

# **PSYKOLOGISEN ITSEHOITO-OPPAAN KÄYTTÖ LYHYTTERAPIASSA**

**- Vaikutus mielialaan ja hyvinvointiin sekä oppaan  
käyttökokemukset**

Anna Granlund  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Elokuu 2011

GRANLUND, ANNA: Psykologisen itsehoito-oppaan käyttö lyhytterapiassa. Vaikutus mielialaan ja hyvinvointiin sekä oppaan käyttökokemukset.

Pro gradu -tutkielma, 56 s.

Ohjaaja: Raimo Lappalainen

Psykologia

Elokuu 2011

---

Masennus on toimintakykyä ja elämänlaatua alentava mielialahäiriö, jolla on vakavia seurauksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Oireyhtymä on yleisyydestään huolimatta edelleen alihoidettu, ja kärsii muun muassa terapiahoidon saatavuuteen liittyvistä ongelmista. Masennuksen psykologiseen itsehoitoon tarkoitettut kirjat ovat tavallisesti muuta hoitoa helpommin saatavilla, ja teosten käytöstä on saatu kannustavia tuloksia kliinisesti merkittävän depression hoidossa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, olisiko hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan itsehoito-oppaan käytöllä yhteyttä mielialassa ja hyvinvoinnissa tavattuun muutokseen osana kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, kun terapeutteina toimivat psykologian opiskelijat. Tutkimuksessa oletettiin, että oppaan käyttö lisäisi terapiahoidon vaikuttavuutta. Lisäksi haluttiin selvittää oppaasta saatuja käyttökokemuksia.

Tarkastelussa oli yhteensä 30 masennusoireista kärsivää henkilöä, jotka satunnaistettiin kahteen ryhmään. Kirjaryhmä ( $n=14$ ) käytti terapian yhteydessä Steven C. Hayesin ja Spencer Smithin itsehoito-opasta Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää (2009), ja kirjaton ryhmä ( $n=16$ ) sai terapiahoidon ilman opasta.

Tutkimuksen päätuloksena havaittiin, että itsehoito-oppaan käyttö ei lisännyt terapiahoidon vaikuttavuutta. Kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapia kohensi mielialaa, vähensi psyykkisiä ja fyysisiä oireita sekä lisäsi hyvinvointia samankaltaisesti molemmissa ryhmissä. Samalla kuitenkin havaittiin, että hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosessien, kuten tietoisien läsnäolon, käsittelykertojen määrä terapian aikana oli yhteydessä suurempiin muutoksiin kirjaryhmän hyvinvoinnissa, kun taas kirjattomalla ryhmällä vastaavia yhteyksiä ei havaittu tai ne olivat heikkoja. Havainto viittaa siihen, että ryhmät erosivat toisistaan tavassa, jolla hoitotulokset saavutettiin.

Itsehoito-oppaan käyttökokemukset olivat positiivisia. 88 % opasta käyttäneistä asiakkaista ja 86 % heitä hoitaneista terapeuteista koki oppaan olleen hyödyllinen osa kuuden kerran lyhytterapiaa. Sekä terapeutit että asiakkaat liittivät oppaasta saadun hyödyn kirjan aktiiviseen käyttöön. Käytännön terapia toimi lisäksi terapeuttien mukaan paremmin itsehoito-oppaan kanssa kuin ilman opasta. Asiakkaat kykenivät itsehoito-oppaan avulla kertaamaan terapiaistunnoissa käsiteltyjä asioita, mutta myös terapeutit saivat teoksesta tukea käytännön terapiatyön toteuttamiseen.

Tutkimuksesta saadut tulokset antavat tukea psykologisen itsehoito-oppaan sisällyttämiselle lyhytterapiaan, vaikka opas ei oletuksen vastaisesti lisännyt hoidon vaikuttavuutta. Tutkimuksen perusteella voidaan esittää, että itsehoito-oppaan käytön tulisi olla terapian aikana säännöllistä ja aktiivista, sillä tulokset viittaavat näiden tekijöiden olevan yhteydessä parempiin hoitotuloksiin. Terapeutin tulisi lisäksi tuntea teos tarpeeksi hyvin voidakseen hyödyntää opasta yksilöllisesti asiakkaansa terapiassa. Teoksen sisällöistä ja käytöstä tulisi myös keskustella asiakkaan kanssa.

Avainsanat: biblioterapia, hyvinvointi, hyväksymis- ja omistautumisterapia, itsehoito-opas, lyhytterapia, masennus, mielialaongelmat, opiskelijaterapeutti.

GRANLUND, ANNA: Using a psychological self-help manual in low intensity psychotherapy. Effects on the change of mood and well-being, and user experiences.

Supervisor: Raimo Lappalainen

Master's thesis, 56 pages

August 2011

---

Depression is the leading cause of disability worldwide, and a severe burden both to the individual and the society as a whole. As mental health services attempt to keep up with the influx of patients, the need for cost-effective and easily accessible treatments increases. Self-help books and manuals have boomed in an attempt to answer the call, and empirical studies have supported using these materials in the treatment of clinically significant depression.

The present study investigated the feasibility of using a self-help manual titled *Get Out of Your Mind and into Your Life* by Steven C. Hayes and Spencer Smith (2009) in a six-session, student-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for depressed clients ( $n=30$ ). Experiences of using the manual were also studied. The study compared two randomized groups. The treatment group ( $n=14$ ) received 6-session ACT accompanied by the self-help manual while the control group ( $n=16$ ) was treated without access to the manual. It was hypothesized that using the manual would improve results in the treatment group.

Contrary to the hypothesis, it was discovered that using the self-help manual did not improve results in the treatment group, but the ACT treatment had a significant effect on the change of mood and well-being in both groups. However, it was observed that the amount of times ACT core processes such as being present (mindfulness) were addressed in therapy sessions was positively correlated with treatment changes in the treatment group. Such connections were either weak or non-existent in the control group, which indicates that the groups differed in how the treatment results were gained.

Experiences of using the self-help manual were positive. 88 % of the clients in the treatment group and 86 % of the therapists felt that the manual had been a useful part of the treatment. In addition, clients and therapists both associated the usefulness of the manual with how much of it had been read: higher levels led to positive views, and lower levels to negative views. According to the therapists, practical therapy worked better with the manual than without it. Clients were able to rehearse topics addressed in the therapy sessions, but the manual also gave additional support to the therapists themselves.

The present study supports the use of a psychological self-help manual as an adjunctive treatment for low-intensity psychotherapy even though the manual did not improve results in the treatment group at this time. It is recommended based on these results of this study that the manual should be regularly and actively used as these factors appear to be linked to more positive treatment outcomes. The therapist should also be sufficiently knowledgeable about the manual, and discuss the manual and its use with the client.

Keywords: acceptance and commitment therapy, bibliotherapy, brief therapy, depression, low intensity therapy, mood disorders, self-help manual, student therapist.

## SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO .....	5
1.1 Masennus.....	5
1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia .....	7
1.3 Masennuksen hoito itsehoitokirjallisuudella .....	10
1.4 Yhteenveto.....	12
1.5 Tutkimuskysymykset .....	13
2 MENETELMÄ.....	14
2.1 Tutkimuksen kulku.....	14
2.2 Tutkimushenkilöt.....	15
2.2.1 Taustatiedot.....	17
2.2.2 Hoitoon tulossyyt ja muutosvalmius .....	19
2.2.3 Masennuksen vaikeustaso.....	20
2.3 Arviointimenetelmät.....	21
2.3.1 Ensisijaiset arviointimenetelmät .....	21
2.3.2 Toissijaiset arviointimenetelmät .....	22
2.3.3 Prosessin arviointimenetelmät .....	23
2.4 Opiskelijaterapeutit .....	23
2.5 Hoito .....	24
2.6 Itsehoito-opas .....	26
2.7 Tilastolliset analyysit.....	28
3 TULOKSET .....	29
3.1 Ensisijaiset arviointimenetelmät.....	29
3.2 Toissijaiset arviointimenetelmät.....	32
3.3 Prosessin arviointimenetelmät.....	34
3.4 Yhteys hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseihin .....	36
3.5 Itsehoito-opas osana lyhytterapiaa .....	38
3.5.1 Itsehoito-oppaan käytön yhteys hoitotuloksiin .....	39
3.5.2 Asiakkaiden kokemukset .....	41
3.5.3 Terapeuttien kokemukset.....	43
4 POHDINTA .....	45
5 LÄHTEET.....	50

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Masennus

Masennus on elämänlaatuun voimakkaasti vaikuttava, vakavaa psyykkistä ja fyysistä kärsimystä aiheuttava mielialahäiriö, jota luonnehtii aiemmasta tilanteesta poikkeava matala tunnevire tai mielenkiinnon väheneminen (American Psychiatric Association, 2000). Tilaan liittyy usein myös muita oireita, kuten ruokahalussa tapahtuneita muutoksia, arvottomuuteen ja kuolemaan liittyviä ajatuksia, päättämättömyyttä ja keskittymisvaikeuksia (Isometsä, 2007). Valtaosalla tilaan sairastuneista (79 %) on usein jokin muu mielenterveyden häiriö, joista yleisimpiä ovat erilaiset ahdistuneisuustilat (Melartin ym., 2002) ja persoonallisuushäiriöt (30–50 %; Isometsä, 2007). Lisäksi monella on vaikeuksia päihteiden väärinkäytön kanssa (Melartin ym., 2002).

Masennus on maailman yleisin toimintakyvyttömyyteen johtava sairaus (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006), jonka vakavuutta kuvaa selkeästi kohonnut itsemurhariski. On arvioitu, että Suomen itsemurhista jopa kaksi kolmasosaa liittyyisi masennustiloihin (Henriksson ym., 1993). Tämä ei ole yllättävää, sillä yksilön elämänlaadun on todettu olevan masennusjakson aikana samalla tasolla vakavan halvauskohtauksen saaneiden kanssa (Sobocki ym., 2007).

Yksilöllisen kärsimyksen lisäksi masennuksen seuraukset ovat mittavia myös yhteiskunnalle. Masennus maksoi Euroopalle noin 120 miljardia euroa vuonna 2005, ja kustannusten voidaan olettaa sittemmin edelleen kasvaneen (Sobocki, Jonsson, Angst, & Rehnberg, 2006). Selvimmin depression kustannukset näkyvät suorina menoina, kuten hoito- ja työttömyyseläkekustannuksina sekä sairauspäiväraha- ja sairausvakuutusmaksuina (Isometsä, 2007), kun taas epäsuoria kuluja aiheuttaa muun muassa menetetyistä työvuosista (Luppa, Heinrich, Angermeyer, König, & Riedel-Heller, 2007). Kustannusrakenne heijastaa varsin hyvin oireyhtymän ongelmallisuutta: tilan yleisyyttä, kroonisuutta, tavanomaista puhkeamisaikaa varhaisessa työiässä, ja heikentävää vaikutusta tuottavuuteen ja toimintakykyyn (Wang, Simon, & Kessler, 2003).

Masennuksen esiintyvyytustutkimusten tulokset ovat olleet Suomessa samaa tasoa kuin ulkomailla (Kokko, 1999). Depression vuosittainen esiintyvyys on Euroopassa noin 9 % (Ayuso-Mateos ym., 2001) ja Suomessa vastaavasti noin 7–10 % (esim. Lindeman ym., 2000; Pirkola ym., 2005). Elinaikaisen sairastumisriskin on toistuvasti todettu olevan naisilla korkeampi kuin miehillä (naisilla noin 11 % ja miehillä 7 %; Lindeman ym., 2000). Suomessa masennusta on jo alettu kutsua kansantaudiksi (Rovasalo & Melartin, 2009), mutta tila lienee esiintyvyydsarvioitakin yleisempi, sillä vain osa masennuksesta kärsivistä hakeutuu hoitoon (Hämäläinen ym., 2009). Masennukseen

kaivataan pikaisesti kustannustehokkaita hoitomuotoja, sillä depressio on yleisyydestään huolimatta yhä edelleen alihoidettu (Ebmeier, Donaghey, & Steele, 2006). Tieto on hälyttävä, sillä valtaosaan itsemurhista liittyy puutteellisesti hoidettu tai jopa kokonaan hoitamatta jäänyt masennus (Isometsä ym., 1994).

