollisia kognitiivisia vääristymiä ja niiden seurauksia yksilön käyttäytymisessä. Itseä koskevan kognitiivisen struktuurin ja arvostusten merkitys yksilön käyttäytymisen säätelijänä on luonnollisesti keskeinen kaikissa yksilön toiminnoissa, mutta se tulee erityisen selvästi esille häiriökäyttäytymisessä.

On selvää, että normaalisti iän myötä identiteetin rakentumisen kautta yksilö pystyy hienojakoisempaan määrittelyyn itsestään. Minäkäsityksen struktuuri näyttää muuttuvan laadullisesti iän myötä, joskin muoto, jonka tämä uudistunut rakenne kulloinkin saa ja sen ilmeneminen, ovat vaikeasti määriteltä-

vissä. Aluksihan lapsen käsitys itsestä on suhteellisen diffuusi, kokonaisvaltainen ja yksinkertainen. Vähitellen muodostuu useita dimensioita ja yksilö pystyy näkemään ja arvoimaan itsensä erilaisissa tilanteissa ja erilaisten toimintojen suorittajana, esimerkiksi ruumiillista voimaa, sosiaalista taitoa, matemaattista kykyä jne. vaativissa tilanteissa, ja pystyy differentioimaan eri tilanteiden vaatimuksia suhteessa omiin kykyihinsä. Tätä näkemystä itsestä on totuttu nimittämään myös itsetuntemukseksi, joka sisältää reaaliminän (real-self/actual-self). Ihanneminä (ideal-self) puolestaan sisältää yksilön toiveita ja odotuksia kyvyistä ja taidoista, jotka eivät kuulu hänen reaaliminäänsä. Psykoterapian kannalta antaa yksilön reaaliminän ja ideaaliminän suuri poikkeavuus toisistaan viitteitä minäkäsitykseen liittyvistä ongelmista, ja terapian yhtenä tavoitteena voidaan pitää reaaliminän ja ideaaliminän välisen diskrepanssin vähentämistä. Meltzoff ja Kornreich (1970) toteavat terapian tutkimusta ja terapian vaikutuksia käsittelevässä kokoomateoksessaan, että minäkuvamittarilla "millainen minä olen - millainen haluaisin olla" (reaaliminä - ihanneminä) suurimmat muutokset terapian aikana tapahtuvat nimenomaisesti reaaliminän kokemisessa.

Yhteenvedona minäkäsityksen muodostumiseen liittyvistä teorioista ja olettamuksista todettakoon, että kaikissa kuvatuissa teorioissa minä/minäkäsitys nähdään kehittyvänä prosessina, joka sisältää itseä koskevien käsitysten ja arvostusten oppimista siinä sosiaalisessa ympäristössä, jossa yksilö toimii. Tässä vuorovaikutusprosessissa merkittävä osuus minäkäsityksen kehittymiselle on myös kielellisillä tekijöillä, samoin kuin affekti- ja motivaatiotekijöillä. Minäkäsitys on multidimensionaalinen: siihen sisältyy sekä kognitiivisia, affektiivisiä että evaluatiivisia tekijöitä. Identiteetti, kun siihen liittyy minän havaittu sisältö, merkitsee suunnilleen samaa kuin minäkäsitys. Vaikka käsitteeseen identiteetti liitetään tunne sen samanapsysymisestä ja jatkuvuudesta ajassa, niin stabiilisuus ei kuitenkaan merkitse staattisuutta. Koska minäkäsitys on opittu vuorovaikutuksessa, ja se on yksilön kokemusten funktio, siihen voidaan myös vaikuttaa, ja sitä voidaan muuttaa vuorovaikutuksessa tapahtuvan oppimisen kautta. Psykoterapeuttinen vuorovaikutus tarjoaa erään mahdollisuuden minään liittyvien käsitysten muuttamiseksi tai korjaamiseksi.

2.4. Minäkäsityksen eri aspektit

Minärakenteeseen on tavallisesti liitetty kaksi aspektia: "I" ja "Me" (minä ja itse). George H. Mead (1934), jonka teoria perustuu William Jamesin esittämään teoriaan, kuvasi minän rakentuvan näistä kahdesta puolesta. Myöhemmin ovat muutkin minäteoreetikot käyttäneet tätä kuvausta. Täydellinen minä (self) muodostuu I:sta ja Me:stä. "I" on ainutkertainen, subjektiivinen, yksilöllinen ja aktiivinen osa itseämme ja sisältää mm. erilaisia minään liittyviä tunnekaliteetteja. "Me" on enemmän passiivinen ja objektiivinen osa minää. Se on muodostunut toisten meistä omaksumien käsitysten ja mielikuvien pohjalta, ja se sisältää sellaisia objektiivisia kaliteetteja, joita ulkopuoliset voivat havainnoida. "Me" opitaan siis tiedostamaan toisten ihmisten meidän omiin toimintoihimme kohdistamien reaktioiden puitteissa. "I" ja "Me" ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa toisiinsa ja muokkaavat minää ja yksilön käsitystä itsestään kokonaisuutena. Ne muodostavat selfin ytimen. Yksi tämän minuuden ominaisuuksista on se, että se pystyy olemaan objekti itselleen.

Burns (1979, 29) on koonnut minäteorioista ne elementit, joiden hän katsoo kuuluvan minäkäsitykseen:

- 1) "Globaali-selfistä" voidaan erottaa kaksi aspektia: I tai self "kokevana" (as knower/process/doer) Me tai self "koettuna" (as known), joka voi sisältää "osaminuuksia" (subselves) esim. fyysinen-, sosiaalinen-, ideaaliminä jne.
- 2) Yksilö koettuna kokonaisuudeksi, erillään muista, ja samanapysyvänä ajassa.
- 3) Minäkuva (self-image) ja itsetunto (self-esteem) näyttävät olevan minäkäsityksen kaksi peruselementtiä.
- 4) Itsetietämys (self knowledge) ja itsearviointi ovat opittuja kokemusten kautta, pääasiallisesti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa "merkittävien toisten" kanssa.

Minäkäsitystä voidaan tarkastella myös siihen kuuluvien eri elementtien suhteen, joskin näiden elementtien yksityiskohtainen selvittely on jossain määrin keinotekoisista ja väkinaista-

kin. Eri elementit ovat suuresti riippuvaisia toisistaan, ja niitä käytetään kirjallisuudessa ja arkikielessä rinnan ja toistensa synonyymeinä. Myös psykoterapiatutkimuksissa minän eri elementtejä käytetään selfin ja egon ohella kuvaamaan "minää".

Minäkäsitystä arvioitaessa ja mitattaessa on tavallisesti erotettu itsetunto (self-esteem), itsearvostus (self-worth) ja itsensähyväksyminen (self-acceptance), mitkä sisältävät itseen liittyviä asenteita, arvostuksia ja tunteita ts. samoja elementtejä, joista koko minäkäsitys muodostuu. Minäkäsityksen eri osa-alueita mittaavat testit korreloivat voimakkaasti keskenään, ja myös faktori-analyyttiset tutkimukset (esim. Gordon & Ward 1973; Combs 1981) tukevat minähavaintojen kokonaisvaltaisuutta.

Itsetunto (self-esteem) tai itsearviointi (self-evaluation) voidaan nähdä prosessina, jossa yksilö tutkii taitojaan, suorituksiaan, kykyjään ja ominaisuuksiaan omien henkilökohtaisten standardien ja arvojen perusteella, jotka hän on sisäistänyt ympäröivästä yhteiskunnasta ja merkittävien toisten ihmisten kautta (Burns 1979).

Itsetunto (self-esteem) on kiinteästi yksilön minän toimintoihin liittyvä. Coopersmith (1967) määrittelee sen arvioksi, jonka yksilö suorittaa ja tavallisesti myös ylläpitää arvioidessaan itseään. Se ilmaisee hänen hyväksyvän tai ei-hyväksyvän asenteensa ja sisältää yksilön käsitykset ja uskomukset siitä, kuinka hyvä, kykenevä, merkittävä, menestyvä, arvostettava jne. hän on. Lyhyesti: itsetunto on persoonallinen mielipide, joka sisältää yksilön arvion itsestään ja kuvaa yksilön itse-arvostuksen astetta. Rosenberg (1965) määrittelee itsetunnon samalla tavalla, positiivisena tai negatiivisena asenteena tiettyä objektia, minää (selfiä) kohtaan. Matala itsetunto johtaa itsen aliarvioimiseen, "hylkäämiseen", vähättelyyn ja negatiiviseen itsearvostukseen.

Itsearvostus/omavarvontunto (self-worth) on henkilökohtainen näkemys omasta arvosta, ja se voidaan määritellä myös positiivisuus - negatiivisuus ulottuvuudella. Itsearvostus sisältää tunteen siitä, että "self" on tärkeä ja tehokas, ja että yksilö on tietoinen itsestään (Burns 1979, 56). Itsearvostukseen liittyvät tunteet omasta kompetenssista. Käsitteenä se on lähellä itsensähyväksymistä. Itsearvostuksen tuntemuksia ovat: itsekun-

nioitus, itsensähyväksyminen, itserakkaus tai oman itsen mitätöiminen. Itsearviointiin liittyy aina joko positiivisia tai negatiivisia tunteita, jotka tulevat selvästi esille esimerkiksi depressiossa. Itsearvostuksessa yksilö vertaa itseä objektina toisiin kohteisiin tai normeihin, ja tässä prosessissa tarvitaan itsen tarkkailua ja havaintojen tekoa itsestä.

Itsensähyväksyminen (self-acceptance) on "asenteellinen" suhtautumistapa omaan itseensä, ja se on enemmän tietoista kuin esitietoista. Itsensä hyväksymiskuvaukset sisältävät tavallisesti asenteiden arviointia suhteessa johonkin tilanteeseen tai standardiin, ja tässäkin arviointiprosessissa ovat tunteet mukana.

Eri osatekijöiden riippuvuus toisistaan tulee näkyviin esimerkiksi puhuttaessa positiivisesta minäkäsityksestä. Sillä tarkoitetaan, ja se merkitsee samaa kuin positiivinen itsearvostus, itsetunto tai itsensähyväksyminen. Negatiivinen minäkäsitys on synonyymi negatiiviselle itsearvostukselle, itsevihalle, alemmuudentunteiden ja arvottomuuden kokemuksille sekä itsensähyväksymättömyyden tunteille. Joskin jokainen näistä termeistä pitää sisällään myös sivumerkityksiä.

Viime vuosina ovat kognitiivista suuntausta edustavat terapeutit tuoneet esille erityisten selfille merkityksellisten (self-relevant) ajatusten osuutta käyttäytymisen säätelijöinä (esim. Meichenbaum 1977; Mahoney & Arnkoff 1978; Kendal 1983).

Markus (Markus & Nurius 1986) käyttää käsitettä "possible selves" (mahdolliset minät), joka viittaa minäkäsityksen tiettyihin tulevaisuuteen suuntautuviin aspekteihin. Markus on tarkoittanut tämän käsitteen täydentämään self-tietoutta. "Possible selves" liittyy läheisesti Markusin käyttämään self-skeema-käsitteeseen, mutta kun self-skeemat ovat rakentuneet ensisijaisesti yksilön menneistä kokemuksista jollain tietyllä alueella, niin "mahdolliset minät" tähtäävät tulevaisuuteen. Käsitteenä "possible selves" on lähellä ideaali-selfiä, mutta eroaa siitä siinä, että "possible selves" ovat enemmän sidoksissa realiteetteihin, yksilön historiaan ja hänen sosiaaliseen ympäristöönsä.

Markusin mukaan "mahdolliset minät" edustavat yksilön ideoita siitä, miksi he voisivat tulla, millaisiksi he haluaisivat tulla ja millaisiksi he pelkäävät tulevansa. "Mahdolliset minät" toimivat eräänlaisina käsitteellisinä yhdistäjinä kogni-

tioiden ja motiivien välillä. "Possible selves" ovat tärkeitä; ensiksi, koska ne toimivat pontimena tulevaisuuteen suuntautuvassa käyttäytymisessä (ne ovat "miniä", joita tulisi saavuttaa tai välttää). Toiseksi, koska ne toimivat arvioijina ja tulkeina yksilön senhetkisille näkemyksille itsestään. Yksilön "mahdollisten minien" repertuaari voidaan nähdä pysyvien tavoitteiden, motiivien ja pelkojen kognitiivisena manifestaationa. Vaikka Markus ei selitä, kuinka nämä "possible selves" itse asiassa toimivat self-systeemissä, niin hän tuo lisänäkemyksen minäkäsitykseen korostamalla sen dynaamista, jatkuvasti liikkeellä olevaa ja joustavaa puolta, sekä minäkäsityksen ja motiivien yhteyttä pyrittäessä muutokseen minän rakenteissa.

Minäkäsityksen osatekijöihin liittyvät sekä kognitiiviset-, affektiiviset- että evaluatiiviset tekijät. Itseen liittyville tunteille ja uskomuksille on ominaista arvoväritteisyys, mikä tulee parhaiten näkyviin sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa ja toisten arvostuksissa.

Niin käyttökelpoinen ja relevantti tutkimuskohde kuin minäkäsitys onkin, liittyy sen tutkimukseen suuria ongelmia. Esimerkiksi minäkäsitykseen liittyviä subjektiivisia, fenomenologisia tekijöitä on vaikea tavoittaa perinteisin empiirisen psykologian keinoin, kuten observointia, introspektiota, itsearviointia ja testejä käyttäen. Näillä menetelmillä saadaan enemmänkin tietoa minäkuvasta, selontekoa itsestä (self-report), kuin validia tietoa minäkäsityksestä. Kielelliseen informaatioon itsestä, mihin useimmat arviointimenetelmät perustuvat, vaikuttavat monenlaiset emotionaaliset tekijät, joiden osuutta on vaikea eristää, kuten esimerkiksi henkilöiden taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Minäkuva-arvioiden tarkoituksena on mitata yksilöiden tietoista käsitystä itsestään. Tämä edellyttää sitä, että yksilö voi ilmaista itseään koskevia seikkoja vapaasti, pelkäämättä esimerkiksi tulevansa torjutuksi. Kaikkiin minäkuva-arvioihin on kuitenkin todettu vaikuttavan ns. sosiaalisen toivottavuuspyrkimyksen (social desirability and undesirability) (McCandless 1969, 260). Tämä tarkoittaa sitä, että yksilö, täyttäessään esimerkiksi minäkuvalomakkeita, korostaa piirrearvioinneissaan niitä seikkoja, joita pitää suotavina.

2.5. Häiriöt minäkäsityksessä

Monikerroksista ja eri toiminnoista koostuvaa minärakennetta voidaan tarkastella yksilön havaittavan käyttäytymisen välityksellä. Myös minäkäsitykseen liittyvät häiriöt tulevat arvioiduksi yksilön käyttäytymisestä tehtävien johtopäätösten perusteella, ja sen perusteella, mitä hän on kykenevä ja halukas kertomaan itsestään, ajatuksistaan ja tunteistaan. Positiivista ja realistista minäkäsitystä on totuttu pitämään psyykkisen hyvinvoinnin ilmentäjänä ja psykoterapiassa yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi on muodostunut positiivisen minäkäsityksen rakentaminen tai sen tukeminen. Yleistäen voidaan todeta, että mitä vakavampi psyykkinen häiriö on kyseessä, sitä tuntuvammin ja kehityksellisesti varhemmin on vaurio tapahtunut minän rakenteissa, ja sitä vaikeammin ovat korjattavissa häiriöiden seuraukset yksilössä.

Tavallisesti psykoterapeuttiseen hoitoon ryhdyttäessä tai terapian alkuvaiheessa arvioidaan yksilön minä/minäkäsitys. "Minän" toimintojen häiriöt ilmenevät yksilön psyykkisenä tasapainottomuutena; useimpien psykoterapiaan hakeutuvien yhteisenä ongelmana voidaankin pitää erilaisia ja eriasteisia minän toimintojen häiriöitä, jotka selvästi tulevat esille vuorovaikutustilanteissa. Psykoterapiassa kliinisinä malleina ja hypoteeseinä käytettävät psykiatriset diagnoosit sisältävät myös arvon minärakenteen vaurion asteesta ja - laadusta, ja auttavat siten psykoterapian mahdollisuuksien arvioinneissa.

Varhaiskehityksen aikana tapahtuneet minärakenteen vauriot ja vaurioiden jäljet tulevat esille jokseenkin säännönmukaisten häiriöiden muodossa aikuisiän psyykkisissä sairauksissa. Psykoottistasoisissa häiriöissä ovat keskeisiä tuntemukset minän rajojen häviämisestä tai "vuotamisesta". Rajatiloissa minän rajat heilahtelevat ja vaihtelevat, kun taas neuroottistasoisissa häiriöissä minän rajat ovat jäykät ja kapeat. Neurooseissa ja neuroottistasoisissa häiriöissä minän toiminnot ovat vähemmän häiriintyneitä verrattuna psykooseihin ja luonnehäiriöihin.

Neuroottisen henkilön minän vahvuus (ego strength) on parempi kuin psykoottisella henkilöllä, mikä on tärkeä näkökohta psykoterapeuttista hoitoa ajatellen. Psykooseissa realiteetin testaus on häiriintynyt ja minän puolustuskeinot ovat luhistu-

neet, ainakin osittain. Tästä on seurauksena persoonallisuuden integraation ja minän hajoamista sekä minän toimintojen taantumista. Psykooseissa tapahtuva minän regressio, johon liittyy tai josta on seurauksena myös ympäröivän todellisuuden ja itsen virhearviointi, muodostaa vakavan esteen psykoterapeuttisille interventioille.

Psyykkisten häiriöiden erotusdiagnostiikalla on merkitystä sekä psykoterapiamenetelmien valinnan että terapian ennusteen kannalta. Kernberg (1975, 1977) tunnettuna rajatilojen tutkijana tähdentää, että ratkaisevampaa kuin oireen muodostuksen laatu, on rajatiladiagnoosia tehtäessä minän rakenteiden tutkiminen. Hänen mukaansa rajatilat eroavat neurooseista ennenkaikkea minän rakenteen suhteellisen kehittymättömyyden perusteella, joskin niistä puuttuvat psykoosille ominaiset realiteettites-tauksen häiriöt. Huomionarvoista rajatilaisten psykoterapian kannalta on se, että raja itsen ja toisten välillä on tavallissimmin kuitenkin säilynyt. Psykoterapeuttisessa hoidossa rajatilapersonallisuuksien paraneminen etenee tavallisesti ensin neuroottistasoisten puolustuskeinojen vahvistumisen kautta. Mainittakoon, että kaikissa tapauksissa rajatilatason ja neuroottisten häiriöiden välinen ero ei aina ole selvä, vaan on olemassa eriasteisia "välimuotoja", jotka voivat tarkentua vasta terapian edetessä. Tästä on esimerkkinä anorexia-nervosa -tyyppinen oireyhtymä, jota näkee luokiteltavan milloin vaikeaksi neuroottiseksi häiriöksi, milloin rajatilahäiriöihin kuuluvaksi. Tämän oireyhtymän, vaikka se tavallisesti puhkeaa-kin vasta puberteetissa, alkujuurien katsotaan olevan varhaisissa minän kehityksen vaurioissa, lähinnä separaatio-individaatiovaiheessa tai/ja ruumisminän erillisyyden kokemuksissa. Tämä seikka tulee ilmi sairauden puhjettua esimerkiksi erilaisina omaan kehoon liittyvinä vääristyminä ja virhearviointeina ja laajemmin minäkäsityksen häiriöinä.

Eriasteiset ja erilaiset häiriöt ja vinoumat minärakenteessa ilmenevät tavallisimmin oireina ja häiriökäyttäytymisenä. Oireet voidaan ymmärtää minään liittyvinä itsesäätelypyrkimyksinä ja kamppailuna minää horjuttavia tunteita vastaan, kun yksilö pyrkii torjumaan ja suojautumaan minäänsä uhkaavilta konflikteilta. Psyykkisen hyvinvoinnin ja harmonian yksilö kokee minäänsä liittyvien elämysten eheytenä. Hallitsemattomat konfliktit, joko ympäristön ja minän tarpeiden väliset, tai minän si-

säisten tarpeiden väliset konfliktit, koetaan ahdistavina, koska ne uhkaavat hajottaa tai horjuttaa minää.

Kliinisenä terminä "minäkäsityksen häiriö(t)" ei esiinny sellaisenaan, joskin sen voidaan katsoa sisältyvän useimpiin psykiatrisiin diagnooseihin. Erikson (1950) käytti ensimmäisenä termiä "identiteettidiffuusio" (identitydiffusion), jota sittemmin ovat muutkin käyttäneet. Erikson tarkoitti identiteettidiffuusiolla yksilön epäonnistumista integroida erilaisia lapsuuden identifikaatioita harmoniseksi aikuisen psykososiaaliseksi identiteetiksi.

Identiteetin ja sen häiriöiden kehityksellisiin ja dynaamisiin aspekteihin ovat Eriksonin lisäksi kiinnittäneet huomiota Mahler ym. (1975) ja Kernberg (1975). Kernberg käyttää käsitettä "identiteettidiffuusio-oireyhtymä" (the syndrome of identity diffusion), jonka hän liittää vakaviin luonnepatologioihin, kuten antisosiaalisiin persoonallisuushäiriöihin, rajatiloihin, narsistisiin häiriöihin ja skitsoidisiin persoonallisuuden häiriöihin. Mainittakoon, että "identiteettihäiriötä" (identity disturbance) käytetään myös uudessa psykiatrisessa tautiluokituksessa DSM-III:ssa rajatilahäiriöiden diagnostisena kriteerinä.

Henkilö, jolla on puutteita ja vajavuuksia minäkäsityksensä integraatiossa, ei myöskään pysty tavoittamaan ja ymmärtämään hänelle merkittävien toisten ihmisten "minää". Henkilö, jolla on identiteettidiffuusio, ei pysty integroimaan kognitiivisesti ja affektiivisesti toisten ihmisten havaittavaa käyttäytymistä sellaiseksi dynaamiseksi kokonaisuudeksi, joka ilmaisee toisten ihmisten persoonallisuuden pysyvää luonnetta. Kyvyttömyys kokea oman minän samanapysyvyys vääristää myös toisista ihmisistä tehtäviä havaintoja, mikä tulee ilmi yhtä hyvin terapeuttisessa kuin muissakin vuorovaikutussuhteissa.

Yksilön minäkäsityksestä, ja sen eri alueiden toimivuudesta, voidaan saada tietoa niiden sosiaalisten seuraamusten kautta, jotka tulevat esille yksilön havaittavassa käyttäytymisessä. Esimerkiksi henkilö, jolla on erityisen alhainen itsearvostus ja epätarkka minäkäsitys, on haavoittuvainen, ahdistunut ja defenssiivinen. Hän voi olla kontaktia välttelevä ja aloitteenkyvytön. Korkea itsearvostus on puolestaan usein yhteydessä aktiivisuuteen ja itsenäisyyteen jne. Eräät teoreetikot korostavat minäkäsityksen suhteellista vakautta. Aikuisen ihmisen minäkä-

sitys ei riipu kovinkaan paljon tilanteesta ja ajasta, eikä hän esimerkiksi ota mielellään vastaan tietoa, joka on ristiriidassa hänen oman käsityksensä kanssa. Tämä kuvastaa halua säilyttää itsearvostus mahdollisimman samankaltaisena.

Minäkäsitystä ja itsetuntoa horjuttavia, tilapäisiä ja ohimeneviä häiriöitä saattaa tapahtua kenen tahansa alunperin vahvan minäkäsityksen omaavan ihmisen elämässä, esimerkiksi vaikeissa stressitilanteissa. Tällöin minä tavallisesti pystyy käyttämään jotain sopeutumiskeinoa, esimerkiksi regressiota, ja minäkäsitys voi palautua entiselleen jonkin ajan kuluttua. Mutta henkilöillä, joilla on alunperin heikko ja labiili minäkäsitys, joka vaihtelee eri mielialojen ja tilanteiden mukaan, saattaa olla suuria vaikeuksia selvittää stressitilanteista, ja esimerkiksi regressiivinen tila voi jäädä heillä pysyväksi.

Tiedetään, että kaikessa sairastamisessa, sairastumisessa ja sairauden kokemisessa on aina mukana sekä ihmisen psyykkinen että somaattinen puoli, ja että ihmisen itsensä tiedostama ja kokema sairaus tai häiriö tulee esille minäkäsityksessä. Siinä tulevat esille tai heijastuvat psyykkiset häiriöt sekä niiden mahdolliset ruumiilliset tuntemukset ja seuraukset.

Depression yhteys minäkäsitykseen: Depressio ja affektiiviset häiriöt muodostavat varsin heterogeenisen häiriöryhmän psykoterapiapotilaita ajatellen. Määrittelemättä depressiota sen tarkemmin, ja tarkasteltaessa depressioita yhtenäisenä oireryhmänä, voidaan todeta depression ilmenevän ja ilmentävän yksilön minäkäsitystä. Olkoon masentuneisuus tilapäistä tai pysyvää, siihen liittyy aina mielialan ja tunnetilojen muutoksia, jotka heijastuvat yksilön koetussa minässä. Persoonallisuuden rakenne (johon sisältyy myös minäkäsitys), vaikuttaa kliinisen masentuneisuuden oireistoon sekä siihen, mitkä stressitekijät tämän tilan kulloinkin laukaisevat (Friedman & Katz 1974).

Mielenterveyden häiriöistä yleisimpinä on pidetty depressiota ja psykoneuroottisia tiloja (Sartorius 1975; Lehtinen & Väisänen 1979). Depressio ja ahdistuneisuus (laajasti ottaen neuroottistasoiset häiriöt) on todettu myös suomalaisten korkeakouluopiskelijoiden ensisijaiseksi psykoterapiaan hakeutumisen syyksi (Luoma ym. 1980; Pahkinen 1980; Saari 1982). Masentuneisuuden somaattisia ja psyykkisiä oireita on tutkittu varsin paljon viimeksi kuluneiden parin vuosikymmenen aikana (esim.

Beck 1967; 1974; Sifneos 1975; Seligman 1977; Raitasalo 1977; Sheehan 1981).

On yleisesti tunnettu tosiasia, että masentunut ihminen koee yleisten väsymyksen ja ahdistuneisuuden tunteiden ohella myös erilaisia somaattisia tuntemuksia, varsinkin ns. latentin depression ollessa kyseessä. Tässä depression muodossa oireet voivat ilmetä erilaisina koettuina ruumiillisina särkyinä ja kipuinä tai esimerkiksi ruuansulatuselimistön oireinä. Mielialan muutokseen liittyy tavallisesti myös erilaisia tunteita oman kompetenssin laskusta ja alemmuuden ja riittämättömyyden tunteita suhteessa aikaisempaan oman toiminnan tasoon sekä suhteessa toisiin ihmisiin.

Vaikka ei olla pystytty laatimaan yleisesti hyväksytyttä depression kriteereitä, niin yksimielisiä ollaan kuitenkin siitä, millä alueilla depression oireet ilmenevät.

Beck ym. (1961, 1979) ovat jakaneet depressiopotilaiden yleisimmät oireet viiteen ryhmään: affektiivisiin, behavioraalisiin, kognitiivisiin, fysiologisiin ja motivaationaalisiin oireisiin. Vaikka Beckin luettelo perustuu hänen depression hoitoa varten laatimaansa kognitiiviseen malliin, niin näiden oireryhmien lyhyt tarkastelu osoittaa, että ne kaikki liittyvät minän (koetun ja havaitun) toiminnan häiriöihin ja tulevat ilmi myös yksilön minäkäsityksessä.

- 1) AFFEKTIIVISET OIREET: alakuloisuus, yleinen ilottomuus, mielenkiinnottomuus muita kohtaan, syyllisyyden tunteet, häpeä, ahdistuneisuus.
- 2) MOTIVAATIONAALISET OIREET: positiivisen motivaation puute, halu vältellä ongelmia ja toimintoja; johtaa toivottomuuteen ja halun paeta elämästä (itsemurhatoiveet), lisääntynyt riippuvuus.
- 3) KOGNITIIVISET OIREET: päättämättömyys, ongelmien pitäminen ylivoimaisina, itsekritiikki, absoluuttinen ajattelu, keskittymis- ja muistamisvaikeuksia.
- 4) BEHAVIORAALISET OIREET: passiivisuus, eristäytyminen, hitaus, levottomuus, vaikeudet selvittää käytännön ongelmista, puutteet ja muistamisvaikeudet.
- 5) FYSIOLOGISET OIREET: unihäiriöt, ruokahalun häiriöt ja seksuaaliset häiriöt.

Psykoterapian tuloksellisuustutkimuksissa on yksi keskeisistä indikaattoreista ollut depressio ja sen erilaiset oireilmen-

tymät (esim. Sifneos 1975; McLean & Hakstian 1979; Smith ym. 1980). Psykoterapia voi lieventää depressiota ja siihen liittyviä erilaisia oireita, mikäli psykoterapia on pystynyt muuttamaan yksilön käsityksiä itsestään ja suhtautumista itseensä.

2.6. Minäkäsityksen muuttuminen

Psykoterapian tuloksellisuustutkimuksissa on minäkäsitys ollut yksi keskeisistä indikaattoreista (esim. Butler 1966; Truax & Carkhuff 1967; Meltzoff & Kornreich 1970; Appelbaum 1977; Smith, Glass & Miller 1980). Myönteisiä muutoksia yksilön minäkäsityksessä on pidetty yleisesti onnistuneen psykoterapian tuloksena (Wylie 1961; Rachman 1971; Sifneos 1975). Vaikka psykoterapiaa ja sen vaikutuksia on tutkittu runsaasti 20 viime vuoden aikana, ja vaikka useissa tutkimuksissa on yhtenä kohteena ollut minäkäsitys tai siihen läheisesti liittyvä minäkuva, itsearvostus ja itsetunto, on minäkäsityksen määrittely tutkimuksissa jäänyt vähälle huomiolle tai sitä ei ole määritelty lainkaan. Lisäksi tutkimustulokset minäkäsityksen muuttumisesta psykoterapian vaikutuksesta ovat osittain ristiriitaisia tai epäselviä, mikä johtuu paitsi tutkittavan ilmiön vaikeudesta, kuten edellä on todettu, myös tutkimusmenetelmien heikkoudesta (Wylie 1974, 17). Suurimmat ristiriidat ovat liittyneet teoreettikkojen näkemyksiin psykoterapian mahdollisuuksista aiheuttaa todellisia ja pysyviä muutoksia minän rakenteissa.

Minäkäsitystä ja siinä tapahtuvia muutoksia on yleisimmin arvioitu ja mitattu erilaisilla testeillä ja itsearviointimittareilla, mutta näiden reliabiliteetti- ja validiteettiongelmaa ei olla pystytty tyydyttävästi ratkaisemaan. Minäkäsitysmittareilla on todettu olevan melko korkea ilmeisvaliditeetti (face-validity), mutta niiden rakennevaliditeetti (construct-validity) on vaatimaton (Rachman & Wilson 1980). Fittsin mukaan useimmat minäkuvatestit mittaavat lähinnä itsetunnon (self-esteem) tasoa, ja minäkuva-arviointimenetelmistä käytetään mieluiten juuri itsetuntoa mittaavia osioita, koska niille voidaan laatia positiivinen ja negatiivinen ääripää pisteytystä varten (esim. Tennessee Self-Concept Scale, Fitts 1981).

Kun halutaan tutkia ja arvioida minäkäsityksen muuttumista

psykoterapiassa, tulisi ensimmäiseksi määritellä: muutos mistä ja mihin suuntaan? Tämä edellyttäisi sitä, että jokainen tutkimuksessa oleva tulisi arvioida yksilöllisesti hänen omasta lähtökohdastaan ja omista edellytyksistään. Mutta tutkimuksissa, joissa havaintoaineistona on useita henkilöitä, jäävät yksilölliset erot huomiotta, eikä saada selville, mitä jollekin yksilölle ja hänen minäkäsitykselleen on tapahtunut, eikä sitä, mitä muutos yksilölle merkitsee, vaan joudutaan tyytymään eri ryhmissä tapahtuvien muutosten arvioimiseen. Yksilölliset muutokset häviävät ryhmään, koska tilastolliset menetelmät eivät ole niin herkkiä, että ne tavoittaisivat useamman kymmenen henkilön ryhmästä yhden yksilön vähäisimmänkin muutoksen, jota lisäksi on vaikea operationalisoida ja tulkita. Lisäksi saatu tilastollinen merkitsevyys ei välttämättä kerro mitään muutoksen merkityksestä henkilölle itselleen. Yksittäisiä muutoksia voidaan parhaiten tavoittaa ja tutkia case-tutkimuksilla.

Minäkäsityksestä ja sen muuttumisesta puhuttaessa pidetään minäkäsitystä monien variaabelien kokonaisuutena ("as a multi-variable entity"), jota ei voida kuvata adekvaatisti yhdellä pistemäärällä tai korrelaatiokertoimella (Fitts 1981, 266). Minäkäsityksen eri komponentit eivät ole sinällään positiivisia tai negatiivisia, vaikkakin minäkuvamittareissa erilaisilla ominaisuuksilla on pyritty löytämään "+" ja "-" ääripäät tilastollisen käsittelyn ja tulkinnan helpottamiseksi.

Yleensä toivottavana minäkäsityksenä, jollaiseen myös psykoterapiassa pyritään, pidetään sellaista minäkäsitystä, joka on sekä positiivinen että realistinen. Tämä vaatimus on johdettavissa yleisistä mielenterveyden kriteereistä (esim. Jahoda 1958). Jahoda (1958, 24) määrittelee mielenterveyden kriteereihin kuuluviksi henkilön itseensä kohdistamat asenteet, joita on kuvattu em. termein itsensähyväksyminen (self-acceptance) ja itseluottamus (self-confidence tai self-reliance). Minäkäsityksen arviointien ongelmaksi kuitenkin jää, kuinka realistinen ja validi minäkäsitys kulloinkin on, koska minäkäsitystä arvioivat mittaukset ovat pääasiallisesti riippuvia henkilöiden itsearviointeista ja selonteoista itsestään. Mahdollista muutosta arvioitaessa tulisi huomioida ja tutkia myös minäkuvaan liittyviä defenssiivisiä vääristymiä, koska defenssiivisyyden on yleisesti todettu vääristävän minäkäsitysarviointeja (Fitts 1981). Defenssiivisiä vääristymiä tapahtuu eniten vaikeissa psyykkisissä

häiriötiloissa. Potilaat, jotka kärsivät esimerkiksi paranooidisesta skitsofreniasta tai maanisista tiloista, ovat taipuvaisia kuvaamaan itseään erittäin positiivisesti. Tällaisessa tapauksessa minään liittyvät havainnot voivat vääristyä esim. "grandioositunteitten" vuoksi. Kokenut klinikko voi päätellä tällaisten henkilöiden muusta käyttäytymisestä heidän minäkäsityksensä epäreaalisuuden ja defenssiivisyyden. Mutta jos tällaisia henkilöitä on 1-2 mukana tutkimuksissa, joissa tavallisesti käsitellään useimpien kymmenien tai satojen henkilöiden otoksia, ja joissa muutosmittarille on annettu positiivinen ja negatiivinen ääripää, voivat yksityisten potilaiden, tässä tapauksessa positiiviset pistemäärät, olla täysin harhaanjohtavia, tai ne häviävät koko ryhmässä esiintyviin muutoksiin. Jos terapia on ollut em. potilaiden kohdalla tuloksekas, pitäisi heidän minäkäsityksensä muuttua realistisemmaksi, siis tässä tapauksessa negatiivisemmaksi, ja myös pistemäärien pienentyä heidän defenssiivisyytensä vähetessä.

Minäkäsitys voi olla eri syitten takia defenssiivisesti vääristynyt. Henkilö voi olla kyvytön näkemään ja hyväksymään minänsä eri puolia, ja hän haluaa "esittäytyä" positiivisena tai hän on niin masentunut ja alemmuudentuntoinen, ettei voi nähdä itsessään mitään hyvää. Vaikka on syytä olettaa, että matala itsearvostus on yhteydessä huonoon sopeutuvuuteen, niin korkea itsearvostus voi olla merkki hyvästä sopeutuvuudesta ja realistisesta minäkäsityksestä, mutta se voi merkitä myös ongelmien ja avun tarpeiden kieltämistä ja defenssiivisyyttä.

Fitts (1981, 269) liittää minäkäsitykseen "selkeyden" (clarity). Tämä variaabeli olisi hänen mukaansa riippumaton sekä defenssiivisyydestä että itsetunnosta (self-esteem). Fitts esittää, että kuten musta-valkoinen kuva, myös mielikuva itsestä voi olla täysin musta tai täysin valkoinen, tai siinä voi esiintyä erilaisia harmaan sävyjä, tai näiden kaikkien erilaisia kombinaatioita. Henkilö, joka tuntee ja näkee selkeästi, kuka ja millainen hän on, ja jolla on hyvin differentioitunut kuva itsestään, voi esittää hyvin selkeän kuvan - olipa se sitten positiivinen tai negatiivinen. Tai kuva voi olla täysin harmaa, heikko ja epäselvä, jos henkilö ei kykene differentioimaan minäänsä selkeästi. Joskus kuva ei sisällä muuta kuin voimakasta mustaa ja valkoista, ei mitään merkkejä epävarmuuden toleranssista tai harmaata ambivalenssia. Tutkimukset (Fitts

ym. 1971; Fitts 1972) osoittavat, että vaikeuksissa olevat ja häiriintyneet henkilöt ovat taipuvaisia sijoittumaan kuvan selkeydessä ääripäihin. Heidän minäkäsityksensä ovat toisaalta epäselviä, epävarmoja ja differentioitumattomia tai toisaalta äärimmäisen differentioituneita, fiksoituneita ja rigidejä. Sensijaan minänsä eri puolet hyvin integroineet henkilöt esittävät selkeitä, hyvin differentioituneita kuvia joita luonnehtii rikas mustan, valkoisen ja harmaan sekoitus. Henkilöiden minähavaintojen selkeys näyttää olevan yhteydessä toisen henkilön heistä tekemien havaintojen selkeyteen. Kun yksilön minä ja minähavainnot muuttuvat selkeämmiksi ja jäsentyneemmiksi, myös muut havaitsevat sen hänen käyttäytymisestään.

Yleisesti katsotaan, että ihmisen saavutettua aikuisiän (noin 18-22 vuotiaana), myös hänen minäkäsityksensä on selkiintynyt, vakiintunut ja samanapysyvä. Käsitykset siitä, kuinka mahdollisia ja syvälleikäisiä myöhemmin tapahtuvat muutokset ovat, ovat ristiriitaisia. Yksimielisiä ollaan siitä, että yksilön normaalin kehityksen aikana suurimmat muutokset tapahtuvat adolesenssi-aikana, ja tällöin ne ovat sekä laadullisia että määrällisiä, mutta aikuisen ihmisen katsotaan olevan melko resistentti muutoksille (Fitts 1981, 262). Kiistanalaista on edelleen, kuinka stabiili tai muutoksille altis ja joustava on aikuisen minäkäsitys (esim. Wylie 1979; Costa & McCrae 1980; Block 1981). Joissain elämäntutkimuksissa on saatu vahvistusta minäkäsityksen pysyvyydelle. Niissä on todettu ihmisten voivan käydä läpi pitkiäkin jaksoja elämästään heidän minäkäsityksensä muuttumatta (esim. Greenwald 1982; Swann ja Hill 1982).