Keskeisin masennuksesta toipumiseen vaikuttava tekijä on jakson vakavuus. Yleisimpiä ovat lievät masennusoireyhtymät (10–15 %), mutta noin 10 % on pitkäaikaisia, vakavia masennustiloja (Isometsä, 2007). Masennus kestää tavallisesti viikoista kuukausiin, mutta hoitamattomana vakava masennusjakso voi kestää yli puoli vuotta (Gelenberg ym., 2010), ja kroonisena jopa 20 vuotta (Kocsis ym., 2008). Masennus uusiutuu huomattavasti todennäköisemmin vakavasti masentuneilla (Isometsä, 2007), mutta jo yhdenkin masennusjakson kokeminen lisää tilan uusiutumisriskiä (APA, 2000), jota pahentaa jakson pitkä kesto (Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011).

Masennushäiriön kehittyminen on monimutkainen ilmiö, jonka puhkeamiseen liittyy sekä biologisia, psykologisia että sosiaalisia taustatekijöitä. Suomessa masennukselle selkeimmin altistaviksi tekijöiksi on tunnistettu parisuhteen päättymisen, alhainen tulo- tai koulutustaso, työttömyys, ympäristön vähäinen sosiaalinen tuki ja alkoholin liikakäyttö (esim. Lindeman ym., 2000). Depression syntyä on pyritty selittämään teoreettisilla malleilla, jotka painottavat oireyhtymän taustatekijöitä eri tavoin. Yleisin selitystapa lienee biopsykososiaalinen malli, jossa geneettiset, sosiaaliset, kognitiiviset ja ympäristöön liittyvät tekijät nivoutuvat vuorovaikutteisesti yhteen (Leventhal, 2008).

Masennuksen kognitiivisen mallin mukaan tilan taustalla ovat tiedon virheelliset käsittely- ja tulkintatavat, joiden myötä sekä sisäinen että ympäröivä maailma koetaan todellisuudesta poikkeavalla, negatiivisella tavalla (Beck, 2002). Masennusoirehdinnan oletetaan väistyvän, kun negatiiviset käsitykset ja ajatusmallit itsestä ja ympäristöstä opitaan korvaamaan todellisuutta paremmin vastaavilla sisällöillä (Beck, 2008). Psykoanalyttiseen teoriaan perustuva psykodynaaminen näkökulma näkee masennuksen kumpuavan ennen kaikkea menetyksiin liittyvistä lapsuudenkokemuksista, jotka ovat useimmiten tiedostamattomia, mutta käsittelemättöminä tekevät yksilön alttiimmaksi masennuskokemuksille myöhemmin elämässä (Morgan & Taylor, 2005). Psykologisissa teorioissa mielenterveys nähdään toisin sanoen normaalitilana, jota sairaudet, kuten depressio, häiritsevät (Blackledge & Hayes, 2001).

Masennuksen lääkehoito on yleistä. Suomessa käytetyimmät masennuslääkkeet kuuluvat selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin (SSRI) ja selektiivisiin noadrenaliinin takaisinottoa estäviin valmisteisiin (SNRI), joiden kulutus on viime vuosina edelleen kasvanut (Fimea ja Kansaneläkelaitos, 2010). Masennuslääkkeiden käyttö ei ole kuitenkaan ongelmatonta. Kaikki depressioon sairastuneet eivät halua lääkitystä ensisijaiseksi hoitomuodokseen, eikä tämä ole ihme,

sillä kaikkiin antidepressiivisiin valmisteisiin liittyy sivuoireita (Dobson ym., 2008). Masennuslääkityksellä ei voida estää tilan uusiutumista käytön lopettamisen jälkeen, vaan lääkityksen on tavallisesti oltava pitkäkestoista ja jatkuvaa (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Valmisteiden teho on lisäksi osoittautunut kyseenalaiseksi lievempien masennustapausten hoidossa (Fournier ym., 2010). Lääkkeet eivät siis välttämättä tarjoa riittävää apua suurimmalle osalle masentuneista, mikäli arvio lievien masennustilojen yleisyydestä pitää paikkansa.

Masennusta on hoidettu psykologisin keinoin hyvin tuloksin. Psykoterapiahoito on havaittu tehokkaaksi tavaksi helpottaa masennusoirehdintaa (Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008), mutta terapiahoidon saatavuudessa on edelleen suuria alueellisia eroja (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010). Lyhytmuotoisesti masennusta on hoidettu muun muassa interpersonallisella psykoterapialla (IPT), joka kehitettiin alun perin depression hoitoon (Karlsson & Markowitz, 2002). IPT perustuu interpersonaalisen teorian, jonka mukaan masennusoirehdinta liittyy henkilön ihmissuhteisiin ja niissä esiintyviin ongelmiin. Tavallisesti 12–16 terapiaistuntoa kestävä hoidon aikana kartoitetaan ihmissuhteisiin liittyviä ongelmia ja tuetaan vaihtoehtoisten toimintatapojen pohdintaa. Eniten tutkittu psykoterapiasuuntaus lienee kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), jonka on todettu lieventävän masennusoireita tehokkaasti (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Hoidon vaikutukset näyttäisivät olevan lisäksi pitkäkestoisia, vähentäen masennuksen uusiutumisen riskiä (Hollon ym., 2002). Kognitiivinen käyttäytymisterapia koostuu noin 10–20 terapiaistunnosta, joiden tavoitteena on tukea henkilöä masennusta ylläpitävien ajattelu- ja käyttäytymismallien havaitsemisessa ja muuttamisessa. Menetelmä lukeutuu Suomessa depression näyttöön perustuvien hoitomuotojen joukkoon (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010). Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on sittemmin kehitetty muita, omiksi terapiamuodoikseen kasvaneita menetelmiä, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), joka lisättiin Yhdysvalloissa hiljattain näyttöön perustuvien masennushoitojen joukkoon (Gaudiano, 2010).

## **1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia**

Hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmasta masennuksen katsotaan johtuvan ennen kaikkea joustamattomista yrityksistä säädellä negatiivisiksi koettujen ajatusten, tunteiden, muistojen ja fyysisten tuntemusten ilmenemistä (Blackledge & Hayes, 2001). Tätä kutsutaan kokemukselliseksi välttämiseksi, joka voi ilmetä esimerkiksi pyrkimyksenä tukahduttaa epätoivotut ajatukset tai tunnereaktiot (Hayes, 1987). Välttäminen nähdään yleisesti ongelmallisena ja

elämänlaatua heikentävänä toimintatapana, sillä epämiellyttävinä pidettyjen ajatusten ja tunteiden torjuminen näyttää lisäävän niiden määrää ja voimakkuutta entisestään (Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009). Tästä syystä yksilön kokemia negatiivisia tunteita ei pyritä terapian avulla poistamaan tai muuttamaan, vaan oirehdintaa aiheuttavien asioiden vähentämisen sijaan hoidossa tähdätään psykologisen joustavuuden kehittämiseen, jolla tarkoitetaan kykyä olla hyväksyvässä yhteydessä tunteiden, ajatusten ja fyysisten tunteiden kanssa sellaisina kuin ne ilmenevät (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Samanaikaisesti terapiassa pyritään selkiyttämään ja ylläpitämään käyttäytymistä, joka tukee henkilökohtaisesti merkityksellistä elämää, sillä tämän arvellaan motivoivan kohtaamaan epämiellyttävät ajatukset, tunteet ja muistot (Hayes, 2004).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian käsitys psykologisesta kärsimyksestä kytkeytyy kielen ja kognition vuorovaikutukseen, jota kuvataan suhdekehysteorialla (Relational Frame Theory, RFT; Hayes, 2004). Suhdekehysteoria on oppimisteoreettinen näkemys, jonka mukaan yksilö oppii kielen myötä luomaan asioiden välille vastavuoroisia kytköksiä, joita voidaan yleistää mielivaltaisesti uusiin kohteisiin ilman suoraa kokemusta (Hayes ym., 2006). Mihän tahansa asiaan voidaan siis oppia liittämään negatiivisia tunteita, kuten pelkoja ja ahdistusta, vaikka se olisi ollut itsessään alun perin neutraali. Suhdekehysteorian näkökulmasta psykologiset ongelmat ilmenevät toisin sanoen siinä vuorovaikutuksessa, jossa mieli tuottaa kielen välityksellä joustamatonta käyttäytymistä (Ruiz, 2010). Jäykkä ja muutoksille vastustuskykyinen käyttäytyminen voi pahimmillaan estää yksilöä tavoittelemasta henkilökohtaisesti tärkeiksi koettuja asioita (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996), mikä saattaa vaikeuttaa masennusoirehdintaa entisestään.

Kokemuksellinen välttäminen näyttäisi olevan yleinen psykologinen ilmiö, joka on tutkimusten mukaan yhteydessä muun muassa vaikeampaan masennustasoon (esim. Cribb, Moulds, & Carter, 2006; Tull & Gratz, 2008), ahdistuneisuuteen (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006), alempaan elämänlaatuun (Hayes ym., 2004), päihteiden väärinkäyttöön (Ostafin & Marlatt, 2008) ja suurempaan psykopatologian riskiin (Ruiz, 2010). Välttämisen vastakohtana pidetään psykologista joustavuutta, joka välittää terapeuttisena pidettyä muutosta kuuden ydinprosessiksi kutsutun tekijän avulla. Näitä ydinprosesseja kutsutaan 1) arvoiksi, 2) omistautumiseksi arvojen mukaiselle toiminnalle, 3) hyväksynnäksi, 4) mielen kontrollin heikentämiseksi, 5) tietoiseksi läsnäoloksi, ja 6) minän kokemiseksi paikkana tai tilana (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Arvot viittaavat yksilölle henkilökohtaisesti tärkeisiin asioihin, jotka toimivat suuntaviivoina elämälle ja antavat toiminnalle kohteen (Hayes ym., 1999). Arvoja ei kuitenkaan nähdä saavutettavina, konkreettisina tavoitteina, vaan eräänlaisina ilmansuuntina, joita kohti kuljetaan läpi



elämän (Hayes & Smith, 2009). Arvojen tietoinen työstäminen näyttäisi lisäävän avoimuutta kohdata henkilökohtaisesti vaikeita asioita (Crocker, Niiya, & Mischkowski, 2008) ja alentavan stressiin liittyvää kortisolitasoa (Cohen, Garcia, Apfel, & Master, 2006).

Omistautumisella arvojen mukaiseen toimintaan viitataan tietoiseen sitoutumiseen sellaisiin käyttäytymisen tapoihin, jotka vievät kohti yksilöllisesti määritettyjä arvoja. Tällöin toiminta koostuu konkreettisista teoista ja valinnoista, joita ohjaa yksilön halu sitoutua arvoihinsa ja niiden mukaiseen elämään. Tämä näyttäisi vaikuttavan myönteisesti elämänlaatuun (Ruiz, 2010) ja lisäävän toimintakykyä vaikeissakin olosuhteissa (Vowles & McCracken, 2008).

Hyväksynnällä tarkoitetaan ajatusten, tunteiden ja fyysisten tuntemusten vastaanottamista sellaisina kuin ne ilmenevät, ilman pyrkimystä muuttaa niiden muotoa tai ilmenemistiheyttä (Hayes ym., 1999). Hyväksyvän suhtautumisen on todettu muun muassa lisäävän positiivisia tunteita (Kratz, Davis, & Zautra, 2007) ja ennustavan sekä parempaa toimintakykyä (Esteve, Ramírez-Maestre, & López-Martínez, 2007) että psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia (Wicksell, Renofalt, Olsson, Bond, & Melin, 2008).

Mielen kontrollin heikentämisellä viitataan ajatuksiin ja tunteisiin liittyvän suhtautumistavan muuttamista (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford, & Follette, 1996). Esimerkiksi itseen tai tulevaisuuteen kohdistuvia negatiivisia ajatuksia pyritään havainnoimaan prosessina tai ilmiönä sen sijaan, että ajatusten sisältö tuomittaisiin tai koettaisiin kirjaimellisina totuuksina, joita ei voida kyseenalaistaa (Hayes ym., 1999). Ajatusten havainnointi näyttäisi muun muassa vähentävän negatiivisista ajatuksista johtuvaa ahdistusta (Masuda, Feinstein, Wendell, & Sheehan, 2010).