Toiset tutkijat puolestaan ovat voineet osoittaa, että minäkäsitys on erittäin joustava ja muuttuvainen (esim. Gergen 1972; Tedeschi & Lindskold 1976). Minäkäsitys voi muuttua jopa huomattavastikin riippuen niistä sosiaalisista tilanteista, joihin ihminen joutuu, sekä hänen omista resursseistaan ja motivaatiostaan, siis sekä ulkoisista että sisäisistä ehdoista riippuen.

Sellaiset seikat, kuten puutteet perusturvallisuuden kokemisessa ja/tai puutteet fyysisen ja henkisen kasvamisen mahdollisuuksissa ovat asioita, joiden korjaaminen vuosikymmenen jälkeen on mahdotonta, mutta tietoisuus näiden ongelmien merkityksestä ja yhteydestä myöhempisiin ongelmiin ja sairastamiseen on

arvokasta, ja sillä on merkitystä terapeutisessa mielessä. Jos niiden tiedostamisen kautta suhtautuminen omaan itseen muuttuu realistisemmaksi ja hyväksyttävämmäksi, on selvää että tällainen muutos tulee ilmi tai heijastuu minäkäsityksessäkin.

Yritykset tulkita psykoterapialla aikaansaadut muutokset nimenomaan minäkäsityksessä tapahtuviksi muutoksiksi ovat jääneet epätydyttäväiksi, kun muutosmittarina on käytetty vain minäkuva-/minäkäsitysmittareita ja kun muutoksen suuntaa ja suuruutta on yritetty mitata tilastollisin menetelmin ja kun on etsitty tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Useissa terapian tuloksellisuustutkimuksissa on käytetty kokonaisarviointeja, kuten "yleistä edistymistä" tai "yleistä kohentumista" kuvaavia mittareita, ja näissä arvioinneissa on todettu tapahtuneen myös huomattavimmat muutokset. Näihin subjektiivisiin, introspektiota edellyttäviin arviointeihinhan sisältyy myös koettu minä sen laajassa merkityksessä.

Wylie (1979) on koonnut terapiatutkimuksesta tekijöitä, jotka ovat yhteydessä minäkäsitykseen ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Tämän perusteella hän esittää menestyksellisen terapian aiheuttavan ainakin seuraavia muutoksia:

- 1) Lisääntynyt yhteenkäyvyys minää koskevien itsearviointien ja objektiivisten arviointien välillä.
- 2) Aktuaalisen minän (actual self/real self) ja minäihanteen (self-ideal) lähentymistä.
- 3) Lisääntynyt samanapysyvyys minäkäsityksen eri aspekteissa (itsearvostuksessa, itseluottamuksessa ja itsensä hyväksymisessä.)

Yleisesti psykoterapia tähtää muutoksiin yksilön asenteissa, affekteissa ja käyttäytymisessä, mitkä heijastavat yksilön minäkäsitystä. Minäkäsityksen ja havaittavan käyttäytymisen välinen suhde on luonnollisesti aikuisella äärimmäisen kompleksinen, värittäähän sitä mm. monenlaiset affektit, emootiot, intentiot ja motiivit. Minäkäsityksen tiedetään vaikuttavan käyttäytymiseen, ja käyttäytymisen vaikuttavan minäkäsitykseen. Muutoksen suunnasta ja järjestyksestä ovat eri terapiasuuntia edustavat teoreetikot eri mieltä, mutta yksimielisyys vallitsee siinä, että käyttäytymisen ja minäkäsityksen välillä on jatkuvaa interaktiota, ne ovat resiprokaalisessa suhteessa toisiinsa eikä pysyvä muutos ole mahdollinen ilman että muutosta tapahtuu näissä molemmissa. Terapiatutkimukset vahvistavat, että minäkä-

sityksen muutokseen voidaan vaikuttaa, joko suoraan toiminnan kautta modifioimalla yksilön käyttäytymistä, ja sitä kautta muuttaa minäkäsitystä, tai pyrkimällä muuttamaan ensin yksilön käsityksiä itsestään. Esimerkiksi henkilö, joka ennen terapiaa on ollut äärimmäisen ahdistunut sosiaalisissa tilanteissa eikä ole pystynyt ilmaisemaan itseään toivomallaan tavalla, toteaa terapian päätyttyä selviävänsä ko. tilanteista tyydyttävästi ahdistumatta. On vaikeaa varmuudella päätellä, johtuuko havaittu muutos ensisijaisesti siitä, että terapiaprosessin aikana minän rakenteissa on tapahtunut kohentumista ja integroitumista, ja sen seurauksena havaittava käytös on muuttunut, vai onko tapahtunut päinvastoin. Yhteydet eivät tällaisissa tapahtumissa ole yksiselitteisiä. Sosiaalisissa tilanteissa onnistumiset tai epäonnistumiset voivat vaikuttaa minäkäsitykseen. Toisaalta itseä koskevat tietoiset ja tiedostamattomat käsitykset ja tunteet määräävät toimintaa.

Minäkäsitysteorioiden ja empiiristen tutkimusten perusteella tiedetään, kuinka minäkäsitys kehittyy ja vaikuttaa käyttäytymiseen. Mutta selvitykset siitä, kuinka muutos minäkäsityksessä itseasiassa tapahtuu, ovat puutteellisia. Kuta kompleksisempi käyttäytymisongelma on kysymyksessä, sitä vähemmän puhdas toimintamalli psykoterapeuttisena hoitostrategiana näyttää mahdolliselta. Toimintamalli edellyttää, että terapeutti kykenee identifioimaan potilaansa toimintojen mekanismit ja päämäärät tarkasti, mikä aikuisen käyttäytymistä ajatellen harvoin on mahdollista. Yleistäen, käyttäytymisen muutos ja kompleksisten psykologisten ongelmien ratkaisu edellyttävät potilaalta sekä motivaatiota että oivalluskykyä ja toimintaa. Lisääntynyt tieto ja ymmärrys omasta itsestä eivät kuitenkaan välttämättä johda vielä yksilön muuttumiseen ja uudenlaiseen toimintaan. Suora "tietoisuus-toiminta" -malli ei psykoterapiassa johda muutokseen, ellei mukana ole myös motivaatiotekijät sekä monella tasolla vaikuttavat affekti- ja emotionaaliset tekijät.

Kun ja jos yksilön käsitys itsestään ja mahdollisuuksistaan selkiytyy, liittyy tähän kohentumiseen tavallisesti myös tunne oman elämänsä vastuullisena ohjaajana ja päättäjänä olosta. Yalom (1980) tosin toteaa, ettei vastuun ottamista vielä sinällään voida pitää terapiassa synonyyminä muutokselle, vaan että se on vasta muutosprosessin "ensiaskel". Hän siteeraa japanilaista sanontaa: "To know and not to act is not to know at

all". Muuttuakseen yksilön täytyy sitoutua hyväksymään vastuullisuutensa, sitoutua toimintaan, ja terapeuttisen muutoksen täytyy ilmetä toiminnassa, eikä vain tietämisessä, aikomuksissa tai unelmissa (Yalom 1980, 286).

Jos psykoterapialla on aikaansaatu muutos yksilön minäkäsityksessä, ilmenee tämä muutos myös hänen suhtautumisessaan muihin ihmisiin. Tämä havaittava muutos on seurausta siitä, että henkilön intrapsyykkisissä rakenteissa, mentaalisisissa representaatioissa omasta itsestään ja muista, tapahtuneet muutokset ilmenevät hänen interpersoonallisissa suhteissaan. "Kun minä muuttuu, niin maailma muuttuu".

3. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TAUSTA

3.1. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön terapiatoiminnasta ja -tutkimuksesta

Mielenterveyspalvelut tulivat Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toimintaan mukaan 1960-luvun puolivälissä, aluksi Helsingin asemalla ja muutamia vuosia myöhemmin muilla suurimmilla yliopistopaikkakunnilla. Vuonna 1969 säätiö liitti oman organisaationsa kiinteäksi osaksi psykologin palvelut. Tällöin mielenterveystyö jaettiin kahteen osaan, neuvontasektoriksi ja terapiasektoriksi. Tämä jako on edelleen voimassa. Edelliseen on keskittynyt lyhyempiaikaista apua tarvitsevat tapaukset, kuten kriisihoidot ja neuvonta sekä ennalta ehkäisevä työ, ja jälkimmäiseen pitempää hoitoa vaativat terapiatapaukset.

Psykoterapiaa tekevät säätiöllä terapiapsykologit ja terapiapsykiatrit; YTHS on ollut edelläkävijä perustettaessa maamme varsinaisia psykoterapeuttien virkoja. Säätiön psykoterapeutit ovat koulutukseltaan joko psykiatreja tai psykologeja. Teoreettiselta viitekehykseltään he edustavat eri suuntia, joskin valtaosan työskentely pohjautuu psykodynaamiseen hoitoteoriaan. Vuonna 1982, jolloin käynnistyi prospektiivinen terapiatutkimus, oli säätiön vakinaisissa toimissa yhteensä 27 psykoterapeuttia. YTHS:n terapiasektori edustaa alansa laajinta työkenttää Suomessa, terapiatyöntekijöiden toimien lukumäärällä arvioituna, ja tarjoaa sen johdosta myös erinomaisen mahdollisuuden terapiatutkimukselle.

Tyypillinen säätiön tarjoama psykoterapia on tiheydeltään kerran viikossa tapahtuvaa ja kestää keskimäärin kaksi vuotta, mikä käytännössä merkitsee neljää yliopistolukukautta. Myös frekvenssiltään harvempia ja tiheämpiä sekä pituudeltaan lyhyempiä ja pitempiä terapioituja annetaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Esimerkiksi tutkimuksen toimeenpanovuonna 1982-83 oli mielenterveyslohkolla yhteensä 25 984 potilaskäyntiä. Säätiön mielenterveyspalveluja käytti mainittuna toimivuonna 3437 opiskelijaa. (Maamme 16 korkeakoulupaikkakunnalla oli kyseisenä vuonna yhteensä runsaat 79 000 opiskelijaa.)

Tutkimustoiminnan liittäminen YTHS:n työhön on luonnollista jo sen vuoksi, että sen asiakkaat ovat kaikki korkeakouluopiskelijoita, sen terveydenhoitoasemat palvelevat maan yliopistoja ja korkeakouluja, ja opiskelijat muodostavat tutkimuksen kannalta homogeenisen joukon iän ja koulutustason suhteen.

Säätiön omalle tutkimustoiminnalle loi pohjaa Alasen ym. (1968) suomalaisten yliopisto-opiskelijoiden mielenterveydenhäiriöiden määrää käsittelevä tutkimus. Tutkimustoiminta pääsi YTHS:n mielenterveystyössä alkuun 1970-luvulla, ensin opiskelijoiden ennalta ehkäisevän mielenterveystyön projektina, ja sen jälkeen myös psykoterapiaan kohdistuvana (Helenius 1973; Saari 1979; 1981; Luoma ym. 1980; Pakkinen 1980; Niemi ym. 1984).

Säätiön psykoterapiatoiminta on ollut tutkimuksen kohteena vuodesta 1976 lähtien, ja tutkimuksesta on tullut kiinteä osa säätiön terapiasektorin työskentelyä. Tämä on käytännössä merkinnyt sitä, että terapeutit ovat joutuneet suostumaan ja tottumaan siihen, että myös heidän työtään tutkitaan ja evaluoidaan. Heidän omasta työstään antamansa tiedot ja näkemykset ovat olleet arvokkaita ja välttämättömiä pyrittäessä tutkimaan ja kehittämään säätiön terapiatyötä.

3.2. Korkeakouluopiskelija terapia-asiakkaana

Yliopisto-opiskelijaa terapia-asiakkaana ei voida kuvata irrottamalla häntä tyystin ympäristöstä, joka on hänen todellisuuttaan ja antaa kehukset hänen toiminnoilleen ja mahdollisuuksilleen. Siksi lyhyt luonnehdinta opintoympäristöön liittyvistä tekijöistä on paikallaan.

Opiskelutilanne on maamme yliopistoissa kuluneen vuosikymmenen aikana muuttunut huomattavasti. Opiskelijamäärän nopea moninkertaistuminen ja samalla aloituspaikkojen suhteellisen pieni määrä kaikilla aloilla on kiristänyt mahdollisuuksia päästä opiskelemaan. Esimerkiksi vuonna 1982 Suomen 21 korkeakouluun (lukuun sisältyvät tiede- ja taidekorkeakoulut) oli ensisijaisesti hakeneita yhteensä 85 000. Valintakokeisiin hyväksytyitä oli yhteensä 17 600, joista opiskelun aloitti yhteensä 12 300 henkilöä (tilastokeskuksen vuosiraportti 1982/17).

Tutkinnonuudistus on toteutunut 1980-luvulle tultaessa kai-

kissa maamme yliopistoissa ja uudistus on johtanut yliopistotutkintomuotoja enemmän ammatilliseen suuntaan. Se on tehnyt myös yliopisto-opiskelusta kurssimaista ja selvästi tavoitteellista. Yliopistojen nopean laajenemisen vaikutusta ja niiden yhteiskunnallisessa asemassa tapahtuneita muutoksia ovat tutkineet esim. Anderson (1973), Vuorinen (1979) ja Toivonen (1981). Em. tutkijat ovat todenneet, että yksilötasolla yliopistojen byrokratisoituminen on aiheuttanut sekä "voimattomuus-vieraantumista" että passiivisia, välttämiskäyttäytymiseen liittyviä reaktioita, olkoonkin että eri korkeakouluissa ja oppilaitoksissa opintoympäristö ja -olosuhteet voivat vaihdella. Yleispiirteinä voidaan kuitenkin todeta, että korkeakoulut ovat 80-luvulle tultaessa massoittuneet, ja niissä tapahtuvat toiminnot on asetettu entistä tarkemmin valtiovallan ohjauksen ja kontrolloinnin alaisiksi. Tämä merkitsee yksityisen opiskelijan kohdalla yksilöllisyydestä ja omista toiveista tinkimistä ja alistumista annettujen tavoitteiden ja normien puristukseen. Opiskelu massoittuneessa yliopistossa on muuttunut aikaisempaa ulkoahjautuvammaksi, sillä koulutusohjelmaopiskelussa valittavat opintojaksot ja niiden ajoitus määräytyvät koulutusohjelmalle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi erilaiset opetustilanteet on yhä useammin tarkoitettu suurille kuulijajoukoille, mikä voi tuottaa epäpersoonallisia ja anonyymisiä oppimiskokemuksia (Toivonen 1981; Allardt 1982).

Ei ainoastaan yliopistouudistus ole kaventanut yksilöllisiä vaikutusmahdollisuuksia, jotka liittyvät oman opiskeluprosessin ja opiskeltavien asioiden valintaan, vaan ratkaiseva muutos on tapahtunut jo peruskoulu-uudistuksen myötä. Tänäpäin peruskoulun yläasteen oppilas joutuu tekemään kauaskantoisia ratkaisuja, päättämään varsin pitkälle omaan ammattiin ja uran valintaan liittyvistä seikoista. Nuoren yksilön psyykkisen kehityksen kannalta em. seikat voivat johtaa kehitystä yksipuoliseen suuntaan, kun yhteiskunnassa vallitsevan taloudellisesti-tuotannollisen tehokkuusajattelun hämärtämä, identiteettikriisissä pyristelevä nuori joutuu tekemään valintoja.

Lyhyesti yleistäen voidaan todeta, että yliopistomaailmaan astuva, 20-vuoden tienoilla oleva nuori aikuinen, joka on läpäissyt yliopistojen tiukan karsintaseulan, on älylliseltä resursseiltaan vähintäänkin hyvää keskitasoa ja on opintoalastaan varsin tietoinen sekä päämäärähakuinen ja ainakin näennäisesti

jo hyväksynyt ja sopeutunut ulkoahjattavuuteen.

Niillä opiskelijoilla, jotka hakeutuvat tai joutuvat turvautumaan mielenterveyspalvelujen piiriin, on opintoympäristö kokonaisuudessaan sama kuin kaikilla opiskelijoilla, mutta he voivat kokea opiskeluun ja opiskeluympäristöön liittyvät asiat eri tavalla stressaavina ja esimerkiksi itsemääräämisoikeuttaan uhkaavampina kuin ne opiskelijat, jotka selviävät ilman ammattiapua. Opiskeluvaiheeseen eräänä elämänvaiheena liittyy tiettyjä kaikille yhteisiä vaatimuksia ja paineita, mutta kukin yksilönä kohtaa opiskeluvaiheen niin sosiaaliset kuin muutkin tilanteet omasta itsestään, omaan psyykkiseen rakenteeseensa kuuluvien varustuksien ja eväin. Ne opiskelijat, joilla minäkäsityksen selkiytyminen ja vakiintuminen, toisin sanoen oman identiteetin rakentuminen, on syystä tai toisesta häiriintynyt tai vielä keskeneräinen, ovat luonnollisesti riskialttiimpia kohdattessaan vastoinkäymisiä. Häiriöt voivat ilmetä paitsi ihmissuhdeongelmina ja yksinäisyytenä, myös ratkaisujen ja päätösten tekemisen vaikeutena ja yleisenä labiilisuutena.

Voidaan todeta, että terapiapotilaaksi hakeutuvan psyykkisiä ongelmia ei aiheuta suoraan yliopisto-opiskelu ja sen mukanaan tuomat stressitekijät, vaan että ne voivat toimia korkeintaan laukaisevina- tai lisätekijöinä terapiapotilaan kehityksessä varhemmin tapahtuneille vaurioille ja vinoutumille. Kunkin yksilön psyykinen struktuuri ja opitut selviämiskeinot luonnollisesti säätelevät varsin pitkälle sopeutumista myös opiskeluaikaiseen elämään ja sen haasteisiin.

Kahdenkymmenen ikävuoden tienoilla, jolloin suomalainen opiskelija tavallisesti käynnistää yliopisto-opiskelunsa, hän on yksilökehityksensä kannalta monien muutosten ja haasteiden edessä. Tähän ikäkauteen liittyvät odotukset ja vaatimukset ovat osittain yleisiä ja yhteisiä kaikille varhaisessa aikuisiässä oleville, kuten kotoa irtaantuminen, ammatin valinta, itsenäistyminen, ystävyys- ja parisuhteen solmiminen sekä avoliiton ja perheen perustaminen. Näiden yleisten sosiaalisten normien ja vaatimusten lisäksi korkeakouluopiskelija kohtaa omaan asemaansa ja rooliinsa opiskelijana kohdistuvat odotukset ja vaatimukset, jotka hän voi kokea ristiriitaisina. Toisaalta edellytetään opintojen tehokasta etenemistä ja valmistumista, samalla kun paineet kohdistuvat myös ihmissuhteisiin ja oman itsen kehittämiseen.

Yksilökehityksen kannalta olisi suotavaa ja toivottavaa, että varhaiseen aikuisikään ja identiteetin lopulliseen rakentamiseen kuuluvat etsimiset ja erehtymiset - koskien kaikkia elämäntiloja - olisivat sallittuja, mutta nykyään sellaista pidetään pikemminkin sanktioitavana asiana. Opiskelun tulee olla koko ajan selvästi päämäärätietoista ja opintojen etenemiseen ja valmistumiseen kohdistuu yhteiskunnan taholta monenlaisia paineita, joista taloudelliset paineet eivät liene vähäisimpiä. Kilpailun ja tehokkuuden korostaminen ovat lisääntyneet, ja opiskelija joutuu myös omia henkilökohtaisia harrastuksiaan ja innoituksen lähteitä valitessaan pohtimaan, mistä niistä olisi hänelle suoranaista ja välitöntä hyötyä opiskelua ajatellen. Tällaiset ulkopuoliset paineet luonnollisesti kaventavat oman itsen monipuolista kehittämistä.

Psyko terapian näkökulmasta tarkasteltuna korkeakouluopiskelija on "kiitollinen" terapia-asiakas, onhan hän monella tavalla ja tavalla muutoksille alttiissa iässä, mikä antaa oman erityisen piirteensä myös terapiatyöskentelylle. Opiskelijat ovat tavallisesti erittäin motivoituneita hoidosta, yhteistyöhaluisia, älyllisesti liikkuvia ja abstraktiin ajatteluun tottuneita. He puhuvat terapeuttiensa kanssa "samaa kieltä", eikä heille ole vielä kehittynyt jäykkiä stereotyyppioita. Vähäinen ei liene terapiasuhteen syntyminen kannalta myöskään se seikka, että yliopisto-opiskeluun liittyvät ongelmat ovat omakohtaisesti tuttuja myös terapeuteille - ainakin jossain määrin.

Hanfman (1978) on tutkinut psyko terapian tuloksellisuutta opiskelijoiden kohdalla todeten, että voimakkaassa kehitysvaiheessa olevat hyötyvät psyko terapiasta, terapeuttisesta väliintulosta, koska heidän emotionaalinen kypsymisensä on vielä meillä. Tätä kehitystä voidaan terapiassa helpottaa ja "solmuja" aukaista helpommin kuin iäkkäämpien henkilöiden kohdalla olisi mahdollista. Hanfman pitää yhtenä keskeisenä terapian tavoitteena terapiapotilaan produktiivisuuden herättämistä. Tämä vasta voi johtaa hänen mielestään toivotun suuntaiseen muutokseen, riippumatta potilaan lähtötilanteesta. Produktiivisuus voidaan ymmärtää käyttövoimana, "tahtoelämänä", joka kahlehdittuna estää persoonallisuuden kehitystä, -muotoutumista ja minän toimintoja.

3.3. Tutkimuksia korkeakouluopiskelijoiden mielenterveydestä

Suomalaisten korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyden häiriöiden esiintymistiheyttä koskevista tutkimuksista on laajin Alasen ym. (1968) tutkimus. Saman aineiston pohjalta Holmström (1972) on tehnyt tutkimuksen, jossa käsitellään psyykkisesti terveiksi ja häiriintyneiksi arvioitujen opiskelijoiden eroja. Alasen ym. tutkimus kohdistui umpimähkäiseen otokseen neljässä helsinkiläisessä korkeakoulussa syyslukukaudella 1965 opintonsa aloittaneisiin (N=269, otokseen kuuluneista 94,7%). Tutkimuksen toinen vaihe tapahtui vuosina 1967-1969 (N=267, 94% otoksesta). Psykiatrisen haastattelun perusteella todettiin ensimmäisessä vaiheessa täysin vailla häiriöitä oleviksi 14,9% otokseen kuuluneista. Määrä pysyi samana tutkimuksen toisessakin vaiheessa. Lievästi häiriintyneitä oli ensimmäisessä vaiheessa 62% ja toisessa 56%. Neuroottisiksi luokiteltuja tapauksia oli ensimmäisessä vaiheessa 20,1% ja toisessa 24,2%. Neuroottistasoisia vaikeammin häiriintyneitä (tähän ryhmään kuuluvat myös luonnehäiriöt) oli ensimmäisessä tutkimusvaiheessa 2,6% ja toisessa vaiheessa 3,4%. Psykoosiin viittaavia rajatilapiirteitä tavattiin vain yhdellä otokseen kuuluvista ensimmäisen tutkimusvaiheen aikana, samoin manifesti psykoosi oli vain yhdellä toisessa tutkimusvaiheessa. Seurantatutkimuksessa saatu häiriintyneisyyden määrä ei osoittanut tilastollisesti merkitsevää nousua psyykkisten häiriöiden määrässä opiskelun kuluessa.

Tarkasteltaessa suomalaisilla opiskelijoilla esiintyvien mielenterveyden häiriöiden määriä, ja verrattaessa niitä muualta saatuihin vastaaviin lukuihin, kiinnittyy huomio suomalaisten opiskelijoiden mielenterveydenhäiriöiden runsaaseen määrään. Keskimäärin noin 23-29%:lla opiskelijoista on todettu mielenterveyden häiriöitä. Tutkimuksissa, joita on suoritettu Englannin ja USA:n yliopistotasoisilla opiskelijoilla (esim. Kidd 1965; Baker 1965; Whitley 1979), liikkuu häiriöiden määrä 6-14%:ssa.

Tosin myös suomalaiseen aikuisväestöön kohdistuvissa laajoissa epidemiologisissa tutkimuksissa on mielenterveyshäiriöiden määrä verrattaessa niitä muihin sairauksiin ja muualta saatuihin vastaaviin tietoihin ollut varsin korkea (Väisänen 1975; Raitasalo 1977). Mielenterveyden häiriöiden määrän suuri vaih-

telu eri tutkimuksissa johtunee pikemminkin käytettyjen kriteerien erilaisuudesta ja käytössä olevien tilastojen tarkkuudesta kuin populaatioiden vaihtelevasta häiriintyneisyydestä.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä vuosina 1976-79 suoritettussa psykoterapian tuloksellisuustutkimuksessa, joka oli luonteeltaan retrospektiivinen, oli tutkimuksen kohteena 232 terapia-asiakasta ja heidän 15 terapeuttiaan (Luoma ym. 1980; Pahkinen 1980). Terapeutin arvioima psyykkisen häiriön vaikeusaste jakaantui seuraavasti: neuroosia lievempi häiriö 1%, neuroosi 38%, neuroosia vaikeampi häiriö 41%, rajatila 16% ja psykoosi 3%. Tutkimustulosten mukaan 80% terapia-asiakkaista arvioi terapian auttaneen ongelmien selviämiseen ja olleen hyödyksi. Selvimmät muutokset todettiin minäkuvassa ja ihmissuhteissa sekä asiakkaan että terapeutin arvioiden mukaan.

Saaren (1981) tutkimus kohdistui mielenterveyden muutoksen ennustamiseen ja selittämiseen kolmen ensimmäisen opiskeluvuoden aikana. Siinä todetaan lukuvuonna 1976-77 opintonsa aloittaneista, YTHS:n toimipiiriin kuuluneista opiskelijoista (noin 12 000) jonkin asteisen mielenterveydellisen avun tarpeessa oleviksi 12%. Samasta perusjoukosta käytti YTHS:n mielenterveyspalveluja seurattavan vuoden aikana 5,3%. Jo useiden vuosien ajan on YTHS:n mielenterveyspalveluja käyttänyt noin 4% kaikista niistä opiskelijoista, jotka ovat olleet oikeutettuja käyttämään näitä palveluita.

Tutkimukset korkeakouluopiskelijoiden mielenterveydellisten häiriöiden esiintymisestä opiskelualoittain sekä meillä että muualla osoittavat, että humanististen alojen opiskelijoilla esiintyy muita enemmän mielenterveyden häiriöitä. Vauhkonen ym. (1969) totesivat humanisteilla esiintyvän selvästi keskimääräistä enemmän mielenterveyden häiriöitä ja totesivat heidän käyttävän myös mielenterveyspalveluja muita enemmän. Tätä näkemystä tukee myös Niemen (1984) kartoitus. Myös Whittington (1963) ja Braaten (1980) ovat todenneet humanististen alojen opiskelijoiden käyttävän mielenterveyspalveluja enemmän kuin teknisten- ja luonnontieteellisten alojen opiskelijat.

Saari (1979) on tutkinut opiskelijamuotojen ja opintosuuntien välisiä eroja suhteessa ensimmäisen vuoden opiskelijoiden mielenterveyteen. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, eroavatko eri opintosuuntien ja opiskelumuotojen ensimmäisen vuoden opiskelijat toisistaan mielenterveydellisten ongelmien määrässä

ja laadussa. Kriteerinä käytettiin stressin ja kompetenssin kokemista. Saaren tutkimuksessa opiskelumuodot on ryhmitelty vapaamuotoisiin, kurssi- ja koulumuotoisiin organisaatioihin.

Vapaamuotoisilla opintosuunnilla opiskelevat kokivat selvästi enemmän stressiä ja vähemmän kompetenssia kuin kurssimaisilla ja koulumaisilla opintosuunnilla opiskelevat. Tämä sama suunta päti myös psykiatristen ja psykosomaattisten oireiden esiintymistiheydessä. Niitä esiintyi eniten vapaamuotoisten opintosuuntien opiskelijoilla ja vähiten koulumaisten opintosuuntien edustajilla. Kyseisestä tutkimuksesta tehtäviä päätelmiä vaikeuttaa se, että suuri osa havaituista eroista voidaan katsoa selittyvän sillä, että eri opintosuunnille jo alunperinkin hakeutuu psyykkisiltä varustuksiltaan, kykyrakenteiltaan ja intresseiltään erilaisia opiskelijoita. Tuloksista ei voida varmuudella päätellä, miten erilaiset opiskeluolosuhteet ja järjestelmät todella vaikuttavat, semminkin kun kyseessä on vasta ensimmäistä vuottaan korkeakouluissa opiskelevat. Tosin myös Helenius ja Lyttinen (1974) saivat tulokseksi, että opiskeluolosuhteet ja laitoksen ilmapiiri ovat yhteydessä opiskelijoiden kokemien ongelmien laatuun.

4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA METODISET RATKAISUT

4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja ongelmat

Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ja selittämään psykoterapian käynnistämää muutosprosessia terapiapotilaissa. Yksityisenä muutoksen ja tutkimuksen kohteena on yksilön minäkäsitys. Muutoksen käynnistäjänä pidetään terapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta, terapiasuhdetta.

Tutkimuksessa on seurattu terapiaprosessin kuluessa tapahtuvia muutoksia. Terapiapotilaiden minäkäsitystä ilmentämään on valittu neljä muuttujaa. Nämä tutkimuksessa selitettävänä muuttujina käytetyt ovat:

- 1) Oireet
- 2) Beckin depressioasteikko
- 3) Minäkuvatesti
- 4) Edistyminen terapiassa

Psykoterapian käynnistämisen muutoksen mahdollisiksi selittäviksi muuttujiksi on valittu:

- 1) Terapian luonne
- 2) Häiriön luonne
- 3) Terapiasuhte

Keskeisenä ongelmana on ollut selvittää, missä määrin terapiaa kuvaavat, oletetut selittävät muuttujat selittävät tutkimuksen kohteeksi valittuja minäkäsitystä ilmentäviä muuttujia, ja minkälaisissa suhteissa selitettävät ja selittävät muuttujat ovat keskenään ja toisiinsa nähden.

Lisäksi tutkimuksessa on seurattu tietyn aikavälein terapian aikana/johdosta tapahtuneita muutoksia potilaiden sosiaalisissa suhteissa, työssä, opiskelussa ja harrastusaktiiviteetissa. Tutkimusryhmässä tapahtuneita muutoksia on verrattu vertailuryhmässä mahdollisesti tapahtuneisiin muutoksiin.

Lopuksi on tarkasteltu tavoitellun hoitotavoitteen saavuttamista, ja terapiapotilaiden ja heidän terapeuttiensa terapiasuhdetta koskevien arvioiden yhteenkävyyttä.

4.2. Tutkimuksen toteutus

4.2.1. Lähtökohdat

Tämä tutkimus on osa YTHS:n laajaa prospektiivista psykoterapian tuloksellisuustutkimusta, jonka ensisijaisena tarkoituksena on palvella käytännön terapiatyötä. Prospektiivisella tutkimuksella on ollut tarkoitus saada retrospektiivistä tutkimusta tarkempaa ja luotettavampaa tietoa niistä muutoksista, joita terapiaprosessin aikana tapahtuu.

Tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet ovat työryhmän laatimat ja esikuvana on käytetty osin YTHS:n aikaisempaa terapia-tutkimusta (Luoma ym. 1980), eräitä sen adekvaateiksi katsottuja muuttujia sekä terapiatyön tuomaa kokemusta itse terapiaprosessin kannalta keskeisistä tekijöistä. Lisäksi on käytetty standardisoituja testejä, Beckin depressioinventoria ja Minäkuvatestiä.

Tutkimuksessa käytetyllä ensisijaisella tiedonkeruumenetelmällä, kyselylomakkeella on rajoituksensa. Kyselylomake on kovin karkea keino tavoittaa sellaisia intra- ja interpsyykkisiä ilmiöitä, jollaisista terapiassa on kysymys. Hienosyisempien, tarkempien ja herkempien tutkimusmenetelmien, esimerkiksi kuva- ja ääninauhatalenteiden käyttö ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska kyseessä on YTHS:llä "yleisesti" annettavaan terapiaan ja sen vaikutuksiin kohdistuva tutkimus. Terapiapotilaiden videointi olisi muodostunut erityismenetelmäksi ja sitä olisi ollut lisäksi mahdoton käyttää suurella tutkittavien joukolla.

Yksi kyselylomakemenetelmän lukuisista heikkouksista on se, että valmiiksi annetut kysymykset ja vastausvaihtoehdot eivät koskaan kykene kattamaan ihmisten kokemusten monimuotoisuutta, vaan on suuri joukko terapiapotilaita, joiden kokemus psykoterapiasta ei voi puristua valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Lisäksi kyselyissä joudutaan käyttämään käsitteitä ja ilmauksia, jotka ovat yleisiä ja diffuuseja, mutta joiden merkitys saattaa vaihdella henkilöstä toiseen. Kyselylomakkeilla saatujen tietojen luotettavuutta alentaa sekä tietoinen että tiedostamaton vääristäminen, mikä saattaa olla erityisen merkityksellistä terapiatutkimuksessa ja on yhteydessä itse terapiaprosessiin ja siinä kyselyhetkellä vallitsevaan tilanteeseen.

Kyselylomake on kuitenkin osoittautunut ainoaksi mahdolliseksi ja käyttökelpoiseksi tiedonkeruumenetelmäksi tutkimuksissa, jotka edellyttävät suurien joukkojen haastatteluja, varsinkin jos joudutaan suorittamaan useampia kyselyjä samalle otokselle. Lisäksi kyselylomakkeet ovat taloudellisia ja niiden avulla on myös mahdollista tavoittaa useimmat otokseen kuuluvat henkilöt, koska kyselylomakkeita ei koeta niin intiimeiksi kuin esimerkiksi henkilökohtaisia haastatteluja.

Terapiaprosessin aikaansaamaa muutosta selvitettäessä nousee itseoikeutetusti kysymys kontrolliryhmän tarpeellisuudesta. Tämänkaltaisessa tutkimuksessa on varsinaisen kontrolliryhmän vaatimus kuitenkin monista eri syistä johtuen osoittautunut mahdottomaksi toteuttaa (Pahkinen 1980; Niemi ym. 1984). Jonkinlaisena korvikkeena varsinaiselle kontrolliryhmälle on tässä tutkimuksessa käytetty vertailuryhmää, joka muodostuu YTHS:n hammashoidon potilaista. Vertailuryhmän käytön tarkoituksena on saada tietoa niistä muutoksista, joita opiskelijaväestössä tapahtuu ilman terapiaa.

Tutkimuksessa mukana olevat säätiön psykoterapeutit ovat suostuneet oman varsinaisen terapiatyönsä ohella ilman erityisjärjestelyjä arvioimaan otokseen tulleita terapiapotilaitaan ja heidän terapiaansa samoin kuin omia kokemuksiaan ja näkemyksiään terapiaan liittyvistä ja tutkimuksen kannalta relevanteista seikoista.

Useimmat kyselylomakkeiden kysymyksistä ja arvioinneista, sekä terapiapotilaille että terapeuteille suunnatut, on pyritty laatimaan valmiiden vastausvaihtoehtojen muotoon sekä vastaamisen ja tulkinnan helpottamiseksi että käsitteiden yksiselitteisyyden ja samanapysymisen turvaamiseksi.

Vapaasti vastattavien verbaalisten osioiden tulkinnan ja pisteytyksen on suorittanut Timo Niemi, jonka omia terapiapotilaita ei ole mukana tutkimuksessa, ja joka siten ei ole jäävi. Lisäksi tämä menettely varmistaa mahdollisimman hyvin kriteerien yhdenmukaisen käytön ja tulkintojen luotettavuuden.

4.2.2. Tutkimusryhmät

Tutkimusaineisto koostuu kaikista uusista vuoden 1982 aikana alkaneista psykoterapioista Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön viidellä suurimmalla terveydenhoitoasemalla (Helsinki ja Otaniemi, Turku, Jyväskylä, Oulu ja Tampere). Terapeutteina ovat toimineet terapiapsykologit ja terapiapsykiatrit, joita tutkimuksessa on ollut mukana yhteensä 27. Aineistoon kuului alunperin 279 terapiatapausta, joista 229 (82,1%) vastasi alkukyselyyn. Nämä 229 tapausta muodostavat varsinaisen tutkimusryhmän.

Vertailuaineiston muodostavat vapaaehtoiset, huhtikuun 1982 aikana samoilla viidellä terveydenhoitoasemalla käyneet hammashoidon potilaat. Asemille annettiin terapiapotilasmäärään suhteutettuna yhteensä 300 lomaketta toimitettaviksi peräkkäisille hammashoidon potilaille. Kyselylomakkeen palautti yhteensä 201 opiskelijaa, jotka muodostavat tutkimuksen vertailuryhmän. Niistä hammashoidon potilaista, jotka saivat vertailuryhmän kyselylomakkeen, mutta eivät sitä palauttaneet, ei ole olemassa tietoa. Siksi johtopäätökset vertailuryhmään valikoitumisesta tässä suhteessa jäävät arvelujen varaan. Vertailuryhmän käytön tarkoituksena on saada tietoa niistä muutoksista, joita opiskelijaväestössä tapahtuu tutkimuksen kannalta relevanteissa muutujissa ilman terapiaa.

4.2.3. Tiedonkeruun menetöt

Tutkimuksen tiedonkeruujärjestelmänä käytetyt kyselylomakkeet on laadittu erikseen terapiapotilaille (liite 1), terapeuteille (liite 2) sekä vertailuryhmälle (liite 3).

Jokainen tutkimukseen kuuluva potilas on täyttänyt lomakkeensa itsenäisesti ja omissa nimissään, ja lähettänyt sen suoraan tutkimusryhmän johtajalle. Terapiapotilaiden ja vertailuryhmän lomakkeissa on johtajapsykiatrin saatekirje, jossa perustellaan kyselyä ja sen tarkoitusta.

Tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet on alunperin laadittu ja tarkoitettu YTHS:n prospektiivisen psykoterapiatutkimuksen välineiksi. Tämän tutkimuksen kohteena oleva muutoksen kuvaus on osa laajempaa kokonaisuutta, ja siksi tässä tutkimuksessa ei

käytetä kaikkia lomakkeilta saatavia tietoja.

Terapiapotilaita varten laadituissa kyselylomakkeissa samoin kuin terapeuttien lomakkeissa ovat keskeisiä terapiaan ja sen kulkuun liittyvät kysymykset ja arvioinnit. Terapiapotilaiden lomakkeissa oli lisäksi taustatietoihin liittyviä kysymyksiä sekä Beckin depressioinventori, Minäkuvatesti ja oireluettelo. Vertailuryhmän lomake on muilta osin samanlainen kuin terapiapotilaiden lomake, lukuunottamatta terapiaan liittyviä kysymyksiä ja arviointeja.

4.2.4. Kyselyjen suorittaminen

Potilaille annettiin täytettäväksi kyselylomake terapian alussa (kolmannella käyntikerralla). Toinen arvio samanlaisilla lomakkeilla tapahtui puolen vuoden kuluttua terapian alusta, ja kolmas kahden vuoden kuluttua terapian alusta. Terapian päätyttyä täytettäväksi tarkoitetut kyselyt osuivat useimmilla ajallisesti yksin 1/2 vuoden tai kahden vuoden seurannan kanssa, joten eroja ei kyselyajankohdan päällekkäisyydestä johtuen juuri syntynyt. Tästä syystä "terapian lopussa" -arviot voitiin yhdistää kahden vuoden arvioihin. Terapeutit täyttivät omat arvionsa terapeutin lomakkeeseen samoilla seurantaväleillä niin kauan kuin terapia jatkui ja lisäksi terapian lopussa. Viiden vuoden kuluttua terapian alusta tapahtuvan seurantatutkimuksen aineisto ei ole ollut vielä käytettävissä tämän tutkimusosan valmisteluvaiheessa.

Jos tutkimusaineistoon tai vertailuaineistoon kuuluva opiskelija ei palauttanut kyselylomaketta yhdellä pyynnöllä, pyydettiin uudestaan vielä kahdesti, joko suullisesti tai kirjeitse. Jos potilas ei vastannut uusintakyselyistä huolimatta alkukyselyyn, tulkittiin hänet kieltäytyneeksi vastaamasta kyselyihin eikä hänelle enää lähetetty seurantakyselyjä. Tutkimusaineistoon kuuluneista alkukyselyyn vastanneista 229:stä opiskelijasta vastasi 1/2-vuotiskyselyyn 206 opiskelijaa (90,0%) ja vertailuaineistoon kuuluneista 201:stä opiskelijasta vastasi 1/2-vuotiskyselyyn 179 opiskelijaa (89,0%).

Kyselylomakkeissa terapeutit joutuvat arvioimaan omaa työtään, mikä sisältää vaikeasti arvioitavan virhelähteen. Toi-

saalta, kuka muu kuin terapiasta vastuussa oleva terapeutti itse, joka usein pitkällä aikavälillä on joutunut seuraamaan potilastaan, pystyisi antamaan niin tarkkaa, terapiaprosessia ja sen aikana tapahtuvia ilmiöitä ymmärtävää ja luotettavaa tietoa - tuskin ainakaan ulkopuolinen arvioitsija. Sama seikka koskee myös terapiapotilaita, jotka joutuvat toimimaan myös omana kontrollinaan joutuessaan täyttämään kyselylomakkeita viidesti.

4.2.5. Muuttujien konstruointi

Useimmat tutkimuksessa käytetyt ja muutoksen arvioimiseksi laaditut asteikot ovat 4-luokkaisia. Alunperin tällä pyrittiin eliminoimaan 3-luokkaisten mittareiden keskimmäisen vastausvaihtoehdon (esim. paljon, jonkin verran, vähän) suosituimmuutta. Tilastollisia analyysimenetelmiä varten on luokkia kuitenkin jouduttu yhdistelemään, ja 4-5-luokkaisista muuttujista on tehty 3-luokkaisia.

Terapian avulla tapahtuneiden muutosten selvittämiseksi on tutkimuksessa käytetty log-lineaarisia malleja. Näitä varten on selitettävänä muuttujina käytetyistä oireista ja Beckin depressioasteikosta muodostettu summamuuttujia, joissa käytetään terapian alku- ja loppumittausten eroja. Jos summamuuttujan arvo loppumittauksessa on suurempi kuin alkumittauksessa, eli oireet ryhmässä ovat keskimäärin lisääntyneet, saa vastaavan oireryhmän muuttuja arvon -1. Jos oireryhmän alku- ja loppumittausten summamuuttujat ovat yhtä suuret, eikä eroja siinä ole syntynyt, saa muutosmuuttuja arvon 0. Vastaavasti, jos oireryhmän summamuuttujan arvo lopuksi on pienempi kuin alkumittauksessa, saa muuttuja arvon +1. Nämä kolmiluokkaiset muuttujat kuvaavat oireissa ja Beckin depressioasteikolla tapahtuneita muutoksia. Tätä luokitusta varten laskettiin Beckissä ja oireissa tapahtuneiden muutosten väliset sisäiset korrelaatiot, joista voitiin todeta, että samaan oireryhmään kuuluvien muuttujien välillä ei esiintynyt merkittäviä miinuskorrelaatioita, ja jos tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita esiintyi, ne olivat kaikki positiivisia. Tästä voidaan päätellä, että todennäköisimmin saman oireryhmän sisällä tapahtuvien oireiden muutokset ovat samansuuntaisia (liite 5a).

Minäkuvamuuttuja (Minäkuvatesti) on nominaaliasteikkotasoinen muuttuja. Siinä muutoksen suuntaa eri dimensioilla ei voida määritellä positiiviseksi tai negatiiviseksi. Tämän vuoksi on käytetty vain kahta luokkaa: 0 = ei muutosta ja 1 = muutosta.

4.2.6. Tilastolliset analyysimenetelmät

Useimmat tämän tutkimuksen muuttujista ovat lähtökohdiltaan luokittelu- tai järjestysasteikon tasoisia, mistä seuraa rajoituksia tilastomenetelmien valintaan. Esimerkiksi oireryhmä on muuttuja, jossa potilaat jakautuvat lukumääräisesti eri nimikkeiden kesken. Tällaisen muuttujan keskiarvon (\bar{X}) ja keskihajonnan (S) laskeminen edellyttäisi luokkien välisen etäisyyden tuntemista. Tosin aineiston kuvailevassa osassa on koodaamalla aikaansaatu summapistemääriä, joilla kuvataan keskimääräisiä muutoksia esimerkiksi oireryhmien syvyysuunnassa. Tarkastelu on tällöin tyypiltään yhden muuttujaluokan sisäistä kuvailua.

Tuloskäsittelyn ensimmäisessä vaiheessa kuvataan minäkäsitysmittareissa terapiapotilasryhmässä kokonaisuutena tapahtuneita muutoksia, ja verrataan "terapian alku"-tilannetta "1/2 vuoden" ja "2 vuoden" -tilanteisiin sekä vertailuryhmässä vastaavina ajankohtina tehtyihin mittauksiin. Terapeuttien arvioissa "viimeinen mittauskerta" on sama kuin "terapian lopussa"-tilanne, koska kaikista muista, paitsi niistä noin kolmesatakymmenestä, yli kaksi vuotta jatkuneista terapioista, oli saatavissa terapeuttien antamat tiedot "terapian lopussa" -tilanteesta. Potilaslomakkeissa "viimeinen mittauskerta" = 2 vuoden kuluttua.

Kuvailevassa esityksessä käytetään yksinkertaista, mittareiden eri osioista saatujen summapistemäärien jakaumia ja niistä laskettuja keskiarvoja (\bar{X}) ja keskihajontoja (S). Keskiarvojen eroja tutkitaan riippuvia keskiarvoja vertaavalla t-testillä. Muuttujien välisiä korrelaatioita tarkastellaan Pearsonin korrelaatiokertoimella. Merkitsevyydestien tulokset ilmaistaan tavallisimmin käytettyinä tilastollisen merkitsevyyden tasoina, jotka ovat:

nolla-hypoteesin hylkäämisriski	taulukoissa käytetty symboli
$p \leq .05$ (melkein merkitsevä)	*
$p \leq .01$ (merkitsevä)	**
$p \leq .001$ (erittäin merkitsevä)	***

Suurin mielenkiinto kohdistuu kahden tai useamman muuttujan välisiin yhteyksiin. Muuttujien mittaustavasta johtuen on havaintoaineisto näissä tapauksissa esitettävissä kahden, kolmen tai useamman muuttujan välisinä kontingenssitauluina. Koska tutkimuksessa esitetyt hypoteesit ovat pääasiassa muuttujien välistä täydellistä riippumattomuutta tai osittaista riippuvuutta kuvaavia, niin tilastomenetelmäksi on valittu tällaisiin tilanteisiin erittäin hyvin sopiva log-lineaaristen mallien soveltaminen kyseisiin kontingenssitauluihin.

Log-lineaarisisista malleista ja niiden käytöstä kontingenssitaulujen analyysissä on tekninen kuvaus liitteessä 4. Seuraavassa asiaa selostetaan soveltajan näkökulmasta.

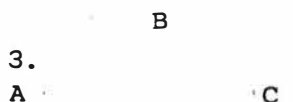
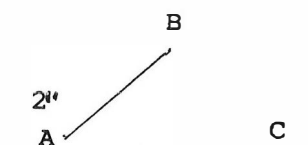
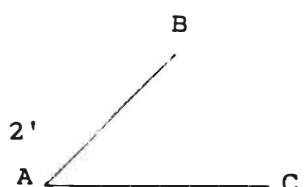
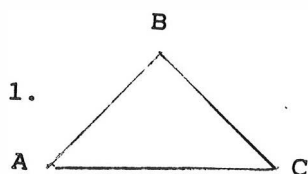
Kontingenssitaulu on perustyyppiltään kahden tai useamman luokittelutasoisen muuttujan yhteisen frekvenssijakauman esitys. Se koostuu muuttujaluokituksista vastaavista soluista, joista jokaisessa on omana tulomuuttujana solukohtaisten havaintojen lukumäärä eli frekvenssiluku. Esimerkiksi kolmen kolmiluokkaisen muuttujan tapauksessa soluja on kaikkiaan yhdeksän ($3 \times 3 \times 3 = 9$), joiden kesken havainnot (n), eli tässä potilaat, jakautuvat. Jakauma on yhteydessä valittuihin muuttujiin ja näiden välisiin yhteyksiin.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkitaan kontingenssitaulussa, johtamalla ensin niille hypoteettisia malleja. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa mallit perustuvat psykoterapian teoriaan ja osin tutkijan omiin, käytännön terapiatyöstä johdettuihin havaintoihin. Useimmat perusmalleista nojaavat muuttujien välisiin riippumattomuusoletuksiin, mutta niistäkin on mahdollista rakentaa sisäkkäisiä osittaisen riippuvuuden malleja.

Havainnollinen tapa esittää testattavia malleja on piirtää muuttujagraafeja. Esimerkiksi allaolevassa asetelmassa on kolmen terapiamuuttujan välisiä malleja kuvaavia graafeja.

graafi

selite



A = terapiakäyntikertojen lukumäärä

B = potilaan arvio edistymisestä

C = terapeutin arvio edistymisestä

1. Täydellinen malli, jossa on muuttujien kaikki oma- ja yhdysvaikutukset.

2. Osittaisen riippuvuuden malleja, joissa omavaikutuksen lisäksi on eräitä yhdysvaikutuksia. Näitä malleja on useita; tässä 2 esimerkkiä.

2' B vaikuttaa A:han ja A:n kautta C:hen, C vaikuttaa A:han, B:llä ja C:llä on ehdollinen riippuvuus.

2'' A:lla ja B:llä on keskenään yhdysvaikutus.

3. Riippumattomuusmalli eli perusmalli, jossa on vain muuttujan omavaikutukset.

Terapiatutkimuksen sisältöongelmista johdettavien mallien testaus tapahtuu tällä tekniikalla siten, että ensin logaritmisoidaan havaitun kontingenssitaulun solufrekvenssit. Testattava malli kirjoitetaan parametriensa suhteen lineaariseksi (ks. liite 4), ja se antaa mallia vastaavan ennusteen kontingenssitaulun solufrekvenssille. Näistä lukupareista johdetaan testisuure, joka on poikkeama SD, ja jonka arvoa verrataan vastaavaan χ^2 -jakauman arvoon. Laskutekninen toteutus on verraten mekaaninen ja perustuu tässä GLIM-valmisohjelman käyttöön. Mallin yhteensopivuuden lisäksi ATK-tulostus sisältää joukon mallijäännöksiä koskevaa tietoa. Mallin sopivuus on pääteltävissä testisuureen nojalla aivan samoin kuin yleensä tilastollisissa yhteensopivuustesteissä.

Log-lineaaristen mallien sovittaminen kontingenssitauluihin on lähtökohdiltaan hypoteettisten mallien testausta, joka on suorassa yhteydessä sisältöongelmaan. Näin tässäkin; mallit on johdettu, samoin kuin tulkittu, psykoterapian teoreettisista lähtökohdista. Esitetyissä tulostaulukoissa mainitaan malli, johon tulkinta perustuu, testisuure (SD), ja kolmen muuttujan tapauksessa graafi. Tuloksille esitetään psykoterapiakäytännöstä johdettu tulkinta.

5. TUTKIMUKSEN MUUTTUJAT

5.1. Selittävät muuttujat

5.1.1. Yleistä selittävistä muuttujista

Terapian tuloksellisuuden tutkimuksissa on yleisesti käytetty selittävänä muuttujana terapian pituutta/terapiaistuntojen lukumäärää. Se ei kuitenkaan ole yksiselitteinen muuttuja. Terapiaistuntojen lukumäärä on sidoksissa paitsi häiriön laatuun ja sen hoidettavuuteen, myös terapeutin teoreettiseen viitekehykseen, hänen käyttämiinsä menetelmiin ja työskentelytapaansa sekä terapiapotilaasta johtuviin seikkoihin. Näiden lisäksi annetun terapian tiheys voi olla sidoksissa kyseisen hoitoyhteisön yleisiin normeihin ja muihin ulkoisiin tekijöihin. Käyntikertojen lukumäärä voi olla sijoittunut pitkälle aikavälille, esimerkiksi yhden vuoden ajalle voi kertyä 12 käyntikertaa. Tämä voi tarkoittaa kontaktikäyntiä kerran kuukaudessa tai sama 12 kertaa voi tarkoittaa kriisiterapiassa käyntiä kolmasti viikossa yhden kuukauden aikana. Pääsääntöisesti terapian pituus on riippuvainen hoidettavan häiriön ja siitä johtuvan ongelman/ongelmien laajuudesta.

Tutkimuksista terapian pituudesta/terapiaistuntojen lukumäärästä ja niiden yhteydestä terapian tuloksiin mainittakoon Howardin ja hänen työtovereidensa (Howard ym. 1986) tutkimus. He tarkastelivat terapiaistuntojen lukumäärän yhteyttä terapian tehokkuuteen, jota he nimittivät "dose-efektiksi" (dose-effect). Tutkijat suorittivat meta-analyysin 15 tutkimuksesta, joihin oli osallistunut yhteensä 2431 terapiapotilasta 30 vuoden aikana. Kolmen ensimmäisen istunnon aikana oli tutkimuksessa mukana olleista potilaista ja tutkimuksessa käytettyjen kriteerien mukaan parantunut 29-38%. Puolet asiakkaista koki olonsa kohentuneen 6-8 käyntikerran jälkeen ja 75% katsottiin parantuneiksi 26 terapiaistunnon jälkeen. Myös spontaania paranemista esiintyi, sillä 15% koki olonsa kohentuneen jo ennen varsinaisen terapian alkamista. Kyseisen tutkimuksen tarkempi ana-

lysointi kuitenkin osoittaa, että terapiaistuntojen lukumäärä oli viime kädessä riippuvainen potilaiden diagnoosista. Siten esimerkiksi depressiosta kärsivät potilaat tulivat autetuiksi vähemmällä käyntikerroilla kuin ahdistuneisuusneurooseista kärsivät. Rajatila-häiriöiset tarvitsivat huomattavasti useampia terapiaistuntoja kuin neuroosiluokkiin kuuluvat potilaat.

Eri terapian tuloksellisuustutkimuksiin perustuen voidaan todeta, että terapiasta saatu hyöty on yhteydessä terapiaistuntojen lukumäärään, ts. ne korreloivat positiivisesti (esim. Pakkinen 1980; Smith, Glass & Miller 1980; Shapiro & Shapiro, 1982).

5.1.2. Terapian luonne

Terapian luonne -muuttuja on muodostettu yhdistämällä terapiaikäyntikertojen tiheys ja terapian kesto, minkä perusteella on rakentunut neljä luokkaa.

	<u>terapian tiheys</u>	<u>terapian kesto</u>
1. Kriisiterapia	-	alle 1/2 vuotta
2. Kontaktiterapia	enintään kerran 2:ssa viikossa (1/2 vko)	yli 1/2 vuotta
3. Keskipitkä terapia	vähintään kerran viikossa (1/1 vko)	1/2 vuotta- 2 vuotta
4. Pitkä terapia	vähintään kerran viikossa (1/1 vko)	yli 2 vuotta

Terapiakäyntikerrat ovat luonnollisesti sidoksissa ensisijaisesti kunkin potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja hänen ongelmiinsa. Hoidon pituus arvioidaan ja siitä sovitaan tavallisesti potilaan kanssa terapiaan ryhdyttäessä, mutta useissa tapauksissa hoidon pituus voidaan ennakoida vasta terapiaprosessin kuluessa.

5.1.3. Häiriön luonne

Häiriön luonnetta kuvaavana muuttujana käytetään ensisijaisesti diagnoosiluokitusta, koska se on järjestysasteikkotasoinen muuttuja ja tilastoanalyysissä käyttökelpoisempi kuin nominaaliasteikkotasoinen "ongelma-luokittelu" (liite 6). YTHS käyttää 6-luokkaista diagnoosiluokitusta, jossa:

- 1 = psyykkisesti terve
- 2 = neuroosia lievempi häiriö
- 3 = neuroosi
- 4 = neuroosia vaikeampi häiriö
- 5 = rajatila
- 6 = psykoosi.

Tätä tutkimusta varten diagnoosiluokitus on supistettu 3-luokkaiseksi. Luokitus on saatu yhdistämällä luokat seuraavasti:

1. luokka sisältää diagnoosiluokat 2 ja 3 (neuroosia lievempi häiriö ja neuroosi)
2. luokka sisältää diagnoosiluokan 4 (neuroosia vaikeampi häiriö)
3. luokka sisältää diagnoosiluokat 5 ja 6 (rajatila ja psykoosi).

Luokkaan 1, joka alkuperäisessä luokituksessa sisältää "psyykkisesti terveet", ei otoksessa tullut yhtään tapausta.

5.1.4. Terapiasuhde

Kolmantena selittäväenä muuttujana käytetään "terapiasuhdetta", joka on summamuuttuja. Siihen sisältyvät terapiasuhdetta ja sen laatua mittaavat muuttujat.

Terapia-asiakkaan lomakkeesta (liite 1, s. 129) käytetään tilastoanalyysiä varten "pitämistä" mittaavaa summamuuttujaa, joka on saatu yhdistämällä 4 ensimmäistä osiota. Nämä muuttujat kartoittavat potilaan tunteita terapeuttiaan kohtaan. Samoin terapeutin arvioinneista "pitämisestä" ja tunteista potilasta kohtaan (liite 2, s. 145) on muodostettu summamuuttuja yhdistämällä 6 ensimmäistä osiota.

Summamuuttujan käyttöön päädyttiin siksi, että terapiasuhdetta mittaavat eri muuttujat korreloivat voimakkaasti keskenään.

Muuttujat saavat kukin pisteitä 1-4, joista pistemäärä 4 = erittäin paljon, erittäin hyvin. Uutta 3-luokkaista muuttujaa varten on pistemäärät luokiteltu seuraavasti:

1. luokka: pisteet 1-14 = suhde huono, välttävä
2. luokka: pisteet 15-20 = suhde hyvä
3. luokka: pisteet 21-24 = suhde erittäin hyvä.

5.2. Selitettävät muuttujat

5.2.1. Yleistä selitettävistä muuttujista

Kuten johdantoluvussa todettiin, ei minäkäsitystä ja siinä terapian aikana/johdosta tapahtuvia muutoksia voida suoraan havainnoida. Päätelmät niistä joudutaan tekemään minän eri funktioita heijastavien mittareiden ja potilaiden ja heidän terapeuttiensa näkemysten perusteella.

Varsinaiset muutosta kuvaavat mittarit, joilla katsotaan olevan riippuvien muuttujien ominaisuuksia, muodostuvat tässä tutkimuksessa oireista, Beckin depressioinventorista ja Minäkuvatestistä. Näissä oletetaan minäkäsityksessä mahdollisesti tapahtuvien muutosten ilmenevän. Tämän lisäksi muutosta seurataan terapiapotilaiden sosiaalisessa käyttäytymisessä, opiskelussa ja harrastusaktiviteetissa, sillä näissä minäkäsityksessä tapahtuneiden muutosten katsotaan myös näkyvän.

5.2.2. Oireet

Tutkimuksessa käytetty oire- ja ongelmaluettelo (liite 1) kartoittaa terapiapotilaiden omia kokemuksia eli oireita. Oireet kuvaavat sekä ruumiintoiminnoissa koettuja häiriöitä että tunteita ja tuntemuksia. Luettelo sisältää yhteensä 27 oiretta tai ongelmaa, joista potilas merkitsee vastausvaihtoehtoihin, kuinka paljon kukin oire tai ongelma on häntä "vaivannut viime aikoina":

ei lainkaan	= 0 pistettä
ajoittain	= 1 piste
usein	= 2 pistettä

Oiremuuttujien arvot vaihtelevat siis 0-2 pisteen välillä, ja arvojen kasvaessa oireen vaikeusaste koettuna häiriönä ja haittana kasvaa.

Tilastollisia analyysyjä varten ja oiremuuttujien suuren lukumäärän vuoksi on samaa oire/ongelmaryhmää mittaavista muuttujista muodostettu summamuuttujia. Niitä muodostettaessa on tukena käytetty faktorianalyysiä. Uudet oireiden yhdistelmämuuttujat on muodostettu seuraavasti:

1. Kipuoireet (sisältävät seuraavia oireita: päänsärkyä, huimausta, rintakipua, hengenahdistusta, vatsavaivoja, selkäkipuja, nivelkipuja, muita kipuja).
2. Ahdistus- ja masennusoireet (sisältävät seuraavia oireita: unettomuutta, ahdistusta ja tuskaisuutta, pelkotiloja, masennusta, ärtyneisyyttä, avuttomuuden tunnetta, tulevaisuuden pelkoa).
3. Sosiaaliset jännitysoireet ja kontaktivaikeuksia ilmentävät oireet = Sosiaaliset oireet (sisältävät seuraavia oireita: yksinäisyyden tunnetta, jännitystä seurassa, kontaktivaikeuksia, epäluuloisuutta, mustasukkaisuutta).

Näiden kolmen oireryhmittymän ulkopuolelle jäivät vielä keskittymisvaikeuksia, väsymystä, pakkoajatuksia, kuolemaan liittyviä ajatuksia ja ääniharhoja arvioivat muuttujat, jotka faktorianaalysin perusteella eivät selvästi latautuneet millekään jo mainituille kolmelle faktorille, eikä niitä sisällöllisesti ollut mielekästä käsitellä omanakaan oireryhmittymänä (esim. "muut oireet").

Alkumittauksen ja 2 vuoden mittauksen välillä oiremuuttujissa tapahtuneiden muutosten väliset korrelaatiot on esitetty liitteessä 5a. Näistä voidaan todeta, että samaan oireryhmittymään kuuluvien oireiden muutokset ovat samansuuntaisia.

5.2.3. Beckin depressioasteikko

Masentuneisuuden arvioimiseksi on kehitelty lukuisia arviointiasteikkoja (Hamilton 1960, 1967), mutta suomalaiselle aikuisväestölle kliiniseen käyttöön standardisoituja testejä ei ole kehitelty. Nykyisin käytössä olevista lienee yleisin Beckin ym. (1961) laatima depressioinventori (Beck Depression Inventory = BDI), jota mm. Raitasalo (1977) on käyttänyt tutkimuksessaan. Beckin asteikossa (liite 1, ss. 130-135) on 21 oire- ja asenne-luokkaa, jotka on valittu depressiivisten potilaiden psykoter-

pian kuluessa esiintyneistä tyypillisimmistä ja selvästi havaittavista oireista (Beck ym. 1961). Kussakin luokassa on 4-5 vastausvaihtoehtoa, jotka kuvaavat ko. masentuneisuusoireen vaikeusastetta: kuta suurempi pistemäärä, sen vaikea-asteisempi on masentuneisuusoire. Depression arvioinnissa toinen yleisesti käytetty mittari englantilaisella kielialueella on ollut Hamiltonin (1960, 1967) mittari (Hamilton Rating Scale for Depression = HRS-D), joka perustuu haastattelijan arvioon. Beckin alkupe-
räinen versio perustui myös haastattelijan esittämiin vastausvaihtoehtoihin, mutta nykyään käytössä oleva versio perustuu potilaan itsearvioon. Kliinisten psykologien keskuudessa on vallinnut käsitys, että Beckin asteikko (BDI) olisi yliherkkä potilaiden halo-efektille, jonka seurauksena tämä asteikko osoittaisi muita asteikkoja helpommin potilaan parantuneen.

Edwards ja hänen työtoverinsa (Edwards ym. 1984, 93-99) ovat laatineet meta-analyysin, jossa verrattiin Beckin (BDI) laatimaa itsearviointiin perustuvaa mittaria ja Hamiltonin (HRS-D) haastattelijan arvioon tukeutuvaa mittaria. Analyysi perustuu 19 julkaistuun tutkimukseen, joissa molemmat mittarit on esitetty yhteensä 1150 erilaisista masennustiloista kärsivälle henkilölle. Tämän meta-analyysin perusteella käsitys Beckin asteikon heikkoudesta osoittautui virheelliseksi, sillä BDI osoitti reagoivan merkitsevästi varovaisemmin potilaan paranemiseen depressiosta kuin Hamiltonin asteikko. Tutkijat selittävät tuloksen johtuvan osittain siitä, että haastatteluun perustuva HRS-D:hen saattaa vaikuttaa haastattelijan taipumus etsiä vihjeitä depression paranemisesta, näin varsinkin, jos hän on itse osallistunut potilaan hoitoon tai tutkimuksen suunnitteluun. Meta-analyysin tulokset viittaavat siihen, että helpommin käytettävä Beckin itsearviointimittari on riittävän luotettava masennuksen ja siinä tapahtuvien muutosten arviointiin. Depressioasteikon summapistemäärä on osoittautunut kyllin reliaabeliksi ja validiksi masentuneisuuden asteen kuvaajaksi (Beck & Beck 1972; Raitasalo 1977).

Beckin depressioasteikon muuttujista seurataan kunkin potilaan kohdalla kaikkien 21 muuttujan summapistemäärien jakaumia ja niissä tapahtuvia muutoksia sekä erikseen eräitä parhaiten erottelevia muuttujia.

Beckin depressioasteikon muuttujat on ryhmitelty sen perusteella, minkälaisia tuntemuksia lausesarjat sisältävät seuraavasti:

1. Mieliala:	lausesarja B	1
2. Pessimismi:	"	B 2
3. Epäonnistuminen:	"	B 3
4. Tyytymättömyys:	"	B 4
5. Syyllisyys:	"	B 5
6. Rankaisun tunne:	"	B 6
7. Itseviha:	"	B 7
8. Itsesyytökset:	"	B 8
9. Itsensä vahingoittaminen:	"	B 9
10. Itkeminen:	"	B 10
11. Ärtävyys:	"	B 11
12. Sosiaalinen vetäytyminen:	"	B 12
13. Päättämättömyys:	"	B 13
14. Ulkonäkö:	"	B 14
15. Työkyky:	"	B 15
16. Unettomuus:	"	B 16
17. Väsymys:	"	B 17
18. Ruokahalu:	"	B 18
19. Laihtuminen:	"	B 19
20. Terveystilan tarkkailu:	"	B 20
21. Seksuaalinen voimattomuus:	"	B 21

Muuttujien arvot kuvaavat masentuneisuuden mahdollista määrää.

5.2.4. Minäkuvatesti

Tutkimuksissa käytetty minäkuvalomake (liite 1, ss. 136-138) on alunperin Y.P. Häyrysen (1968) ammatinvalinnohjauksen käyttöön laatima (Työvoimaministeriö), mutta sittemmin myös kliinisessä käytössä tarkoituksenmukaiseksi osoittautunut testi (esim. Raitasalo 1977). Minäkuvalomakkeen ("Millainen minä olen") tarkoituksena on mitata yksilön tietoista käsitystä itsestään. Tässä tutkimuksessa minäkuvalomake on mukana kuvaamassa terapiapotilaiden minäkäsitystä, ja siinä terapian aikana tapahtuneita muutoksia.

Lomake on muodostettu Osgoodin semanttisen erottelun tavoin attribuuttivastakohdista, joiden väliin henkilö sijoittaa itsensä oman näkemyksensä perusteella. Esim. arka-----rohkea. Attribuuttipareja on yhteensä 52, jotka on ryhmitelty yhdeksitoista dimensioiksi seuraavasti:

	<u>vastakohta</u>	<u>attr.parien lkm</u>
1. originellius, luovuus	(tavanomaisuus)	5
2. stabiilisuus, levollisuus	labiilisuus, häilyvyys	5
3. tarmo, energia		5
4. ulospäinsuunt. (ekstroversio)	sisäänpäinkäänt. (introversio)	5
5. lahjakkuus (pätevyys)		4
6. kapea-alaisuus, huolell.	laaja-alaisuus	5
7. sis.dominanssi, johtajuus	(alistuneisuus)	5
8. teoreettisuus	käytännöllisyys	4
9. ihmiskeskeisyys	asiakaskeskeisyys	4
10. psykasteniat (neur. jännitteis.)	rentous, vapautum.	5
11. rationaalisuus	emotionaalisuus	5

Minäkuvatestin ongelmana on, että sen käyttö tämänkaltaises-
sa tutkimuksessa rajoittuu vain eri dimensioille terapian aika-
na tapahtuvien muutosten kuvaamiseen, koska olisi keinotekoista
ja väkivaltaistakin laatia dimensioille positiivinen ja negatiivinen
ääripää. Attribuutteihin ei sinällään liity arvovarausta niiden
paremmuudesta, joskin järjestysasteikko helpottaisi tilastollista
käsittelyä ja muuttujia voitaisiin käyttää yhdessä muiden
järjestysasteikkotasoisien muuttujien kanssa.

Kuvattaessa Minäkuvamuuttujan ja muiden muuttujien välisiä
yhteyksiä ja riippuvuuksia käytetään yksittäisiä dimensioita,
joissa muutosta on tapahtunut terapian aikana.

Minäkuva-muuttujien väliset sisäiset korrelaatiot tutkimusaineistossa on esitetty liitteessä 5b.

5.2.5. Edistyminen terapiassa

Neljäntenä selitettävänä muuttujana käytetään terapian tulok-
sellisuutta. Terapeutit arvioivat potilaidensa yleistä edistymistä
terapiassa (liite 2, s. 145) 5-luokkaisella muuttujalla. Tällä
terapeutin subjektiivisella näkemyksellä on varsin keskeinen
merkitys arvioitaessa koko terapiaprosessia ja siinä saavutettuja
tuloksia. Siihen sisältyvät terapeutin intuitiivinen näkemys
kustakin terapiapotilaasta, terapeutin kokonaisnäkemys
terapialle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta sekä
näkemys potilaiden motivaatiosta ja kyvystä yhteistyöhön samoin
kuin muita vaikeasti formuloitavissa olevia seikkoja.

Terapiapotilaat puolestaan arvioivat terapiasta saamaansa

hyötyä, subjektiivista kokemustaan terapiasta, samoin 5-luokkaisella muuttujalla (liite 1, s. 129). Näiden molempien muuttujien katsotaan mittaavan terapian tuloksellisuutta kahdesta eri näkökulmasta, terapeutin ja potilaan.

Selitettävien muuttujien kohdalla potilaiden arvioinneissa "viimeinen mittauskerta" = 2 vuoden kuluttua terapian alusta. Terapeuttien arvioinneissa on "viimeinen mittauskerta" = terapian lopussa -tilanne.

6. TULOKSET

6.1. Tutkimus- ja vertailuryhmän kuvaus

6.1.1. Ikä

Tutkimusaineistossa mukana olevista terapiapotilaista suurin osa, 56,3% sijoittuu ikävälille 21-25 vuotta, samoin vertailuaineistossa heitä on 61,2%. Vanhempia opiskelijoita, ikävälillä 26-30 vuotta, on tutkimusaineistossa 29,7%, kun vertailuaineistossa heitä on 20,9%. Yli 30-vuotiaitten osuus on tutkimusaineistossa 7,9% ja vertailuaineistossa 7,0%, ja alle 20-vuotiaita on tutkimusaineistossa 6,1% ja vertailuaineistossa heitä on 11%. Vaikka erot ikäjakaumissa tutkimus- ja vertailuaineistolla eivät ole tilastollisesti merkitseviä, on suuntana vanhempien ikäluokkien suurempi osuus tutkimusaineistossa.

Tutkimusaineistossa on ennen vuotta 1980 opintonsa aloittaneita nykyisellä opintosuunnalla 61,6%, kun vastaava luku vertailuaineistossa on 51,2%. Ero on tilastollisesti melkein merkitsevä.

Tutkimusaineistoon kuuluvat sijoittuvat ikäjakaumassa jonkin verran vertailuaineistoa vanhempiin ikäluokkiin. Lisäksi he ovat opiskelleet ennen hoitoon hakeutumistaan keskimäärin pitempään kuin vertailuaineistoon kuuluvat. Tämä tukee myös aikaisempaa opiskelijoihin kohdistunutta terapiatutkimusta (Pahkinen 1980), jossa todettiin terapiaan hakeuduttavan vasta opiskelun loppuvaiheessa. Tästä voi tehdä sen tulkinnan, että opiskelijat yrittävät selviytyä vaikeuksistaan ensimmäisinä opiskeluvuosinaan itse tai eivät rohkene hakeutua terapiaan. Opiskelusta johtuvan paineen lisääntyessä, ja psyykkisten ongelmien haitatessa enenevässä määrin keskittymistä opiskeluun, hakeudutaan hoitoon. Mainittakoon lisäksi, että suurimmilla terveydenhoitoasemilla (Helsinki ja Turku) terapian kysyntä on niin suuri, ettei terapiaan pääsy välittömästi sitä toivottaessa ole edes mahdollista, vaan terapiaan pyrkivät joutuvat useissa tapauksissa terapiajonoon. Tutkimusta siitä, minkälaiset opiskelija-asiakkaat joutuvat terapiajonoon ja mitä tera-

piajonossa oleminen merkitsee psyykkisten häiriöiden kannalta, ei ole suoritettu.

6.1.2. Sukupuoli

Miesten osuus tutkimusaineistossa on 34,5% ja vertailuaineistossa 43,8%. Naisia kuuluu tutkimusaineistoon tilastollisesti melkein merkittävästi enemmän kuin vertailuaineistoon. Naisten suurempi osuus tutkimusaineistossa tukee sitä yleisesti tiedossa olevaa seikkaa, että naiset hakeutuvat etsimään apua mielen-terveydellisiin ongelmiinsa useammin kuin miehet. Lisäksi viinous sukupuolijakaumassa voi osittain johtua siitä, että terapia-asiakkaista humanistisen alan opiskelijat ovat yliedustettuina, ja tämän alan opiskelijoista suurin osa on naisia. Maamme korkeakouluissa oli vuonna 1982 yhteensä 87 488 opiskelijaa, joista 53% oli naisia ja miehiä 47% (Tilastokeskuksen vuosiraportti 1982/17).

6.1.3. Opiskeluala

Tässä tutkimuksessa mukanaolevat eri korkeakoulujen opiskelijat on ryhmitelty opiskelualoittain aikaisemman YTHS:n potilaista tehdyn tutkimuksen (Niemi 1984) mukaisella tavalla. Taulukosta 1 käy ilmi, että humanististen aineiden opiskelijat ovat tutkimusaineistossa yliedustettuina.

Taulukko 1. Tutkimus- ja vertailuaineiston jakaumat opiskelualoittain

Opiskeluala	Tutkimusaineisto		Vertailuaineisto	
	n	%	n	%
Humanistinen (humanistiset aineet, taideaineet, teologia)	73	31,9	42	20,9
Tekninen (tekniset aineet, kaupalliset aineet, matemaattisluonnontieteelliset aineet ja lääketiede)	73	31,9	89	44,3
Muut (yhteiskunta- ja valtiotieteelliset aineet, oikeus-, kasvatus-, maatalous- ja metsätiede ym.)	83	36,2	70	34,8
Yhteensä	229	100	201	100

6.2. Muutokset tutkimus- ja vertailuryhmissä

6.2.1. Oireet

Psykoterapian käynnistämisen muutosprosessin vaikutuksia tarkastellaan ensin koko tutkimusryhmän osalta. Kaikki tutkimuksessa mukana olevat terapiapotilaat muodostavat ryhmän, jossa tapahtuneita muutoksia verrataan vertailuryhmässä tapahtuneisiin muutoksiin. Vertailuryhmässä tapahtuneita muutoksia voidaan pitää opiskelijapopulaatiossa yleisestikin tapahtuneina muutoksina tietyn ajanjakson kuluessa.

Ensimmäisenä tarkastellaan oireita ja niiden jakaumia tutkimus- ja vertailuryhmässä. Taulukossa 2 on esitetty oireiden kokonaispistemäärien jakauma ensimmäisellä mittauskerralla. Kustakin oireluettelon 27:stä oireesta voi saada 0-2 pistettä: jos oire ei ole haitannut lainkaan = 0 pistettä, ajoittain = 1 piste ja usein = 2 pistettä. Oireiden kokonaispistemäärien perusteella oirepisteet on ryhmitelty viideksi luokaksi. Pistemäärien jakautumat osoittavat, että tutkimusryhmäläisillä oli selvästi enemmän oireita kuin vertailuryhmäläisillä.