Havainnointikykyyn liittyy myös tietoinen läsnäolo, joka voidaan määritellä kullakin hetkellä ilmenevien tuntemusten ja kokemusten havaitsemisena ja hyväksymisenä sellaisena kuin ne ovat, ilman arviointia (Kabat-Zinn, 2003). Tietoisien läsnäolon taito näyttäisi olevan yhteydessä alhaisempiin masennuspistemääriin (Baer, Fischer, & Huss, 2005) sekä ahdistus- ja masennusoirehdinnan vähenemiseen (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa kannustetaan lisäksi kokemaan itse paikkana tai tilana, jossa ajatukset ja tuntemukset tapahtuvat (Hayes ym., 1999). Tämä toimii vastakohtana eräänlaiselle käsitteisiin sidotulle minälle, jossa yksilö on yhtä ajatustensa ja tuntemustensa kanssa, ja näin ollen myös yhtä tunnetilojen ja itseen kohdistuvien kielellisten arviointien kanssa (Hayes ym., 2006). Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa itsen ajatellaan olevan havainnoija tai tarkkailija, joka kykenee tarkastelemaan mielen ja kehon tapahtumia ymmärtäen kunkin tunnereaktion ja ajatuksen paikallisuuden ja tilannesidonnaisuuden (Hayes ym., 1999).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiasta tehdyt tutkimukset näyttäisivät tukevan menetelmän mallia kuuden ydinprosessin muodostaman psykologisen joustavuuden vaikutuksesta hyvinvointiin

ja elämänlaatuun (Ruiz, 2010). Psykologisen joustavuuden lisääntymisen on todettu olevan yhteydessä muun muassa psykiatrisen sairastumisriskin alenemiseen (esim. Bond & Bunce, 2000), parempaan mielenterveyden tasoon (Bond & Bunce, 2003), masennustason laskuun (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004), ja vähempään psyykkiseen ja fyysiseen oirehdintaan (esim. Polusny, Rosenthal, Aban, & Follette, 2004). Menetelmän empiirinen näyttö on lisäksi vahva (Ruiz, 2010), mikä tukee hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttöä masennuksen hoitomuotona myös lyhytterapiassa.

### **1.3 Masennuksen hoito itsehoitokirjallisuudella**

Itsehoitokirjallisuudella tarkoitetaan itsenäisesti käytettäviä teoksia, joista henkilö hakee tietoa, ymmärrystä ja ratkaisukeinoja kokemuksiinsa ongelmiin (esim. Campbell & Smith, 2003). Kirjallisuutta hyödynnetään erityisesti biblioterapiaksi kutsutussa psykologisessa hoitomuodossa, jossa yksilö työskentelee kirjallisuuden parissa joko täysin ilman kontaktia hoitavaan henkilöön (Cuijpers, 1997), perinteisen psykoterapian yhteydessä (Campbell & Smith, 2003) tai muulla tavoin tuetusti.

Vaikka yksittäisten itsehoitoteosten vaikuttavuutta on tutkittu melko vähän (Redding, Herbert, Forman, & Gaudiano, 2008), biblioterapian käytöstä on saatu hyviä tuloksia depression ja ahdistuneisuuden hoidossa, ja lisäksi biblioterapia on hoitomuotona usein helpommin ja edullisemmin saatavilla perinteisiin terapioihin verrattuna (Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010). Biblioterapian vaikuttavuus on todettu yleisesti korkeaksi (efektikoko keskimäärin .84; den Boer, Wiersma, & Van Den Bosch, 2004), ja depression hoitoon tarkoitetut kognitiiviset biblioterapian muodot ovat myös osoittautuneet tehokkaiksi oirehdinnan lievittäjiksi (efektikoko keskimäärin .77; Gregory, Schwer Canning, Lee, & Wise, 2004). Parhaimmillaan biblioterapia on vastannut perinteisiä psykoterapiahoitoja (esim. McKendree-Smith, Floyd, & Scogin, 2003; Smith, Floyd, Scogin, & Jamison, 1997), ja depression hoitomuotona se näyttäisi olevan den Boerin (2004) tutkimusryhmän mukaan yhtä tehokas kuin kognitiivinen terapia (biblioterapian efektikoko .82) ja tehokkaampi kuin antidepressiiviset lääkevalmisteet (biblioterapian efektikoko .50).

Biblioterapiaa sisältävällä terapialla on sekä hoidettavaan itseensä että käytettyyn teokseen liittyviä edellytyksiä. Hoitoon vaikuttaa muun muassa henkilön keskittymiskyvyn taso, jonka on oltava riittävä terapeutin antamien kotitehtävien tekemiseen ja terapiaan valitun teoksen säännölliseen lukemiseen (Cuijpers, 1997). Terapia-asiakkaan oma, aktiivinen ote muutoksen aikaansaamiseksi on lisäksi usein onnistuneen hoidon edellytys (Muto, Hayes, & Jeffcoat, 2011).

Oppaan valinnassa tulisi puolestaan käyttää harkintaa, jotta teos vastaisi hoidettavan ongelmien laatua (Campbell & Smith, 2003). Itsehoito-oppaat näyttävät toimivan parhaiten silloin, kun oppaan aihepiiri on rajattu, teos antaa realistisen kuvan odotettavissa olevista muutoksista, käsittelee takaiskujen mahdollisuutta, antaa selkeitä itsehoitoneuvoja, ja tarjoaa keinoja itsessä tapahtuneiden muutosten arviointiin (Redding ym., 2008). Cuijpersin (1997) mukaan itsehoitokirjallisuuden käyttöön saattaa kuitenkin liittyä vaara depression pahenemisesta jos hoito jää vajaaksi, vastaa huonosti käyttäjänsä todellisia ongelmia tai keskeytyy kokonaan ennen sen saattamista päätökseen. Riskit tuntuvat liittyvän pääasiassa itsehoitokirjallisuuden täysin omatoimiseen käyttöön (Cuijpers, 1997), ja biblioterapiasta tehdyt tutkimukset ovatkin antaneet enenevässä määrin viitteitä siitä, että itsehoitokirjallisuuden käyttö olisi syytä yhdistää perinteiseen psykoterapiaan (Campbell & Smith, 2003). Haitallisten vaikutusten arvellaan olevan epätodennäköisempiä hoidoissa, joihin kuuluu asiakkaan soveltuvuuden arviointi ja säännöllinen yhteydenpito terapeutin kanssa (Cuijpers, 1997).

Biblioterapian on todettu sopivan hyvin kognitiivisten käyttäytymisterapioiden yhteyteen (esim. Campbell & Smith, 2003), ja lisäksi hyvin toimineet itsehoitoteokset ovat tavallisesti olleet tästä näkökulmasta kirjoitettuja (Redding ym., 2008). Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvien itsehoito-oppaiden vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu, ja sama koskee myös biblioterapian sisällyttämistä käytännön hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Kirjoitushetkellä löydettävissä oli vain kaksi tutkimusta, joissa tarkasteltiin hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvien itsehoito-oppaiden vaikuttavuutta.

Johnston kollegoineen (2010) tutki kroonisesta kivusta kärsineitä henkilöitä ( $n=11$ ), joista osa ( $n=6$ ) käytti hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustunutta itsehoito-opasta kuuden viikon ajan saaden viikoittaista tukea puhelimitse muiden osallistujien ( $n=5$ ) ollessa odotuslistalla. Opasta käyttäneiden henkilöiden elämänlaadussa ja tyytyväisyydessä havaittiin selvää nousua kuuden viikon jälkeen, ja he olivat odotuslistan henkilöihin verrattuna myös vähemmän ahdistuneita hoitajakson päättyessä (Johnston ym., 2010).

Muto ja Hayes (2011) tutkivat japanilaisia vaihto-oppilaita ( $n=70$ ), jotka kärsivät kliinisesti merkittävästä ahdistuneisuudesta, stressistä ja masennuksesta. Noin puolet henkilöistä sai käytettäväkseen japanin kielelle käännetyn Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää -itsehoito-oppaan (Hayes & Smith, 2009), ja puolet henkilöistä jäi odotuslistalle. Kirjaan liittyi internetissä olleita, viikoittaisia tehtäviä sekä mahdollisuus kysyä nimettömänä oppaaseen liittyviä kysymyksiä, mutta muuta hoitokontaktia, kuten säännöllistä terapiaa, ei järjestetty. Opasta käyttäneiden oirehdinta väheni odotuslistaan verrattuna erityisesti niillä henkilöillä, joiden oirehdinta oli ollut vaikeaa, ja tulos pysyi kahden kuukauden päästä järjestetyssä seurannassa. Kun odotuslistalle annettiin sama

teos, ryhmän oirehdinta väheni alkuperäistä koeryhmää vastaavalla tavalla, mikä osaltaan tukee käsitystä itsehoito-oppaan vaikuttavuudesta.

#### **1.4 Yhteenveto**

Masennus on yleinen mielialahäiriö, joka alentaa voimakkaasti elämänlaatua ja toimintakykyä, kroonistuu helposti, ja aiheuttaa yksilölle mittavaa kärsimystä sekä yhteiskunnalle pitkäaikaisia kustannuksia. Suomessa tätä kansantaudiksi kutsuttua mielialahäiriötä hoidetaan yleisimmin lääkevalmisteilla ja psykoterapialla, mutta vaikka masennuslääkkeet ovat laajassa käytössä, niiden teho näyttäisi olevan riittämätön depression yleisimmässä muodossa, eli lievässä masennuksessa. Psykoterapiahoito on toisaalta todettu monessa tutkimuksessa toimivaksi tavaksi hoitaa masennusta. Usein terapialla saavutetaan pitkäaikainen hyöty ilman lääkityksen haittavaikutuksia.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia vaikuttaa tutkimusten valossa tehokkaalta tavalta lievittää masennusta. Terapian perusajatuksena on muuttaa henkilön suhdetta hänen kokemuksiinsa sen sijaan, että hoidossa pyrittäisiin muuttamaan näiden tuntemusten sisältöä. Hyväksymis- ja omistautumisterapian keskeinen muutosprosessi on psykologinen joustavuus, jolla tarkoitetaan kykyä pysyä yhteydessä myös negatiivisten tuntemusten kanssa. Psykologisen joustavuuden lisääntyessä yksilö kykenee havainnoimaan negatiivisia tuntemuksiaan hyväksyvämmiin, ja tämä tuntuu paitsi parantavan elämänlaatua myös vähentävän masennusoirehdintaa.

Kaikkia psykoterapiahoitoja yhdistää hoidon alueelliseen saatavuuteen liittyvä ongelmallisuus sekä masennuspotilaiden suhteeton määrä verrattuna saatavilla oleviin hoitoresursseihin. Tähän tyhjiöön on syntynyt suuri määrä oireilun lievittämiseen tähtääviä omatoimihaittoja, kuten itsehoito-oppaita. Eniten tutkimuksia lienee tehty biblioterapiaksi kutsutusta itsehoitokirjallisuuden käytöstä, jota on yhdistetty onnistuneesti muun muassa depression kognitiiviseen ja käyttäytymisterapeuttiseen hoitoon. Hyväksymis- ja omistautumisterapian osalta vastaava tutkimus on edelleen aluillaan, joskin tähän asti saadut tulokset ovat olleet kannustavia. Tämä rohkaisee lisätutkimusten tekoon, sillä kahden tehokkaaksi todetun hoitomuodon yhdistäminen saattaisi avata uusia mahdollisuuksia helpottaa niin masennuksesta kärsivien yksilöiden kuin yhteiskunnankin paineita depression kasvavan taakan alla.

## 1.5 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan psykologisen itsehoito-oppaan käytön yhteyttä mielialan ja hyvinvoinnin muutokseen lyhyessä, masentuneille henkilöille tarkoitettussa kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiassa, kun terapeutteina toimivat psykologian opiskelijat, joilla ei ollut aiempaa kokemusta terapeuttina toimimisesta. Aiempien tutkimusten perusteella oletettiin, että itsehoito-oppaan käyttö lisäisi hoidon vaikuttavuutta kohottamalla kirjaryhmän henkilöiden mielialaa ja vähentämällä masennusoirehdintaa kirjaton ryhmää enemmän. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää terapiaan osallistuvien tutkimushenkilöiden ja terapeutteina toimineiden opiskelijoiden kokemuksia itsehoito-oppaan käytöstä osana psykologista lyhythoitoa, sillä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan kirjallisuuden vaikuttavuutta ei ole tätä ennen tutkittu Suomessa.