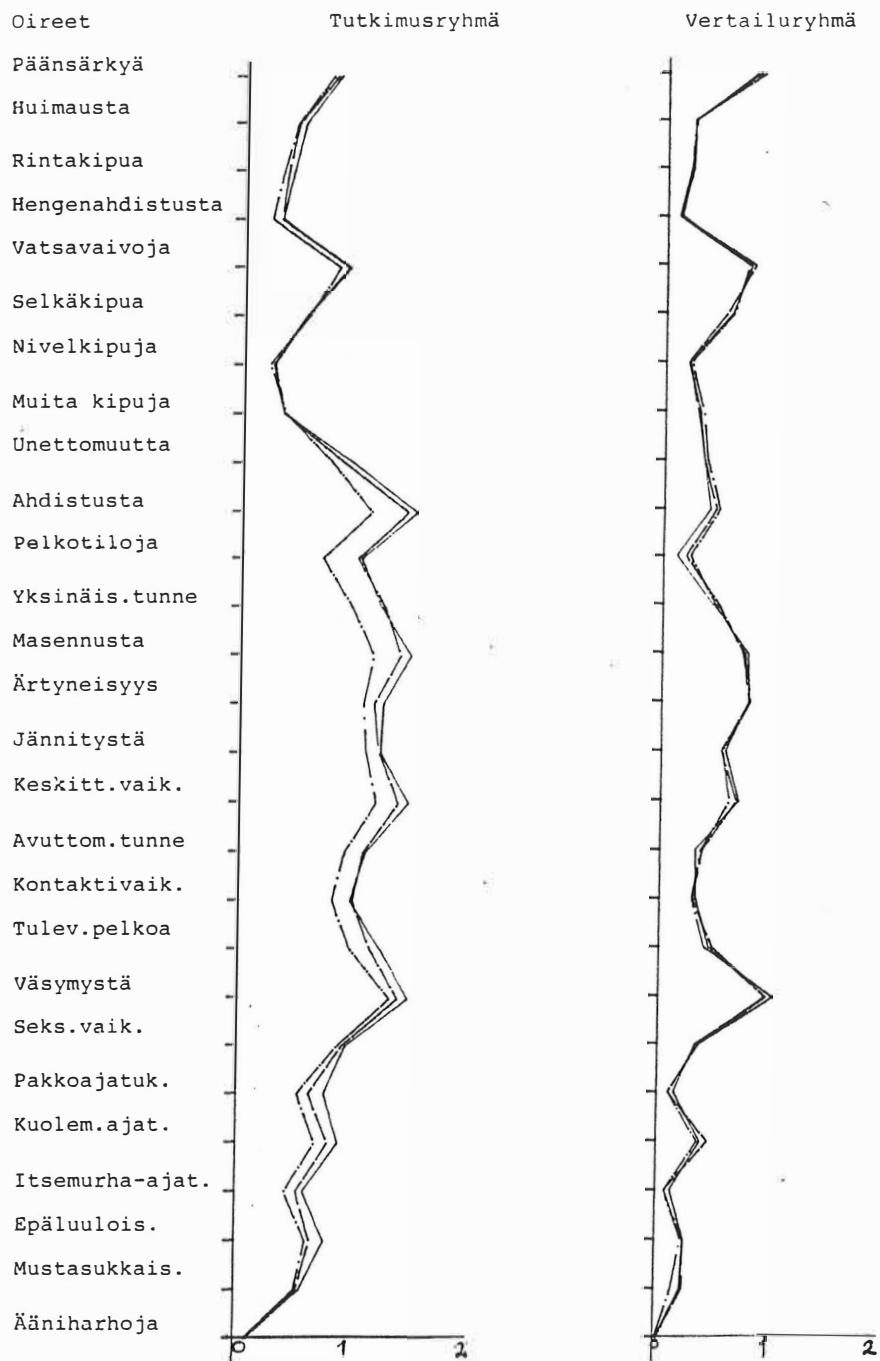
Taulukko 2. Oirepistemäärien jakauma tutkimus- ja vertailuryhmissä ensimmäisellä mittauskerralla

Oirepisteet	Tutkimusryhmä		Vertailuryhmä	
	n	%	n	%
0 - 5	2	0,9	52	25,9
6 - 10	13	5,7	68	33,8
11 - 20	79	34,5	64	31,8
21 - 30	94	41,1	14	7,0
yli 30	41	17,9	3	1,5
yhteensä	229	100	201	100

Kuviossa 1 esitetään tutkimus- ja vertailuryhmien oireprofiilit. Profiileissa näkyy kutakin oiretta vastaavat summapistemäärät kolmella eri mittauskerralla.

Tutkimusryhmässä on oireiden esiintymisessä eri mittauskerroilla tapahtunut selvää muutosta ja muutoksen suunta on eri muuttujien kohdalla sama: oireet ovat vähentyneet. Tuntuvinta on oireiden väheneminen ollut potilaiden arvioiman ahdistuksen, masennuksen, keskittymiskyvyn ja muiden psyykkisten oireiden kohdalla. Niissä ovat erot verrattuina alkutilanteesta "1/2 vuoden" ja "2 vuoden" kuluttua -tilanteisiin myös tilastollisesti erittäin merkitseviä. Joidenkin kipu-oireiden kohdalla yltyvät erot myös tilastollisesti melkein merkitseviksi.

Saatu tulos vahvistaa terapiakäytännöstäkin tuttua näkemystä, että ahdistus ja masennus helpottuvat terapiassa usein ensimmäiseksi, ja vasta näiden helpottumisen myötä saattavat potilaan muut ongelmat tulla esille. Toisinaan taas somatoformiset oireet saattavat peittää masennuksen ja/tai toimivat masennuksen manifestaationa.



Kuvio 1. Oireissa tapahtuneet muutokset eri mittauskerroilla.

Oiremuuttujat saavat arvoja 0-2: Mittauskerrat:

0 = oiretta ei esiinny

1 = ajoittain

2 = usein

Vastaavat taulukkoarvot viereisellä sivulla

————= terapian alussa

- - - = 1/2 vuoden kuluttua

- · - · - = 2 vuoden kuluttua

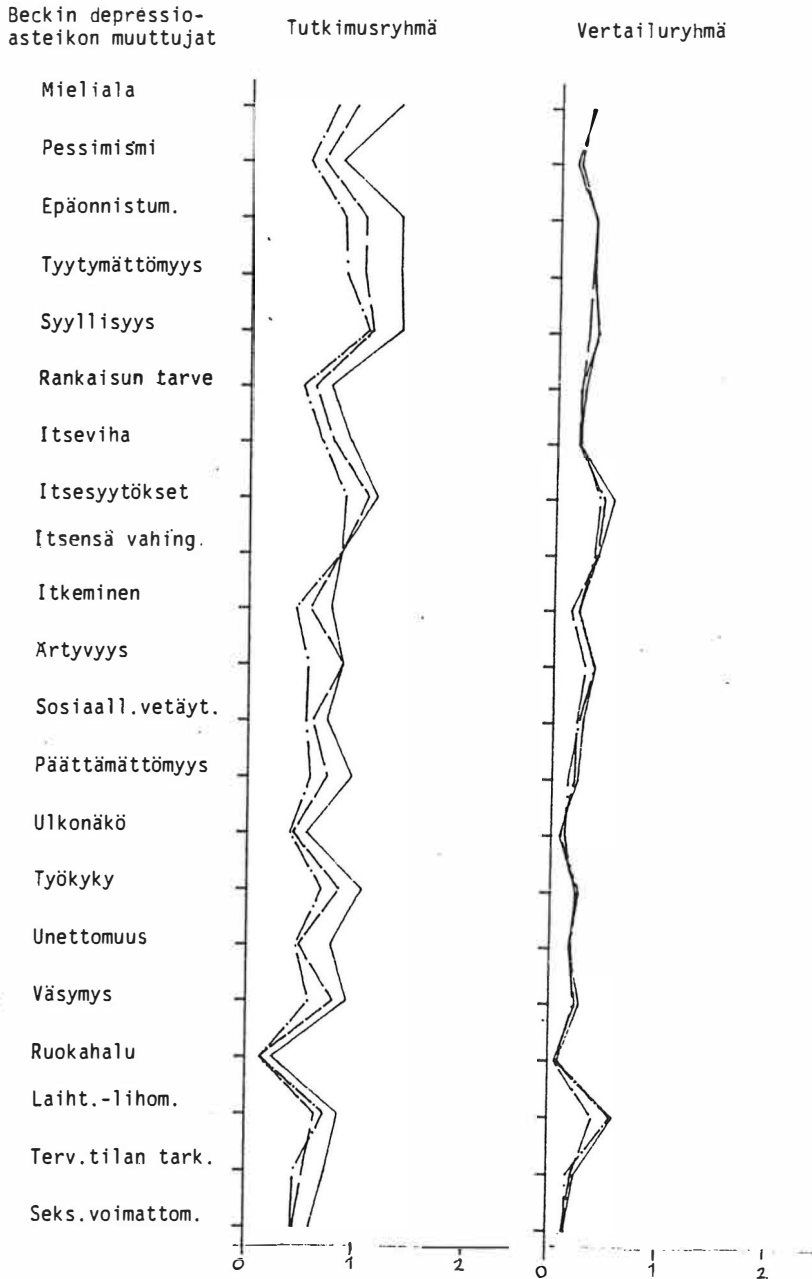
Kuvion 1 taulukko. Oireissa tapahtuneet muutokset tutkimusryhmällä

Oire	n = 206		n = 176			
	0-tilanne		1/2 v.tilanne		2 v.tilanne	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
Päänsärkyä	.82	.66	.79	.64	.75	.62
Huimausta	.52	.64	.49	.60	.45	.60
Rintakipua	.42	.59	.37	.52	.33	.51
Hengenahdistusta	.32	.52	.31	.52	.23*	.48
Vatsavaivoja	.90	.72	.91	.70	.82*	.73
Selkäkipuja	.54	.60	.54	.65	.56	.62
Nivelkipuja	.25	.47	.26	.49	.22	.44
Muita kipuja	.35	.52	.35	.50	.36	.54
Unettomuutta	.95	.67	.87	.65	.77**	.69
Ahdistusta	1.50	.55	1.42*	.56	1.11***	.61
Pelkotiloja	1.02	.73	.99	.75	.69***	.64
Yksin.tunnetta	1.20	.69	1.23	.66	.95***	.71
Masennusta	1.46	.58	1.37*	.60	1.14***	.62
Ärtyneisyyttä	1.22	.62	1.14*	.57	1.05*	.55
Jännitystä	1.20	.75	1.19	.72	1.08**	.68
Keskittymisvaik.	1.45	.64	1.36*	.63	1.17***	.72
Avuttom.tunnetta	1.08	.75	1.06	.67	.90**	.70
Kontaktivaik.	.95	.75	.97	.72	.80***	.72
Tulev.pelkoa	1.22	.72	1.13*	.68	.96***	.73
Väsymystä	1.46	.60	1.37*	.63	1.30	.62
Seks.vaikeuksia	.93	.78	.90	.73	.86	.73
Pakkoajatuksia	.75	.78	.62*	.73	.52	.72
Kuoleman ajatuksia	.88	.73	.79*	.68	.68	.69
Itsemurha-ajatuksia	.58	.65	.52	.62	.42*	.60
Epäluuloisuutta	.77	.70	.65**	.64	.61	.67
Mustasukkaisuutta	.56	.65	.53	.66	.51	.62
Ääniharhoja	.11	.33	.09	.31	.09	.31

(vertailuryhmän tulokset liitteessä 8)

6.2.2. Beckin depressioasteikko

Kuviossa 2 on esitetty Beckin depressioasteikon kuvaamat muutokset tutkimus- ja vertailuryhmissä. Profiilit eroavat jo alkutilanteessa toisistaan. Tutkimusryhmässä kaikkien eri osioiden pistemäärät ovat suurempia kuin vertailuryhmän vastaavat pistemäärät. Tämä osoittaa tutkimusryhmäläisten olevan huomattavan depressiivisiä ja kärsivän depression liittyvistä oireista ja tuntemuksista.



Kuvio 2. Beckin depressioasteikon summapistemäärissä tapahtuneet muutokset eri mittauskerroilla.

Muuttujat saavat arvoja 0-3, kuta suurempi luku, sitä enemmän depressiota kuvaavaa oiretta. Vastaavat taulukkoarvot viereisellä sivulla.

Mittauskerrat:

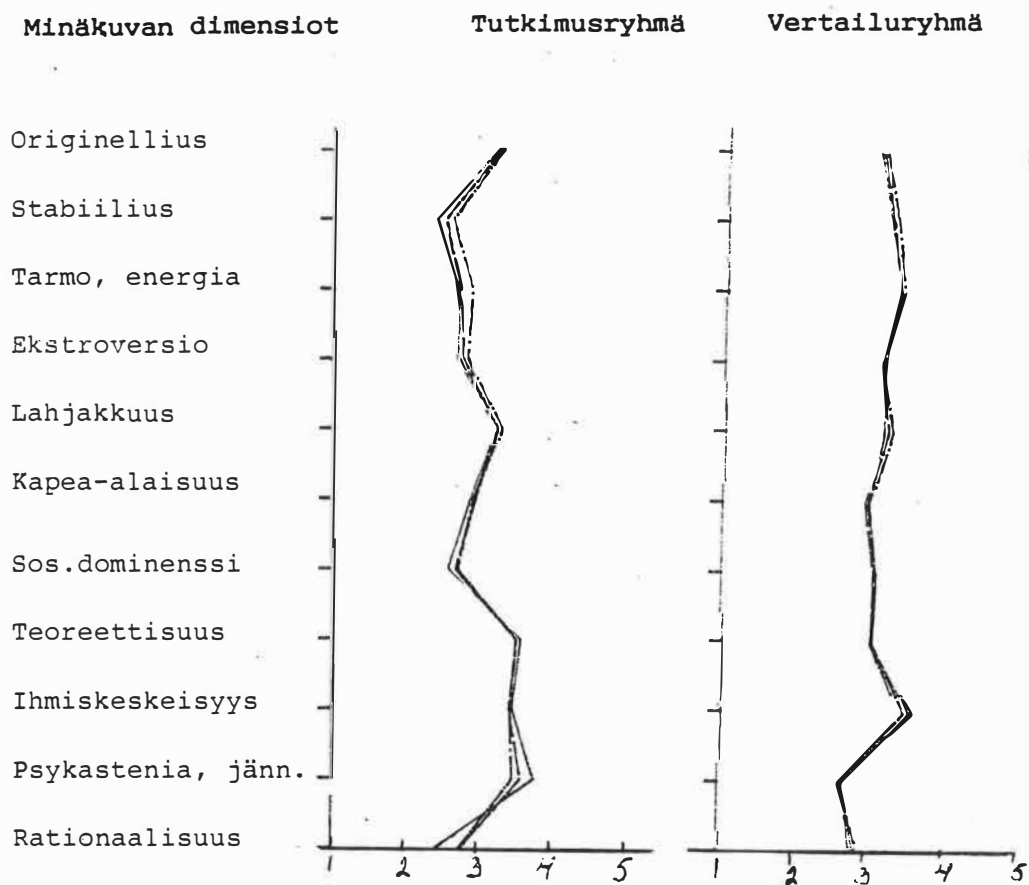
- = terapian alussa
- - - - - = 1/2 vuoden kuluttua
- · - · - · - = 2 vuoden kuluttua

Kuvion 2 taulukko. Beckin pistemäärien muutokset tutkimusryhmällä

Beckin osiot	n = 206		n = 176			
	0-tilanne \bar{X}	S	1/2 v.tilanne \bar{X}	S	2 v.tilanne \bar{X}	S
1.	1.36	.80	.96***	.85	.78	.82
2.	.82	.98	.65*	.93	.53	.87
3.	1.37	.99	1.04***	.95	.85**	.90
4.	1.36	.87	1.03***	.94	.87	.95
5.	1.38	.78	1.12***	.87	1.08	.88
6.	.73	.97	.59*	.87	.48	.83
7.	.92	.65	.76**	.63	.66	.64
8.	1.17	.81	1.09	.73	.88***	.74
9.	.84	.73	.84	.62	.84	.61
10.	.75	.99	.56*	.98	.43	.95
11.	.87	.82	.87	.95	.55***	.86
12.	.72	.82	.59*	.74	.53	.72
13.	.96	.94	.73***	.82	.58**	.82
14.	.54	.90	.42*	.76	.39	.76
15.	1.06	.81	.85***	.82	.69*	.80
16.	.77	.74	.48***	.67	.45	.72
17.	.93	.86	.80	.84	.58***	.78
18.	.24	.54	.13**	.41	.14	.88
19.	.86	1.09	.64**	.97	.73	1.03
20.	.74	.74	.54***	.66	.45	.62
21.	.60	.86	.45*	.75	.43	.80

(vertailuryhmän taulukot liitteessä 9)

Vertailuryhmän profiili pysyi samana mittauskerrasta toiseen, sen sijaan tutkimusryhmässä tapahtuu selviä muutoksia. "Terapian alku"-tilanteen ja "1/2 vuoden" mittauksen väliset erot ovat seitsemän osion kohdalla tilastollisesti erittäin merkitseviä. Oireita kuvaavat pistemäärät ovat tuona aikana vähentyneet erityisen paljon "yleistä mielialaa", "epäonnistumisen-", "tyytymättömyyden-" ja "syyllisyydentunteita" mittaavissa osioissa. "Itsesyytöstä" ja "ärtyvyyttä" arvioivissa muuttujissa on "1/2 vuoden" tilanteesta "2 vuoden" -tilanteeseen verrattuna tapahtunut vielä muutosta, joka on tilastollisestikin erittäin merkitsevä.



Kuvio 3. Minäkuvatestin profiilit eri mittauskerroilla

Pistemäärien vaihteluväli 1-5; kuta suurempi pistemäärä, sitä enemmän ominaisuus hallitsee. Vastaavat taulukkoarvot viereisellä sivulla.

Mittauskerrat:

- = terapian alussa
- - - - - = 1/2 vuoden kuluttua
- · - · - · - = 2 vuoden kuluttua

Kuvion 3 taulukot
Minäkuvassa tapahtunut muutos tutkimusryhmällä

	n = 206		1/2 v.tilanne	n = 176		
	0-tilanne \bar{X}	S		S	2 v.tilanne \bar{X}	S
1. Originellius, luovuus	3.26	.85	3.31	.83	3.34	.84
2. Stabiilius, levollisuus	2.41	.89	2.53**	.84	2.64***	.81
3. Tarmo, energia	2.72	.88	2.75	.85	2.90**	.94
4. Ulospäinsuunt. seurallisuus	2.72	.78	2.78	.73	2.83	.75
5. Lahjakuus	3.26	.77	3.25	.75	3.32	.85
6. Kapea-alaisuus, huolellisuus	2.90	1.01	2.97	.88	2.94	.92
7. Sos.domin., johtavuus	2.60	.84	2.70*	.76	2.73	.79
8. Teoreettisuus	3.61	.69	3.54*	.66	3.54	.71
9. Ihmiskeskeisyys	3.48	.95	3.44	.89	3.45	.94
10. Psykasteria, jännittyneisyys	3.80	.86	3.61***	.83	3.49**	.91
11. Rationaalisuus	2.44	.94	2.77***	.70	2.75	.65

Minäkuvassa tapahtunut muutos vertailuryhmässä

	n = 179		1/2 v.tilanne	n = 153		
	0-tilanne \bar{X}	S		S	2 v.tilanne \bar{X}	S
1. Originellius, luovuus	3.08	.79	3.13	.76	3.17	.73
2. Stabiilius, levollisuus	3.25	.87	3.28	.82	3.35	.81
3. Tarmo, energia	3.40	.74	3.39	.69	3.44	.76
4. Ulospäinsuunt., seurallisuus	3.18	.82	3.14	.78	3.13	.75
5. Lahjakuus	3.18	.70	3.25	.66	3.32	.63
6. Kapea-alaisuus, huolellisuus	3.01	.82	2.96	.80	3.00	.81
7. Sos.domin., johtavuus	3.13	.79	3.09	.76	3.11	.76
8. Teoreettisuus	3.08	.85	3.07	.76	3.06	.69
9. Ihmiskeskeisyys	3.64	.85	3.59	.83	3.51	.80
10. Psykasteria, jännittyneisyys	2.65	.78	2.65	.70	2.61	.72
11. Rationaalisuus	2.86	.83	2.80	.67	2.92	.70

6.2.3. Minäkuva

Kuviossa 3 on esitetty tutkimus- ja vertailuryhmän Minäkuvates-
tin tuloksiin perustuvat minäkuvaprofiilit. Kuviossa on selvyy-
den vuoksi näkyvissä Minäkuvadimensioista vain toinen ääripää.
Pistemäärät voivat kunkin dimension kohdalla vaihdella 1-5 vä-
lillä. Kuta suurempi pistemäärä on, sitä enemmän kuviossa mai-
nittu ominaisuus on painottunut.

Tutkimus- ja vertailuryhmän minäkuvaprofiilit poikkeavat
olennaisesti toisistaan. Tutkimusryhmän profiilissa tapahtui
myös selviä muutoksia mittauskerrasta toiseen, mutta vertailu-
ryhmän profiili on pysyi samana. Tutkimusryhmään kuuluvien Mi-
näkuva profiilia luonnehtii ensimmäisellä mittauskerralla ver-
tailuryhmäläisiä niukempi käytettävissä oleva psyykinen ener-
gia (dimensio 3) ja suurempi jännittyneisyys ja ahdistuneisuus
(dimensio 10). Vertailuryhmään kuuluvat kuvaavat itseään tutki-
musryhmäläisiä stabiileimmiksi (dimensio 2). Lahjakkuutta (di-
mensio 5) löytyy molemmista ryhmistä keskimäärin yhtä paljon,
mutta tutkimusryhmäläiset kuvaavat itseään vähemmän tavanomai-
siksi ja originellimmiksi (dimensio 1) kuin vertailuryhmään
kuuluvat.

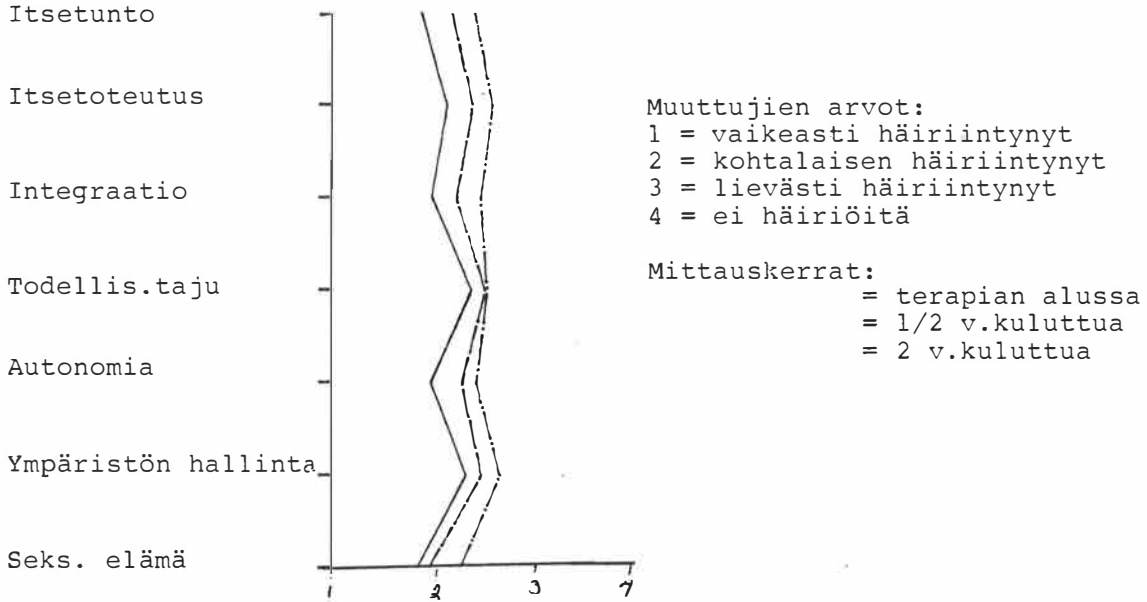
Tutkimusryhmään kuuluvat kuvaavat itseään terapian alkuti-
lanteessa vertailuryhmäläisiä teoreettisimmiksi (dimensio 8),
mutta teoreettisuus näyttää hieman vähenevän terapian jatkues-
sa, ja rationaalisuus (dimensio 11) näyttää lisääntyvän.

Vaikka tutkimusryhmäläisten Minäkuvaprofiilissa tapahtuu
muutoksia mittauskerrasta toiseen, se säilyy kuitenkin olennai-
sesti erilaisena verrattuna vertailuryhmän Minäkuvaprofiiliin.
(Minäkuvamuuttujien väliset sisäiset korrelaatiot on esitetty
liitteessä 5b).

6.2.4. Terapeuttien arviot

Terapeutit arvioivat potilaidensa "minän toimintoja" seitsemäl-
lä eri muuttujalla, joista kutakin skaalalla 1-4. Mitä suurempi
pistemäärä, sitä parempi on kuvattu minän toiminta. Arviot on
tehty terapian alussa, 1/2 vuoden kuluttua ja 2 vuoden kulut-
tua. Kuviossa 4 on esitetty tutkimusryhmässä mukana olleiden

Terapiapotilaiden "minän toimintoja" kuvaavat muuttujat



Kuvio 4. Terapeuttien arviot potilaidensa "minän" toimivuudesta

Kuvion 4 taulukko. Terapeuttien arviot potilaidensa "minän toimintojen" muutoksista

muuttujat	n = 279 terapian alussa		n = 187 1/2 v.tilanne		n = 72 2 v.tilanne	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
1. Itsetunto	1.92	.67	2.24***	.66	2.36*	.57
2. Itsetoteutus	2.19	.67	2.45***	.64	2.68***	.58
3. Integraatio	2.03	.63	2.28***	.60	2.46***	.56
4. Todellis.taju	2.44	.75	2.58**	.72	2.60	.67
5. Autonomia	2.02	.64	2.34***	.66	2.51**	.61
6. Ymp.hallinta	2.39	.68	2.55***	.66	2.71*	.66
7. Seks.elämä	1.89	.75	2.01	.74	2.99***	.77

terapiapotilaiden yhteinen "minän toimintoja" ja niissä terapian aikana tapahtuneita muutoksia kuvaava profiili.

Kuvio 4 osoittaa terapeuttien arvioissa tapahtuneen selviä muutoksia eri mittauskertojen välillä kaikkien potilaan "minän toimintoja" kuvaavien muuttujien kohdalla. Erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä tai erittäin merkitseviä. Suurin yksittäinen ero on syntynyt "seksuaalista elämää" arvioivassa muuttujassa "1/2 vuoden" ja "2 vuoden" -mittausten välillä. Myös "itsetuntoa" (muuttuja 1) kuvaavassa muuttujassa, johon sisältyvät itsetuntemus, itsen hyväksyntä, minäkuvan tiedostaminen ja sen selkeys ja vahvuus, on terapian aikana tapahtunut selvää muutosta "terapian alku" ja "1/2 vuoden" -mittausten välillä.

6.2.5. Sosiaaliset suhteet

Terapiapotilaat arvioivat sosiaalisia suhteitaan (liite 1, s. 127) kahdeksalla muuttujalla, jotka kuvaavat potilaiden suhteita vanhempiinsa, tovereihin jne. Sosiaalisia suhteita arvioidaan skaalalla 0-3, jossa:

- 0 = suhde huono
- 1 = suhde melko huono
- 2 = suhde melko hyvä
- 3 = suhde hyvä.

Taulukossa 3 on näkyvissä selvyiden vuoksi vain arviot "terapian alussa" ja "2 vuoden kuluttua" -tilanteista, koska erot "1/2 vuoden" ja "2 vuoden" tilanteissa ovat samansuuntaiset.

Taulukko 3. Terapiapotilaiden arviot sosiaalisista suhteistaan, terapian alussa ja 2 vuoden kuluttua

Suhde	Terapian alussa			2 vuoden kuluttua		
	n	\bar{X}	S	\bar{X}	S	t-arvo
vanhempiin	172	1.95	.76	2.07	.72	-2.11*
sisaruksiin	163	2.19	.67	2.26	.68	-1.37
muihin sukulaisiin	156	1.76	.80	1.83	.79	-1.26
seur.kumpp.	82	2.18	.80	2.38	.84	-1.86
omiin lapsiin	15	2.53	.83	2.67	.82	-0.81
tovereihin	156	2.19	.65	2.26	.64	-1.33
toiseen sukupuoleen	153	1.96	.76	2.13	.69	-2.98**
omaan sukupuoleen	167	2.19	.67	2.32	.64	-2.57*

Taulukosta 3 ilmenee, että terapiapotilaiden sosiaalisissa suhteissa on tapahtunut terapian aikana lievää kohentumista kaikissa sosiaalisissa suhteita mittaavissa muuttujissa. Selvin ja myös tilastollisesti merkitsevä ero (riippuvien ryhmien t-testillä) on syntynyt "suhtautumisessa toiseen sukupuoleen" kahden mittauskerran välillä. Melkein merkitsevä ero on suhteissa omiin vanhempiin ja omaa sukupuolta edustaviin henkilöihin.

Vertailuryhmän arviot sosiaalisten suhteiden laadusta (liite 10) ovat kokonaisuutena parempia kuin tutkimusryhmään kuuluvien arviot. Arvioissa sosiaalisten suhteiden laadusta ei tapahtunut muutoksia mittauskerrasta toiseen.

6.2.6. Harrastusaktiiviteetti, koulu-, opiskelu- ja työelämässä menestyminen

Tutkimus- ja vertailuryhmään kuuluvat arvioivat harrastusaktiiviteettiaan (liite 1, s. 128) yhteensä 11 harrastuksia kuvaavalla muuttujalla. Harrastusmuuttujat saavat arvoja 1-6.

- 1 = päivittäin
- 2 = useita kertoja viikossa
- 3 = kerran viikossa
- 4 = 1-3 kertaa kuukaudessa
- 5 = harvemmin kuin 1-3 kertaa kuukaudessa
- 6 = ei koskaan.

Harrastusaktiiviteetin ohella mukana oli kolme koulu-, opiskelu- ja työmenestystä kuvaavaa muuttujaa, joita on arvioitu skaalalla 0-3.

- 0 = huono
- 1 = melko huono
- 2 = melko hyvä
- 3 = hyvä.

Tutkimusryhmässä harrastusaktiiviteetti oli kokonaisuutena hieman vähäisempää kuin vertailuryhmässä (taulukot 4 ja 5). Muutoksia mittauskerrasta toiseen ei harrastusaktiiviteetissa juurikaan tapahtunut. Harrastusten vähäisyys tutkimusryhmässä selittynee sillä, että psyykkiset ongelmat, joiden vuoksi on tultu terapiaan, voivat olla esteenä harrastusten pariin hakeutumisessa, näin varsinkin depression ja sosiaalisten jännitysoireiden ollessa kyseessä. Psykoterapia sitoo lisäksi psyykkistä energiaa siinä määrin, että sen kestäessä energian suuntaaminen muualle harvoin on mahdollista.

Taulukko 4. Terapiapotilaiden harrastusaktiiviteetti sekä opiskelu- ja työmenestys

muuttuja	alkutilanne (n=229)		2 vuoden kuluttua (n=179)	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S
tapaa sukulaisia on puhelinyhteydessä sukulaisiin	4.12	1.07	4.11	1.09
on harrastusten parissa käy vierailulla	3.67	1.21	3.45	1.07
on puhelinyhteydessä ystäviin+tuttaviin luona käy vieraita	2.74	1.42	2.65	1.17
käy uskonnollisissa tilaisuuksissa	3.66	1.11	3.77	1.10
käy yhdistysten tms. kokouksissa	3.08	1.38	3.08	1.38
käy julkisissa näytöksissä	4.01	1.11	3.94	1.14
käy julkisissa huvittelupaikoissa	5.53	.86	5.51	.98
käy urheilukilpailuissa käyttää alkoholi juomia	5.19	1.00	5.20	.95
koulumenestys	4.11	.90	4.13	.93
opiskelumenestys	4.07	1.10	4.20	1.08
menestys työelämässä	5.56	.74	5.65	.59
	3.86	1.23	3.88	1.20
	2.45	.72	2.44	.71
	1.76	.85	1.87	.83
	2.07	.81	2.11	.74

Taulukko 5. Vertailuryhmän harrastusaktiiviteetti sekä opiskelu- ja työmenestys

muuttuja	alkutilanne (n=201)		2 vuoden kuluttua (n=158)	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S
tapaa sukulaisia on puhelinyhteydessä sukulaisiin	3.77	1.10	3.75	1.15
on harrastusten parissa käy vierailulla	3.53	1.10	3.31	1.15
on puhelinyhteydessä ystäviin+tuttaviin luona käy vieraita	2.40	1.08	2.45	1.05
käy uskonnollisissa tilaisuuksissa	3.10	1.02	3.15	.99
käy yhdistysten tms kokouksissa	2.59	1.17	2.54	1.04
käy julkisissa näytöksissä	3.25	1.09	3.36	1.07
käy julkisissa huvittelupaikoissa	5.33	.99	5.49	.72
käy urheilukilpailuissa käyttää alkoholi juomia	4.99	.96	5.02	.89
koulumenestys	4.12	.70	4.15	.71
opiskelumenestys	4.09	1.03	4.19	1.04
menestys työelämässä	5.13	.79	5.27	.82
	4.09	1.07	4.08	.44
	2.29	.76	2.37x)	.70
	2.04	.66	2.12	.62
	2.31	.75	2.39	.54

x) Keskiarvon muutos johtunee kadosta tai muistamattomuudesta.

Tilastollisesti merkitseviä eroja harrastusaktiiviteettia tai opiskelu- ja työelämää mittaavissa muuttujissa kahden eri mitauskerran välillä ei tullut esille kummassakaan ryhmässä. Yleispiirteenä voidaan todeta, että terapiapotilaiden ryhmässä kokonaisuutena harrastusaktiiviteetti on vähäisempää kuin vertailuryhmällä. Mielenkiintoista on todeta, että terapiapotilaiden koulumenestys kokonaisuutena on vertailuaineistoa parempi, mutta opiskelumenestys on terapiapotilailla huonompi kuin vertailuryhmällä.

6.3. Selitettävien ja selittävien muuttujien väliset yhteydet

6.3.1. Kahden muuttujan väliset yhteydet

Edellä on kuvattu kolmessa selitettävässä muuttujassa, Oireissa, Beckissä ja Minäkuvassa tapahtuneita muutoksia eri mittauskerroilla käyttäen tutkimus- ja vertailuryhmiä yhtenäisinä havaintojoukkoina. Seuraavassa tarkastellaan vain tutkimusryhmää terapian kuluessa ja tässä ryhmässä selitettävissä muuttujissa tapahtuneita muutoksia. Neljässä selitettävässä muuttujassa tapahtuneiden muutosten yhteyttä tarkastellaan erikseen kuhunkin kolmeen selittävään muuttujaan: Terapian luonteeseen, Häiriön luonteeseen ja Terapiasuhteeseen. Yhteyksiä testataan log-lineaarisilla malleilla.

6.3.1.1. Selittävänä muuttujana Terapian luonne

Ensimmäisenä selittävänä muuttujana käytetään Terapian luonnetta ja tarkastellaan sen yhteyksiä selitettäviin muuttujiin. Terapian luonne -muuttuja on luokiteltu neljään luokkaan, jotka ovat kriisiterapia, kontaktiterapia, keskipitkä terapia ja pitkä terapia.

Ensimmäisenä selitettävänä muuttujana on oireet ja oireissa tapahtuneet muutokset. Oireista on tehty yhdistelmämuuttujia ja ne on jaettu kolmeen luokkaan (s. 51), jotka ovat sosiaaliset oireet, jotka sisältävät sosiaalista sensitiivisyyttä ja kon-

taktivalkeuksia kartoitettavia oireita, ahdistus- ja masennusoireet sekä kipuoireet.

Oireissa tapahtuneita muutoksia kuvataan 3-luokkaisella asteikolla. Tämä on saatu vähentämällä 2 vuoden mittauksen arvot alkumittauksen arvoista. Jos oireryhmän alku- ja loppumittauksen summamuuttujat ovat yhtä suuret, eikä eroja niissä ole syntynyt, saa muuttuja arvon 0. Jos summamuuttujan arvo loppumittauksessa on suurempi kuin alkumittauksessa, eli oireet ovat keskimäärin lisääntyneet, saa muuttuja arvon -1. Vastaavasti, jos oireryhmän summamuuttujan arvo 2 vuoden mittauksessa on pienempi kuin alkumittauksessa, saa muuttuja arvon +1, eli oireet ovat vähentyneet.

Ensimmäisenä oiremuuttujista tarkastellaan taulukossa 6 sosiaalisten oireiden muutosten yhteyttä Terapian luonteeseen.

Taulukko 6. Sosiaalisten oireiden muutos x Terapian luonne (T1)

muutos sos.oireissa	kriisi- terapia	kontakti- terapia	keskipit. terapia	pitkä terapia	yht.
lisääntyneet					
-1	13	7	17	10	47
ei muutosta					
0	5	5	15	11	36
vähentyneet					
+1	21	12	31	23	87
yht.	39	24	63	44	170

Riippuvuutta testataan seuraavalla mallilla:

1. Malli	(skaalattu devianssi)	(vapaus- aste)	(taulukko- arvo)
	SD	df	
Sos.oir.+T1	2.972	$6 < \chi^2(6) = 10.645$	
		0.10	

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Sosiaalisten oireiden muutosten ja terapialuokan välillä ei ole riippuvuutta, vaan terapiatapaukset ovat jakautuneet melko tasaisesti eri luokkiin. Näin ei saada esille tilastollisesti merkitseviä eroja jonkin "terapialuokan" paremmuudesta suhteessa sosiaalisten oireiden vähenemiseen, vaan sosiaalisten oireet ovat vähentyneet suhteellisesti yhtä paljon kaikissa luokissa.

Taulukossa 7 on ristiintaulukoitu terapian luonnemuuttujan kanssa oiremuuttujista "ahdistus- ja masennusoireet", joka on saatu yhdistämällä oireluettelosta kaikki ahdistusta ja masennusta kartoittavat oireet.

Taulukko 7. Muutos ahdistus- ja masennusoireissa (ahd.oir.)
x Terapian luonne (T1)

muutos ahd.oireissa	kriisi- terapia	kontakti- terapia	keskip. terapia	pitkä terapia	yht.
lisääntyneet -1	6	2	4	2	14
ei muutosta 0	15	9	25	22	71
vähentyneet +1	16	13	33	22	84
yht.	37	24	62	46	169

1. Malli
Ahd.oir.+T1

SD
4.645

df
 $6 < \chi^2(6) = 10.645$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Riippuvuutta ei ole ahdistus- ja masennusoireiden muutosten ja Terapian luonne -luokituksen välillä, vaan tässäkin oireryhmässä tapahtuu muutoksia tasaisesti yli terapialuokkien.

Oireista viimeisenä taulukossa 8 tarkastellaan kipuoireiden muuttumista ja muutosten riippuvuutta terapian luonneluokitukselta. Kipuoireet on saatu yhdistämällä oireluettelosta kaikki kipuja kartottavat oireet. Myös tässä "terapian alussa"-tilannetta verrataan "2 vuoden"-tilanteeseen.

Taulukko 8. Muutos kipuoireissa (kipuoir.) x
Terapian luonne (T1)

muutos kipuoireissa	kriisi- terapia	kontakti- terapia	keskip. terapia	pitkä terapia	yht.
lisääntyneet					
-1	11	7	18	12	48
ei muutosta					
0	16	4	11	11	42
vähentyneet					
+1	8	14	32	21	75
yht.	35	25	61	44	165

1. Malli
Kipuoir.+T1

SD df
13.24 6 > $\chi^2(6) = 10.164$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Terapialuokituksella ja kipuoireiden muutoksilla on riippuvuutta keskenään.

Koska riippuvuuden laatua testattaessa yhdysvaikutusvektoreiden avulla ei ole löydetty tilastollisesti tyydyttävää ratkaisua, on jäännösten tarkastelun pohjalta päädytty malliin, jossa yhdysvaikutusvektorin sijasta on käytetty vektoria Z, jonka lisääminen riippumattomuusmalliin aiheuttaa sen, että tapauksia, jotka ovat pysyneet kipuoireiltaan muuttumattomina kriisiterapiassa, ei ole otettu mukaan mallia sovitettaessa.