## 2 MENETELMÄ

### 2.1 Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa käytetty aineisto kerättiin vuonna 2010 noin neljän kuukauden aikana helmikuusta toukokuuhun. Tutkimukseen osallistumisen edellytyksinä olivat masentunut mieliala ja yli 18 vuoden ikä. Henkilöillä ei saanut olla muuta viikoittaista, keskusteluun painottunutta hoitosuhdetta, kuten säännöllistä psykoterapiaa. Masennuslääkityksen valvontaan kuuluneet käynnit tai pitkin aikavälein tapahtuneet, mutta tutkimuksen ajaksi kokonaan keskeytetyt tapaamiset esimerkiksi psykiatrin kanssa, eivät estäneet tutkimukseen osallistumista.

Tutkimushenkilöt haastateltiin puhelimitse ilmoittautumisen yhteydessä. Haastattelussa tiedusteltiin iän lisäksi masentuneesta mielialasta, masennuksen kestosta, muusta samanaikaisesta keskusteluhoidosta ja itsetuhoisten ajatusten esiintymisestä. Tämän lisäksi kysyttiin tutkimusajankohtaan (kuusi perättäistä viikkoa) sijoittuvista matkoista ja muista poissaoloista. Tutkimuksessa pyrittiin tiiviiseen, mahdollisimman vähätaukoiseen hoitoon, joten toistuvat poissaolot tutkimuksen aikana olivat osallistumisen este. Masennukseen liittyvät itsetuhoiset ajatukset eivät estäneet osallistumista. Itsehoito-oppaan käytön mahdollisuudesta ei mainittu puhelinhaastattelun yhteydessä.

Tutkimukseen otetuille henkilöille kerrottiin soveltuvuudesta pääsääntöisesti puhelinhaastattelun päätteeksi. Mukaan otetuille lähetettiin haastattelun jälkeen kirje, joka sisälsi lyhyen taustatietolomakkeen lisäksi viisi tutkimuslomaketta, jotka esitellään tarkemmin arviointimenetelmien yhteydessä.

Puhelinhaastattelun jälkeen asiakkaat satunnaistettiin kahteen ryhmään, jonka jälkeen arvottiin, kumpi ryhmistä olisi itsehoito-opasta käyttävä koeryhmä (kirjaryhmä), ja kumpi ilman opasta jäävä kontrolliryhmä (kirjaton ryhmä). Henkilöiden sukupuolta ei huomioitu satunnaistuksessa, ja tämä johti siihen, että itsehoito-opasta käyttäneeseen ryhmään tuli enemmän naisia.

Opiskelijaterapeuteille asiakkaat satunnaistettiin siten, että kullekin opiskelijalle arvottiin yhteensä kaksi asiakasta, yksi molemmista ryhmistä. Asiakasjaon jälkeen yksi opiskelijaterapeutti joutui luopumaan toisesta terapia-asiakkaastaan, jolloin hänelle arvottu kirjaryhmään kuulunut asiakas siirrettiin toiselle opiskelijalle. Siirto tapahtui ennen kuin henkilöön oli otettu yhteyttä terapian järjestämiseksi, ja henkilö säilytti ryhmäjäsenyytensä siirron yhteydessä.

Tutkimukseen otetuilta henkilöiltä kerättiin taustatietoja kahdessa vaiheessa ilmoittautumisen jälkeen. Ensimmäinen keräysvaihe koostui kotiin lähetetystä taustatietokyselystä, jolla kartoitettiin

perustiedot, kuten työllisyystilanne, perhesuhteet, koulutus, mielenterveyteen liittynyt aiempi hoito, terveydentilanne, ja yleinen lääkitystilanne. Masennuksen osalta selvitettiin myös aiemmat tilaan liittyneet hoitosuhteet sekä mahdollisen masennusdiagnoosin olemassaolo. Toinen vaihe koostui terapeutin tekemästä haastattelusta, jolloin henkilöiltä kerättiin täydentäviä lisätietoja asuintilanteesta, vapaa-ajan vietosta, terapiaan hakeutumisen syistä sekä valmiudesta muutosten tekemiseen tilanteen kohentamiseksi. Masennustilaan liittyviä tietoja tarkennettiin tiedustelemalla muista mielenterveysdiagnooseista, nykyisestä ja aiemmasta masennuslääkityksestä, masennukseen mahdollisesti saadusta muusta aiemmasta hoidosta sekä muista mahdollisista, tutkimuksen kanssa päällekkäin ajoittuvista keskusteluhoidosta. Kirjaryhmään satunnaistetut saivat ensimmäisellä tapaamiskerralla maksutta omakseen hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan itsehoito-oppaan, joka esitellään myöhemmin. Seuranta-asetelman mahdollistamiseksi kirjattomalle ryhmälle ei kerrottu itsehoito-oppaasta.

Muutosta osallistujien tilanteessa seurattiin yhdeksällä tutkimuslomakkeella. Henkilöt täyttivät kaikki tutkimuslomakkeet kahdesti, alkumittauksena ennen terapiaa ja loppumittauksena terapian jälkeen. Tämän lisäksi joka tapaamiskerralla täytettiin kaksi tutkimuslomaketta: masennuksen vaikeustasoa mittaava BDI-II ja psykologisen joustavuuden tasoa arvioiva AAQ-II. Tutkimushenkilöt täyttivät viimeisellä tapaamiskerralla myös palautekyselylomakkeet. Opiskelijaterapeutit täyttivät samat yhdeksän tutkimuslomaketta kahdesti, ennen terapiatyön aloittamista ja sen päätyttyä. Terapeuttien täyttämistä tutkimuslomakkeista kertynyttä aineistoa on käsitelty muussa yhteydessä (Nurminen, 2010). Terapioiden päätyttyä opiskelijaterapeuteilta kerättiin tietoja terapiatyöstä ja itsehoito-oppaan käytöstä terapian osana. Mikäli opiskelijaterapeuteilla oli ollut useampi kuin yksi kirjaryhmään kuulunut asiakas, opasta koskeviin palautekysymyksiin vastattiin ensimmäisen kirja-asiakkaan näkökulmasta.

## **2.2 Tutkimushenkilöt**

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt rekrytoitiin lehti-ilmoituksella vuoden 2010 helmikuussa viikolla 6. Ilmoituksella haettiin masentuneiksi itsensä tuntevia henkilöitä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella järjestettävään, kuusi tapaamiskertaa sisältävään terapiahoitoon, jota antaisivat ammattityön opintoja suorittavat, tutkimuksen aikana työnohjausta saavat psykologian opiskelijat. Terapiahoidon kerrottiin alkavan sopimuksen mukaan helmi-maaliskuusta alkaen. Terapia oli maksullista, koko hoidon kustannusten ollessa asiakkaalle 50 euroa.

Ilmoitukseen oli mahdollista vastata sen julkaisua seuranneella viikolla. Ilmoittautumisia otettiin vastaan kolmena päivänä puhelimitse sekä koko viikon ajan sähköpostitse. Kuten kuvasta 1 käy ilmi, tutkimukseen ilmoittautui yhteensä 59 henkilöä, joista naisia oli 41 ja miehiä 18. Puhelimitse ilmoittautui 31 henkilöä, sähköpostitse 27 henkilöä, ja tämän lisäksi yksi henkilö otettiin mukaan erillisesti aiemmin ilmoittautuneena. Kaikista tutkimukseen ilmoittautuneista yhteensä 44 henkilöä (30 naista, 14 miestä) haastateltiin puhelimitse ilmoittautumisjärjestyksessä. Haastattelut päätettiin, kun tutkimukseen soveltuvia henkilöitä oli riittävästi. Haastattelematta jäi 15 henkilöä, joista naisia oli 11 ja miehiä neljä.

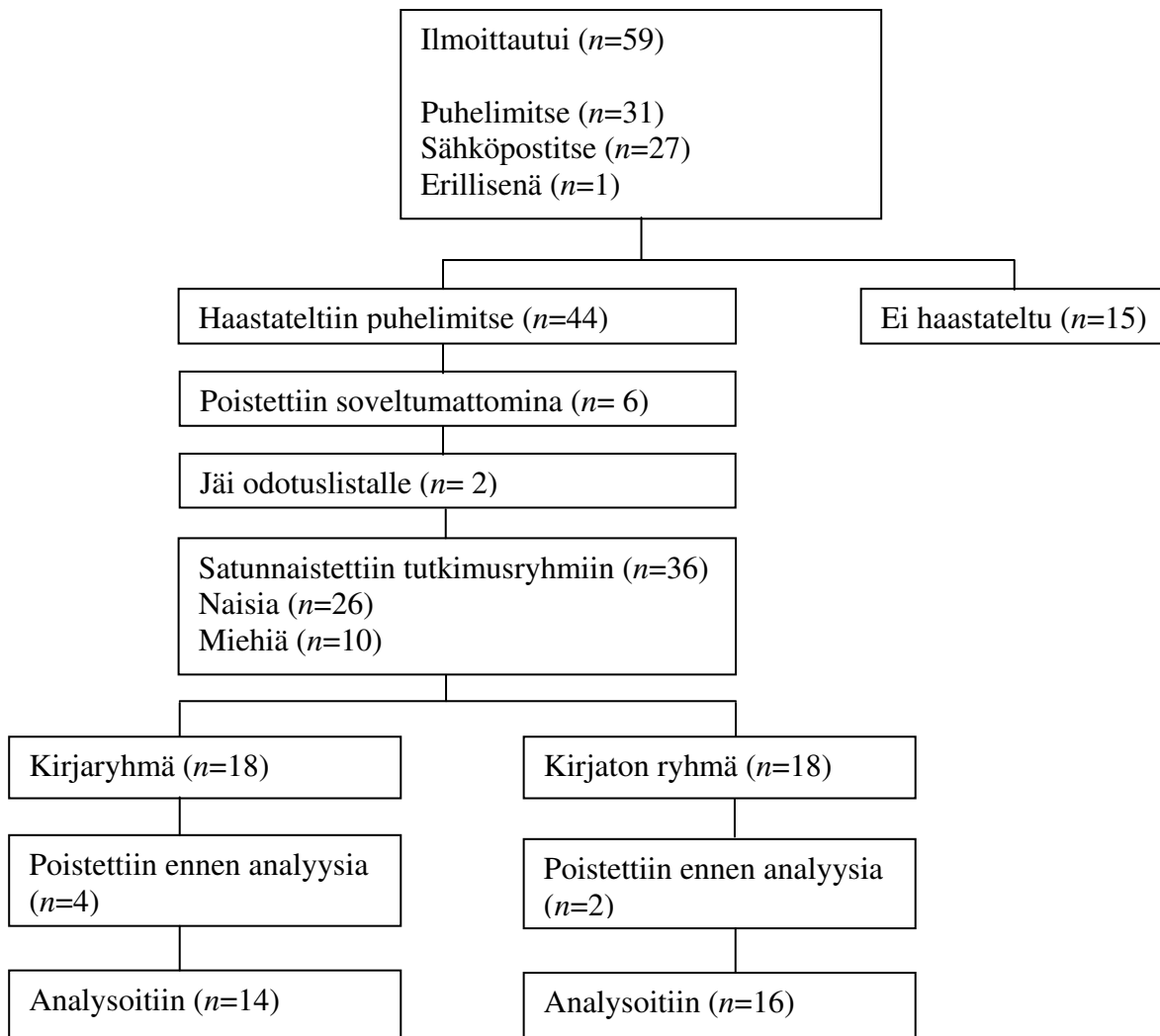
Haastattelun perusteella tutkimukseen soveltumattomina poistettiin yhteensä kuusi henkilöä, joista naisia oli kolme ja miehiä kolme. Neljällä henkilöllä poistosityy oli muu samanaikainen keskusteluhoito, yhdellä henkilöllä muu mielenterveysdiagnosi, johon hän sai säännöllistä hoitoa, ja yksi ilmoittautunut jätettiin pois keskeneräisten neurologisten tutkimusten takia. Tutkimukseen otettiin yhteensä 36 henkilöä, joista naisia oli 26 ja miehiä 10. Heidät satunnaistettiin tutkimusryhmiin siten, että molempiin ryhmiin tuli 18 henkilöä. Kirjaryhmä koostui tässä vaiheessa 15 naisesta (83.3 %) ja kolmesta miehestä (16.7 %), ja kirjaton ryhmä 11 naisesta (61.1 %) ja seitsemästä miehestä. (38.9 %). Odotuslistalle jäi kaksi henkilöä, yksi nainen ja yksi mies.

Terapian perui yhteensä neljä henkilöä, joista kaikki olivat naisia. Näistä yksi henkilö perui terapian viidennen tapaamisen jälkeen, toinen kolmannen tapaamisen jälkeen, kolmas henkilö ennen terapian alkamista, ja neljännen henkilön terapia jouduttiin keskeyttämään ensimmäisen tapaamiskerran jälkeen, sillä terapian seuraavaa tapaamista ei onnistuttu sopimaan.

Analysointivaiheessa jätettiin edelleen pois kaksi henkilöä, yksi mies ja yksi nainen. Näistä ensimmäinen poistettiin depressioasteikosta saadun, erittäin alhaisen alkumittausarvon takia (BDI=3), sillä tulos viittasi yhdessä muiden lomake- ja haastattelutietojen kanssa siihen, ettei henkilö ollut masentunut terapiaan tullessaan eikä siten täyttänyt tutkimuskriteerejä. Toisen poistetun henkilön terapiassa oli ollut seitsemän viikon tauko viidennen ja kuudennen tapaamiskerran välillä. Muilta osin analyysiin sisällytettiin kaikki hoitoon hakeutuneet henkilöt, joiden terapia ei ollut keskeytynyt ( $n=30$ ; 21 naista ja 9 miestä). Kirjaryhmän (14 henkilöä) sukupuolijakauma jäi aineiston analysointivaiheessa edelleen epätasaiseksi siten, että ryhmässä oli 12 naista (85.7 %) ja kaksi miestä (14.3 %). Kirjattomassa ryhmässä (16 henkilöä) naisia oli yhdeksän (56.3 %) ja miehiä seitsemän (43.7 %).



Kuva 1. Kaavio tutkimuksen etenemisestä ilmoittautumisista analysointivaiheeseen.



## 2.2.1 Taustatiedot

Tarkastelun kohteena olevien 30 henkilön taustatiedot on esitelty yksityiskohtaisemmin taulukossa 1. Tutkimushenkilöt olivat keskimäärin 49-vuotiaita vaihteluvälin ollessa 20–70 vuotta. Naisten ikä oli keskimäärin 50.76 vuotta ja miesten 47.67 vuotta. Siviilisäädyltään eniten oli avioliitossa olevia (19 henkilöä, 63.3 %). Lapsia osallistujilla oli keskimäärin 1.70. Perusasteen koulutuksen (kansakoulu, keskikoulu tai peruskoulu) oli suorittanut yhteensä 5 henkilöä (16.7 %). Korkeintaan keskiasteen koulutuksen (lukio tai ammatillinen koulutus), oli suorittanut 18 henkilöä (60.0 %) ja korkea-asteen koulutuksen (yliopisto, ammattikorkeakoulu) 7 henkilöä (3.33 %). Noin puolet osallistujista kävi töissä tutkimuksen alkaessa (16 henkilöä, 53.3 %). Taulukosta 1 voidaan nähdä,

että ryhmät olivat samankaltaisia henkilöiden iän, siviilisäädyn, koulutustaustan ja työtilanteen suhteen.

Taulukko 1. Tutkimushenkilöiden ikään, siviilisäätyn, koulutukseen ja työtilanteeseen liittyviä taustatietoja. Soluissa frekvenssit ja prosenttiosuus ryhmästä, paitsi iästä, josta on esitetty keskiarvo ja keskihajonta.

Taustatieto	Kaikki (n=30)	Kirja (n=14)	Ei kirjaa (n=16)
Ikä (ka, SD)	49.83 (14.41)	49.29 (12.34)	50.31 (16.39)
Siviilisäätö			
- parisuhteessa	20 (66.7 %)	9 (64.3 %)	11 (68.7 %)
- naimaton	6 (20.0 %)	2 (14.3 %)	4 (25.0 %)
- eronnut	3 (10.0 %)	3 (21.4 %)	0 (0.0 %)
- muu	1 (3.3 %)	0 (0.0 %)	1 (6.3 %)
Koulutus			
- perusaste	5 (16.7 %)	1 (7.1 %)	4 (25.0 %)
- keskiaste	18 (60.0 %)	9 (64.3 %)	9 (56.3 %)
- korkeakoulu	7 (23.3 %)	4 (28.6 %)	3 (18.7 %)
Työtilanne terapian alussa			
- töissä	16 (53.3 %)	7 (50.0 %)	9 (56.2 %)
- työtön	1 (3.3 %)	0 (0.0 %)	1 (6.3 %)
- opiskelija	1 (3.3 %)	1 (7.1 %)	0 (0.0 %)
- yrittäjä	1 (3.3 %)	1 (7.1 %)	0 (0.0 %)
- eläkkeellä	7 (23.3 %)	3 (21.4 %)	4 (25.0 %)
- muu	4 (13.3 %)	2 (14.3 %)	2 (12.5 %)

Valtaosalla osallistujista ei ollut mielenterveysdiagnoosia (taulukko 2). Masennusdiagnoosin saaneita oli yhteensä 11 henkilöä (36.7 %), ja muun mielenterveysdiagnoosin kuin masennuksen saaneita yksi henkilö (7.1 %). Kirjaryhmässä mielenterveysdiagnoosi oli hieman useammalla henkilöllä kuin kirjattomassa ryhmässä (kirja n= 8 ja kirjaton n= 4). Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä [ $\chi^2(1, n=30) = 3.12, p=.073$ ]. Suurin osa osallistujista ei ollut hakeutunut aiemmin terapiaan tai muuhun keskusteluhoitoon (21 henkilöä, 70.0 %). Samanaikaisesti muuta keskusteluhoitoa saavia oli yksi kirjaryhmään kuulunut henkilö, joka keskeytti hoidon tutkimuksen ajaksi.

Masennuslääkitys oli terapian alkaessa yhteensä 8 henkilöllä (26.7 %), joista puolella lääkitys oli ollut käytössä myös aiemmin. 7 henkilöllä (23.3 %) oli ollut aikaisempi masennuslääkitys, jota heillä ei enää ollut tutkimuksen alkaessa. 15 henkilöllä (50.0 %) ei ollut tutkimuksen alkaessa masennuslääkitystä eikä aikaisempaa lääkityshistoriaa (taulukko 2). Molemmissa ryhmissä oli

terapian aikana sama määrä masennuslääkitystä saavia asiakkaita. Kirjaryhmässä oli kuitenkin hieman enemmän asiakkaita, joilla oli ollut aiempi lääkitys. Ryhmien välinen ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä [ $\chi^2(1, n=30) = 2.01, p=.156$ ].

Taulukko 2. Tutkimushenkilöiden mielenterveysdiagnooseihin, terapiahistoriaan ja masennuslääkitykseen liittyvät taustatiedot. Soluissa frekvenssi ja prosenttiosuus ryhmästä.

Taustatieto	Kaikki (n=30)	Kirja (n=14)	Ei kirjaa (n=16)
<b>Mielenterveysdiagnoosit</b>			
Ei mielenterveysdiagnoosia	18 (60.0 %)	6 (42.9 %)	12 (75.0 %)
Vain masennusdiagnoosi	7 (23.3 %)	4 (28.6 %)	3 (18.8 %)
Masennus ja muu diagnoosi	4 (13.3 %)	3 (21.4 %)	1 (6.3 %)
Muu diagnoosi	1 (3.3 %)	1 (7.1 %)	0 (0.0 %)
<b>Terapia tai muu keskusteluapu</b>			
Aiempi keskusteluapu	9 (30.0 %)	5 (35.7 %)	4 (25.0 %)
<b>Masennuslääkitys</b>			
Aiempi lääkityshistoria	11 (36.7 %)	7 (50.0 %)	4 (25.0 %)
Lääkitys terapian aikana	8 (26.7 %)	4 (28.6 %)	4 (25.0 %)

### 2.2.2 Hoitoontulosyyt ja muutosvalmius

Useimmat henkilöt ilmoittivat hoitoon hakeutumisen syyksi masennuksen (27 henkilöä, 90.0 %). Kirjaryhmästä heitä oli 12 henkilöä (85.7 %) ja kirjattomasta ryhmästä 16 henkilöä, (93.8 %). Masennus oli erityisesti naisten syy hoitoon hakeutumiselle (20 naista, 95.2 % ja 7 miestä, 77.8 %). Jostakin muusta syystä hoitoon tulleita oli kolme henkilöä (10.0 %), joista kaksi henkilöä oli kirjaryhmässä (14.3 %) ja yksi henkilö kirjattomassa ryhmässä (6.3 %). Nämä henkilöt olivat ilmoittautumisen yhteydessä tuoneet esiin masentuneen mielialansa, mutta terapian alkaessa he ilmoittivat tulonsa syyksi joko jonkin muun keskusteluavun keskenjäämisen, yleisen kiinnostuksen terapiaa kohtaan tai mielialansa ailahtelevaisuuden. Muusta syystä hoitoon tulleista yksi oli nainen (4.3 % naisista) ja kaksi miestä (22.2 % miehistä)

Taustatietojen kartoituksen yhteydessä osallistujia pyydettiin arvioimaan valmiuttaan tehdä muutoksia oman tilanteensa kohentamiseksi. Valmius muutoksiin merkittiin viivalla VAS-asteikolle (Visual Analogue Scale) välille 0–10. Kaikkien osallistujien muutosvalmius oli hyvä, asettuen keskimäärin arvoon 8.38 ( $SD=1.13$ ; vaihteluväli 6–10). Kirjaryhmän muutosvalmius oli

keskimäärin 8.04 ( $SD=1.09$ ; vaihteluväli 6–10) ja kirjattomien 8.66 ( $SD=1.14$ ; vaihteluväli 7–10). Valmius muutokseen oli samanlainen molemmissa ryhmissä [ $t(27) = -1.48, p=.150$ ].

### 2.2.3 Masennuksen vaikeustaso

Masennuksen vaikeusastetta arvioitiin ensisijaisesti Beckin depressioasteikon versiolla II (BDI-II), joka jakaa masennuksen vaikeustason neljään luokkaan (vakava, kohtalainen, lievä, vähäinen) mittarista saadun piste-arvon mukaan. Mittari ja masennustasojen pisterajat esitellään tarkemmin arviointimenetelmien yhteydessä. BDI-II:n alkumittauksen perusteella masennuksen vaikeusasteet jakautuivat hoidon alkaessa siten, että vakavasti masentuneita oli 7 henkilöä (23.3 %), kohtalaisesti masentuneita 10 (33.3 %), lievästi masentuneita 6 (20.0 %), ja vähäisesti masentuneita 7 henkilöä (23.3 %). Masennuksen vaikeustasossa ei ollut terapian alkaessa tilastollisesti merkitsevää eroa tutkimusryhmien välillä [ $\chi^2(1, n=30)=0.62, p=.431$ ]. Kirjaryhmän henkilöt olivat pääasiassa joko vakavasti tai kohtalaisesti masentuneita, kun taas kirjattomassa ryhmässä jako oli hieman tasaisempi (taulukko 3). Ero johtuu kirjaryhmän sukupuolijakaumasta, sillä valtaosa naisista oli joko vakavasti tai kohtalaisesti masentuneita (15 henkilöä, 71.4 %), kun taas suurin osa miehistä oli korkeintaan lievästi masentuneita (7 henkilöä, 77.8 %). Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero masennuksen vaikeusasteessa [ $\chi^2(1, n=30) = 6.21, p=.013$ ].

Taulukko 3. Masennuksen vaikeusaste ennen terapiaa esitettynä kaikilta tutkittavilta sekä tutkimusryhmittäin. BDI-II:n neljä masennuksen vaikeusastetta on jaettu kahteen pääluokkaan. Soluissa esitettynä kunkin vaikeusasteluokan jäsenten frekvenssi ja osuus tutkittavien ryhmästä.