2. Malli
Kipuoir.+T1+Z

SD df
4.403 5 < $\chi^2(5) = 9.236$
0.10

Malli hyväksytään. Tulkinta: Muutos kipuoireissa on muilta osin riippumaton terapian luonteesta paitsi kriisiterapialuokassa. Jos kipuoireiden muutos olisi riippumaton myös kriisiterapiasta, pitäisi tässä ryhmässä esiintyä vähemmän tapauksia, joilla kipuoireet ovat pysyneet samana ja enemmän tapauksia, joilla kipuoireet ovat vähentyneet.

Kipuoireet ovat tunnetusti "hankalia" terapiaprosessin kannalta, koska ne voivat olla yhtä hyvin esimerkiksi depression ilmentäjiä kuin peittää alleen muita psyykkisiä ongelmia.

Taulukossa 9 selitettävänä muuttujana on Beckin depressioasteikko (B) ja siinä tapahtuneet muutokset (terapian alku - 2 vuoden tilanne) ja selittävänä muuttujana on edelleen Terapian luonne (T1). Muutoksia Beckissä kuvataan 3-luokkaisella muuttujalla, jossa:

- 1=oireet lisääntyneet (negatiivinen muutos)
- 0=ei muutosta (pysyneet samoina)
- +1=oireet vähentyneet (positiivinen muutos)

Taulukko 9. Muutos Beckissä (B) x Terapian luonne (T1)

muutos Beckissä	kriisi-terapia	kontakti-terapia	keskipitkä terapia	pitkä terapia	yht.
-1	3	3	4	3	13
0	11	10	21	17	59
+1	24	12	35	26	97
yht.	38	25	60	46	169

1. Malli
Beck+T1

SD
1.967

df
 $6 < \chi^2(6) = 10.645$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Yhdysvaikutusta ei ole, vaan jokaisessa terapialuokassa tapahtuu muutosta Beckissä prosentuaalisesti yhtä paljon. Masennusoireisto kokonaisuutena osoittaa vähenemistä terapian kuluessa yli terapialuokkien.

Minäkuvassa tapahtuneita muutoksia tarkasteltaessa (taulukko 10) käytetään esimerkkinä Minäkuva-testin dimensiota "stabiilius - labiilius". Minäkuvatestistä ei voida laatia yhdistelmämuuttujaa, koska muuttuja on nominaaliasteikko-tasoinen. Selettävänä muuttujana on edelleen Terapian luonne. Muutokset on mitattu "terapian alussa" - "2 vuoden kuluttua"-tilanteista.

Taulukko 10. Muutos Minäkuvassa (Minäk.) x Terapian luonne (T1)

muutos Minäkuvassa stabiil.-labiil.	kriisi-terapia	kontakti-terapia	keskipitkä terapia	pitkä terapia	yht.
0 ei muutosta	21	18	28	23	90
1 muutos	18	7	36	25	86
yht.	36	25	64	48	176

1. Malli
Minäk.+T1

SD
6.236

df
 $3 < \chi^2 = 6.251$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. 1. malli on hyväksymisen rajoilla 10% riskitasolla. Minäkuvan labiilisuus-stabiilisuus-dimension muutokset ja terapialuokitus ovat toisistaan riippumattomia. Samalla tavalla "käyttäytyvät" myös muut Minäkuvates-tin dimensiot, paitsi dimensio "teoreettisuus-käytännöllisyys". Tällä dimensiolla on yhdysvaikutusta terapialuokituksen kanssa siten, että "teoreettisuudessa" tapahtunut muutos on todennäköisempää keskipitkässä terapiassa.

Taulukossa 11 on ristiintaulukoitu Terapian luonteen kanssa terapeuttien arvioima Yleinen edistyminen terapiassa.

Terapeutin näkemyksellä potilaidensa edistymisestä terapiassa on varsin keskeinen merkitys arvioitaessa koko terapiaprosessia ja siinä saavutettuja tuloksia. Siihen sisältyvät terapeutin intuitiivinen näkemys kustakin terapiapotilaastaan erikseen, terapeutin kokonaisarvio terapialle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta sekä arvio potilaiden motivaatiosta ja kyvystä yhteistyöhön, samoin kuin muut vaikeasti formuloitavissa olevat seikat.

Tilastokäsittelyä varten alkuperäinen asteikko (liite 2, s. 145) on supistettu 3-luokkaiseksi jossa:

- 3 = edistymistä huomattavasti (luokat 5+4)
- 2 = edistymistä jonkin verran (luokka 3)
- 1 = taantunut, pysynyt ennallaan (luokat 2+1)

Muutosta arvioitaessa on käytetty terapeuttien arvioimana tilannetta "terapian lopussa".

Taulukko 11. Terapeuttien arvio yleisestä edistymisestä (Yl. edist.) terapian lopussa x Terapian luonne (Tl)

Terapeutin arvio edistymisestä	kriisi-terapia	kontakti-terapia	keskipitkä terapia	pitkä terapia	yht.
1 taantunut, ennallaan	28	24	10	1	63
2 edistymistä jonkinverran	31	16	48	10	105
3 edistymistä huomattavasti	13	10	36	26	75
yht.	72	50	94	27	243

1. Malli	SD	df
Yl.edist.+T1	47.48	$6 > \chi^2(6) = 10.645$
		0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Yhdysvaikutusta siis on. Koska yhdysvaikutusta on, katsotaan minkäläistä se on käyttäen eri malleja. Seuraavaan malliin lisätään yhdysvaikutusvektorit LL (=Lin x Lin) + LQ (=Lin x Quadr) + LC (=Lin x Cub). Tämä 2. malli osoittautui tilastollisesti merkitseväksi.

2. Malli	SD	df
Yl.edist.+T1+LL+LQ+LC	6.01	$3 < \chi^2(3) = 6.251$
		0.10

Malli hyväksytään. Tulkinta: "Kriisi- ja kontaktiterapioissa" on yleinen edistyminen ollut selvästi vähäisempää kuin muissa terapialuokissa. "Keskipitkä terapia" ja "pitkä terapia" vaikuttavat edistymiseen selvästi enemmän ja "keskipitkä terapia" näyttäisi tämän mallin mukaan olevan vielä hieman tehokkaampi kuin "pitkä terapia".

Terapian pituus ei määräydy sattumanvaraisesti, kuten kriiteerimuuttujien kuvauksen yhteydessä todettiin, vaan on sidoksissa yksityisen potilaan hoidon tarpeeseen.

Edellä on muutosmuuttujana käytetty terapeutin arviota "yleisestä edistymisestä terapiassa". Myös terapiapotilaat ovat arvioineet omalta osaltaan "terapiassa saavuttamaansa hyötyä" (liite 1, s. 129). Tätä on käytetty vertailun vuoksi taulukossa 12 selitettävänä muuttujana. Muuttuja on alunperin 5-luokkainen, kuten terapeuttienkin arvio edistymisestä, mutta muuttujat on supistettu 3-luokkaisiksi.

Taulukko 12. Potilaiden arvio terapian hyödystä (terapian lopussa) x Terapian luonne (T1)

Potilaan arvio hyödystä	kriisi- terapia	kontakti- terapia	keskipitkä terapia	pitkä terapia	yht.
1 taantunut, ennallaan	6	5	4	4	19
2 edistynyt jonkinverran	18	11	31	16	76
3 edistynyt huomattavasti	14	9	28	28	79
yhteensä	38	25	63	48	174

1. Malli SD df
 Pot.arvio hyödystä + T1 8.612 $6 < \chi^2(6) = 10.645$
 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Potilaiden arviot terapian hyödystä eivät ole riippuvaisia terapialuokituksesta, vaan hyöty on nähty samansuuruisena eri terapialuokissa. Potilaat ovat siis kokeneet tulleen autetuiksi riippumatta siitä, minkälaisessa terapialuokassa ovat olleet. Tämä poikkeaa terapeuttien näkemyksestä.

6.3.1.2. Selittävänä muuttujana Häiriön luonne

Seuraavaksi käytetään selitettävien ja selittävien muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittaessa selittävänä muuttujana Häiriön luonnetta. Muutos- eli selitettävänä muuttujina ovat erikseen kaikki neljä eri muuttujaa, kuten edellä (oiremuuttujia on yhteensä kolme).

Häiriön luonnetta arvioidaan diagnoosiluokalla. Diagnoosiluokitus on saatu supistamalla YTHS:llä käytössä oleva 6-luokkainen diagnoosiluokitus 3-luokkaiseksi.

Taulukossa 13 selitettävänä muuttujana esitetään oireista sosiaaliset oireet ja niissä terapian aikana tapahtuneet muutokset, ja näiden muutoksien mahdolliset yhteydet Häiriön luonteeseen. Oireet on luokiteltu kolmeen ryhmään:

- 1 = oireet lisääntyneet
- 0 = ei muutosta
- +1 = oireet vähentyneet.

Taulukko 13. Muutos sosiaalisissa oireissa x Häiriön luonne (Dg.)

muutos sosiaalisissa oireissa	neuroosi ja lievempi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
lisääntyneet				
-1	27	14	6	47
ei muutosta				
0	17	13	6	36
vähentyneet				
+1	42	33	12	87
yhteensä	86	60	24	170

1. Malli SD df
 Sos.oireet+ Dg. 1.421 $4 < \chi^2(4) = 7.779$
 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Muuttujilla ei ole riippuvuutta keskenään ts. sosiaalisissa oireissa tapahtuu muutoksia samantasoisesti diagnoosiluokasta riippumatta.

Taulukko 14. Muutos ahdistus- ja masennusoireissa (Ahd.oir.) x Häiriön luonne (Dg.)

muutos ahdistus- ja masennusoireissa	neuroosi ja lievämpi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
lisääntyneet				
-1	10	3	1	14
ei muutosta				
0	33	29	9	71
vähentyneet				
+1	40	29	14	83
yhteensä	83	61	24	168

1. Malli SD df
 Ahd.oir.+Dg. 3.903 $4 < \chi^2(4) = 7.779$
 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Muutokset ahdistus- ja masennusoireissa ovat riippumattomia diagnoosiluokasta.

Taulukko 15. Muutos kipuoireissa (kipuoir.) x Häiriön luonne (Dg.)

muutos kipuoireissa	neuroosi ja lievämpi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
lisääntyneet				
-1	26	20	2	48
ei muutosta				
0	21	15	5	41
vähentyneet				
+1	36	23	16	75
yhteensä	83	58	23	164

1. Malli
Kipuoir.+Dg. SD 8.411 df $4 > \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Kipuoireiden muutosten ja Dg.-luokkien välillä on riippuvuutta. Riippuvuuden laatua tutkitaan lisäämällä malliin yhdysvaikutusvektori LL (Lin x Lin).

2. Malli
Kipuoir.+Dg.+LL SD 5.183 df $3 < \chi^2(3) = 6.251$
0.10

Tämä malli hyväksytään. Mallin perusteella on todennäköisempää, että kipuoireet lisääntyisivät neuroosiluokissa (luokat 1 ja 2) enemmän kuin vähentyisivät. Rajatila ja psykoosiluokassa (3) kipuoireet todennäköisemmin vähenisivät kuin lisääntyisivät.

Taulukko 16. Muutos Beckissä (B) x Häiriön luonne (Dg.)

muutos Beckissä	neuroosi ja lievempi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
lisääntyneet				
-1	1	5	5	11
ei muutosta				
0	12	22	24	58
vähentyneet				
+1	21	33	51	95
yhteensä	34	60	80	174

1. Malli
(B) + Dg. SD 2.08 df $4 < \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Muutokset Beckissä eivät ole riippuvaisia Dg.-luokista, vaan muutoksia tapahtuu suhteellisesti yhtä paljon Dg.-luokasta riippumatta.

Selitettävänä muuttujana käytetystä Minäkuvateestistä on taulukossa 17 esimerkkinä dimensio "ektroversio - introversio". Selittävänä muuttujana on edelleen diagnoosiluokitus. (Liitteessä 11 on esitetty muita Minäkuva-dimensioita ristiintaulukoituna Häiriön luonteen kanssa.)

Taulukko 17. Muutos Minäkuvan dimensiossa ekstroversio-intro-versio (Minäk.) x Häiriön luonne (Dg.)

muutos Minäkuvassa ektrov.-introv.	neuroosi ja lievempi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
0 ei muutosta	45	37	13	95
1 muutosta	42	26	12	80
yhteensä	87	63	25	175

1. Malli
Minäk.+ Dg. SD df
 .7867 $2 < \chi^2(2) = 4.605$
 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Minäkuvan ekstroversio-intro-versio -dimension muutokset eivät ole riippuvaisia Dg.-luokista. Yleistäen voidaan todeta, että kaikissa Minäkuvatestin dimensioissa mahdollisesti tapahtuneet muutokset ovat riippumattomia Dg.-luokista.

Taulukko 18. Yleinen edistyminen (Yl.edist.) terapeuttien arvioimana terapian lopussa x Häiriön luonne (Dg.)

Yleinen edistyminen	neuroosi ja lievempi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
1 taantunut, ennallaan	21	11	9	41
2 edistynyt jonkinverran	37	33	18	88
3 edistynyt huomattavasti	32	31	5	68
yhteensä	90	75	32	197

1. Malli
Yl.edist.+ Dg. SD df
 8.822 $4 > \chi^2(4) = 7.779$
 0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Riippuvuutta on terapiassa edistymisen ja Dg.-luokkien välillä. Riippuvuuden laatua testataan lisäämällä LQ-vektori (Lin x Quadr)

2. Malli
Yl.edist.+Dg.+LQ

SD	df
4.4971	$3 < \chi^2(3) = 6.251$
	0.10

Tämä malli hyväksytään. Tulkinta: Keskimmaisessä Dg.-luokassa (neuroosia vaikeampi häiriö) tapahtuu mallin mukaan eniten edistymistä ja 1:ssä (neuroosi) ja 3:ssa (rajatila ja psykoosi) dg.-luokissa on edistymistä tapahtunut suunnilleen yhtä paljon.

Edellä on selitettävänä muuttujana käytetty terapeuttien arvioimaa edistymistä terapiassa. Vertailun vuoksi on käytetty selitettävänä muuttujana myös terapiapotilaiden kokemaa "hyötyä terapiasta" ja tutkittu sen riippuvuutta Häiriön luonteesta (diagnoosista) (taulukko 19).

Taulukko 19. Potilaiden arvio terapiassa saavutetusta hyödystä (Pot.arv.hyöd.)(terapian lopussa) x Häiriön luonne (Dg.)

Potilaan arvio hyödystä	neuroosi ja lievempi Dg.1.	neuroosia vaikeampi Dg.2.	rajatila ja psykoosi Dg.3.	yht.
1 taantunut, ennallaan	9	3	7	19
2 edistynyt jonkin verran	32	34	10	76
3 edistynyt huomattavasti	45	25	8	78
yhteensä	86	62	25	173

1. Malli
Potilaan arvio + Dg.

SD	df
12.23	$4 > \chi^2(4) = 7.779$
	0.10

Malli hylätään. Riippuvuutta siis on. Riippuvuutta testataan lisäämällä LL-vektorit (Lin x Lin).

2. Malli SD df $\chi^2(3) = 7.815$
 Potilaan arvio + Dg. + LL. 7.184 $3 < 0.05$

Malli hyväksytään 5% riskitasolla. Potilaiden arvioimana hyöty terapiasta on ollut suurinta Dg.-luokassa 1 ja toiseksi suurinta Dg.luokassa 2. Vähiten hyötyä potilaiden arvioimana on koettu Dg.-luokassa 3, joka sisältää rajatilat ja psykoosit ja on myös terapiaprosessia ajatellen vaativa Dg.-luokka.

Samoin kuin terapeuttien, myös potilaiden arvioimana edistyminen/hyöty terapiassa on jossain määrin riippuvainen Häiriön luonteesta, mikä on myös olettamuksen mukaista. Potilaiden arvioiden perusteella eniten terapiasta hyötäneet sijoittuvat diagnoosiluokkaan 1, joka sisältää neuroosit ja neurooseja lievemmat häiriöt.

6.3.1.3. Selittävänä muuttujana Terapiasuhde

Tarkasteltaessa kahden muuttujan, selitettävän muuttujan ja selittävän muuttujan välisiä yhteyksiä, esitetään viimeisenä selittävänä muuttujana Terapiasuhde. Terapiasuhdetta kuvaavat muuttujat ovat summamuuttujia (s. 38). Terapeutin suhdetta potilaaseensa kuvataan summamuuttujalla, johon on yhdistetty terapeutin lomakkeesta (liite 2, s. 147) terapiasuhdetta kartoittavat osiot.

Taulukossa 20 on selittävänä muuttujana käytetty Terapiasuhdetta terapeutin arvioimana ja "terapian alussa"-tilanteessa.

Taulukko 20. Muutos sosiaalisissa oireissa (Sos.oir.) x terapeutin arvioima Terapiasuhde (Ter.suhde)

muutos sosiaalisissa oireissa	Ter.suhde välttävä 1	Ter.suhde hyvä 2	Ter.suhde erittäin hyvä 3	yht.
lisääntyneet				
-1	13	24	10	47
ei muutosta				
0	7	25	4	36
vähentyneet				
+1	20	55	11	86
yhteensä	40	104	25	169

1. Malli SD df
 Sos.oir.+Ter.suhde 3.697 $4 < \chi^2(4) = 7.779$
 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Sosiaalisten oireiden muutoksella ja terapiasuhteen laadulla ei ole keskinäistä riippuvuutta. Terapiasuhteen laatu ei siis vaikuta sosiaalisten oireiden muutoksiin.

Taulukko 21. Muutos ahdistus- ja masennusoireissa x terapeutin arvioima Terapiasuhte (Ter.suhde)

muutos ahd. oireissa	Ter.suhde	Ter.suhde	Ter.suhde	yht.
	välttävä 1.	hyvä 2.	erittäin hyvä 3.	
lisääntyneet				
-1	5	7	2	14
ei muutosta				
0	12	49	10	71
vähentyneet				
+1	21	48	14	83
yhteensä	38	104	26	168

1. Malli SD df
 Ahd.oir.+Ter.suhde 3.616 $4 < \chi^2(4) = 7.779$
 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Ahdistus- ja masennusoireiden muutoksilla ja terapiasuhteen laadulla ei ole keskinäistä riippuvuutta.

Taulukko 22. Muutos kipuoireissa x Terapiasuhte (Ter.suhde)

muutos kipu- oireissa	Ter.suhde	Ter.suhde	Ter.suhde	yht.
	välttävä 1.	hyvä 2.	erittäin hyvä 3.	
lisääntyneet				
-1	15	30	3	48
ei muutosta				
0	7	23	12	42
vähentyneet				
+1	16	47	11	74
yhteensä	38	100	26	164

1. Malli
Kipuoir.+Ter.suhde

SD
9.652

df
 $4 > \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään 10% riskitasolla, mutta jos riskitasoa lievennetään 5-2 % tasolle, se on hyväksyttävissä, eli tällä riskitasolla muuttujilla ei olisi riippuvuutta keskenään ($\chi^2(4) = 11.14$).
0.025

Taulukko 23. Muutos Beckissä (B) x Terapiasuhte (Ter.suhde)

muutos Beckissä	Ter.suhde	Ter.suhde	Ter.suhde	yht.
	välttävä 1.	hyvä 2.	erittäin hyvä 3.	
lisääntyneet				
-1	8	21	6	35
ei muutosta				
0	15	27	8	50
vähentyneet				
+1	16	52	13	81
yhteensä	39	100	27	166

1. Malli
Beck + Ter.suhde

SD
1.906

df
 $4 < \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Terapiasuhteen laatu ei vaikuta muutokseen Beckissä.

Taulukon 24 ristiintaulukoinnissa käytetään Minäkuvateestistä dimensiota "ektroversio - introversio".

Taulukko 24. Muutos Minäkuvatestin dimensiossa ekstroversio-introversio x Terapiasuhte

muutos Minäkuva ekstrov.-introv.	Ter.suhde välttävä 1.	Ter.suhde hyvä 2.	Ter.suhde erittäin hyvä 3.	yht.
ei muutosta 0	24	62	9	95
muutosta 1	18	44	18	80
yhteensä	42	106	27	175

1. Malli
Minäkuv.+Ter.suhde

SD 5.702

df $2 < \chi^2(2) = 5.991$
0.05

Riippumattomuusmalli hyväksytään 5% riskitasolla. Yleistäen voidaan todeta, että kaikissa Minäkuvatestin dimensioissa mahdollisesti tapahtuneet muutokset ovat riippumattomia terapiasuhteen laadusta. Muilla Minäkuvatestin dimensioilla tehdyt riippumattomuusmallit hyväksytään jo 10% riskitasolla.

Taulukko 25. Terapeutin arvio Yleisestä edistymisestä (Yl.edist.) terapian lopussa x terapeutin arvioima Terapiasuhte

Terapeutin arvi- oima edistyminen	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde erittäin hyvä	yht.
1 taantunut, ennallaan	21	21	0	42
2 edistynyt jonkin verran	28	51	10	89
3 edistynyt paljon	12	42	14	68
yhteensä	61	114	24	199

1. Malli
Yl.edist.+Ter.suhde

SD 22.95

df $4 > \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Riippuvuutta on terapeutin arvioiman Yleisen edistymisen ja Terapiasuhteen laadun välillä. Riippuvuuden laatua tutkitaan yhdysvaikutusvektorin avulla. Malliin lisätään yhdysvaikutusvektori $LL = (Lin \times Lin)$.

2. Malli
Yl.edist.+Ter.suhde + LL SD df
3.552 $3 < \chi^2(3) = 6.251$
0.10

Malli hyväksytään. Tulkinta: Kuta parempi terapiasuhteen laatu on ollut terapeutin mielestä, sitä enemmän on edistymistä terapiassa tapahtunut.

Edellä on tarkasteltu terapeuttien arviota Yleisestä edistymisestä terapiassa, kun selittävänä muuttujana on käytetty terapeuttien näkemystä terapiasuhteen laadusta. Taulukossa 26 tarkastellaan myös terapiapotilaiden arvioita terapiassa saavutetusta hyödystä ja sen riippuvuutta terapeuttien arvioimasta terapiasuhteen laadusta.

Taulukko 26. Potilaan arvio terapian hyödystä (Pot.arv.hyöd.)
x terapeutin arvio Terapiasuhteesta

Pot.arvio hyödystä	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde erittäin hyvä	yht.
taantunut, ennallaan edistynyt	6	12	1	19
jonkin verran edistynyt	17	50	9	76
huomattavasti	18	43	17	78
yhteensä	41	105	27	173

1. Malli
Pot.arv. + Ter.suhde SD df
5.479 $4 < \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Potilaiden arvio terapiassa saavutetusta hyödystä on riippumaton terapeuttien arvioimasta terapiasuhteen laadusta. Potilaat ovat kokeneet hyötyneensä terapiasta suhteellisesti yhtä paljon riippumatta terapeuttien arvioimasta terapiasuhteen laadusta.

Taulukko 28. Yleinen edistyminen (Yl.edist.) terapeutin arvioimana x potilaan arvio Terapiasuhteen laadusta

yleinen edistyminen	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde erittäin hyvä	yht.
taantunut, ennallaan edistynyt	8	27	5	40
jonkin verran edistynyt	12	60	15	87
paljon	11	46	10	67
yhteensä	31	133	30	194

1. Malli
Yl.edist.+Ter.suhde

SD 1.092

df $4 < \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Tulkinta: Terapeuttien arviot edistymisestä ovat riippumattomia potilaiden arvioiman terapiasuhteen laadusta.

Edellä on tarkasteltu erikseen kutakin neljää selitettävää muuttujaa ja niiden yhteyksiä ja riippuvuuksia kuhunkin kolmeen selittävään muuttujaan. Tarkastelu osoittaa, että vaikka tilastollisestikin merkitseviä muutoksia on tapahtunut jokaisessa selitettävässä muuttujassa eri mittauskertojen välillä, niin näillä muutoksilla ei useimmissa tapauksissa ole osoitettavissa suoraa riippuvuutta käytettyihin selittäviin muuttujiin. Oiremuuttujista ainoastaan "kipuoireet" osoittivat jonkin verran riippuvuutta kriteerimuuttujista.

Ainoa selitettävä muuttuja, jolla selvästi on yhteyttä selittäviin muuttujiin, on terapeuttien arvioimalla yleisellä edistymisellä terapiassa. Tämä selitettävä muuttuja on riippuvainen sekä Terapian luonteesta ja Häiriön vaikeusasteesta että Terapiasuhteesta. Tämä on ymmärrettävää, koska yleinen edistyminen terapiassa on varsin globaali mittari. Siihen sisältyy terapian kannalta monia keskeisiä tekijöitä, joista kuitenkin olisi ollut vaikea muodostaa omia erillisiä muuttujia. Terapiassa tapahtuneet muutokset näkyvät selvemmin "yleisen edistymisen" indikaattorissa kuin muissa yksityisissä muuttujissa ja niiden yhteyksissä selittäviin muuttujiin.

Terapiasuhte-muuttujana on ensisijaisesti käytetty terapeuttien näkemystä terapiasuhteen laadusta, mutta vertailun vuoksi on rinnalla käytetty myös terapiapotilaiden omaa näkemystä Terapiasuhteesta ja sen yhteyksistä selittäviin muuttujiin. Taulukossa 27 ilmenee, että kuta parempana terapiapotilaat ovat kokeneet terapiasuhteen, sitä enemmän on heidän mielestään myös ollut hyötyä terapiasta. Liitteessä 12 esitetään ristiintaulukot muiden selitettävien muuttujien osalta, kun selitettävänä muuttujana on terapiapotilaiden näkemys Terapiasuhteesta. Näistä vain Beckin depressio-oireiden muutoksilla on riippuvuutta potilaiden arvioiman Terapiasuhteen kanssa. Beckin oireet ovat vähentyneet eniten, kun potilaiden arvioima Terapiasuhteen laatu on ollut hyvä. Vähiten muutoksia Beckissä on tapahtunut, jos suhde on ollut vain "välttävä".

6.3.2. Kolmen muuttujan väliset yhteydet

6.3.2.1. Selitettävien muuttujien keskinäiset yhteydet

Edellä on kahden muuttujan välisessä tarkasteluissa saatu selville selitettävien muuttujien riippuvuus selitettävistä muuttujista. Koska muuttujien välillä ei pääsääntöisesti todettu keskinäistä riippuvuutta, on selittävät muuttujat jätetty pois tarkasteltaessa kolmen muuttujan keskinäisiä yhteyksiä. Selitettävien muuttujien välisiä korrelaatioita on tutkittu Pearsonin korrelaatiokertoimella. Terapian luonne ei korreloi Häiriöiden vaikeusasteen (diagnoosin) eikä Terapiasuhteen kanssa. Häiriön vaikeusaste ja Terapiasuhte korreloivat negatiivisesti ($r=-.36$; $p=0.000$).

Selitettävistä muuttujista on tässä yhteydessä jätetty pois Minäkuvatesti, koska siitä ei voida laatia yhtä yhdistelmämuuttujaa.

Selitettävien muuttujien keskinäisistä yhteyksistä tarkastellaan ensimmäisenä terapeuttien arvioimaa Yleistä edistymistä terapiassa ja muutoksia Beckin depressioasteikossa sekä oiremuuttujia, ja näiden kolmen muuttujan keskinäisiä yhteyksiä ja riippuvuuksia (taulukot 29-31).

Taulukko 29. Yleinen edistyminen (Yl.edist.) x muutos kipuoireissa x muutos Beckissä (B)

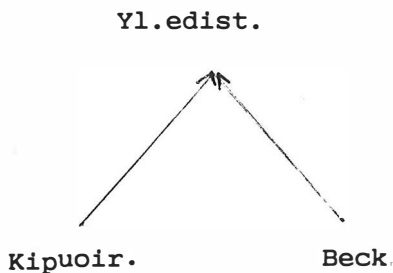
yleinen edistyminen	muutos kipuoireissa	muutos Beckissä			
		-1	0	+1	yht.
taantunut ennallaan 1	-1 lisääntynyt	3	7	3	13
	0 ei muutosta	0	6	1	7
	+1 vähentynyt	0	3	1	4
edistynyt jonkin verran 2	-1	1	8	10	19
	0	0	3	11	14
	+1	1	7	20	28
edistynyt paljon 3	-1	1	2	5	8
	0	1	3	6	10
	+1	1	7	16	24
	yhteensä	8	46	73	127

1. Malli
Yl.edist.+Kipuoir.+Beck SD df
39.22 $20 > \chi^2(20) = 28.412$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Muuttujien välillä on keskinäistä riippuvuutta. Riippuvuutta tutkitaan hierarkisin mallein (ks. liite 4). Seuraava malli hierarkisista malleista tuli hyväksytyksi.

2. Malli
Yl.edist.xKipuoir.+Yl.edist.x(B) SD df
8.993 $12 < \chi^2(12) = 18.549$
0.10

Tämä malli siis hyväksytään 10% riskitasolla.



sa että Beckissä tapahtuneet muutokset näkyvät "yleisessä edistymisessä". Kipuoireiden muutos ei näyttäisi vaikuttavan suoranaisesti Beckin muutoksiin, eivätkä myöskään muutokset Beckissä kipuoireisiin.

Taulukko 30. Yleinen edistyminen (Yl.edist.) x muutos
ahdistus- ja masennusoireissa x muutos
Beckissä (B)

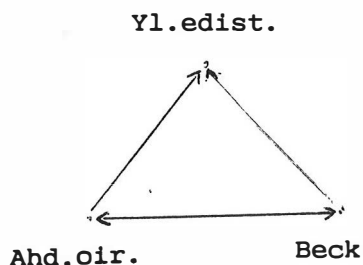
Yleinen edistyminen	muutos ahdistus- ja masennusoireissa	Beck			yht.
		-1	0	+1	
taantunut ennallaan 1	-1 lisääntynyt	2	3	1	6
	0 ei muutosta	1	7	3	11
	+1 vähentynyt	0	6	1	7
edistynyt jonkin verran 2	-1	0	3	2	5
	0	0	13	13	26
	+1	2	2	26	30
edistynyt paljon 3	-1	0	1	1	2
	0	3	8	8	19
	+1	0	3	18	21
	yhteensä	8	46	73	127

1. Malli
Yl.edist.+Ahd.oir.+B SD df
74.04 $20 > \chi^2(20) = 28.412$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Muuttujilla on keski-
näistä riippuvuutta. Testataan riippuvuutta hierarkisilla mal-
leilla, joista seuraava hyväksytään.

2. Malli
Yl.e.xAhd.+Yl.e.xB+Ahd.xB SD df
18.17 $8 < \chi^2(8) = 20.090$
0.01

Tämä malli siis hyväksytään 1% riskitasolla.



Tulkinta: Mallin mukaan ahdistus- ja masennusoireissa ja Beckissä tapahtuneet muutokset näkyvät "yleisessä edistymisessä", mutta myös ahdistus- ja masennusoireissa tapahtuneet muutokset vaikuttavat muutoksiin Beckissä ja päinvastoin. (Tutkittaessa muita hierarkisia malleja, voitiin todeta, että ahdistus- ja masennusoireissa tapahtuneet muutokset vaikuttivat enemmän "yleiseen edistymiseen" kuin Beck.)

Taulukko 31. Yleinen edistyminen (Yl.edist.) x muutos sosiaalisissa jännitysoireissa (Sos.oir.) x muutos Beckissä (B)

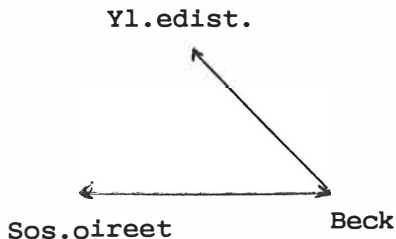
Yleinen edistyminen	muutos sos. oireissa	Beck			yht.
		-1	0	+1	
taantunut, ennallaan 1	-1 lisääntynyt	2	5	2	9
	0 ei muutosta	0	5	1	6
	+1 vähentynyt	1	6	2	9
edistynyt jonkin verran 2	-1	1	12	6	19
	0	0	4	9	13
	+1	1	2	26	29
edistynyt paljon 3	-1	1	3	3	7
	0	0	5	4	9
	+1	2	4	20	26
	yhteensä	8	46	73	127

1. Malli
Yl.edist.+Sos.oir.+Beck SD df
53.12 $20 > \chi^2(20) = 28.412$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Tulkinta: Muutosmuuttujien välillä on keskinäistä riippuvuutta. Riippuvuutta tutkitaan hierarkisilla malleilla, joista seuraava malli hyväksytään.

2. Malli
Yl.edist.xSos.oir.+Yl.edist.xB SD df
11.18 $12 < \chi^2(12) = 18.549$
0.10

Tämä malli siis hyväksytään. Tulkinta: Sosiaalisissa oireissa tapahtuneet muutokset eivät näy suoraan Yleisessä edistymisessä, mutta sosiaalisten oireiden ja Beckin muutoksilla on yhdysvaikutusta keskenään, ja näin siis sosiaalisten oireiden muutokset näkyvät Yleisessä edistymisessä Beckissä tapahtuneiden muutosten kautta.



Selitettävien muuttujien keskinäisistä yhteyksistä tarkastellaan viimeisenä kolmen oiremuuttujan välisiä yhteyksiä (taulukko 32).

Taulukko 32. Muutos sosiaalisissa oireissa (Sos.oir.) x muutos kipuoireissa x muutos ahdistus- ja masennus oireissa (Ahd.oir.)

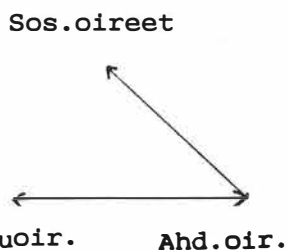
Muutos sos. oireissa	Muutos kipu oireissa	Muutos ahdistus- ja masennus oireissa			
		-1	0	+1	yht.
lisääntyneet -1	-1	6	8	4	18
	0	2	5	1	8
	+1	2	6	7	15
ei muutosta 0	-1	3	5	2	10
	0	0	5	4	9
	+1	0	12	3	15
vähentyneet +1	-1	2	7	8	17
	0	1	4	16	21
	+1	0	15	23	38
	yhteensä	16	67	68	151

1. Malli $SD = 52.64$ $df = 20$ $F(2, 20) = 28.412$
 Sos.oir.+Kipuoir.+Ahd.oir. 0.10

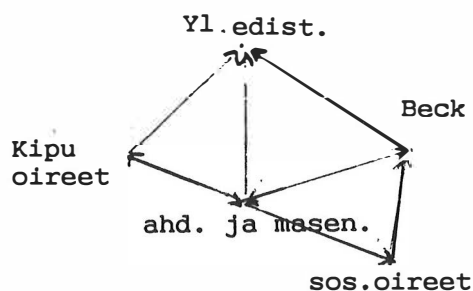
Riippumattomuusmalli hylätään. Riippuvuutta tutkitaan hierarkisilla malleilla, joista seuraava hyväksytään.

2. Malli $SD = 12.90$ $df = 12$ $F(2, 12) = 18.549$
 Sos.oir.xAhd.+Ahd.xKipuoir. 0.10

Tämä malli hyväksytään. Tulkinta: Ahdistus- ja masennusoireissa tapahtuneet muutokset ovat yhteydessä sekä kipuoireiden että sosiaalisten oireiden muutoksiin. Kipuoireiden ja sosiaalisten oireiden muutosten välillä ei ole suoranaista yhteyttä, mutta ahdistusoireissa tapahtuneiden muutosten kautta niillä on välillisesti vaikutusta toisiinsa.



Yhteenvetona selitettävien muuttujien keskinäisistä yhteyksistä todetaan, että kipuoireiden ja ahdistus- ja masennusoireiden muutokset ja muutokset Beckissä näkyvät Yleisessä edistymisessä.



Ahdistusoireiden muutokset ovat vuorovaikutuksessa Beckin, sosiaalisten oireiden ja kipuoireiden muutosten kanssa. Tätä kuvaa viereinen piirros.

6.4. Tavoitellun muutoksen toteutuminen

6.4.1. Yksilöllisen hoitotavoitteen saavuttaminen

Yksilölliset hoitotavoitteet terapiassa (liite 7) on luokiteltu neljäksi kokonaisuudeksi. Tämä jako on jossain määrin keinotekoinen, sillä tavoitteet terapiassa eivät koskaan voi olla kovin tarkkarajaisia, yksipuolisia ja ehdottomia. Lisäksi niitä voidaan joutua tarkistamaan ja muuttamaan terapian kuluessa. Esimerkiksi "supportio" on lähes aina mukana terapiaprosessissa, ja sen osuus voi vaihdella terapian kuluessa, vaikkei sitä sinällään olisikaan nimetty hoitotavoitteeksi. Hoitotavoitteiden ryhmittelyssä on "supportioon" sisällytetty terapiaprosessin- ja terapiatavoitteiden kannalta keskeisiä alueita.

Taulukko 33. Terapeuttien arvioima yksilöllinen hoitotavoite x hoitotavoitteen saavuttaminen (terapeuttien arvio "terapian lopussa")

Yksilöllinen hoitotavoite	Hoitotavoitteen saavuttaminen				yht.
	huonontunut ennallaan	jossain määrin	melkoisesti	hyvin	
1 selvittely	6	30	14	3	53
2 supportio	37	51	52	16	156
3 motivaation herättäminen	7	8	4	16	35
4 ulk.seikk. vaikutt.	0	1	1	0	2
yhteensä	50	90	71	35	24

Supportio ensisijaisena hoidon tavoitteena on 156 (63%) terapiapotilaan kohdalla (taulukko 33). Terapeuttien arvioimana on tässä ryhmässä hoitotavoite saavutettu vähintään "jossain määrin" yhteensä 119:ssä tapauksessa. Kun hoitotavoitteena on ollut selvittely, on tavoite saavutettu vähintään "jossain määrin" 47:ssä tapauksessa.

"Motivaation herättäminen" on ollut hoidon tavoitteena yhteensä 35 (14.2%) terapiapotilaan kohdalla. Hoitomotivaation olemassaolo on kuitenkin perusedellytys varsinaiselle terapeutiselle työskentelylle, joten motivaation ja sen ylläpitämisen voidaan katsoa kuuluvan myös yhtenä osatekijänä kaikkiin terapioihin. Motivaation herättäminen onkin tässä yhdistetty samaan ryhmään hoitoonohjauksen, terapiatarpeen arvioinnin ja terapiasuhteen luomisen kanssa (ks. liite 7), ja nämä tavoitteet voivat olla myös terapian lähi- ja/tai välitavoitteita.

Hoitotavoitteen ja sen saavuttamisen välistä riippuvuutta testataan käyttäen edelleen log-lineaarisia malleja. Luokka 4, joka on "ulkoisiin seikkoihin vaikuttaminen" on tässä jätetty pois, koska siinä on vain 2 havaintoa.