Masennuksen vaikeusaste (BDI-II)	Kaikki ( $n=30$ )	Kirja ( $n=14$ )	Ei kirjaa ( $n=16$ )
Vakava tai kohtalainen	17 (56.7 %)	9 (64.3 %)	8 (50.0 %)
Lievä tai vähäinen	13 (43.3 %)	5 (35.7 %)	8 (50.0 %)

Kokonaiskuvaa henkilöiden masennusoireista täydennettiin yhdeksän oirekuvausta sisältäneellä depressiodiagnoosikyselyllä, jonka sisältö noudatti DSM-IV -tautiluokituksen mukaisia, vakavan masennustilan kriteerejä. Depressiodiagnoosikysely saatiin yhteensä 27 henkilöltä (90.0 %), ja sitä käytettiin masennusoirehdinnan kuvaamiseen, ei depression diagnosointiin. Masennuskriteerien oireista esille tuotiin etenkin masentunut mieliala (20 henkilöä, 74.1 %), väsymys (20 henkilöä,

74.1 %), ja vähentynyt mielihyvä tai mielenkiinto (16 henkilöä, 59.3 %). Oirehdinta oli samankaltaista molemmissa tutkimusryhmissä.

Valmiilla ongelmaluettelolla pyrittiin selvittämään tutkimushenkilöiden arkea haitanneita asioita. Ongelmaluettelo sisälsi 28 kohtaa, joilla kartoitettiin laajasti erilaisia vaikeuksia, kuten uupumusta, masennusta, perheen ja työn parissa kohdattuja ongelmia sekä terveystäyttämiseen ja päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Tutkimushenkilöitä pyydettiin merkitsemään luetteloon ne ongelmat, jotka olivat terapian alkaessa ajankohtaisia. Luetteloon sai myös lisätä muita kuin listassa esitettyjä ongelmia. Ongelmaluettelo saatiin yhteensä 29 henkilöltä (96.7 %). Koetut vaikeudet liittyivät enimmäkseen masennukseen ja alakuloisuuteen (25 henkilöä, 86.6 %) sekä jaksamattomuuteen ja väsymykseen (28 henkilöä, 96.6 %). Kirjaryhmässä ( $n=13$ ) ilmoitettiin keskimäärin 16 ongelmaa ( $SD=7.87$ ; vaihteluväli 6–26) ja kirjattomassa ryhmässä ( $n=16$ ) keskimäärin 15 ongelmaa ( $SD=5.48$ ; vaihteluväli 6–24).

## **2.3 Arviointimenetelmät**

Tutkimushenkilöiden hyvinvoinnin muutosta seurattiin yhdeksällä itsearviointilomakkeella. Jokainen tutkimuslomake täytettiin ennen terapiaa ja terapian päätyttyä. Lisäksi kaksi lomaketta, BDI-II ja AAQ-II, täytettiin joka tapaamisen yhteydessä, eli yhteensä kuusi kertaa. Viisi alkumittauslomaketta (SCL-90, JES, Ojasen itseluottamus, tyytyväisyys elämään ja mieliala) lähetettiin etukäteen kotiin täytettäväksi, ja loput lomakkeet täytettiin ensimmäisellä terapiakerralla.

### **2.3.1 Ensisijaiset arviointimenetelmät**

Masennustason vaikeusastetta kartoitettiin Beckin depressiokyselyn versiolla II (BDI-II, Beck Depression Inventory; Beck, Steer, & Brown, 1996). BDI-II koostuu 21 kysymyksestä, jotka käsittelevät DSM-IV -tautiluokituksen mukaisesti masennukseen liittyvää oirehdintaa. Kyselystä voi saada enimmillään 63 pistettä, jokaisen vastauksen kerryttäessä asteikon kokonaispistemäärää 0–3 pisteellä. Mittari jakaa masennuksen vaikeusasteen neljään tasoon: 0–13 pistettä kuvaa vähäistä masennusta, 14–19 lievää masennusta, 20–28 kohtalaista masennusta ja 29–63 pistettä vakavaa masennusta. Beckin depressioasteikko on yleinen masennustason mittari, ja sen on todettu kykenevän erottelemaan kliinisesti masentuneet henkilöt ei-masentuneista luotettavasti (Beck, Steer, & Brown, 2004).

Fyysisten ja psyykkisten oireiden esiintymistä arvioitiin SCL-90 -mittarilla (Symptom Checklist-90; Holi, Sammallahti, & Aalberg, 1998). SCL-90 -kyselyssä on 90 oirekuvausta, joiden esiintymistä arvioidaan viidellä vastausvaihtoehdolla välillä ”ei lainkaan” (0) – ”erittäin paljon” (4). Asteikon enimmäispistemäärä on 360, mutta tulos ilmoitetaan tavallisesti oireiden vakavuutta kuvaavalla GSI-indeksillä (General Severity Index), joka saadaan jakamalla koehenkilön SCL-90 -kokonaispisteet kysymysten määrällä (90). SCL-90 -mittarin toimivuutta on tutkittu Suomessa depressiivisten oireiden osalta muun muassa vertailemalla normaalia yhteisöotosta (GSI ka 0.73) psykiatristen avohoitopotilaiden vastauksiin (GSI ka 2.17), ja mittari on näissä tutkimuksissa osoittautunut päteväksi oirehdinnan muutoksen kuvaajaksi suomalaisessa väestössä (Holi, 2003).

Ahdistuksen tasoa kuvattiin Beckin ahdistuneisuusmittarilla (BAI, Beck Anxiety Inventory; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). BAI-asteikossa on 21 kohtaa, joista 14 käsittelee somaattisia ja 7 subjektiivisia tuntemuksia, joita koskeviin väittämiin on neljä vastausvaihtoehtoa välillä ”ei ollenkaan” (0) – ”erittäin paljon” (3). Asteikon pisteet vaihtelevat välillä 0–63, jossa pistemäärä kuvaa ahdistusoirehdinnan tasoa. Asteikko jakaa ahdistuksen vaikeustason neljään osioon mittarin kokonaispisteiden mukaan: 0–7 pistettä viittaa vähäiseen ahdistuneisuuteen, 8–15 lievään ahdistuneisuuteen, 16–25 kohtalaiseen ahdistuneisuuteen, ja 26–63 vakavaan ahdistuneisuuteen. BAI-asteikon sisäinen yhtenäisyys on hyvä (Cronbachin alfa  $\alpha=0.92$ ) ja mittarin on todettu erottelevan ahdistuneet henkilöt ei-ahdistuneista luotettavasti (Beck ym., 1988).

### **2.3.2 Toissijaiset arviointimenetelmät**

Tutkittavien mielialaa, tyytyväisyyttä elämään ja itseluottamusta tarkasteltiin kolmella Markku Ojasen kehittämällä asteikolla (Ojanen & Seppälä, 1996; Ojanen, 2001). Kukin kolmesta lomakkeesta sisältää 11 lausetta, jotka kuvailevat aihealueidensa mukaisesti joko mielialaan, tyytyväisyyteen tai itseluottamukseen liittyviä elämäntilanteita. Lauseita verrataan omaan tilanteeseen valitsemalla niistä sopivin, jolloin arvio voidaan asettaa myös kahden lauseen väliin. Arvio ilmoitetaan myös numeerisesti asteikolla 0–100.

Jokapäiväisestä elämästä selviytymistä ja toimintakykyä mitattiin JES-lomakkeella (Social Functional Scale; Bosc, Dubini, & Polin, 1997). Mittari koostuu 21 kysymyksestä, joiden avulla henkilö arvioi muun muassa toimintakykyään arjessa sekä ihmissuhteidensa määrää ja laatua. JES-asteikon pisteet vaihtelevat välillä 0–63. Suuri JES-pistemäärä kuvaa asteikon mukaan hyvää selviytymiskykyä, tavanomaisen tai normaalin toimintakyvyn sijoittuessa vaihteluvälille 35–52.

### 2.3.3 Prosessin arviointimenetelmät

Henkilöiden psykologista joustavuutta ja hyväksyntää arvioitiin AAQ-II -mittarilla (Acceptance & Action Questionnaire; Hayes ym., 2004, suomentanut Martti T. Tuomisto, 2007), jonka sisäinen yhtenäisyys on todettu hyväksi (Ruiz, 2010). Asteikko koostuu kymmenestä väittämästä, jotka edustavat hyväksyntää ("ei haittaa, vaikka mieleeni tulee jokin epämiellyttävä muisto"), toimintaa ("elämäni on hallinnassa") ja välttämiskäyttäytymistä ("ajatukseni ja tunteeni estävät minua elämästä haluamallani tavalla"). Väittämiin vastataan välillä "ei koskaan pidä paikkansa" (1) – "pitää aina paikkansa" (7). Korkea pistemäärä viittaa suurempaan psyykkiseen joustavuuteen. AAQ-asteikon enimmäispistemäärä on 70, yhdysvaltalaisen yliopisto-opiskelijoiden keskiarvon ollessa noin 50 (Bond ym., 2011).

Tietoisuustaitoja arvioitiin KIMS-asteikolla (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Baer, Smith, & Allen, 2004, suomentanut Aino Kohtala), jonka sisäinen yhtenäisyys on niin ikään hyvä. Mittarissa on yhteensä 39 tietoisuustaitoihin liittyvää väittämää, joiden paikkansapitävyyttä arvioidaan asteikolla "ei koskaan tai harvoin tosi" (1) – "melkein aina tai aina tosi" (5). Jokainen kysymys kuuluu johonkin asteikon neljästä tietoisuustaitoja kuvaavasta osa-alueesta, jotka yhdessä tuottavat mittarin kokonaispisteet. Asteikon neljä osa-aluetta ovat havainnointi ("huomaan, kun mielialani alkaa muuttua"), kuvailu ("olen hyvä löytämään sanat kuvaamaan tuntemuksiani"), tietoinen toiminta ("tehdessäni asioita keskityn vain siihen, mitä teen, en mihinkään muuhun"), ja hyväksyminen ilman arviointia ("tapanani on arvioida, ovatko havaintoni oikeita vai vääriä"). KIMS-asteikkoa on suositeltu käytettäväksi tietoisuustaitojen kartoituksessa, sillä jaottelu neljään osa-alueeseen yhden kiinteän pistemäärän sijaan näyttäisi antavan kattavamman kuvan tietoisuustaitojen tasosta (Baer ym., 2008).

### 2.4 Opiskelijaterapeutit

Terapiahoidon antajina toimi 15 opiskelijaa, jotka osallistuivat tutkimukseen vapaavalintaisena osana psykologian maisterin opintojaan Jyväskylän yliopistossa. Opiskelijaterapeuteista naisia oli 14 ja miehiä yksi. Opiskelijat olivat keskimäärin 25-vuotiaita ( $SD=4.20$ ; vaihteluväli 22–37), ja useimmat heistä olivat neljännellä vuosikurssilla (ka 4.13;  $SD=1.06$ ; vaihteluväli 2–6). Heistä neljä (26.7 %) oli ollut itse psykoterapiassa, mutta valtaosalla (11 henkilöä, 73.3 %) ei ollut omakohtaista terapiakokemusta. Terapeuteista ainakin yksi oli suorittanut maisterin opintoihin kuuluvan viiden kuukauden työharjoittelun, mutta kenelläkään ei ollut kokemusta terapiatyön tekemisestä. Osa

terapeuteista oli joko aloittanut tai suorittanut syventävän tason klinisen psykologian kurssin ennen tutkimuksen alkua. Terapeutina toimimisen edellytyksenä oli psykoterapiatyön perusteita käsittelevän kurssin kognitiivisia käyttäytymisterapioita (KKT) koskevan osan suoritus. Kurssin yhteydessä opiskelijat saivat 10 tunnin KKT-koulutuksen ja lisäksi 14 tunnin koulutuksen hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttöön, sisältäen perehdytyksen käyttäytymisanalyysin tekoon (Functional Analytic Clinical Case Model, FACCM; Haynes & O'Brien, 2000). Terapiatyön tukena opiskelijaterapeuteilla oli asiakkaiden terapiahoidossa käytetyn itsehoito-oppaan lisäksi myös Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä -opas (Lappalainen ym., 2009), joka esittelee 32 metaforan ja 18 harjoituksen lisäksi hyväksymis- ja omistautumisterapian perusnäkömökset ja teoreettisen pohjan sekä ohjeistaa menetelmän käyttöön käytännön asiakastyössä. Terapiaan liittyvää työnohjausta opiskelijat saivat kaksi kertaa viikossa kahden tunnin ajan kerrallaan. Työnohjaukseen osallistuivat kaikki opiskelijat, ja ohjauksessa käytiin terapatapaamisten välissä.