1. Malli	SD	df
Hoit.tav. + Saavutt.	37.79	$6 < \chi^2(6) = 10.645$
		0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Muuttujat ovat siis toisistaan riippuvaisia. Riippuvuuden laatua kuvaavaa mallia etsittäessä päädyttiin malliin, jossa on mukana kaksi yhdysvaikutusta kuvaavaa vektoria, Lin x Lin ja Lin x Quadr.

2. Malli	SD	df
Hoit.tav.+Saavutt.+LL+LQ	6.69	$4 < \chi^2(4) = 7.779$
		0.10

Malli hyväksytään. Tulkinta: Mallin mukaan voidaan päätellä, että hoitotavoitteen saavuttaminen on kaikkein heikointa silloin, kun yksilöllinen hoitotavoite on "selvittely". Tämä hoitotavoite saavutetaan enimmilläänkin vain "jossain määrin".

Mallin mukaan näyttää, että kun hoitotavoitteena on "motivaation herättäminen" (sisältää myös hoitoonohjauksen), on tämän hoitotavoitteen saavuttaminen "hyvin" kaikkein todennäköi-

sintä. Voidaan siis päätellä, että "selvittely" hoitotavoitteena olisi kaikkein vaikeinta saavuttaa ja seuraavaksi vaikeinta olisi "supportio", ja helpointa olisi saavuttaa "motivaation herättäminen".

6.5. Potilaiden ja terapeuttien arvioiden yhteenkäyvyys

6.5.1. Terapiasuhdetta kuvaavien arvioiden yhteenkäyvyys

Selitettävä muuttuja "terapiasuhde" on summamuuttuja (ks. s. 43). Tässä yhteydessä verrataan terapeuttien ja potilaiden arvioita suhteen laadusta. Muuttujat on pistemäärien perusteella ryhmitelty kolmeksi luokaksi, joissa:

1. luokka = suhde huono, välttävä
2. luokka = suhde hyvä
3. luokka = suhde erittäin hyvä.

Taulukko 34a kuvaa suhteen laatua "terapian alussa"-tilanteessa ja taulukko 34b kuvaa tilannetta "terapian lopussa" (=viimeinen mittauskertta). Luokkaan 2, joka kuvaa terapiasuhdetta "hyväksi", sijoittuu suurin osa sekä potilaiden että terapeuttien arvioista, yhteensä 88 (33.6%). Yhteensä 101 (45.5%) terapeuttia ja potilasta on samaa mieltä terapiasuhteen laadusta.

Taulukko 34a. Potilaiden arvio terapiasuhteen laadusta x terapeuttien arvio terapiasuhteen laadusta terapian alussa

Potilaiden arvio suhteesta	Terapeuttien arvio suhteesta			yht.
	välttävä 1	hyvä 2	erittäin hyvä 3	
välttävä 1	8	24	6	38
hyvä 2	43	88	18	149
erittäin hyvä 3	11	19	5	35
yhteensä	62	131	29	222

1. Malli	SD	df
Pot.arvio+Ter.arvio	1.496	$4 < \chi^2(4) = 7.779$ 0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään eli potilaiden ja terapeuttien arviot "terapiasuhteen laadusta" eivät ole tilastollisesti toisistaan riippuvaisia.

Taulukko 34b. Potilaiden arvio terapiasuhteen laadusta x terapeuttien arvio terapiasuhteen laadusta terapian lopussa

Potilaiden arvio suhteesta	Terapeuttien arvio suhteesta			yht.
	välttävä 1	hyvä 2	erittäin hyvä 3	
välttävä 1	9	23	9	41
hyvä 2	13	57	6	76
erittäin hyvä 3	2	19	7	28
yhteensä	24	99	22	145

"Terapian lopussa" (viimeinen mittauskerta) -tilanteessa sijoittuu edelleen suurin osa arvioista luokkaan 2, "hyvä", mutta yleisesti katsoen potilaiden arviot terapiasuhteen laadusta ovat lähestyneet terapeuttien arvioita. Arvioiden yhteenkävyyttä "terapian lopussa"-tilanteessa on testattu seuraavalla mallilla.

1. Malli	SD	df
Ter.arvio+Pot.arv.	9.813	$4 < \chi^2(4) = 11.143$ 0.025

Riippumattomuusmalli hyväksytään 2.5% riskitasolla. Vaikka potilaiden ja terapeuttien arvioilla terapiasuhteen laadusta "terapian lopussa"-tilanteessa ei olekaan todettu tilastollista riippuvuutta tällä riskitasolla, niin voidaan kuitenkin päätellä verrattaessa "terapian alku"-tilannetta "terapian lopussa"-tilanteeseen, että potilaiden "pitäminen" terapeutistaan on realisoitunut, mikä on myös terapiaprosessin kannalta odotettua ja toivottua kehitystä. Terapiasuhteen realisoitumiseen potilaan kannalta voi liittyä monenlaisia tulkinnanvaraisia seikkoja. Esimerkiksi, että terapeutti ei ole enää ensisijaisesti idealisoitu transferenssin kohde, ja/tai että potilaan itsetun-

to on siinä määrin vahvistunut, ettei hänen itsensä hyväksymisen kokemus toimi enää vain terapiasuhteen varassa.

6.5.2. Terapian tuloksellisuus-arvioiden yhteenkäyvyys

Terapeutit arvioivat potilaidensa "yleistä edistymistä terapiassa" (ks. s. 89) ja terapiapotilaat puolestaan "terapiassa saavuttamaansa hyötyä" (liite 1, s. 129). Näiden kahden muuttujan katsotaan mittaavan terapian tuloksellisuutta kahdesta näkökulmasta, terapeutin ja potilaan. Näitä on käytetty vastinpareina arvioitaessa potilaiden ja terapeuttien näkemystä terapian tuloksellisuudesta.

Taulukossa 35a muuttujat on ristiintaulukoitu alkuperäisten arvioiden mukaisesti viisiluokkaisina. Koska joihinkin luokkiin tuli vain muutamia tai ei lainkaan tapauksia, on luokkia joututtu yhdistämään tilastollista testausta varten (0-luokat väristäisivät tulosta). Tämä 3-luokkainen taulukko on 35b. Arviot on saatu "viimeiseltä mittauskerralta", joka terapeuttien kohdalla on = "terapian lopussa"-tilanne ja potilaiden kohdalla = "2 vuoden kuluttua"-tilanne.

Taulukko 35a. Terapeuttien arvio edistymisestä x potilaiden näkemys hyödystä

Potilaiden näkemys hyödystä	Terapeuttien arvio edistymisestä					yht.
	1	2	3	4	5	
1	0	0	1	2	0	3
2	0	3	8	4	0	15
3	1	15	22	24	4	66
4	0	4	19	12	1	36
5	1	2	19	4	0	26
yhteensä	2	24	69	46	5	146

luokat:	1 = haittaa	uusi luokitus:
	2 = ei vaikutusta	luokka 1 = (1+2)
	3 = jotain hyötyä	luokka 2 = (3)
	4 = melkoisesti hyötyä	luokka 3 = (4+5)
	5 = paljon hyötyä	

Silmämääräisesti taulukkoa 35a tarkasteltaessa huomaa, että yhteenkäyvyys arvioinneissa on varsin suuri. Kumpikaan ryhmä ei ole kokenut terapian olleen "haitaksi tai vahingoksi" eikä liioin asteikon toinen ääripää "paljon hyötyä" ole saanut kannatusta. Potilaat arvioivat hyödyn jonkin verran suuremmaksi kuin terapeutit.

Taulukko 35b. Terapeutin arvio edistymisestä x potilaiden näkemys hyödyistä (3-asteiset muuttujat)

Potilaiden näkemys	Terapeuttien arvio			yht.
	1	2	3	
1 ei vaikutusta	3	9	6	18
2 jotain hyötyä	16	22	28	66
3 paljon hyötyä	7	38	17	62
yhteensä	26	69	51	146

Potilaiden ja terapeuttien arvioiden riippuvuutta toisistaan testataan.

1. Malli SD
 Pot.arv.hyöd.+Ter.arv.yl.edist. 10.59 df
 $4 > \chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hylätään. Muuttujilla on siis yhdysvaikutusta keskenään, ts. terapeuttien ja potilaiden arviot ovat toisistaan riippuvaisia. Testataan minkälaisista yhdysvaikutuksista on.

2. Malli SD
 Pot.arv.+Terap.arv.+QQ (QuadrXQuadr) 1.091 df
 $3 < \chi^2(3) = 6.251$
0.10

Mallin tulkinta ei ole yksiselitteinen, mutta varovasti voidaan todeta, että vaikka terapeuttien mielestä terapiassa ei olisi-kaan edistytty, niin potilaat ovat kokeneet hyötynsä. Suurin on yhteenkäyvyys terapeuttien ja potilaiden kesken luokassa 2. Kolmanteen luokkaan, joka on kaikkein positiivisin arvio, sijoittuu suhteellisesti eniten potilaiden arvioita. Terapeutit ovat tässä luokassa olleet varovaisempia arvioidessaan edistymistä.

7. TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1. Tutkimus- ja vertailuryhmien tarkastelu

Tutkimuksen empiirisen osan tavoitteena on ollut kuvata psyko-terapian käynnistämää muutosprosessia ja muutoksen ilmenemistä terapiapotilaiden minäkäsityksessä. Tutkimusaineiston muodostivat YTHS:n terapiapotilaat ja heidän terapeuttinsa. Vertailuryhmänä on ollut YTHS:n hammashoidon asiakkaat.

Minäkäsitystä ilmentävinä mittareina ja selitettävinä muutujina on käytetty potilaan oireita, Beckin depressioasteikkoa, minäkuvatestiä sekä yleistä edistymistä terapiassa. Lisäksi on seurattu sosiaalisessa kanssakäymisessä, työssä ja opiskelussa tapahtuneita muutoksia. Mittausajankohdat terapiapotilailla, terapeuteilla ja vertailuryhmään kuuluvilla olivat terapian alussa, puolen vuoden ja kahden vuoden kuluttua terapian alusta.

Terapiapotilaiden muodostamaan tutkimusryhmään kuului alunperin 279 terapiatapausta, joista 229 (82,1%) vastasi alkukyselyyn. Näistä alkukyselyyn vastanneista vastasi 1/2 vuotiskyselyyn 206 terapiapotilasta (90,0%). Kahden vuoden kyselyyn vastasi 175 (84,9%) 1/2 vuoden kyselyyn vastanneista. Vastausprosentit ovat varsin korkeat verrattuna kansainvälisiin, suuriin otoksiin perustuviin terapiatutkimuksiin. On tunnettu tosiasia, että avohoidossa olevia terapiapotilaita on vaikea saada suostumaan tutkimuskohteiksi. Tämä johtunee ensisijaisesti potilaiden ja myös terapeuttien haluttomuudesta suostua kuvaamaan niin intiimiä tapahtumaa kuin psykoterapia.

Korkeakouluissa opiskelevat terapiapotilaat muodostavat terapiatutkimuksen kannalta varsin homogeenisen ryhmän. Samoin on asian laita korkeakouluopiskelijoista muodostetun vertailuryhmän osalta. Vertailuryhmän muodostivat YTHS:n hammashoidon vastaanotoilla käyneet asiakkaat. Alkukyselyyn vastanneista 201 opiskelijasta vastasi 1/2 vuotiskyselyyn 179 (89,0%) opiskelijaa ja 2 vuoden kyselyyn 158 (89,3%).

Kaikkia tutkimuksessa mukana olleita terapiapotilaita on käsitelty yhtenä havaintojoukkona. Tässä joukossa terapian aikana

tapahtuneita muutoksia on verrattu vertailuryhmässä vastaavana aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Terapiassa olleiden kaikissa minäkäsitystä mittaavissa muuttujissa voitiin havaita tilastollisestikin merkitseviä muutoksia. Vertailuryhmässä tapahtuneet muutokset sen sijaan olivat vähäisiä, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä.

Huomiota kiinnittää vertailuryhmän "terveys". Kokonaisuireiden suhteen heillä esiintyi merkitsevästi vähemmän oireita kuin tutkimusryhmällä. Vertailuryhmään joutuminen oli sattumanvaraista (käynti tiettyinä ajankohtana hammashoidossa), joten voidaan päätellä vertailuryhmään kuuluvien edustavan "tavallista opiskelijaa".

Tutkimusryhmään kuuluvien potilaiden oireiden runsaus terapian alkutilanteessa voi johtua eri syistä. Oireiden runsaus voi johtua todella koetuista oireista. Oireiden määrää voi kuitenkin vääristää vastakkaisiin suuntiin kaksi seikkaa: potilas haluaa esittäytyä todellista "sairaampana" tullakseen paremmin kuulluksi ja vakuuttaakseen terapian tarvetta tai toisaalta hän voi kaunistella tilaansa ja vähätellä oireitaan halutessaan esittäytyä "terveempänä" kuin onkaan ja jättää mainitsematta tiettyjä, mielestään "kiusallisia" oireita.

Terapiapotilaat toimivat kuitenkin myös omana kontrollinaan vastatessaan samoihin kysymyksiin eri ajankohtina. Tämän perusteella esimerkiksi oireiden väheneminen terapian edetessä vaikuttaa todenmukaiselta, muutokset tapahtuivat samaan suuntaan, ja se vastaa myös terapiakäytännöstä tehtyjä havaintoja.

Vaikka lähtökohtana onkin, että terapiapotilaat ovat hoitoon hakeutuessaan olleet keskimäärin häiriintyneempiä kuin vertailuryhmään kuuluvat, niin muutokset terapiapotilaissa eivät selity vain yksilökehitykseen kuuluvina, spontaaneina muutoksina. Terapiapotilaissa tapahtuneita muutoksia, ja muutosten ilmenemistä potilaiden minäkäsityksessä, pidetään tässä tutkimuksessa terapiaprosessin aikaansaamina muutoksina.

Avohoidossa tapahtuvaa ja potilaan vapaaehtoisuuteen perustuvaa psykoterapiaa ei luonnollisesti voi eristää kaikilta muilta potilaan elämässä yhtäaikaan vaikuttavilta tekijöiltä. Psykoterapiassa ollessaan potilas elää myös terapian ulkopuolella monimuotoisissa vuorovaikutussuhteissa muihin ihmisiin ja ympäröivään yhteiskuntaan. Tällä kaikella saattaa olla vaikutusta hänen psyykkiseen prosessiinsa. Suurin osa tutkimuksessa mu-

kana olleista terapiapotilaista oli käynyt terapiassa vähintään vuoden ajan ja kerran viikossa. Vaikka se yleistä terapiakäytäntöä ajatellen ei ole kovin pitkä aika, mahdollistaa se kuitenkin intensiivisen terapiasuhteen. Tämä voi käynnistää potilaalla muutosprosessin, jonka tulokset voivat jäädä pysyviksi. Ulkopuolinen ympäristö voi luonnollisesti joko tukea ja vahvistaa tai ehkäistä ja sammuttaa terapiassa aikaansaattua muutosprosessia. Tätä terapian ulkopuolisten seikkojen osuutta ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan ole voitu huomioida.

Tutkimus- ja vertailuryhmään kuuluvat arvioivat sosiaalisia suhteitansa, kuten suhdetta vanhempiinsa, sisaruksiinsa, vastakkaiseen sukupuoleen jne. Kokonaisuutena vertailuryhmä kuvasi sosiaalisia suhteitaan paremmiksi kuin tutkimusryhmään kuuluvat. Terapian edetessä terapiapotilaat arvioivat sosiaalisten suhteidensa parantuneen. Suurin muutos oli suhteessa vastakkaiseen sukupuoleen. Vertailuryhmän kohdalla arviot sosiaalisten suhteiden laadusta säilyivät lähes muuttumattomina eri mittauskerroilla. Terapiapotilaiden sosiaalisten suhteiden laadussa tapahtuneet muutokset antavat aiheen olettaa, että terapiassa omanarvontunto/itsetunto on kohentunut ja sen seurauksena myös kontaktien ylläpito mahdollistunut.

Minäkäsitystä ilmentävissä muissa muuttujissa, kuten harrastusaktiviteetissa, opiskelu- ja työmenestyksessä ei kummassakaan ryhmässä ollut eri mittauskerroilla osoitettavissa tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Kokonaisuutena vertailuryhmäläiset arvioivat harrastusaktiviteetin, opiskelu- ja työmenestyksensä tutkimusryhmäläisiä paremmiksi. Voidaan päätellä, että vertailuryhmään kuuluvien psyykkistä energiaa eivät ole sitoneet intrapsyykkiset ongelmat, vaan he ovat voineet suunnata psyykkistä ja fyysistä energiaansa myös harrastuksiin.

7.2. Tutkimusryhmän tarkastelu

Tutkimusryhmäläisten omassa arvioissa minäkäsitystä mittaavissa muuttujissa oli tapahtunut selviä muutoksia mittauskerrasta toiseen. Terapiapotilaiden minän toiminnoissa oli tapahtunut myös terapeuttien näkemysten mukaan varsin selviä muutoksia terapian aikana.

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään selitettävien muuttujien yhteyttä ja riippuvuutta selittävinä muuttujina käytettyihin terapian luonteeseen, häiriön luonteeseen ja terapiasuhteeseen. Tilastollisena analyysimenetelmänä on käytetty log-li-neaarisia malleja, joiden avulla riippuvuuksia on kuvattu.

Ainoa selitettävä muuttuja, jolla oli suoraa yhteyttä selitettäviin muuttujiin, oli terapeutin arvioima yleinen edistyminen terapiassa. Kun selittävä muuttujana oli terapian luonne, "kriisi- ja kontaktiterapia" -luokissa yleinen edistyminen oli selvästi vähäisempää kuin edistyminen "keskipitkää" ja "pitkää" terapiaa saaneiden luokissa. Häiriöiden luonteen (diagnoosin) ollessa selittävä muuttujana terapeutin arvioimaa "yleistä edistymistä" terapiassa tapahtui eniten diagnoosiluokassa "neuroosia vaikeampi häiriö". Kun selittävä muuttujana oli terapeutin näkemys terapiasuhteesta, oli todettavissa, että kuta parempi terapiasuhte on ollut, sitä enemmän oli myös tapahtunut edistymistä. Myös potilaiden arvioissa "terapiasuhteen laadusta" ja "terapiassa saavutetun hyödyn" välisissä yhteyksistä kävi ilmi, että kuta parempana potilas on kokenut terapiasuhteen, sitä enemmän hän on myös kokenut hyötyvänsä terapiasta. Tämä tulos on yhdenmukainen aikaisemman opiskelijoiden psykoterapian tuloksellisuustutkimuksen (Pahkinen 1980) kanssa ja tukee terapiakäytännöstä tehtyjä havaintoja.

Potilailta ja terapeuteilta on luonnollisesti pyrkimys nähdä terapiansa tuloksellisena. Tämä subjektiivinen intressi ei välttämättä kuitenkaan vääristä terapian tuloksia. Lukuisissa terapian tuloksellisuustutkimuksissa on todettu, että niin potilaan kuin terapeutinkin motivaatiolla ja positiivisilla terapiaan kohdistuvilla odotuksilla on keskeinen merkitys terapian onnistumiselle. Yleensä terapeutit ovat olleet kriittisempiä ja varovaisempia kuin potilaat arvioidessaan terapian tuloksia.

Tutkittaessa minäkäsitystä ilmentävien selitettävien muuttujien keskinäisiä yhteyksiä havaittiin, että nämä muuttujat ovat toisistaan riippuvaisia, mikä on myös olettamuksen mukaista. Mittaavathan ne kaikki terapiapotilaiden subjektiivisia kokemuksia ja havaintoja itsestään, paitsi terapeutin arvioima "yleinen edistyminen" terapiassa. Jos esimerkiksi Beckin depressioasteikossa on tapahtunut muutoksia, on todennäköistä, että muutoksia on tapahtunut myös muissa masennus- ja ahdistusoireita mittaavissa muuttujissa. Tämän tutkimuksen mukaan tera-

peuttien arvioima "yleinen edistyminen" ja potilaiden arvioima "terapiasta saavutettu hyöty" kuvaavat parhaiten myös minäkäsityksessä tapahtuneita muutoksia. Nämä muutokset olivat myös tilastollisesti merkitseviä.

Tämän tutkimuksen mukaan kaikissa terapialuokissa (terapian luonne) oli minäkäsitystä heijastavissa muuttujissa tapahtunut suhteellisesti yhtä paljon muutoksia. Voidaan siis olettaa, että esimerkiksi "kriisiterapiassa" olleiden potilaiden minän häiriöt ja niistä johtuneet ongelmat ovat olleet lievempiä kuin muissa ryhmissä olleilla potilailla, ja potilaat ovat tulleet autetuiksi jo lyhytkestoisessa terapiassa, Jos esimerkiksi terapiassa on todettu, että ulkopuoliset stressitekijät ovat pääosin aiheuttaneet potilaan oireilun, voi jo näiden stressitekijöiden ja potilaan oireiden välisten yhteyksien selvittely vähentää potilaan kokemaa syyllisyyttä ja depressiota ja auttaa potilasta selviämään eteenpäin.

Tutkimuksen mukaan parhaiten ovat terapiassa edistyneet terapeuttien arvioiden mukaan vähintään "keskipitkässä" terapiassa olleet potilaat. Tässä luokassa on diagnoosijakauman perusteella ollut eniten "neuroosia vaikeammaksi häiriöksi" luokiteltuja tapauksia. Tässä diagnoosiluokassa olleiden potilaiden minän vauriot ovat vaatineet pitkäaikaisempaa ja intensiivisempää terapiaa kuin lievemmistä minän häiriöistä kärsivät potilaat ennen kuin muutoksia minän rakenteissa/toiminnoissa on tapahtunut.

Voidaan päätellä, että psykoterapiassa ainakin jotkut minäkäsityksen eri aspekteista, kuten reaalinä (real-self), itsearvostus (self-worth) ja itsensä hyväksyminen (self-acceptance) saavat vahvistusta, ja kokemukset näiden alueiden vahvistumisesta voivat vähitellen yleistyä koskemaan koko minäkäsitystä. Tämänkaltaisen muutoksen seurauksena yksilö voi ottaa käyttöönsä tai kehittää/opetella kypsempää defensessejä.

Korkeakoulutasoisten potilaiden terapiassa on huomionarvoista, että kognitiiviset valmiudet voivat korvata sisäistettyjen objektisuhteiden puutteellisuuksia tai ainakin lieventää niistä johtuvien häiriöiden seuraamuksia. Selviytyminen opinnoissa merkitsee, että ainakin jotkut minän toiminnoista ovat kunnossa, ja onnistumisen kokemukset opiskelussa voivat tukea itsearvostusta ja itsetuntoa.

Korkeakouluopiskelijat psykoterapiapotilaina muodostavat

varsin homogeenisen tutkittavien ryhmän ongelmiensa, ikärakenteensa ja koulutustaustansa puolesta. Siksi tässä ryhmässä tapahtuneita muutoksia ei voida suoraan yleistää koskemaan kaikkia ikäryhmiä, mutta kylläkin samanikäisiä, varhaisessa aikuisiässä olevia, korkeakoulujen ulkopuolisiakin terapiapotilaita. Mielenkiintoista olisi tutkia, toimiiko tässä tutkimuksessa käytetyt minäkäsitystä arvioivat mittarit myös muissa ikä- ja ongelmaryhmissä.

8. POHDINTA

Psykoterapian tutkimukseen liittyvät ongelmat ovat olennaisesti metodologisia. Kuinka tutkia kokevaa ja toimivaa subjektia ka-ventamatta hänen subjektiivuttaan tutkimusmenetelmän "objektiivisuudella". Ihmisen olemassaolon dynaamisuus, joka on olennaisen tärkeä, ei tule tavoitettua tilastollis-kokeellisin menetelmin. Tässä tutkimuksessa ei ole tutkittu varsinaisesti psykoterapeuttista tapahtumaa, vaan terapiaprosessi ikään kuin keinote-koisesti on pysäytetty muutamia kertoja, ja tarkasteltu joita-kin prosessiin vaikuttavia osatekijöitä ja niissä tapahtuneita ilmiöitä. Näiden osatekijöiden, joita tässä tutkimuksessa on pidetty minäkäsitystä ilmentävinä, arvioiminen ja mittaaminen ovat muodostaneet tutkimuksen rungon.

Tässä tutkimuksessa ei ole erikseen luokiteltu erilaisia psykoterapiasuuntia tai -menetelmiä niiden perustana olevien teoreettisten viitekehysten perusteella, koska säätiön useim-pien psykoterapeuttien työskentely pohjautuu psykodynaamiseen hoitoteoriaan. Lisäksi tiedetään, että työskentelijä terapeutti mistä teoreettisesta viitekehyksestä tahansa, niin periaatteel- linen ja yleisesti hyväksytty oletus psykoterapiassa on, että terapiapotilaiden ongelmat ja oireet ovat merkittäväällä tavalla yhteydessä heidän varhaisessa psyykkisessä kehityksessään ta- pahtuneisiin häiriöihin ja vinoutumiin, ja näiden häiriöiden seurauksiin. Häiriöt ovat pääosin yhteydessä varhaisten objek- tisuhteiden epätyydyttävyyteen tai liittyvät näissä objektisuh- teissa tapahtuneisiin oppimis- tai kehityksellisiin defektei- hin.

Terapiapotilaiden ongelmat ovat useimmissa tapauksissa int- rapsyykkisiä ja ilmenevät emotionaalisen elämän tasapainotto- muutena, selvimmin interpersoonallisissa suhteissa. Psykoter- apian lähtökohtana on, että potilaan ja terapeutin välinen vuo- rovaikutussuhde tarjoaa ja luo edellytykset psyykkisessä kehi- tyksessä tapahtuneiden häiriöiden seurausten korjaamiselle tai helpottamiselle.

Tämänkaltaisessa tutkimuksessa ei pystytä kuvaamaan sitä, mitä todella tapahtuu yksittäisessä terapiapotilaassa, hänen ja

terapeutin välisen terapiasuhteen aikana. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kuitenkin tehdä terapiakäytännöstä johdettuja päätelmiä ja oletuksia terapiassa vaikuttavista tekijöistä ja näiden tekijöiden seuraamuksista terapiapotilaissa. Yksi tällainen oletus on, että terapeutti tarjoaa varhaisessa aikuisiässä ja identiteettikriisissään olevalle potilaalle mahdollisuuden käydä läpi terapiasuhteessa "minän" kehitykseen, ja sen rakentumiseen liittyneitä vinoutumia tai puutteita. Terapeutti voi merkitä potilaalle myös myönteistä samastumisenkohdetta, jos potilaan varhaisimmat samastumiset ovat jostain syystä jääneet hatariksi. Terapeutti voi merkitä "tärkeätä henkilöä" ja minä-tason kohdetta, johon nuori aikuistuva voi pyrkiä ja pystyä samastumaan myönteisellä tavalla. Tämä voi varsinkin avohoitona tapahtuvassa terapiassa tapahtua ilman liiallista potilaiden regressiivisten tunteiden mukanaoloa ja painolastia, mikä tavallisesti sävyttää potilaiden suhdetta vanhempiinsa ja muihin auktoriteetteihin.

Terapeutin potilaalleen osoittama hyväksyntä ja potilaan yksilöllisyyden arvostaminen ja kunnoittaminen toimivat myönteisinä palautteina ja voivat vahvistaa potilaan itsetuntoa. Tiedetään, että potilaan itsetuntemus lisääntyy, kun hän terapiassa oppii hyväksymään omia tunteitaan ja ymmärtämään tunteidensa yhteydet käyttäytymiseensä. Itsetuntemuksen lisääntyminen on puolestaan yhteydessä minäkäsityksen selkiytymiseen.

Psykoterapialla aikaansaatu muutos ei ole koskaan "joko - tai", "kaikki tai ei mitään" -ilmiö, eikä se tapahdu tietyn ennalta määritellyn ajan puitteissa tai yhtäkkiä tai vain tiettyä menetelmää käyttäen. Muutos psykoterapiassa on prosessi, jonka voi käynnistää esimerkiksi omaan itseen liittyvä oivallus. Tämä oivallus voi merkitä potilaalle uutta tapaa suhtautua omaan itseen, ja tämä kokemus puolestaan voi vähitellen johtaa uusiin korjaaviin kokemuksiin myös suhtautumisessa muihin ihmisiin. Muutos jollakin minän toiminnan alueista mahdollistaa ja käynnistää muutoksia myös muilla alueilla, ja tämä prosessi voi vähitellen johtaa muuttuneeseen ja/tai korjaantuneeseen minäkäsitykseen.

Psykoterapiassa potilas kommunikoi myös mielikuviansa avulla. Siksi potilaiden mielikuvien ja niiden merkityksien ymmärtäminen on yksi tärkeimmistä terapeutin taidoista. Psykoterapialla aikaansaatu muutos sisältää myös sen, että asioiden mer-

kitykset potilaalle muuttuvat. Seikka, joka aikaisemmin on ollut potilaalle esimerkiksi "kauhea", voi muuttua "siedettäväksi". Muutos ei tapahdu vain ilmiön verbalisoinnissa, vaan myös ilmiön merkityksen muuttumisena. Voidaan ajatella, että jos potilaan mielikuva, käsitys itsestä on muuttunut, niin myös ilmiöiden merkitykset hänelle kokijana muuttuvat. Merkityksien muutokset eivät ole tavoitettavissa perinteisen observoinnin tai testien avulla, mutta ne voivat ilmetä terapiapotilaan kokonaisvaltaisena oman itsensä hallinnan tunteena ja aikaisempaa syvällisempänä itsensä ymmärtämisen kokemuksena. Tässä tutkimuksessa terapiapotilaat ovat arvioineet kokemaansa "hyötyä terapiasta". Tähän voidaan katsoa sisältyvän myös potilaiden kokemukset terapian aikana tapahtuneista ilmiöiden ja asioiden merkityksien muutoksista, jotka ovat yhteydessä muutoksiin miinakäsityksessä.

SUMMARY: CHANGE IN SELF-CONCEPT AS A RESULT OF PSYCHOTHERAPY

Introduction

Every psychoterapeutic treatment works toward change. In general it is accepted that changes may happen in an individual's attitudes, affects and behavior, but the problem of where a change in fact first happens and how it occurs remains.

Potential change as a result of psychotherapy is a very complex phenomenon. Changes that are lasting tend to be multi-dimensional as well as multifocal where any psychotherapeutic treatment is concerned. The theorists of different schools of psychotherapy admit that in order to be lasting changes must occur in a person's self-construct. In this study therapeutic change is considered in terms of the self-concept of a patient.

In the theoretical part of the present study the notion of self-concept is described and explained from psychoanalytical, rogerian and cognitive-behavioral viewpoints, but in the present paper the term "self-concept" is used in its most general sense. According to LaBenne & Greene (1969) self-concept is defined as a group of feelings and cognitive processes which are inferred from observed or manifest behavior. Self-concept is a person's total appraisal of his/her appearance, background and origins, abilities and resources, attitudes and feelings all of which combine to act as a directing force in behavior.

Self-concept closely corresponds to Erikson's (1968) term "ego-identity". This term involves "selfsameness and continuity in time" and embeddedness in the "environment". Identity is maintained at all time by a number of forces and factors, internal as well as external, which form a given set of relationships. These relationships exist in the present but contain continuation from the past and project into the future.

Self-concept as well as identity are products of an individual's learning processes which take place mainly within parental and other significant human relationships during his/her early years. Psychotherapy as one very specific relationship

and as one form of interaction offers an opportunity for change in self-concept.

The aims of the study

This study is a part of a larger prospective study concerning the influence of psychotherapy on Finnish university students. The goal of the present study is to describe change in self-concept as a consequence of psychotherapy and how such change appears in the different functions of the patient's self.

In order to measure and explain the patient's self-concept and possible changes in it during psychotherapy, certain variables in which the self-concept is thought to be reflected were chosen. These variables were used as the dependent variables and were as follows.

1. Patient's symptoms
2. Beck's Depression Inventory
3. Self-image test
4. Patient's progress during his/her psychotherapy

As the independent variables for the explaining possible changes three essential variables from the therapeutic point of view were selected viz:

1. Type of therapy (comprises 4 different types: crisis therapy, contact therapy, middle-long therapy and long therapy)
2. Type of disorders (Diagnosis)
3. Quality of therapeutic relationship (how good/bad)

The purpose was to study the extent to which the independent variables explained changes in the dependent variables and the dominant associations insisting between them.

In addition to these variables the observations of the patients themselves and their therapists concerning such matters as the social life, interests and hobbies, human relationships, studies and general behavior of the patients together with possible changes in these areas during psychotherapy were used.

The purpose was also to compare a patient's evaluation about change in self-concept with the evaluation of his/her therapist.

Data collections and statistical methods

The group of subjects consisted of students (n=279) from five Finnish universities, who had been clients of their respective student health services (SHS) psychotherapy services and therapists (n=27). The psychotherapists in this system are psychologists and psychiatrists who mainly use dynamically oriented psychotherapy. The students in the sample had various psychic disturbances and had started individual therapy during the calendar year 1982. Therapy sessions were generally held once a week and continued for between one and a half to two years. The reference group comprised 201 dental care patients from the same student health services. In both groups the average age was between 21 and 25 years.

The main research instruments for gathering data were questionnaires. The questionnaires were constructed by the members of the psychotherapeutic research team. Three questionnaires were used: one for patients, one for therapists, and one for the members of the reference group. This latter was identical to that of the patients of therapy except for the questions about therapy. The purpose of the reference group was to get information about possible changes in self-concept in young adults without psychotherapy.

The subjects answered the questionnaires four times altogether: at the starting point of the therapy, at second six months and two years thereafter and at the end of the therapy. Post-therapy interviews were planned to take place after five years from the beginning of the psychotherapy, but the results of this are not yet available.

As the basic evaluation methods for assessing self-concept three measurements were used: 1) A symptom-list containing 27 different symptoms both psychic as well as psychosomatic on which each symptom was assessed on a 3-point scale according to frequency of occurrence: never (0), sometimes (1), and often (2). For statistical analyses the symptoms were sub-divided into three groups: pain-symptoms, anxiety and depression symptoms, and symptoms which indicated social tension and sensitivity. 2) Beck's Depression Inventory for measuring depression. This was chosen because it seemed to be appropriate for detec-

ting the depression feelings very common in identity crises and also because the test items reflect different beliefs and feelings about a subject's self.

In Beck's questionnaire there are a group of statements 21 altogether from which the subject picks out that statement which best describes the way that he/she has been feeling during the past week, including that day. Each group of statements is divided into 4-5 items (0-4 points) ranging from mild to serious. The higher the score the more serious the depression symptoms the individual has.

For the self-image test a self-description scale (originally made and standardized by Y-P. Häyrynen for vocational guidance) was used. The scale consists of 52 descriptive items, attributes and their opposites to which the subjects respond on a five-point scale. For constructing a self-description profile the attributes were grouped into 11 factors dimensions.

Most of the variables employed in the present study were capable of ordinal scaling at most, except for the self-image test which only comes up to the requirements of nominal scaling.

In the descriptive sections of the empirical part both the experimental group and the reference group were used as a whole to research the kinds of changes which occurred in their evaluations of the different change-variable. The statistical methods used included percentages, means, and tests of significance of differences between means. The results of the changes are presented in form of profiles.

In order to determine other statistically significant associations between independent and dependent variables log-linear models appropriate to this kind of frequency data were used. Statistical analyses was performed using a GLIM computer programme.

Results and conclusions

In respect of the symptoms as a whole, the experimental group obviously had more symptoms at the beginning of the therapy and initially had more psychic symptoms than the reference group. The differences were statistically very significant. Six months

later the degree of the symptoms had decreased to some extent in the experimental group, but in the reference group the symptoms were the same as at the beginning. After two years of therapy the degree of the symptoms had decreased somewhat more in the experimental group with the clearest changes in the psychic symptoms.

For Beck's Depression Inventory the experimental group at the beginning of therapy had much higher scores for depression than the reference group. The differences between scores were statistically very significant. The average scores of some statements decreased significantly during the period from 6 months to two years and, as a whole, the profile of Beck's depression scale changed in the experimental group toward milder depression symptoms. In the reference group the profile of change remained unchanged.

Changes in the self-description scale also tell something about a subject's self-concept. In the experimental group the subjects felt freer, more relaxed and energetic, and less submissive than at the beginning of the therapy and this direction of change remained the same after two years of therapy. In the reference group there were very few changes, the profile of the change remaining almost unchanged throughout the two-year period of therapy.

It is remarkable that although statistically significant differences in changes in the evaluations of dependent variables were found during therapy, only few partial associations were found between the dependent and independent variables by way of explanation. The only dependent variable whose changes clearly had connections with the independent variables is "patient's progress during therapy". (This variable consists of the patient's own information about the benefit of psychotherapy and also his/her therapist's opinion about progress.)

This is a very global measurement and it contains many elements typical of the psychotherapeutic process such as a patient's motivation and expectations regarding therapy as well as those of the therapist. The effects of therapy are thus at best seen in this variable.

Changes in symptoms, in Beck's depression scores and in the self-description test had no direct associations with the independent variables such as "type of therapy" or "type of disor-

der", but in all therapy as well as in all diagnostic groups changes were approximately the same.

In some of the other functions of self which also reflect self-concept changes occurred during psychotherapy in the experimental group, for example in social relationships. In the reference group there were no changes in the corresponding functions.

The evaluations of the therapy patients about the benefits of psychotherapy were almost as positive in all groups. Different types of psychotherapy such as "crisis therapy" or "long-therapy" did not produce different evaluations as to types or degrees of benefit.

After two years of therapy the evaluations of the therapists about a patient's progress during therapy and the patients own view about the benefits of therapy were in close agreement.

It is to be expected that succesful therapy will produce various changes in self-concept, as has happened with the subjects of the experimental group. The present study suggests that the measurements used here have some value in measuring changes in self-concept.

Although it is true that the notion of self-concept is a hypothetical construct, we can none the less observe the behavior and other functions of an individual self and study the relations between self-concept and behavior. In this study is assumed that a specific change in an individual's self-concept causes changes in other components of the behavioral system.

Whether the alterations in such processes as changes in self-concept and changes in the feelings and beliefs of an individual are necessary antecedents of actual behavioral change, or whether the behavioral change occurs before or simultaneously, is not clear, but it is unlikely that a constant change in behavior is possible without a change in self-concept.