Kukin terapeutti hoiti keskimäärin 2.40 asiakasta ( $SD=0.63$ ; vaihteluväli 1–3) siten, että yksi asiakas kuului kirjaryhmään ja toinen kirjattomaan ryhmään. Kolmas asiakas oli opiskelijaterapeuteille vapaaehtoinen, ja mikäli kolmas asiakas otettiin, tämän ryhmäjäsenyys arvottiin. Seitsemän terapeuteista otti hoidettavakseen kolme asiakasta, toiset seitsemän hoiti kaksi asiakasta, ja yksi terapeutti hoiti poikkeuksellisesti vain yhden asiakkaan.

## 2.5 Hoito

Tutkimuksessa annettu hoito käsitti kuusi viikoittaista terapatapaamista, jotka järjestettiin Jyväskylän yliopiston tiloissa. Tapaamiset kestivät noin 60 minuuttia kerrallaan, eikä niitä nauhoitettu. Ensimmäisellä ja viimeisellä tapaamiskerralla henkilöille varattiin terapian lisäksi yksi lisätunti tutkimuslomakkeiden täyttämiseen. Ensimmäisen tapaamiskerran terapeutit käyttivät asiakkaan tilanteeseen tutustumiseen sekä taustatietojen keräämiseen. Tapaamisen lopulla tehtiin tietoisuusharjoitus ohjeistamalla asiakas keskittymään hengitykseensä muutaman minuutin ajaksi. Opiskelijaterapeutti teki tapaamisen jälkeen henkilön tilanteesta käyttäytymisanalyysin, jolla kuvattiin asiakkaan kokemia ongelmia ja niiden välisiä suhteita. Käyttäytymisanalyysi tuotiin työnohjaukseen ennen seuraavaa terapatapaamista, ja esiteltiin tämän jälkeen asiakkaalle toisella tapaamiskerralla, jolloin asiakkaalla oli mahdollisuus tehdä kaavioon muutoksia. Toisella tapaamiskerralla keskityttiin erityisesti yksilöllisten arvojen kuvauksiin ja keskusteluun arvojen mukaisista teoista. Loput tapaamiskerrat mukautettiin asiakkaan tilanteeseen yksilöllisesti.



Terapiassa käsiteltiin hyväksyntää, mielen kontrollin heikentämistä, tietoisuustaitoja ja minäkäsitystä keskustelujen ja harjoitusten avulla. Arvojen mukaisia tekoja tapaamisen välillä pyrittiin lisäämään jokaisen tapaamisen jälkeen annetuilla kotitehtävillä. Asiakkaat määrittelivät pääasiallisesti itse omat kotitehtävänsä.

Opiskelijaterapeutit kirjasivat kunkin terapiaistunnon yksityiskohtat hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseihin perustuneeseen menetelmäpäiväkirjaan (esimerkki 1). Terapeutit merkitsivät menetelmäpäiväkirjaan mitä hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseja terapiaistunnon aikana käsiteltiin, ja minkälaisin menetelmin, kuten harjoituksin tai metaforin, prosesseja lähestyttiin. Menetelmien ja ydinprosessien frekvenssit kerättiin analysointivaiheessa sen selvittämiseksi, oliko käytetyissä menetelmissä tai prosessipainotuksissa ryhmien välisiä eroja.

Esimerkki 1. Opiskelijaterapeutin täyttämä menetelmäpäiväkirja 52-vuotiaan kirjaryhmän asiakkaan kolmannesta terapiatapaamisesta.

Käsitelty ydinprosessi	Menetelmä	Menetelmän toteutustapa
Arvot	Harjoitus Keskustelu	Arvoanalyysilomake Arvoanalyysin pohjalta
Havainnoiva minä (itse paikkana tai tilana)	Harjoitus Keskustelu	Kolme tapaa havainnoida itseä Harjoituksesta ja sen soveltamisesta
Hyväksyntä	Metafora Keskustelu	Ihminen kuopassa Metaforasta ja hyväksynnästä
Tietoinen läsnäolo	Harjoitus Keskustelu	Tietoisuusharjoitus Keskustelua harjoituksesta
Muut	Kotitehtävä	Kirjasta kappaleet 3, 4 ja 9

Menetelmien käyttö jakautui siten, että terapiajakson aikana kerrottiin keskimäärin 6.27 metaforaa ( $SD=2.33$ ; vaihteluväli 2–12) ja tehtiin keskimäärin 8.73 harjoitusta ( $SD=2.85$ ; vaihteluväli 3–15). Molemmissa ryhmissä usein käytettyjä metaforia olivat esimerkiksi linnunpönttö ja virrassa lipuvat lehdet. Linnunpönttö-metaforan tarkoituksena on esittää mieli eräänlaisena ajatusten pesänä, johon kaikenlaiset ajatukset mahtuvat ilman, että niiden kulkua yritettäisiin estää. Virrassa lipuvat lehdet -vertauksessa ajatukset asetetaan virran pinnalle pudonneiden lehtien päälle, jolloin ajatusten liikettä voidaan seurata niihin takertumatta. Harjoituksista eniten käytettiin aiemmin hoidon kuvauksessa mainittua tietoisuusharjoitusta sekä tarkkailijaharjoitusta, jossa tutustutaan siihen

osaan tietoisuutta, joka kykenee havaitsemaan tunnetilat, ajatukset ja ympäristön tapahtumat turvallisesti, ilman arviointia. Kirjaryhmä ( $n=14$ ) kuuli keskimäärin 5.50 metaforaa ( $SD=2.10$ ; vaihteluväli 2–9) ja teki keskimäärin 7.86 harjoitusta ( $SD=2.57$ ; vaihteluväli 3–13) terapian aikana. Kirjattomalla ryhmällä ( $n=16$ ) vastaavat määrät olivat 6.94 metaforaa ( $SD=2.38$ ; vaihteluväli 3–12) ja 9.50 harjoitusta ( $SD=2.94$ ; vaihteluväli 6–15). Ryhmien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja terapiajakson aikana käytettyjen harjoitusten lukumäärän välillä [ $t(28)=-1.62$ ,  $p=.117$ ]. Metaforien osalta ero oli suuntaa-antava [ $t(28)=3.03$ ,  $p=.093$ ]. Ydinprosessien osalta ei voitu havaita eroja ryhmien välillä sen suhteen, mihin hyväksymis- ja omistautumisterapian kuudesta prosessista terapiatyöskentely painottui ( $p>.05$ ). Näiden kuvausten perusteella hoito oli toisin sanoen samankaltainen molemmissa tutkimusryhmissä itsehoito-oppaan käyttöä lukuun ottamatta.

## 2.6 Itsehoito-opas

Kirjaryhmän käytössä ollut psykologinen itsehoito-opas oli hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuva Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää: hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla (Hayes & Smith, 2009). Itsenäiseen työskentelyyn tarkoitettu 240-sivuinen teos on toinen painos vuonna 2008 suomennetusta julkaisusta, sisältäen 40 harjoitusta ja useita metaforia. Oppaassa on yhteensä 15 lukua, joissa esitellään hyväksymis- ja omistautumisterapian teoreettinen pohja, menetelmän käsitys kärsimyksestä, kuvataan kielen yhteyttä vaikeuksiin, ja avataan muun muassa välttämisen, arvojen, ajatusten havainnoinnin ja tietoisien läsnäolon käsitteet sekä merkitys vaikeuksien kohtaamisessa hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmasta (taulukko 4). Tämän lisäksi oppaassa käydään läpi hyväksymis- ja omistautumisterapiasta kertynyttä tutkimustietoa, ja esitellään menetelmään perustuneiden hoitojen tuloksia sekä hoitoa saaneiden kokemuksia. Kaikkia kirjaryhmän henkilöitä ohjeistettiin lukemaan oppaasta johdanto ja kappale ”Mitä arvot ovat?”, mutta tämän jälkeen opiskelijaterapeutit saivat tehdä asiakkaan terapiassa yksilöllisiä ratkaisuja itsehoito-oppaan roolin ja käytön suhteen.

Taulukko 4. Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää -itsehoito-oppaan luvut ja keskeinen sisältö.

Luku	Luvun nimi	Keskeinen sisältö
1.	Johdanto	Hyväksymis- ja omistautumisterapian esittely ja menetelmän käsitys kärsimyksestä. Esittelee perusteemoja tietoisesta läsnäolosta, hyväksynnästä ja arvoista.
2.	Miksi me kärsimme?	Inhimillisen kärsimyksen luonne ja yleisyys. Tutustuttaa arvojen mukaisen elämän käsitteeseen.
3.	Miksi kieli johtaa kärsimykseen?	Kielen ja mielen vuorovaikutus sekä näiden yhteys kärsimykseen suhdekehysteorian näkökulmasta.
4.	Välttäminen on houkuttelevaa	Kuvailee, miksi välttäminen toimii huonosti mielensisäisten ongelmien ratkaisutapana.
5.	Irti päästäminen	Esittelee tutkimustuloksiin perustuen ajatuksen siitä, että halukkuus kokea negatiiviset tuntemukset on tärkeä tekijä muutosten aikaansaamisessa.
6.	Ajatusten aiheuttama ongelma	Tarkastelee mielen tapaa tuottaa ajatuksia ja sen myötä kärsimystä. Tutustuttaa mielen kontrollin käsitteeseen.
7.	Sinulla on ajatus vai ostatko ajatuksen?	Havainnollistaa harjoitusten ja esimerkkien avulla hyväksyvän välimatkan ottamista ajatuksiin.
8.	Jos en ole yhtä kuin ajatukseni, kuka minä sitten olen?	Minäkäsitykset itseä määrittävinä, kirjaimellisesti otettuina ajatuksina. Tutustuttaa kolmeen erilaiseen minäkäsitykseen.
9.	Tietoinen läsnäolo	Tietoisesta läsnäolon käsite. Sisältää harjoituksia, joiden avulla olla läsnä hetkessä ja tukea omaa havainnointikykyä.
10.	Halukkuus: mitä se on ja mitä se ei ole	Psykologista halukkuus ilmiönä ja tietoisena valintana kulkea pahan olon kanssa, ei siitä huolimatta tai sitä vastustaen.
11.	Halukkuus: kuinka oppia hyppäämään?	Valmistele tuskan tuntemisen tietoista haluamista harjoituksilla ja tutustuttaa hyppäämisen käsitteeseen, jolla viitataan sisäisen tuskan kokemiseen ehdoitta.
12.	Mitä arvot ovat?	Määrittelee arvot elämän laajoina suuntaviivoina.
13.	Valitse omat arvosi	Käynnistää arvotyöskentelyn harjoitusten avulla.
14.	Omistautuminen arvojen mukaisille teoille	Käsittelee tavoitteiden asettamista, konkreettisten tekojen määrittelyä sekä näiden tiellä olevia esteitä.
15.	Johtopäätökset: mielekkään elämän valitseminen	Kertaa oppaan teemoja ja kuvaa elämää jatkuvina valintoina yhtäältä hyväksynnän ja omistautumisen tien ja toisaalta kontrollin ja välttämisen tien välillä.

## 2.7 Tilastolliset analyysit

Arviointimenetelmistä saatu aineisto analysoitiin PASW-ohjelmiston versiolla 18.0. Tilastolliseksi merkitsevyystasoksi asetettiin aineiston pienen koon takia  $p < .05$ . Jokaisesta tutkimusmittarista johdettiin muutosluvut, jotka laskettiin ensisijaisten arviointimenetelmien osalta vähentämällä kunkin mittarin loppumittausarvo sen alkumittausarvosta, ja toissijaisten sekä prosessia kuvaavien arviointimenetelmien osalta vähentämällä alkumittausarvo mittarin loppumittausarvosta.