LÄHTEET

- Agresti, A. (1984) Analysis of ordinal categorical data. New York: Wiley.
- Alanen, Y.O., Holmström, R., Hägglund, V., Karlsson, K.W., Tienari, P., Vauhkonen, K., Savonen, K., Hirvas, J. & Marin, M. (1968) The mental health of Finnish university students: A psychiatric study of freshmen. *Social Psychiatry*, 3, 60-65.
- Allardt, E. (1982) Yliopiston tehtävät yhteiskunnassa. *Kanava*, 6, 338-341.
- Anderson, B.D. (1973) School bureaucratization and alienation from high school. *Sociology of Education*, 3, 315-334.
- Appelbaum, S. (1977) The anatomy of change. A Menninger foundation report on testing the effects of psychotherapy. New York: Plenum Press.
- Baker, R.W. (1965) Incidence of psychological disturbance in college students. *Journal of American College Health Association*, 13, 532-540.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mork, J. & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1967) Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1972) Cognition, anxiety and psychophysiological disorders. Teoksessa C.D. Spielberger (toim.) *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press, 102-116.
- Beck, A.T. (1974) The development of depression: A cognitive model. Teoksessa R.J. Friedman & M.M. Katz (toim.) *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Washington D.C.: Academic Press, 120-144.
- Beck, A.T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Show, B.F. & Emery, G. (1979) Cognitive therapy of depression: A Treatment manual. New York: Guilford.
- Berg, L.E. (1976) Människans födelse. En socialpsykologisk diskussion. Göteborg: Korpen.
- Block, J. (1981) Some enduring and consequential structures of personality. Teoksessa A.I. Rubin, J. Arnoff, A.M. Barclay & R.A. Zucker (toim.) Further explorations in personality. New York: Wiley, 27-43.
- Blos, P. (1980) The life cycle as indicated by the nature of the transference in psychoanalysis of adolescents. International Journal of Psychoanalysis, 61, 145-151.
- Braaten, L.J. (1980) Studenters emosjonelle problemer. Oslo: Universitetsforlaget.
- Burns, R.B. (1979) The self-concept in theory, measurement, development and behavior. London: Longman.
- Butler, J.M. (1966) Self-acceptance as a measure of outcome of psychotherapy. British Journal of Social Psychiatry, 1, 51-62.
- Combs, A. (1981) Some observations on self-concept research. Teoksessa M.D. Lynch, A.A. Norem-Hebeisen & K.J. Gergen (toim.) Self-concept. Advances in theory and research. Massachusetts: Ballinger, 5-17.
- Coopersmith, S. (1967) The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.
- Costa, B.T. & McCrae, R. (1980) Still stable after all these years. Personality as a key to some issues in adulthood and old age. Teoksessa P.B. Baltes & O.G. Brim (toim.) Life span development and behavior. New York: Academic Press, 5-102.
- Dobson, A.J. (1983) Introduction to statistical modelling. London: Chapman and Hall.
- Edwards, B., Lambert, M., Moran, P., McCully, T., Smith, K. & Ellingson, G. (1984) A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. British Journal of Clinical Psychology, 23, 93-99.

- Erikson, E.H. (1950) Growth and crises of the healthy personality, in identity and the life cycle. Selected Papers: Psychological Issues Monograph 1. New York: International Universities Press.
- Erikson, E.H. (1959) Identity and the life cycle. Teoksessa G.S. Klein (toim.) Psychological issues. New York: International Universities Press, 1-171.
- Erikson, E.H. (1968) Identity, youth and crisis. New York: Faber & Faber.
- Fitts, W.H. (1963) Tennessee self-concept scale manual. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Fitts, W.H., Adama, J., Radford, G., Richard, W., Thomas, M. & Thompson, W. (1971) The self concept and self actualization. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Fitts, W.H. (1972) The self-concept and psychopathology. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Fitts, W.H. (1981) Issues regarding self-concept change. Teoksessa M. Lynch & A. Norem-Hebeisen (toim.) Self-concept. Massachusetts: Ballinger, 251-261.
- Friedman, R.J. & Katz, M. (1974) The psychology of depression. Washington, D.C.: Guilford.
- Gergen, K.J. (1972) Multiple identity. The healthy, happy human being wears many masks. Psychology Today, 5, 31-35, 64-66.
- Gordon, C. (1968) Self-conceptions. Teoksessa C. Gordon & K.J. Gergen (toim.) The self in social interaction. New York: Wiley, 14-23.
- Gordon, L. (1976) Development of evaluated role identities. Annual Review of Sociology, 2, 405-433.
- Greenwald, A.G. (1982) Ego task analysis: An integration of research on ego involvement and self-awareness. Teoksessa A.H. Hastorf & A.M. Isen (toim.) Cognitive social psychology. New York: Elsevier/North Holland, 109-147.
- Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967) Development of rating scale for primary depressive illness. British Journal of Social and Clinical Psychology, 6, 278-296.
- Hanfman, E. (1978) Effective therapy for college students. San Francisco: Jossey-Bass.

- Harre, R. & Lamb, R. (1982) (toim.) The Encyclopedia dictionary of psychology. New York: MacMillan.
- Helenius, A. (1973) Mielenterveyden käsite ja sen käyttö opiskelijatyössä. Opiskelijoiden ennaltaehkäisevän mielen-terveystyön projekti. Tampere: Ylioppilaiden terveydenhoi-tosäätiö & Tampereen yliopiston psykologian laitos. Jul-kaisija: Ylioppilasterveys ry.
- Helenius, A. & Lyttinen, S. (1974) Opiskelijat ja opiskelutyö Tampereen yliopiston ainelaitoksilla. Opiskelijoiden en-naltaehkäisevän mielen-terveystyön projekti 3/1974. Julkai-sija: Ylioppilasterveys ry.
- Holmström, R. (1972) On the picture of mental health. A psyc-hiatric approach. Acta Psychiatrica Scandinavia, Supple-mentum 231, Copenhagen: Munsgaard.
- Horton, R.L. (1978) The general linear model. New York: McCraw-Hill.
- Howard, K., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. American Psychologist, 41, 159-164.
- Häyrynen, Y-P. (1968) Ammatillisten intressien ja minäkuvan tutkimus. Ammatinvalinnanohjauksen monistesarja n:o 13. Helsinki: Kulkulaitosten ja yleisten töiden ministeriö.
- Jahoda, M. (1958) Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books.
- Jones, E.E. (1980) Multidimensional changes in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 36, 544-547.
- Kendall, P.C. (1983) Advances in cognitive-behavioral research and therapy. New York: Academic Press.
- Kernberg, O. (1975) Borderline conditions and pathological narcissisms. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1977) Structural change. Teoksessa P. Hartocollis (toim.) Borderline personality disorders. New York: Jason Aronson, 281-289.
- Kernberg, O. (1979) Object relations theory and clinical psyc-hoanalysis. New York: Jason Aronson.
- Kidd, C.B. (1965) Psychiatric morbidity among students. British Journal of Preventive Social Medicine, 19, 143-149.
- Kohut, H. (1971) The analysis of the Self. New York: Interna-tional Universities Press.

- Kohut, H. (1977) *The restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- LaBenne, W.D. & Greene, B.I. (1969) *Educational implications of self-concept theory*. California: Pacific Palisades.
- Lehtinen, V. (1975) *Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet. Vertaileva sosiaalipsykiatrinen tutkimus Etelä- ja Pohjois-Suomesta valituista henkilöistä. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A L: 3*.
- Luoma, M., Pahkinen, T. & Kinnunen, P. (1980) *Raportti Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön psykoterapian tuloksellisuutta koskevasta tutkimuksesta. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä 7/1980*.
- Lynch, M.D., Norem-Hebeisen, A.A. & Gergen, K.J. (1981) *Self-concept. Advances in theory and research*. Massachusetts: Ballinger.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, S. (1975) *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and individuation*. London: Hutchinson.
- Mahony, M.J. & Arnkoff, D. (1978) *Cognitive and selfcontrol therapies*. Teoksessa S.L. Garfield & A.E. Bergin (toim.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 698-722.
- Markus, H. (1977) *Self-schemata and processing information about the self*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986) *Possible selves*. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- McCandless, B.R. (1969) *Children, behavior and development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- McCandless, B.R. & Evans, E.D. (1973) *Children and youth. Psychosocial development*. Illinois: The Dryden Press.
- McLean, P.D. & Hakstian, A.R. (1979) *Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Mead, G.H. (1934) *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.

- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970) Research in psychotherapy. New York: Atherton Press.
- Neubauer, W.F. (1976) Selbstkonzept und Identität im Kindes- und Jugendalter. Erziehung und Praxis der Psychologie, Heft 73. Munchen: Ernst Reinhardt Verlag.
- Niemi, T., Hietala, A., Kinnunen, P., Luoma, M. & Pahkinen, T. (1984) Psykoterapiapotilaan profiili. Prospektiivinen selvitys opiskelijoiden yksilöpsykoterapiasta n:o 1. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä, 17/1984.
- Niemi, T. (1984) Use of mental health care services in Finland by students in different fields of study. Journal of American College Health Association, 33, 123-125.
- Pahkinen, T. (1980) Psykoterapian tuloksellisuudesta. Muutoksen kuvaus Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön terapia-asiakkaissa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä, 8/1980.
- Pahkinen, T. (1986) Psykoterapian aiheuttama muutos. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 280.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19 (3), 276-288.
- Rachman, S.J. (1971) The effects of psychotherapy. Oxford: Pergamon Press.
- Rachman, S.J. & Wilson, G.T. (1980) The effects of psychological therapy. Oxford: Pergamon Press.
- Raitasalo, R. (1977) Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 13. Helsinki: Sosiaaliturvan tutkimuslaitos.
- Rauhala, L. (1972) The hermeneutic metascience of psychoanalysis. Man and World, 5, (3).
- Rauhala, L. (1981) Merkityksen ongelma psykologiassa ja psykiatriassa. Helsingin yliopiston psykologian laitoksen soveltavan psykologian osaston tutkimuksia, 8/1981.
- Rogers, C. (1950) The self-regarding attitudes and perceptions. Teoksessa M-L. Reymont (toim.) Feelings and emotions. New York: McGraw-Hill, 374-382.
- Rogers, C. & Dymond, R. (1954) Psychotherapy and personality change. Coordinated studies in the client-centered approach. Chicago: University of Chicago Press.

- Rogers, C. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Teoksessa S. Koch (toim.) Psychology: A study of a science, vol. 3. New York: McGraw-Hill, 184-256.
- Rosenberg, M. (1965) Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press.
- Saari, S. (1979) Terveystarkastukset ehkäisevän mielenterveys-työn muotona. Mielenterveysseulan kehittämistyö. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä, 2/1979.
- Saari, S. (1981) Mielenterveyden kehitys eri opiskelumuodoilla ja opintosuunnilla kolmen ensimmäisen opiskeluvuoden aikana. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä, 9/1981.
- Sartorius, N. (1975) Epidemiology of depression. WHO Chron, 29, 423-427.
- Seligman, M. (1977) (toim.) Psychopathology. San Francisco: Freeman.
- Shapiro, D.A. & Shapiro, D. (1982) Meta-analysis of comparative therapy outcome studies. A replication and refinement. Psychological Bulletin, 92, 581-604.
- Sheehan, M.J. (1981) Constructs and "conflict" in depression. British Journal of Psychology, 72, 197-209.
- Sifneos, P.E. (1975) Criteria for psychotherapeutic outcome. Psychotherapy and Psychosomatics, 26, 49-58.
- Smith, M-L., Glass, G. & Miller, T. (1980) The benefits of psychotherapy. Baltimore: The Johns Hopkins.
- Sullivan, H.S. (1953) Conceptions of modern psychiatry. New York: W. Norton.
- Swann, W.B.Jr. & Hill, C.A. (1982) When our identities are mistaken: Reaffirming self-conceptions through social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 59-66.
- Tedeschi, J.T. & Lindskold, S. (1976) Social psychology. New York: Wiley.
- Toivonen, M. (1981) Yhteiskunnallisen korkeakoulun ja Tampereen yliopiston byrokratisoituminen ja koon kasvu. Julkaisematon pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopiston sosiologian laitos.

- Truax, C.B. & Carkhuff, R.R. (1967) Toward effective counseling and psychotherapy. Training and practice. Chicago: Aldine.
- Vauhkonen, K., Alanen, Y.O., Enckell, M., Holmström, R., Karlsson, K.W., Stewen, A., Savonen, K., Hirvas, J. & Marin, M. (1969) The mental health on Finnish university students: A psychiatric study of a random sample of third and fourth year students. *Folia Psychiatrica Aboensia*, vol. 1, no 4.
- Whitley, J.O. (1979) Mental health of college students. *Journal of American College Health Association*, 28, 92-95.
- Whittington, H.G. (1963) *Psychiatry on the college campus*. New York: International University Press.
- Vuorinen, J. (1979) Korkeakoulujen itsehallinto. Turun yliopisto, sosiologian tutkimuksia, sarja B: 17.
- Vuorinen, R. (1986) Systeeminen lähestymistapa psykologiassa, osa 1. *Psykologia*, 21, 163-168.
- Wylie, R.C. (1961) The self-concept. A critical survey of pertinent research literature. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Wylie, R.C. (1968) The present status of self theory. Teoksessa E. Borgatta & W. Lambert (toim.) *Handbook of personality theory and research*. Chicago: Rand McNally, 756-769.
- Wylie, R.C. (1974) The self-concept, vol. I. A review of methodological considerations and measuring instruments. Lincoln: University of Nebraska Press, 17-29.
- Wylie, R.C. (1979) The self-concept, vol. I ja 2. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Väisänen, E. (1975) Mielenterveyden häiriöt Suomessa. Erityisesti maantieteellisiin ja sosiaalisiin tekijöihin kohdistuva vertaileva tutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja AL: 2.
- Yalom, I.D. (1980) *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Liite 1. TERAPIAPOTILAAN LOMAKE
YLIOPPILAIDEN TERVEYDENHOITOSÄÄTIÖ
PROSPEKTIIVINEN PSYKOTERAPIATUTKIMUS 1982
ASIAKKAAN LOMAKE

Hyvä opiskelija

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toimintaan kuuluu myös oman toiminnan arviointi. Eräs osa tätä tutkimuskokonaisuutta on psykoterapiatutkimus, joka on käynnistynyt vuoden 1982 alusta.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta olisi ensiarvoisen tärkeää, että vaivautuisit täyttämään oheisen tutkimuslomakkeen jokaisen kohdan. Samanlainen lomake tulee täytettäväksi riippumatta terapian pituudesta yhteensä 5 kertaa:

- Terapian alussa
- Terapian lopussa
- 1/2 v terapian alusta
- 2 v terapian alusta
- ja - 5 v terapian alusta

Tutkimusaineistoon kuuluvat kaikki vuoden 1982 aikana alkaneet terapiat säätiön suurimmilla terveydenhoitoasemilla.

Lomakkeen saat määräaikana joko terapeutiltasi tai postitse. Lomakkeen voit palauttaa mukana seuraavalla palautuskuorella suoraan säätiön johtajapsykiatrille. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja esitetään tilastollisessa muodossa. Terapeuttisi ei tule saamaan tietoa vastauksistasi.

Vaivannäöstäsi kiittäen

Timo Niemi, LKT, Dos.
Johtajapsykiatri
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

LOMAKKEEN TÄYTTÖPÄIVÄMÄÄRÄ:

ETU- JA SUKUNIMI SEKÄ
SOSIAALITURVATUNNUS

POSTIOSOITE
OPI SKELUPAIKKAKUNNALLE
KOTIPAIKKAKUNNALLE

IKÄ (vuosia)

SUKUPUOLI Mies _____ Nainen _____

SIVIILISÄÄTY Naimisissa _____ Naimaton _____
Avoliitto _____ Eronnut _____ Leski _____

TIEDEKUNTA, OPINTOSUUNTA, OSASTO (koodinnumeroilla 1-12) _____

01 Humanistiset	05 Matem.-luonnont.	09 Lääketieteet
02 Teknilliset	06 Yhteisk.-valtiot.	10 Kasvatustieteet
03 Kauppatieteet	07 Teologinen	11 Maatalous-metsät.
04 Taideaineet	08 Oikeustieteellinen	12 Muut (kieli-inst., lastentarhanop.ym)

YLIOPIILAAKSITULOVOUOSI:

OPINTOJEN ALKAMISAJANKOHTA NYKYISELLÄ OPINTOSUUNNALLASI (vuosi,
lukukausi):

SUORITETUT TUTKINNOT:

JOS OLET TYÖSSÄ PÄÄTOIMISESTI, MIKÄ ON AMMATTISI JA KAUANKO OLET OLLUT
NYKYISESSÄ TYÖPAIKASSASI:

TERAPIAN TÄMÄNHETKINEN VAIHE:

(Lomakkeen täyttöhetkellä) Terapia alussa _____
Terapian alusta kulunut 1/2 v _____
Terapian alusta kulunut 2 v _____
Terapian lopussa _____
Terapian alusta kulunut 5 v _____

KUVAILE ONGELMASI, JOTKA OVAT JOHTANEET HOITON HAKEUTUMISEEN:

OLETKO OLLUT MUUSSA PSYKOTERAPEUTTISESSA HOIDOSSA? Kyllä _____ Ei _____

Jos olet ollut niin milloin ja missä:

ONKO SINULLA ESIINTYNYT VIIMEKSI KULUNEEN VUODEN AIKANA

	ei lainkaan	ajoittain	usein
Päänsärkyä			
Huimausta			
Rintakipua			
Hengenahdistusta			
Vatsavaivoja			
Selkäkipuja			
Nivelkipuja			
Muita kipuja			
Unettomuutta			
Ahdistusta, tuskaisuutta			
Pelkotiloja			
Yksinäisyyden tunnetta			
Masennusta			
Ärttyneisyyttä			
Jännitystä seurassa			
Keskittymisvaikeuksia tai hajanaisuudentunnetta			
Avuttomuudentunnetta			
Kontaktivaikeutta			
Tulevaisuuden pelkoa			
Väsymystä			
Seksuaalisia vaikeuksia			
Pakkoajatuksia			
Kuolemaan liittyviä ajatuksia			
Itsemurha-ajatuksia			
Epäluuloisuutta			
Mustasukkaisuutta			
Ääniharhoja			

MINKÄLAISET VÄLIT SINULLA ON

	hyvät	melko hyvät	melko huonot	huonot	ei ole ketään
Vanhempiesi kanssa					
Sisarustesi kanssa					
Muiden sukulaistesi kanssa					
Seurustelukumppanin tai avo- tai aviopuolison kanssa					
Omien lasten kanssa					
Opiskelu- tai työtovereiden kanssa					
Toisen sukupuolen kanssa					
Oman sukupuolen kanssa					

	onnellista	melko onnellista	melko onnetonta	onnetonta
ONKO TÄMÄNHETKINEN ELÄMÄSI				
ONKO ELÄMÄSI TÄHÄN ASTI OLLUT				
MINKÄLAISEN ODOTAT TULEVAISUUDEN OLEVAN				

TUNNETKO ITSESI TERVEEKSI kyllä ___ ei ___

KUN TARKASTELET MENNYTTÄ ELÄMÄÄSI, MINKÄLAISEKSI SEN ARVIOIT

Ikäkausi	hyvin tasapainoinen	melko tasapainoinen	melko vaikea	hyvin vaikea
0 - 7 v				
8 - 12 v				
13 - 17 v				
18 v -				

VASTAA TÄSSÄ NUMEROLLA OHJEEN MUKAISESTI

- 1 = päivittäin
 2 = useita kertoja viikossa
 3 = kerran viikossa
 4 = 1-3 kertaa kuukaudessa
 5 = harvemmin
 6 = ei koskaan

KUINKA USEIN KESKIMÄÄRIN

Tapaat sukulaisia _____

Olet puhelinyhteydessä sukulaisten kanssa _____

Olet harrastustesi parissa _____

Käyt vierailulla ystävien ja tuttavien luona _____

Olet puhelinyhteydessä ystävien ja tuttavien kanssa _____

Luonasi käy vieraita _____

Käyt uskonnollisissa tilaisuuksissa _____

Käyt yhdistysten tms. kokouksissa _____

Käyt julkisissa näytöksissä (elokuvat, konsertit, teatteri) _____

Käyt julkisissa huvittelupaikoissa (ravintolat jne) _____

Käyt urheilukilpailuissa (urheilu, ravit jne) _____

Käytät alkoholijuomia _____

TUPAKOITKO kyllä _____ en _____

	hyvä	melko hyvä	melko huono	huono
OLIKO OPISKELUMENESTYKSESI KOULUSSA				
ONKO/OLIKO OPISKELUMENESTYKSESI YLIOPISTOSSA TAI KORKEAKOULUSSA				
ONKO MENESTYMISESI TYÖELÄMÄSSÄ				

EN TYÖSKENTELE TYÖELÄMÄSSÄ _____

VASTAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN JOLLAKIN VASTAUSVAIHTOEHDOSTA 1-4
KYSYMYKSEN PERÄSSÄ OLEVIEN VAIHTOEHTOJEN MUKAAN

Mitä tunnet terapeuttiasi kohtaan

(Jos terapiaa on päättynyt, mitä tunsit)

1 = vastenmielisyyttä 4 = erityistä mieltymystä _____

Kuinka hyvänä terapeuttina terapeuttiasi pidät (pidit)

1 = huonona 4 = erikoisen hyvänä _____

Kuinka hyvin terapeuttisi tuntuu (tuntui) ymmärtävän sinua

1 = heikosti 4 = erittäin hyvin _____

Kuinka hyvin ymmärrät (ymmärsit) terapeuttiasi

1 = heikosti 4 = erittäin hyvin _____

Tunnetko (tunsitko) olosi epämukavaksi terapiaistunnossa

1 = usein 4 = harvoin _____

Minkälaisena pidät (pidit) yhteistyötä terapeutin kanssa

1 = huonona 4 = erikoisen hyvänä _____

Onko terapiasta ollut tähän asti hyötyä

1 = haittaa, 2 = ei vaikutusta, 3 = jotain hyötyä,

4 = melkoisesti hyötyä, 5 = paljon hyötyä _____

Jos terapiasi vielä jatkuu, uskotko että siitä tulee
olemaan hyötyä

1 = haittaa, 2 = ei vaikutusta, 3 = jotain hyötyä,

4 = melkoisesti hyötyä, 5 = paljon hyötyä _____

Jatkuuko terapiasi edelleen kyllä _____ ei _____

Seuraavilla sivuilla on joukko henkilökohtaisia kysymyksiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Sinun tulisi lukea huolellisesti läpi kussakin lausesarjassa olevat vastausvaihtoehdot sekä sen jälkeen valita niistä YKSI, SINUA PARHAITEN KUVAAVA VAIHTOEHTO, jota vastaavan kirjaimen pyydämme ympyröimään.

Lausesarja

(1)

- A En ole surullinen
- B Tunnen itseni alakuloiseksi
- C Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä
- D Olen onneton ja se tuottaa minulle tuskaa
- E Olen niin onneton, etten kestä enää

(2)

- A En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti
- B Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- C Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- D Minusta tuntuu, etten koskaan pääse eroon huolistani
- E Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

(3)

- A En tunne epäonnistuneeni elämässä
- B Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- C Minusta tuntuu, etten ole saanut aikaan paljonkaan mainitsemisen arvoista
- D Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- E Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

(4)

- A En ole erityisen tyytymätön
- B Olen jatkuvasti hieman ikävystynyt
- C En nauti asioista samalla tavalla kuin ennen
- D Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
- E Olen täysin tyytymätön kaikkeen

(5)

- A En tunne itseäsi erityisemmin syylliseksi mihinkään
- B Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- C Minulla on syyllisyyden tunteita
- D Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- E Olen kerta kaikkiaan arvoton

(6)

- A Minua ei mielestäni rangaista
- B Minusta tuntuu, että jotain pahaa saattaisi tapahtua minulle
- C Tunnen, että minua rangaistaan tällä hetkellä
- D Tunnen, että ansaitseen rangaistukseni
- E Haluan, että minua rangaistaan

(7)

- A En ole pettynyt itseni suhteen
- B Olen pettynyt itseni suhteen
- C En pidä itsestäni
- D Minua inhottaa oma itseni
- E Vihaan itseäni

(8)

- A Minusta tuntuu, että olen yhtä hyvä kuin kuka muu tahansa
- B Suhtaudun melko arvostelevasti itseeni heikkouksieni ja erehdysten tähden
- C Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee vinoon"
- D Mielestäni minulla on liian monia huonoja puolia
- E Pidän itseäni täysin kelvottomana

(9)

- A En ole koskaan halunnut vahingoittaa itseäni
- B Olen joskus ajatellut vahingoittaa itseäni, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä
- C Minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
- D Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
- E Perheeni toimeentulo olisi parempi, jos olisin kuollut
- F Tekisin itsemurhan, jos vain voisin

(10)

- A En itke tavallista enempää
- B Itken nykyisin enemmän kuin ennen
- C Itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä
- D Ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi vaikka haluaisinkin

(11)

- A En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään
- B Ärsynnyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin
- C Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan
- D Asiat, jotka saivat minut ennen raivostumaan eivät enää ärsytä minua

(12)

- A Olen jatkuvasti kiinnostunut toisista ihmisistä
- B Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- C Olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
- D Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

(13)

- A Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
- B Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa
- C Nykyisin tarvitsen apua päätösten teossa
- D En pysty lainkaan tekemään ratkaisuja

(14)

- A Luulen, että ulkonäköni on pysynyt ennallaan
- B Pelkään näyttäväni vanhalta ja epämiellyttävältä
- C Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän rumalta
- D Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

- (15)
- A Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan
 - B Työn aloittaminen vaatii minusta ylimääräisiä ponnistuksia
 - C En enää pysty työskentelemään samoin kuin ennen
 - D Minun on väkisin pakotettava itseni työhön
 - E Minun on täysin mahdotonta tehdä mitään työtä

- (16)
- A Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
 - B Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
 - C Herään 1-2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen
 - D Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa

- (17)
- A En ole sen väsyneempi kuin tavallisesti
 - B Väsyn nopeammin kuin ennen
 - C Vähäinenkin työ väsyttää minua
 - D Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

- (18)
- A Ruokahaluni on ennallaan
 - B Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
 - C Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
 - D Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

(19)
huo-
maa +

- A Painoni on pysynyt ennallaan
- B Olen laihtunut enemmän kuin 2 kg
- C Olen laihtunut enemmän kuin 4 kg
- D Olen laihtunut enemmän kuin 6 kg

+ Mikäli painosi on lisääntynyt, niin älä vastaa yllä olevaan kysymyssarjaan lainkaan, vaan siirry seuraavaan 19 b sarjaan

(19 b)

- A Painoni on noussut enemmän kuin 2 kg
- B Painoni on noussut enemmän kuin 4 kg
- C Painoni on noussut enemmän kuin 6 kg

(20)

- A En ajattele terveyttäni tavallista enempää
- B Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyyn ja kipuun sekä muihin epämiellyttäviin tuntemuksiin itsessäni
- C Seuraan niin tarkasti, mitä tuntemuksia minulla on, ettei muille ajatuksille jää paljon aikaa
- D Terveyteni ja tuntemukseni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni

(21)

- A Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
- B Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestään
- C Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti pienempi kuin ennen
- D En ole enää lainkaan kiinnostunut sukupuolielämästä

MILLAINEN MINÄ OLEN?

Emme aina tule tarkoin miettineeksi, millaisia olemme omassa silmissämme. Joskus on hyvä luoda katsaus omaan olemukseemme. On ehkä vaikeata ilmaista toisille, millaisena itseämme pidämme. Siksi on alla ilmauksia, pääasiassa adjektiiveja, joiden avulla voit kuvata itseäsi. Teet rasteja sanojen välisille viivoille, sitä lähemmäksi jompaa kumpaa sanaa, mitä enemmän katsot sen sopivan tai kuvaavan juuri Sinua. Vastaa siis avoimesti, todella oman kantasi mukaan, älä sen mukaan, millainen haluaisit olla tai millaisena muut ehkä Sinua pitävät.

omaperäinen	_____	tavallinen
rauhallinen	_____	häilyvä
kestävä	_____	väsyvä
puheliias	_____	vähäpuheinen
lahjakas	_____	vähemmän lahjakas
huolimaton, suurpiirteinen	_____	huolellinen, tarkka
määräilevä	_____	alistuva
käytännöllinen	_____	teorettinen
ihmiskeskeinen	_____	asiakeskeinen
arka, asioita jännittävä	_____	rohkea, rennonpuoleinen
tunteellinen, lämmin	_____	älyllinen, viileä
tavanomainen, persoonaton	_____	erikoinen, persoonallinen
levoton	_____	tasainen
tarmoton	_____	tarmokas
vähäeleinen	_____	vilkas
vähemmän etevä	_____	etevä
kapea-alainen, suppea	_____	laaja-alainen, moninai-
työkenttä	_____	nen työkenttä
ujjo	_____	itsevarma
opillista lahjakkuutta,	_____	käytännön lahjakkuutta
lukupäättä	_____	

asiat tärkeitä	_____	ihmiset tärkeitä
tulevaisuuteen luottava	_____	tulevaisuutta pelkäävä, jännittävä
harkitseva, pääättelevä	_____	tunteenomainen, mielialan mukaan toimiva
monivivahteinen, värikäs	_____	väritön, lattea
pysyvä, muuttumaton	_____	helposti muutteleva, häilyvä
voimakas, luja	_____	heikko, kestävä
seuraa rakastava	_____	yksin viihtyvä
hyvin älykäs	_____	älyltäni vain keskitasoa
suurpiirteinen, vaikka epätasallinen	_____	pikkutarkka, täsmällinen
äänekäs	_____	hiljainen
mietiskelevä, ajatteleva	_____	toimiva, aikaansaapa
ihmisistä kiinnostunut	_____	enemmän asioista tai esi- neistä kiinnostunut
usein masentuva, surkea	_____	toiveikas, iloinen
tunnevaltainen	_____	asiavaltainen
tavanomaista lahjakkuutta omaava	_____	luovaa lahjakkuutta omaava
helposti kiihtyvä tai järkyttyvä	_____	mielenmalttini säilyttävä, viileä
haluton, laiskahko	_____	uttera, yritteliäs
yksin työskentelevä	_____	suuren joukon parissa työskentelevä
vaikea käsittää tai muistaa asioita	_____	nopeasti ymmärtävä, fiksu
yksityiskohtainen	_____	summittainen, suurpiir- teinen
epävarma, varovainen	_____	johtava, uskalias
toimelias, käytännöllinen	_____	lueskeleva, pohtiva
en halua ajatella erityisen paljon toisia ihmisiä	_____	haluan kiinnittää huomioni ennenkaikkea ihmisiin, heidän auttamiseensa
omaan menestymiseeni luottava	_____	epäonnistumista suht. paljon pelkäävä
viileän asiallinen, ilmiöitä tarkkaileva	_____	tunneherkkä, vaikutelmia vastaanottava

keksivää tai taiteellista
erityiskykyä

tasapainoinen, pysyvä

sitkeä, energinen

seurallinen, vaivattomasti
esiintyvä

huoleton, suuria linjoja
vetävä

ihmisiin vaikuttava,
määräilevä

helposti masentuva,
pettyvä

tunteen ja sydämen varassa
toimiva

tavanomainen, ei
poikkeava lahjakkuus

tasapainoni helposti
menettävä, muuttuva

kesken jättävä, väsyvä

syrjään vetäytyvä,
yksinäinen

perusteellinen, pikku-
seikkoihin kiinnittyvä

ihmisiä auttava, määräyk-
siä vastaanottava

aina varma ja iloinen

harkinnan ja päään varassa
toimiva

Liite 2. TERAPEUTIN LOMAKE

YLIOPPILAIKEN TERVEYDENHOITOSÄÄTIÖ
 PROSPEKTIIVINEN PSYKOTERAPIAN TUTKIMUS 1982

TERAPEUTIN LOMAKE

Hyvä säätien terapeutti

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätien toimintaan kuuluu myös oman toiminnan arviointi. Eräs osa tätä tutkimuskokonaisuutta on psykoterapiatutkimus, joka on käynnistynyt vuoden 1982 alusta.

Tutkimusaineistoon kuuluvat kaikki vuoden 1982 aikana alkaneet yksilöterapiat Helsingin, Espoon, Tampereen, Jyväskylän, Oulun ja Turun terveydenhoitoasemilla riippumatta terapian kestosta tai frekvenssistä. Tutkimus koskee vain psykiatrien ja terapia-psykologien potilaita. Potilaasta täytetään ensimmäisen kerran tutkimuslomake 3:nnella tapaamiskerralla, jolloin siis katsotaan terapia alkaneeksi. Myös sellainen potilas, jonka 1. ja/tai 2. tapaamiskerta sijoittuvat vuoden 1981 puolelle, kuuluu tutkimusaineistoon. Samoin, jos potilaalla on ollut aikaisemmin harvoja, satunnaisia käyntejä ja nyt aletaan säännöllisempi terapia, kuuluu potilas aineistoon.

Tätä samaa lomaketta täytetään seuraavissa vaiheissa:

- | | | |
|---|---|------------------|
| 1 | Terapian alussa (3:nnella kerralla) | sivut 1-3 ja 5-6 |
| 2 | Terapian lopussa | sivut 3-6 |
| 3 | 1/2 v terapian alusta (mikäli terapia vielä jatkuu) | sivut 5-6 |
| 4 | 2 v terapian alusta (mikäli terapia vielä jatkuu) | sivut 5-6 |

1:n täyttökerran jälkeen kopio lomakkeesta lähetetään johtajapsykiatrilille alkuperäisten jäädessä sairauskertomuksen väliin, kunnes terapia on loppunut, jolloin se lähetetään johtajapsykiatrilille. Terapeutin velvollisuus on huolehtia siitä, että potilas saa oman lomakkeensa täytettäväksi terapian alussa ja terapian lopussa. Potilas lähettää oman lomakkeensa suoraan johtajapsykiatrilille. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja esitetään tilastollisessa muodossa. Ohessa seuraa myös malliksi täytetty lomake.

Vaivannäöstä kiittäen

Timo Niemi
 Johtajapsykiatri

POTILAAN NIMI JA
 SOSIAALITURVATUNNUS _____
 TERAPEUTTI _____
 TERVEYDENHOITOASEMA _____
 TERAPIAN ALKAMISPÄIVÄMÄÄRÄ _____

POTILASMUUTTUJAT (terapian alkaessa)

IKÄ (vuosia) _____
 SUKUPUOLI mies _____ nainen _____
 SIVIILISÄÄTY naimisissa _____ naimaton _____
 avoliitto _____ eronnut _____ leski _____

TIEDEKUNTA, OPINTOSUUNTA, OSASTO (koodinumerolla 01-12) _____

01 Humanistiset	05 Matem.-luonnontiet.	09 Lääketieteet
02 Teknilliset	06 Yhteisk.-valtiot.	10 Kasvatustieteet
03 Kauppatieteet	07 Teologinen	11 Maat.-metsät.
04 Taideaineet	08 Oikeustiet.	12 Muut (kieli-inst., lastentarhaop. ym.)

YLIOPIILAAKSITULOVOUOSI _____

OPINTOJEN ALKAMISAJANKOHTA NYKYISELLÄ OPINTOSUUNNALLA (vuosi,
 lukukausi) _____

SUORITETUT TUTKINNOT _____

AIKAISEMMAT PSYKIATRISET HOIDOT/TERAPIAT:

ALKUTILANNE (tämä sivu täytetään vain terapian alussa)

POTILAAN ESITTÄMÄT ONGELMAT, JOTKA JOHTANEET HOITOOON HAKEUTUMISEEN

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

TERAPEUTIN ARVIOIMAT ONGELMAT

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

PROGNOOSI (arviosi terapian yleisestä tuloksellisuudesta terapian alussa)

huono 1 2 3 4 5 hyvä

TERAPIAN LOPPUMINEN

(tämä sivu täytetään vain terapian lopussa)

Loppumispäivämäärä _____

Käyntikertoja yhteensä _____

TERAPIAN PÄÄTTYMINEN:

Yhteisestä sopimuksesta _____

Keskeytynyt pot. johtuen _____

Keskeytynyt ter. johtuen _____

JATKOHOITO (jos jatkohoitoa, selvitä mitä ja missä)

Säätiöllä _____

Muualla _____

Ei jatkohoitoa _____

TYÖNOHJAUS

Oletko saanut työnohjausta tähän potilaaseen

säännöllisesti _____

satunnaisesti _____

en lainkaan _____

POTILASMUUTTUJAT

Asteikko 1-4:ään

1 = vaikeasti häiriintynyt

2 = kohtalaisen häiriintynyt

3 = lievästi häiriintynyt

4 = ei häiriötä

	terapian alussa pvm()	terapian jatkuttua 1/2 v pvm()	terapian jatkuttua 2 v pvm()	terapian lopus pvm()
1. ITSETUNTO (itsetuntemus, itsen hyväksyntä, minäkuvan selkeys, tiedostuneisuus ja vahvuus)				
2. ITSETOTEUTUS (kyky toteuttaa itseään ja voimavarojaan, kasvaa, kehittyä, olla oma itsensä)				
3. INTEGRAATIO (voimien harmonia, yhtenäisyys, pitkäjänteisyys, stressin sietokyky, turhautoleranssi)				
4. TODELLISUUSTAJU (vapaus tarvepainevääritymistä, empatia, kyky sos.kanssakäymiseen)				
5. AUTONOMIA (riippumattomuus, itsenäisyys, sisäohjattavuus, itseriittoisuus, omaehtoisuus)				
6. YMPÄRISTÖN HALLINTA (leikkiä, tehdä työtä, saada aikaan, sopeutua, vaikuttaa)				
7. SEKSUAALIELÄMÄ (kokemukset, kontaktikyky, suhteiden tyydyttävyyttä)				
8. DIAGNOOSI (säätiön luokitus)				
9. OPINTOMENESTYS 1 = heikko 2 = alle keskitason 3 = yli keskitason 4 = hyvä				
10. HARRASTUSAKTIVITEETIT 1 = heikot, olemattomat 2 = keskitasoista vähäisemmät 3 = keskitasoa vilkkaamat/ intensiiviset/tyydyttävät 4 = erityisen vilkkaat/monipuoliset/intensiiviset/tyydyttävät				

TERAPIASUHDEMUUTTUJAT

	terapian alussa pvm()	terapian jatkuttua 1/2 v pvm()	terapian jatkuttua 2 v pvm()	terapian lopussa pvm()
1 POTILAASTA PITÄMINEN				
a) Tuntuuko potilas sinusta 1 = epämiellyttävä ... 4 = hyvin miellyttävä				
b) Tunnetko olosi epämukavaksi 1 = joka istunnon aikana ... 4 = en koskaan				
c) Potilaan kiinnostavuus 1 = epäkiinnostava ... 4 = kiintoisa				
2 POTILAAN SOPIVUUS TERAPIAAN				
a) Kuinka sopiva potilas on terapiaan 1 = mahdoton... 4 = erin- omaisen sopiva				
b) Kuinka hyvin potilas tuntuu ymmärtävän sinua 1 = heikosti ... 4 = erittäin hyvin				
c) Kuinka hyvin ymmärrät potilasta 1 = heikosti ... 4 = erittäin hyvin				
3 POTILAAN ASENNE TERAPEUTTIA KOHTAAN				
a) Mitä potilas tuntee sinua kohtaan 1 = vastenmielisyyttä ... 4 = erityistä mieltymystä				
b) Kuinka ko'operoiva poti- las on 1 = ei lainkaan ... 4 = erityisen ko'operoiva				
c) Kuinka hyvänä terapeuttina potilas sinua pitää 1 = huonona ... 4 = erikoisen hyvänä				
d) Kuinka motivoituneelta potilas vaikuttaa 1 = ei yhtään ... 4 = erittäin				
YLEISTILANNE (verrattuna alkutil.) 5 = edistytty erinomaisesti 4 = edistytty melkoisesti 3 = jotain muutosta 2 = tuskin mitään 1 = taantumisen epäonnistuminen				

YLIOPILAIDEN TERVEYDENHOITOSÄÄTIÖ
PROSPEKTIIVINEN PSYKOTERAPIATUTKIMUS 1982
VERTAILURYHMÄN LOMAKE

Hyvä opiskelija

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toimintaan kuuluu myös oman toiminnan arviointi. Eräs osa tätä tutkimuskokonaisuutta on psykoterapiatutkimus, joka on käynnistynyt vuoden 1982 alusta.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että saamme tietoutta myös opiskelijaväestöstä yleensä. Sinä kuulut tähän ns. vertailuryhmään, joka muodostuu tietynä aikana säätiön hammashoitopalveluja käyttäneistä opiskelijoista. Tämän takia olisi ensiarvoisen tärkeää, että vaivautuisit täyttämään oheisen tutkimuslomakkeen jokaisen kohdan. Samanlainen lomake tulee täytettäväksi yhteensä 4 eri kertaa

- ns. 0-hetkellä
 - 1/2 v kuluttua
 - 2 v kuluttua
- ja - 5 v kuluttua

Lomakkeen saat määräaikana postitse. (paitsi 1. kerralla hammashoidon yhteydessä).

Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja esitetään tilastollisessa muodossa.

Vaivannäöstäsi kiittäen

Timo Niemi, LKT, Dos.
Johtajapsykiatri
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

 LOMAKKEEN TÄYTTÖPÄIVÄMÄÄRÄ:

 ETU- JA SUKUNIMI SEKÄ
 SOSIAALITURVATUNNUS

 POSTIOSOITE
 OPISKELUPAIKKAKUNNALLE
 KOTIPAIKKAKUNNALLE

 IKÄ (vuosia)

SUKUPUOLI

Mies

 Nainen

SIVIILISÄÄTY

Naimisissa ____

Naimaton ____

Avoliitto ____

Eronnut ____

 Leski ____

TIEDEKUNTA, OPINTOSUUNTA, OSASTO (koodinumeroilla 1-12) _____

01 Humanistiset

05 Matem.-luonnont.

09 Lääketieteet

02 Teknilliset

06 Yhteisk.-valtiot.

10 Kasvatustiede

03 Kauppatieteet

07 Teologinen

11 Maatalous-metsät.

04 Taideaineet

08 Oikeustieteellinen

 12 Muut (kieli-inst.,
 lastentarhaop.ym)

 YLIOPIILAAKSITULOVOUOSI:

 OPINTOJEN ALKAMISAJANKOHTA NYKYISELLÄ OPINTOSUUNNALLASI (vuosi,
 lukukausi):

 SUORITETUT TUTKINNOT:

 JOS OLET TYÖSSÄ PÄÄTOIMISESTI MIKÄ ON AMMATTISI JA KAUANKO OLET OLLUT
 NYKYISESSÄ TYÖPAIKASSASI:

OLETKO OLLUT PSYKOTERAPEUTTISESSA HOIDOSSA? Kyllä ____ Ei ____

 Jos olet niin milloin ja missä?

ONKO SINULLA ESIINTYNYT VIIMEKSI KULUNEEN VUODEN AIKANA

	ei lainkaan	ajoittain	usein
Päänsärkyä			
Huimausta			
Rintakipua			
Hengenahdistusta			
Vatsavaivoja			
Selkkipu			
Nivelkipuja			
Muita kipuja			
Unettomuutta			
Ahdistusta, tuskaisuutta			
Pelkotiloja			
Yksinäisyyden tunnetta			
Masennusta			
Ärtynisyyttä			
Jännitystä seurassa			
Keskittymisvaikeuksia tai hajanaisuudentunnetta			
Avuttomuudentunnetta			
Kontaktivaikeutta			
Tulevaisuuden pelkoa			
Väsymystä			
Seksuaalisia vaikeuksia			
Pakkoajatuksia			
Kuolemaan liittyviä ajatuksia			
Itsemurha-ajatuksia			
Epäluuloisuutta			
Mustasukkaisuutta			
Ääniharhoja			

MINKÄLAISET VÄLIT SINULLA ON

	hyvät	melko hyvät	melko huonot	huonot	ei ole ketään
Vanhempiesi kanssa					
Sisarustesi kanssa					
Muiden sukulaistesi kanssa					
Seurustelukumppanin tai avo- tai aviopuolison kanssa					
Omien lasten kanssa					
Opiskelu- tai työtovereiden kanssa					
Toisen sukupuolen kanssa					
Oman sukupuolen kanssa					

	onnellista	melko onnellista	melko onnetonta	onnetonta
ONKO TÄMÄNHETKINEN ELÄMÄSI				
ONKO ELÄMÄSI TÄHÄN ASTI OLLUT				
MINKÄLAISEN ODOTAT TULEVAISUUDEN OLEVAN				

TUNNETKO ITSESI TERVEEKSI kyllä ___ ei ___

KUN TARKASTELET MENNYTTÄ ELÄMÄÄSI, MINKÄLAISEKSI SEN ARVIOIT

ikäkausi	hyvin tasapainoinen	melko tasapainoinen	melko vaikea	hyvin vaikea
0 - 7 v				
8 - 12 v				
13 - 17 v				
18 v -				

VASTAA TÄSSÄ NUMEROLLA OHJEEN MUKAISESTI

- 1 = päivittäin
 2 = useita kertoja viikossa
 3 = kerran viikossa
 4 = 1-3 kertaa kuukaudessa
 5 = harvemmin
 6 = ei koskaan

KUINKA USEIN KESKIMÄÄRIN

Tapaat sukulaisia _____

Olet puhelinyhteydessä sukulaisten kanssa _____

Olet harrastustesi parissa _____

Käyt vierailulla ystävien ja tuttavien luona _____

Olet puhelinyhteydessä ystävien ja tuttavien kanssa _____

Luonasi käy vieraita _____

Käyt uskonnollisissa tilaisuuksissa _____

Käyt yhdistysten tms. kokouksissa _____

Käyt julkisissa näytöksissä (elokuvat, konsertit, teatteri) _____

Käyt julkisissa huvittelupaikoissa (ravintolat jne) _____

Käyt urheilukilpailuissa (urheilu, ravit jne) _____

Käytät alkoholijuomia _____

TUPAKOITKO kyllä _____ en _____

	hyvä	melko hyvä	melko huono	huono
OLIKO OPISKELUMENESTYKSESI KOULUSSA				
ONKO/OLIKO OPISKELUMENESTYKSESI YLIOPISTOSSA TAI KORKEAKOULUSSA				
ONKO MENESTYMISESI TYÖELÄMÄSSÄ				

EN TYÖSKENTELE TYÖELÄMÄSSÄ _____

Seuraavilla sivuilla on joukko henkilökohtaisia kysymyksiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Sinun tulisi lukea huolellisesti läpi kussakin lausesarjassa olevat vastausvaihtoehdot sekä sen jälkeen valita niistä YKSI, SINUA PARHAITEN KUVAAVA VAIHTOEHTO, jota vastaavan kirjaimen pyydämme ympyröimään.

Lausesarja

(1)

- A En ole surullinen
- B Tunnen itseni alakuloiseksi
- C Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä
- D Olen onneton ja se tuottaa minulle tuskaa
- E Olen niin onneton, etten kestä enää

(2)

- A En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti
- B Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- C Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- D Minusta tuntuu, etten koskaan pääse eroon huolistani
- E Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

(3)

- A En tunne epäonnistuneeni elämässä
- B Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- C Minusta tuntuu, etten ole saanut aikaan paljonkaan mainitsemisen arvoista
- D Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- E Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

(4)

- A En ole erityisen tyytymätön
- B Olen jatkuvasti hieman ikävystynyt
- C En nauti asioista samalla tavalla kuin ennen
- D Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
- E Olen täysin tyytymätön kaikkeen

(5)

- A En tunne itseäsi erityisemmin syylliseksi mihinkään
- B Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- C Minulla on syyllisyyden tunteita
- D Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- E Olen kerta kaikkiaan arvoton

(6)

- A Minua ei mielestäni rangaista
- B Minusta tuntuu, että jotain pahaa saattaisi tapahtua minulle
- C Tunnen, että minua rangaistaan tällä hetkellä
- D Tunnen, että ansaitsen rangaistukseni
- E Haluan, että minua rangaistaan

(7)

- A En ole pettynyt itseni suhteen
- B Olen pettynyt itseni suhteen
- C En pidä itsestäni
- D Minua inhottaa oma itseni
- E Vihaan itseäni

(8)

- A Minusta tuntuu, että olen yhtä hyvä kuin kuka muu tahansa
- B Suhtaudun melko arvostelevasti itseni heikkouksieni ja erehdysten tähden
- C Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee vinoon"
- D Mielestäni minulla on liian monia huonoja puolia
- E Pidän itseäni täysin kelpottomana

(9)

- A En ole koskaan halunnut vahingoittaa itseäni
- B Olen joskus ajatellut vahingoittaa itseäni, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä
- C Minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
- D Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
- E Perheeni toimeentulo olisi parempi, jos olisin kuollut
- F Tekisin itsemurhan, jos vain voisin

(10)

- A En itke tavallista enempää
- B Itken nykyisin enemmän kuin ennen
- C Itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä
- D Ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi vaikka haluaisinkin

(11)

- A En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään
- B Ärsyynyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin
- C Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan
- D Asiat, jotka saivat minut ennen raivostumaan eivät enää ärsytä minua

(12)

- A Olen jatkuvasti kiinnostunut toisista ihmisistä
- B Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- C Olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
- D Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

(13)

- A Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
- B Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa
- C Nykyisin tarvitsen apua päätösten teossa
- D En pysty lainkaan tekemään ratkaisuja

(14)

- A Luulen, että ulkonäköni on pysynyt ennallaan
- B Pelkään näyttäväni vanhalta ja epämiellyttävältä
- C Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän rumalta
- D Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

- (15)
- A Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan
 - B Työn aloittaminen vaatii minusta ylimääräisiä ponnistuksia
 - C En enää pysty työskentelemään samoin kuin ennen
 - D Minun on väkisin pakotettava itseni työhön
 - E Minun on täysin mahdotonta tehdä mitään työtä

- (16)
- A Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
 - B Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
 - C Herään 1-2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen
 - D Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa

- (17)
- A En ole sen väsyneempi kuin tavallisesti
 - B Väsyn nopeammin kuin ennen
 - C Vähäinenkin työ väsyttää minua
 - D Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

- (18)
- A Ruokahaluni on ennallaan
 - B Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
 - C Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
 - D Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

(19)
huo-
maa +

- A Painoni on pysynyt ennallaan
- B Olen laihtunut enemmän kuin 2 kg
- C Olen laihtunut enemmän kuin 4 kg
- D Olen laihtunut enemmän kuin 6 kg

+ Mikäli painosi on lisääntynyt, niin älä vastaa yllä olevaan kysymyssarjaan lainkaan, vaan siirry seuraavaan 19 b sarjaan

(19 b)

- A Painoni on noussut enemmän kuin 2 kg
- B Painoni on noussut enemmän kuin 4 kg
- C Painoni on noussut enemmän kuin 6 kg

(20)

- A En ajattelen terveyttäni tavallista enempää
- B Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyyn ja kipuun sekä muihin epämiellyttäviin tuntemuksiin itsessäni
- C Seuraan niin tarkasti, mitä tuntemuksia minulla on, ettei muille ajatuksille jää paljon aikaa
- D Terveyteni ja tuntemukseni ajattelu on kokonaan vallannut mieleni

(21)

- A Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
- B Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestään
- C Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti pienempi kuin ennen
- D En ole enää lainkaan kiinnostunut sukupuolielämästä

MILLAINEN MINÄ OLEN?

Emme aina tule tarkoin miettineeksi, millaisia olemme omassa silmissämme. Joskus on hyvä luoda katsaus omaan olemukseemme. On ehkä vaikeata ilmaista toisille, millaisena itseämme pidämme. Siksi on alla ilmauksia, pääasiassa adjektiiveja, joiden avulla voit kuvata itseäsi. Teet rasteja sanojen välisille viivoille, sitä lähemmäksi jompaa kumpaa sanaa, mitä enemmän katsot sen sopivan tai kuvaavan juuri Sinua. Vastaa siis avoimesti, todella oman kantasi mukaan, älä sen mukaan, millainen haluaisit olla tai millaisena muut ehkä Sinua pitävät.

omaperäinen	_____	tavallinen
rauhallinen	_____	häilyvä
kestävä	_____	väsyvä
puheliias	_____	vähäpuheinen
lahjakas	_____	vähemmän lahjakas
huolimaton, suurpiirteinen	_____	huolellinen, tarkka
määräilevä	_____	alistuva
käytännöllinen	_____	teoreettinen
ihmiskeskeinen	_____	asiakeskeinen
arka, asioita jännittävä	_____	rohkea, rennonpuoleinen
tunteellinen, lämmin	_____	älyllinen, viileä
tavanomainen, persoonaton	_____	erikoinen, persoonallinen
levoton	_____	tasainen
tarmoton	_____	tarmokas
vähäeleinen	_____	vilkas
vähemmän etevä	_____	etevä
kapea-alainen, suppea työkenttä	_____	laaja-alainen, moninainen työkenttä
ujjo	_____	itsevarma
opillista lahjakkuutta, lukupäätä	_____	käytännön lahjakkuutta

asiat tärkeitä	_____	ihmiset tärkeitä
tulevaisuuteen luottava	_____	tulevaisuutta pelkäävä, jännittävä
harkitseva, pääättelevä	_____	tunteenomainen, mielialan mukaan toimiva
monivivahteinen, värikäs	_____	väritön, lattea
pysyvä, muuttumaton	_____	helposti muutteleva, häilyvä
voimakas, luja	_____	heikko, kestämatön
seuraa rakastava	_____	yksin viihtyvä
hyvin älykäs	_____	älyltäni vain keskitasoa
suurpiirteinen, vaikka epätäsmällinen	_____	pikkutarkka, täsmällinen
äänekäs	_____	hiljainen
mietiskelevä, ajatteleva	_____	toimiva, aikaansaapa
ihmisistä kiinnostunut	_____	enemmän asioista tai esi- neistä kiinnostunut
usein masentuva, surkea	_____	toiveikas, iloinen
tunnevaltainen	_____	asiavaltainen
tavanomaista lahjakkuutta omaava	_____	luovaa lahjakkuutta omaava
helposti kiihtyvä tai järkyttyvä	_____	mielenmalttini säilyttä- vä, viileä
haluton, laiskahko	_____	uuttera, yritteliäs
yksin työskentelevä	_____	suuren joukon parissa työskentelevä
vaikea käsittää tai muistaa asioita	_____	nopeasti ymmärtävä, fiksu
yksityiskohtainen	_____	summittainen, suurpiir- teinen
epävarma, varovainen	_____	johtava, uskalias
toimelias, käytännöllinen	_____	lueskeleva, pohtiva
en halua ajatella erityisen paljon toisia ihmisiä	_____	haluan kiinnittää huomioni ennenkaikkeaa ihmisiin, heidän auttamiseensa
omaa menestymiseeni luottava	_____	epäonnistumista suht. paljon pelkäävä
viileän asiallinen, ilmiöitä tarkkaileva	_____	tunneherkkä, vaikutelmia vastaanottava.

keksivää tai taiteellista
erityiskykyä

tasapainoinen, pysyvä

sitkeä, energinen

seurallinen, vaivattomasti
esiintyvä

huoleton, suuria linjoja
vetävä

ihmisiin vaikuttava,
määräilevä

helposti masentuva,
pettyvä

tunteen ja sydämen varassa
toimiva

tavanomainen, ei
poikkeava lahjakkuus

tasapainoni helposti
menettävä, muuttuva

kesken jättävä, väsyvä

syrjään vetäytyvä,
yksinäinen

perusteellinen, pikku-
seikkoihin kiinnittyvä

ihmisiä auttava, määräyk-
siä vastaanottava

aina varma ja iloinen

harkinnan ja pään varassa
toimiva

Liite 4. LOG-LINEAARINEN MALLI KONTINGENSSTAUJEN ANALYYSISSÄ

Yleinen lähtökohta log-lineaaristen mallien käytölle on, että tutkimusongelmasta johdettavat mielekkäät työhypoteesit H_1, \dots, H_l voidaan työstää log-lineaariseksi malleiksi. Kontingenssitaulujen tapauksessa hypoteesilla (H_i) johdetaan hypoteesia vastaavat ennusteet $\eta_{jk, \dots, l}$ kaikille kokoa $J \times K \times \dots \times L$ olevan kontingenssitaulun frekvenssiluvuille, jotka on ensin logaritmisoitu luvuiksi $\log Y_{jk, \dots, l}$. Aineistoon hyvin sopiva malli onkin sellainen, jossa ennusteet ja havaitut frekvenssiluvut vastaavat mahdollisimman hyvin toisiaan kaikissa kontingenssitaulun soluissa.

Tilastollista analyysiä varten hypoteesilla (H_i) johdettu malli parametrizoi tutkittavien muuttujien väliset yhteydet. Esimerkiksi kaksiulotteisessa kontingenssitaulussa muuttujilla voi olla oma- ja yhdysvaikutuksia, jolloin malli laajimmillaan on muotoa,

$$\eta_{jk} = \log E(Y_{jk}) = \mu + \alpha_j + \beta_k + (\alpha\beta)_{jk}. \quad (4.1.)$$

Malli on parametrien suhteen lineaarinen, josta myös sen nimi, log-lineaarinen, johtuu. Malli on analoginen esimerkiksi varianssianalyysin kahden tekijän yleiselle lineaariselle mallille.

Kaksisuuntaisissa kontingenssitauluissa on mahdollista testata neljää sisäkkäistä log-lineaarista mallia. Yksinkertaisimmassa mallissa on estimoitavana vain yksi parametri ns. vakio-termi, joka on sama kuin yleiskeskisarvo (μ). Tässä mallissa siis kaikki muuttujien erillisvaikutukset ja yhdysvaikutukset ovat nollija eli malli vastaa hypoteesia, että havainto voi yhtä todennäköisesti joutua mihin tahansa soluun (j, k). Seuraavassa mallissa lisätään vakiomalliin jomman kumman muuttujan omavaikutus eli toinen muuttujista (mallissa mukana oleva) vaikuttaa havaintojen jakautumiseen soluihin, kun taas toisella muuttujalla (poissa mallista) ei ole vaikutusta. Kolmannessa mahdollisessa mallissa ovat molempien muuttujien omat vaikutukset mukana. Tämä malli pohjautuu hypoteesiin, että toisen muuttujan luokat ovat yhtä todennäköisiä toisen muuttujan tasolla eli havaintojen jakautumisessa soluihin ei ole muuttujien välistä riippuvuutta. Neljänteen mahdolliseen malliin, jota nimitetään saturoiduksi tai kyllästetyksi malliksi, on lisätty muuttujien

yhdysvaikutustermi mukaan (ks. malli 4.1.).

Jos muuttujien välillä on yhdysvaikutusta, on mallin tulkin-
nan kannalta mielenkiintoista tukia, minkä suuntaista ja -laa-
tuista muuttujien välinen riippuvuus on. Tätä voidaan testata
ns. yhdysvaikutusvektoreiden avulla, edellyttäen, että muuttu-
jien luokkavälit voidaan ajatella yhtäsuuriksi. Näitä sovite-
taan riippumattomuusmalliin logaritmisessa skaalassa. Jos mal-
lista tulee yhdysvaikutusvektorin lisäämisen jälkeen riittävä,
voidaan muuttujien välisen riippuvuuden olettaa olevan malliin
sovitetun vektorin suuntaista (Agresti 1984).

Log-lineaarisen mallin sovittamisessa käytetty jakauma on
jokin seuraavista: Poisson-jakauma, multinomiaalijakauma ja tu-
lomultinomiaalijakauma. Voidaan osoittaa, että varsin yleisin
ehdoin tässä tutkimuksessa sovellettu suurimman uskottavuuden
estimointimenetelmä ja uskottavuusosamäärään perustuva testaus
antavat saman tuloksen kaikkien edellämainittujen jakaumien ta-
pauksessa. Tämän vuoksi voidaan mallin sovittamista varten käy-
tetyin jakauman katsoa olevan tässä Poisson-jakauman. Esimerkik-
si kaksisuuntaisessa kontingenssitaulussa solufrekvensseistä Y_{jk}
oletetaan siten, että ne ovat toisistaan riippumattomia
muuttujia ja noudattavat Poisson-jakaumaa.

Laskentatekniset vaiheet on tässä tutkimuksessa toteutettu
GLIM-valmisohjelmalla, joka tulostaa mallisovitteista paramet-
rien SU-estimaatit, Y_{jk} :ten odotusarvot, jäännökset, testisuu-
reet (SD) ja vapausasteet. Esimerkiksi kaksiulotteiselle kon-
tingenssitaululle testisuure

$$SD = 2 \sum_j \sum_k [Y_{jk} (\log Y_{jk} - \eta_{jk})] \quad (4.2.)$$

Jos malli sopii aineistoon, on SD:n asymptoottinen jakauma χ^2
-jakauma sillä vapausasteella, joka saadaan laskemalla kontin-
genssitaulun solujen lukumäärän ja estimoitavien parametrien
lukumäärän erotus. Jos malli siis sopii aineistoon, on SD:n ar-
vo pienempi kuin vastaava χ^2 -taulun arvo halutulla merkitse-
vyystasolla. Merkitsevyytaso voidaan määrätä aina mallikohtai-
sesti eli se voi vaihdella eri kontingenssitaulukoiden tarkas-
teluissa. Mallin hyvä sopivuus edellyttää myös, että jäännök-
sissä ei esiinny mitään säännönmukaisuutta eikä standarnoiduis-
sa jäännöksissä erityisen suuria arvoja (ohjeellinen yläraja
/2/).

Liite 5a. OIREISSA TAPAHTUNEIDEN MUUTOSTEN VÄLISET KORRELAATIOIOT

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
22. Päänsärkyä	1.00																												
23. Huimausta	.14*	1.00																											
24. Rintakipua	.00	.23**	1.00																										
25. Hengenahdist.	.13	.07	.16*	1.00																									
26. Vatsavaivoja	.14*	.13	.15*	.05	1.00																								
27. Selkäkipuja	.02	-.06	-.03	.02	.12	1.00																							
28. Nivelkipuja	.08	.03	.04	-.03	.16*	.16*	1.00																						
29. Muita kipuja	.03	.05	.03	.05	-.05	.05	.11	1.00																					
30. Unettomuutta	.17*	.24**	.14*	-.07	.21**	-.03	.04	.04	1.00																				
31. Ahdistusta	-.04	.18**	.16*	.00	.16*	-.06	-.00	.07	.26**	1.00																			
32. Pelkotiloja	-.01	.15*	.28***	.03	.06	.09	.17*	.07	.12	.37***	1.00																		
33. Yksin.tunnetta	-.07	.18**	.12	.03	.07	.02	-.01	.13	.22**	.41***	.40***	1.00																	
34. Häsävasta	.01	.10	.11	.05	.13	.12	.08	.07	.22**	.30***	.40***	.40***	1.00																
35. Ärtäisyyttä	.09	.03	-.05	.09	-.05	.06	.05	.20**	-.02	-.00	.22**	.06	.26***	1.00															
36. Jännitystä	-.02	.03	.11	.02	-.00	.05	.11	.14*	.16*	.23**	.34***	.38***	.32***	.10	1.00														
37. Keskeytymisvaik.	.10	.01	.14*	-.00	.15*	.0*	.04	.17*	.24**	.36***	.23**	.31***	.31***	.13*	.30***	1.00													
38. Avuttom.tunne	.04	.05	.04	.05	.15*	.08	.06	.05	.03	.27**	.40***	.35***	.44***	.18**	.33***	.33***	1.00												
39. Kontaktivaik.	-.08	.12	.09	.16*	-.00	-.01	.05	.30***	.13*	.24**	.32***	.34***	.17*	.15*	.38***	.24**	.32***	1.00											
40. Tulev.pelkoa	.08	-.05	.06	-.01	.08	-.05	-.01	.01	.01	.17*	.28***	.16*	.30***	.18*	-.00	.12	.44***	.15*	1.00										
41. Väsymystä	.14*	.07	.07	.03	.11	-.01	-.01	-.14*	.16*	.30***	.36***	.24**	.32***	.22**	.19**	.32***	.35***	.32***	.35***	1.00									
42. Seks.vaik.	.06	.11	.05	.02	.10	.00	.05	.05	.08	.09	.06	.04	.22**	.20**	.07	.24**	.13*	.09	.07	.11	1.00								
43. Pakkoajatuksia	.04	.05	.04	.08	.04	-.02	.01	.06	.08	.21**	.28***	.21**	.19**	.18*	.10	.34***	.25***	.12	.12	.19*	.23**	1.00							
44. Kuoleman ajat.	.11	.01	.12	.05	.15*	.07	-.06	.07	.04	.19**	.23**	.21**	.12	.11	.09	.22**	.21**	.09	.15*	.15*	.23**	.26***	1.00						
45. Itsemarha-ajat.	.07	.14*	.14*	-.07	.05	-.15*	-.06	.09	.14*	.32***	.22**	.26***	.21**	.09	.23**	.22**	.20**	.18**	.09	.27***	.20**	.21**	.43***	1.00					
46. Epäluuloisuutta	.02	.01	.13	-.01	.22**	-.02	.06	.03	.15*	.14*	.27***	.31***	-.03	-.04	.22**	.19**	.14*	.21**	.04	.11	.06	.10	.27***	.38***	1.00				
47. Mustasukkaisuutt.	.10	.11	.11	-.01	.10	-.09	-.13*	.01	.30***	.03	.13*	.15*	.11	.06	.02	.12	.05	.07	.01	.16*	.16*	.16*	.15*	.17*	.34***	1.00			
48. Ääniharjoja	-.01	.07	.01	.04	.08	.06	-.04	.03	.00	.04	.06	.14*	.06	.05	.12	.17*	.12	.16*	.01	.05	.17*	.13*	.17*	.10	.06	.12	1.00		

Liite 5b. MINÄKUVAMUUTOSMUUTTUJIEN VÄLISET SISÄISET KORRELAATIOT

Muuttuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Originellius	1.00										
2. Stabiilius	.44***	1.00									
3. Tarmo	.16*	.05	1.00								
4. Ulospäinsuunt.	.30***	.25***	.16*	1.00							
5. Lahjakuus	.37***	.14*	.27***	.24**	1.00						
6. Kapea-alaisuus	.03	-.08	.05	-.04	.04	1.00					
7. Sos.dominanssi	.19**	.11	.20**	.29***	.29***	.02	1.00				
8. Teoreettisuus	-.03	-.05	-.13*	-.29***	-.05	-.01	-.22**	1.00			
9. Ihmiskeskeisyys	.10	.24**	-.07	.28***	.09	-.15*	.05	-.17*	1.00		
10. Psykastenia	-.18**	-.13*	-.35***	-.23**	-.32***	-.06	-.39***	.19**	-.01	1.00	
11. Rationaalisuus	-.09	-.08	.26***	-.14*	.14*	.19**	.07	.10	-.32***	-.20**	1.00

Liite 6. TERAPEUTIN ARVIOIMAT ONGELMAT

1. Identiteettihäiriöt
 - 10 Yleinen, diffuusio
 - 11 Egon heikkous, borderline
 - 12 Seksuaalinen identiteetti
 - 13 Huono kosketus omiin tunteisiin, tyhjiys
 - 14 Ankarat superego
 - 15 Psykoottisuus
 - 16 Vaikeus sopeutua realiteetteihin
 - 17 Skitsoidi luonne
2. Itsenäistyminen, riippuvuus
 - 20 Yleinen
 - 21 Symbioosin pelko, separaatioahdistus
 - 22 Autonomian puute
 - 23 Alkoholi- tai lääkeriippuvuus
3. Narsistinen problematiikka
 - 30 Yleinen
 - 31 Heikko itsetunto
4. Tunteiden käsittelyhäiriö
 - 40 Yleinen
 - 41 Aggressio
 - 42 Depressio
 - 43 Itsetuhokäyttäytyminen, -ajatukset
5. Epäadekvaatit defenssit
 - 50 Yleinen
 - 51 Somaattiset defenssit (mm. anoreksia)
 - 52 Ahdistus
 - 53 Rationalisaatio
 - 54 Pakkoneuroosi
 - 55 Paranoidinen defenssi
 - 56 Ambivalenssi, split
 - 57 Fobia
 - 58 Hysteria
 - 59 Hypomania
6. Persoonallisuuden ulkoiset seikat
 - 61 Kriisit
 - 62 Somaattiset sairaudet
 - 63 Perhesuhteet, ihmissuhteet
 - 64 Sosiaalinen kyvyttömyys
 - 65 Opiskeluongelmat
 - 66 Impotenssi-ongelmat, seksiongelmat

Liite 7. YKSILÖLLISET HOITOTAVOITTEET

1. Supportio, Tukeminen

- 10 Yleinen (Ego tms.)
- 11 Opiskelu, työ, armeija
- 12 Itsetunto, mieliala
- 13 Adekvaatit defenssit
- 14 Surutyö, trauman läpityöskentely
- 15 Autonomia
- 16 Kriisi
- 17 Seksuaalisuhde, ihmissuhde
- 18 Lääkehoidon kontrolli
- 19 Hengissä ja avohoidossa pitäminen

2. Selvittely

- 20 Yleinen (identiteetti jne.)
- 21 Ihmissuhteet
- 22 Ulkoiset olosuhteet
- 23 Tilanteen kartoitus, selvittely
- 24 Edellisen terapiasuhteen selvittely

3. Hoitoonohjaus ja motivaation herättäminen

- 30 Hoitoonohjaus
- 31 Motivaation herättäminen
- 32 Terapiasuhteen luominen
- 33 Terapiatarpeen arviointi

4. Ulkoisiin seikkoihin vaikuttaminen

- 40 Ruumiiseen vaikuttaminen (esim. laihtuminen)
- 41 Alkoholin käyttö
- 42 Lääkkeiden käyttö
- 43 Elämänpiirin laajennus

Liite 8. OIREIDEN ESIINTYMISSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET
VERTAILURYHMÄLLÄ

Oire	0-tilanne		1/2 v.tilanne		2 v.tilanne	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
	n = 179		n = 153			
Päänsärkyä	.79	.59	.76	.54	.83	.44
Huimausta	.23	.44	.24	.46	.23	.45
Rintakipua	.22	.47	.20	.41	.20	.42
Hengenahdistusta	.12	.36	.10	.32	.10	.33
Vatsavaivoja	.73	.58	.76	.57	.70	.60
Selkäkipuja	.57	.60	.52	.55	.58	.59
Nivelkipuja	.20	.46	.19	.45	.22	.46
Muita kipuja	.30	.47	.28	.46	.33	.50
Unettomuutta	.34	.50	.34	.50	.37	.50
Ahdistusta	.40	.56	.45	.56	.48	.61
Pelkotiiloja	.11	.34	.19	.42	.23	.48
Yksinäisyyden tunnetta	.43	.57	.48	.57	.45	.57
Masennusta	.74	.54	.69	.57	.71	.60
Ärtyneisyyttä	.75	.51	.75	.55	.76	.55
Jännitystä	.55	.63	.51	.62	.52	.63
Keskittymisvaikeuksia	.67	.65	.65	.61	.59	.64
Avuttomuuden tunnetta	.30	.51	.36	.54	.35	.52
Kontaktivaiveuksia	.31	.52	.28	.50	.27	.49
Tulevaisuuden pelkoa	.43	.60	.46	.61	.39	.58
Väsymystä	.91	.57	.92	.60	.98	.60
Seksuaalisia vaikeuksia	.32	.54	.35	.57	.35	.54
Pakkoajatuksia	.14	.41	.09	.31	.09	.29
Kuoleman ajatuksia	.38	.57	.44	.57	.35	.53
Itsemurha-ajatuksia	.12	.36	.07	.30	.07	.26
Epäluuloisuutta	.25	.51	.24	.48	.22	.45
Mustasukkaisuutta	.22	.47	.24	.47	.14	.37
Ääniharhoja	.02	.18	.02	.13	.01	.11

Liite 9. BECKIN PISTEMÄÄRIEN MUUTOKSET VERTAILURYHMÄLLÄ

Beckin osiot	0-tilanne		1/2 v.tilanne		2 v.tilanne	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
	n = 179		n = 153			
1.	.28	.54	.31	.52	.30	.57
2.	.18	.54	.14	.48	.14	.45
3.	.33	.70	.33	.68	.33	.68
4.	.32	.68	.29	.61	.31	.67
5.	.36	.67	.27	.62	.37	.72
6.	.25	.64	.21	.57	.20	.57
7.	.20	.43	.19	.44	.22	.45
8.	.53	.67	.44	.58	.40	.61
9.	.39	.57	.38	.52	.35	.49
10.	.22	.70	.15	.51	.22	.67
11.	.38	.75	.29	.62	.37	.69
12.	.27	.49	.21	.42	.23	.48
13.	.23	.57	.20	.50	.14	.43
14.	.07	.33	.08	.36	.12	.46
15.	.23	.47	.26	.50	.23	.51
16.	.18	.44	.17	.41	.19	.47
17.	.28	.52	.24	.49	.22	.48
18.	.08	.27	.05	.22	.07	.28
19.	.60	.91	.41**	.79	.57	.89
20.	.25	.46	.22	.44	.17	.37
21.	.16	.45	.14	.47	.16	.48

Vertailuryhmässä ainoa tilastollisesti merkitsevä muutos on tapahtunut osion 19 kohdalla, joka kuvaa painon vaihtelua.

Liite 10. VERTAILURYHMÄLÄISTEN ARVIOT SOSIAALISISTA SUHTEISTA

suhde	n = 201		n = 179		n = 158	
	0-tilanne		1/2 v.tilanne		2 v.tilanne	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Vanhempiin	2.59	.57	2.50	.59	2.56	.58
Sisaruksiin	2.71	.48	2.66	.53	2.67	.51
Muihin sukul.	2.25	.63	2.23	.62	2.32	.62
Seur.kumpp.	2.71	.59	2.73	.57	2.70	.60
Omiin lapsiin	2.75	.55	2.67	.62	2.79	.51
Opiskel.ja työtover.	2.55	.57	2.50	.58	2.51	.64
Toinen sukup.	2.54	.52	2.56	.55	2.60	.55

muuttujat saavat arvoja 0 - 3: 0 = huonot välit
 1 = melko huonot
 2 = melko hyvät
 3 = hyvät

Liite 11. RISTIINTAULUKOT MINÄKUVA-DIMENSIOISTA
(1-11) DG-MUUTTUJAN KANSSA

Originellius, luovuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	50	29	15	94
1 muutos	37	34	10	81
yht.	87	63	25	175

Stabiilisuus, levollisuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	40	35	14	89
1 muutos	47	28	11	86
yht.	87	63	25	175

Tarmo, energia	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	43	27	14	84
1 muutos	44	36	11	91
yht.	87	63	25	175

Ulospäinsuunt., seurallisuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	45	37	13	95
1 muutos	42	26	12	80
yht.	87	63	25	175

Lahjakuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	53	39	13	105
1 muutos	34	24	12	70
yht.	87	63	25	175

Kapea-alaisuus, huolellisuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	43	38	12	93
1 muutos	44	25	13	82
yht.	87	63	25	175

Sos.dominanssi, johtavuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	56	35	12	103
1 muutos	31	28	13	72
yht.	87	63	25	175

Teoreettisuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	46	37	15	98
1 muutos	41	26	10	77
yht.	87	63	25	175

Ihmiskeskeisyys	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	38	31	14	14
1 muutos	49	32	11	92
yht.	87	63	25	175

Psykastenia, jäännittyneisyys	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	43	23	13	79
1 muutos	41	39	11	91
yht.	84	62	24	170

Rationaalisuus	Dg.1	Dg.2	Dg.3	yht.
0 ei muutosta	34	28	12	74
1 muutos	50	35	12	97
yht.	84	63	24	171

Liite 12. Muutos sos.oireissa x Terapiasuhte
(potilaiden arvioimana)

muutos sos.oireissa	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde eritt.hyvä	yht.
- 1	8	24	11	47
0	3	21	12	36
+ 1	10	45	29	84
yht.	21	94	52	167

1. Malli SD df
Sos.oir.+Ter.suhde 2.849 4 $\chi^2(4) = 7.779$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään. Sos.oireiden muutoksilla ja potilaiden arvioimalla terapiasuhteen laadulla ei ole keskinäistä riippuvuutta, vaan muutoksia sos.oireissa tapahtuu keskimäärin yhtä paljon huolimatta siitä, minkälatauseksi potilaat ovat arvioineet terapiasuhteen.

Muutos ahdistus- ja masennusoireissa x Terapiasuhte
(potilaiden arvioimana)

muutos oireissa	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde eritt.hyvä	yht.
- 1	2	10	1	13
0	11	37	22	70
+ 1	6	48	29	83
yht.	19	95	52	166

1. Malli SD df
Ahd.+Ter.suhde 7.351 4 $\chi^2(4) = 7.774$
0.10

Riippumattomuusmalli hyväksytään 10 % riskitasolla. Ahdistus- ja masennusoireiden muutokset eivät ole riippuvaisia potilaiden arvioimasta terapiasuhteesta.

Muutos kipuoireissa x Terapiasuhte
(potilaiden arvioimana)

muutos kipu- oireissa	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde eritt.hyvä	yht.
- 1	7	25	15	47
0	4	24	12	40
+ 1	9	44	22	75
yht.	20	93	49	162

1. Malli SD df
Kipuoir.+Ter.suhde 0.7099 4 $\chi^2(4) = 0.711$
0.95

Riippumattomuusmalli hyväksytään 95 % riskitasolla. Muutokset kipuoireissa ovat täysin riippumattomia potilaiden arvioimasta terapiasuhteen laadusta.

Muutos Beckissä (B) x Terapiasuhte
(potilaiden arvioimana)

muutos Beckissä	Ter.suhde välttävä	Ter.suhde hyvä	Ter.suhde eritt.hyvä	yht.
- 1	6	16	13	35
0	8	23	18	49
+ 1	4	54	23	81
yht.	18	93	54	165

1. Malli SD df
Beck + Ter.suhde 9.465 4 $> \chi^2_{0.10}(4) = 7.779$

Riippumattomuusmalli hylätään. Riippuvuutta testataan lisäämäl-
lä LQ-vektori (Lin.xQuadr.)

2. Malli
(B) + Ter.suhde + LQ 3.709 3 $< \chi^2_{0.10}(3) = 6.251$

Malli hyväksytään. Mallin mukaan Beckin oireet ovat vähentyneet
eniten kun potilaiden arvioima terapiasuhteen laatu on ollut
"hyvä". Kun terapiasuhte on ollut vain "välttävä", on Beckissä
tapahtunut vähiten muutoksia.