Silmämääräisen tarkastelun lisäksi normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin Shapiro-Wilkin testillä, joka sopii tähän tarkoitukseen otoskoon ollessa alle 50 (Metsämuuronen, 2006). Normaalisti jakautuneiksi ( $p > .05$ ) todettiin kaikki muut muutosluvut paitsi kirjattoman ryhmän KIMS-kokonaispisteet ( $p = .008$ ).

Efektikokoja käytettiin hoidon vaikutusten arvioimiseen yhden muuttujan sisällä vähentämällä muuttujan alkumittausarvo sen loppumittausarvosta, ja jakamalla saatu tulos alkumittauksen keskihajonnalla. Tätä hoidon vaikuttavuuden, eli havaitun muutoksen suuruuden kliinistä merkitystä arvioitiin ryhmien sisäisesti siten, että efektikoko  $d = 1.1$  edusti suurta,  $d = .8$  keskikokoista, ja  $d = .5$  pientä vaikutusta. Efektikoon käyttö oli aiheellista tutkimuksen pienen otoskoon takia, sillä merkitsevyystaso  $p$  riippuu voimakkaasti otoskoosta, ja vaatii pieniltä aineistolta suurta vaikuttavuutta, jotta tilastollisen merkitsevyys voidaan havaita (Metsämuuronen, 2006).

Ryhmäkeskiarvojen alkumittauserot analysoitiin riippumattomien otosten t-testillä. Missään tutkituista tutkimusmittareista ei havaittu kirjaryhmän ja kirjattoman ryhmän välisiä, tilastollisesti merkitseviä alkumittauseroja ( $p > .05$ ). Muuttujien keskiarvoissa ajan myötä tapahtuvaa muutosta tarkasteltiin toistettujen mittausten varianssianalyysillä (ANOVA), jolla voitiin arvioida myös tutkimusryhmän yhteyttä havaittuihin muutoksiin. Kuusi kertaa mitatut AAQ ja BDI -arvot tutkittiin toistettujen mittausten varianssianalyysillä siten, että alku- ja loppumittauksia tarkasteltiin erillään tapaamisten 2–5 mittauksista. Toistettujen mittausten arvoja korjattiin Bonferronin jälkitestillä (Metsämuuronen, 2006). Khi toiseen ( $\chi^2$ ) -testillä tarkasteltiin luokiteltujen muuttujien välisiä ryhmäeroja. Arviointimenetelmien yhteyksiä hoidon eri piirteisiin tutkittiin lisäksi korrelaatiokertoimilla, joksi valittiin otoksen pienen koon vuoksi Spearmanin rho ( $\rho$ ) -kerroin.

### 3 TULOKSET

#### 3.1 Ensisijaiset arviointimenetelmät

Masennustason (BDI) muutoksen tarkastelussa havaittiin, ettei tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta voitu todeta tutkimusryhmän ja BDI-tason muutoksen välillä [ $F(1,28)=.005$ ,  $p=.945$ ]. Ryhmien välistä efektikokoa ei tästä syystä laskettu. Tulos viittaa siihen, että terapian aikana havaittu masennuspistemäärän muutos oli samankaltainen molemmissa ryhmissä, eikä itsehoito-oppaan käyttö antanut lisätua masennuksen vaikeusasteen muutoksen kannalta. Päävaikutuksena havaittiin, että BDI-tasossa tapahtui terapian aikana tilastollisesti erittäin merkitsevä muutos [ $F(1,28)=39.29$ ,  $p<.001$ ]. Henkilöiden masennustaso laski keskimäärin 12 BDI-pistearvoa, eli noin 50 % terapian alussa mitatusta BDI-tasosta, pudoten kohtalaisesta masennuksesta vähäisen masennuksen tasolle molemmissa ryhmissä (taulukko 5). BDI-tason muutos oli tilastollisesti merkitsevä sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=15.82$ ,  $p=.002$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(1,15)=24.63$ ,  $p<.001$ ]. Effektikokojen perusteella kliininen muutos oli molemmissa ryhmissä suuri ( $d>1.1$ ). Kuuden kerran terapiahoito vähensi osallistujien masennustasoa 95 % todennäköisyydellä keskimäärin vähintään noin 5.55 ja enintään noin 18.74 BDI-pistearvoa.

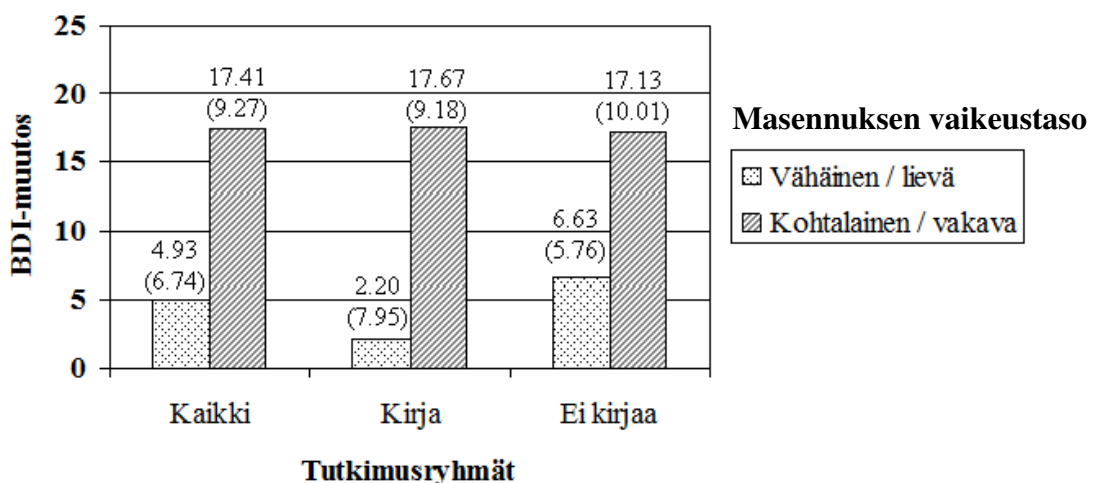
Taulukko 5. Ensisijaisten arviointimenetelmien keskiarvot ja keskihajonta ennen ja jälkeen terapian kirjaryhmältä ( $n=14$ ) ja kirjattomalta ryhmältä ( $n=16$ ). Esitettynä keskiarvomuutosten 95 % luottamusväli sekä ryhmien sisäisen muutoksen efektikoko  $d$ .

Mittari	Ennen terapiaa ka (SD)	Jälkeen terapian ka (SD)	ka CI 95 %	$d$
BDI-II				
Kirja	22.79 (8.08)	10.64 (6.73) **	-5.55 – -18.74	1.50
Ei kirjaa	19.75 (8.41)	7.88 (6.29) ***	-6.77 – -16.97	1.41
SCL-90 (GSI)				
Kirja	1.17 (0.41)	0.71 (0.42) **	-0.15 – -0.77	1.12
Ei kirjaa	1.02 (0.47)	0.48 (0.37) **	-0.26 – -0.82	1.15
BAI				
Kirja	16.21 (8.76)	11.86 (10.28)	-1.79 – -10.50	.50
Ei kirja	13.94 (9.13)	7.81 (6.86) **	-2.10 – -10.15	.67

\*\*\*  $p<.001$ , \*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$

Kirjaryhmässä BDI-taso aleni keskimäärin 12.14 BDI-pistearvoa ( $SD=11.42$ ) ja kirjattomassa ryhmässä keskimäärin 11.87 pistearvoa ( $SD=9.57$ ). Kuten kuvasta 2 käy kuitenkin ilmi, tutkimusryhmät erosivat toisistaan siinä, miten hoito vaikutti ryhmien sisällä BDI-pistemäärien muutokseen masennuksen eri vaikeustasoissa, erityisesti verrattaessa lievemmin ja vakavammin masentuneiden muutoslukuja. Molemmissa tutkimusryhmissä suurin masennuspistemäärän muutos tavattiin kohtalaisista tai vakavista masennusoireista kärsineillä, joiden BDI-muutosluvut olivat suuremmat kuin vähemmän oirehtineilla. Kirjaryhmässä vähemmän oirehtivien masennuspistemäärän muutos oli selkeästi pienempi kuin kirjattomassa ryhmässä, vaikka oirehdinta oli BDI-asteikon mukaan samantasoista.

Kuva 2. Masennuspistemäärien (BDI) muutoksen keskiarvot ja keskihajonnat masennuksen vaikeustason mukaan esitettyinä kaikilta henkilöiltä ( $n=30$ ; vähäisesti tai lievästi masentuneita 13, kohtalaisesti tai vaikeasti masentuneita 17), kirjaryhmältä ( $n=14$ ; vähäisesti tai lievästi masentuneita 5, kohtalaisesti tai vaikeasti masentuneita 9), ja kirjattomalta ryhmältä ( $n=16$ ; vähäisesti tai lievästi masentuneita 8 ja kohtalaisesti tai vaikeasti masentuneita 8 henkilöä).



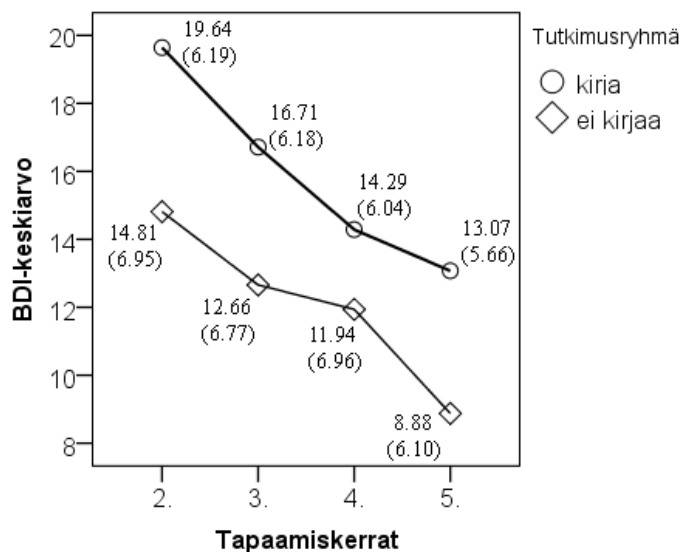
Fyysisten ja psyykkisten oireiden (SCL-90) muutoksessa ei havaittu yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=0.23$ ,  $p=.691$ ], eli oirehdinnan muutoksen tasossa ei ollut ryhmien välistä eroa. Kuten aiemmin esitetystä taulukosta 5 käy ilmi, oirehdinta väheni erittäin merkittävästi terapian aikana [ $F(1,28)=26.28$ ,  $p<.001$ ], päätyen kirjaryhmässä samalle tasolle kuin Holin (2003) tutkimuksessa (GSI ka 0.73,  $SD=0.55$ ,  $n=337$ ) ja kirjattomassa ryhmässä selkeästi tämän alle, mikä osaltaan kuvaa henkilöiden oirehdinnan normalisoitumista hoidon aikana. Havaittu muutos oli tilastollisesti merkitsevä sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=10.04$ ,  $p=.007$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(1,15)=16.99$ ,  $p=.001$ ]. Muutoksen kliininen merkitsevyys oli molemmissa ryhmissä suuri

( $d > 1.1$ ). Oirehdinta väheni hoidon aikana 95 % todennäköisyydellä keskimäärin vähintään 0.15 ja enintään 0.82 SCL-pistearvoa (taulukko 5).

Ahdistuneisuustasossa (BAI) ei havaittu yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=0.281$ ,  $p=.600$ ], mikä viittaa ahdistuneisuuden samansuuntaiseen muutokseen molemmissa ryhmissä. Ahdistuneisuus oli kaikilla henkilöillä terapian alkaessa keskimäärin lievää (BAI-pisteet 8–15). Ahdistuneisuustason muutoksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevä päävaikutus [ $F(1,28)=9.87$ ,  $p=.004$ ]. Kirjaryhmässä ahdistuneisuustaso ei juuri muuttunut, eikä muutos ollut tilastollisesti merkitsevä [ $F(1,13)=2.34$ ,  $p=.150$ ]. Kirjattomassa ryhmässä tilastollisesti merkitsevä muutos havaittiin [ $F(1,15)=10.54$ ,  $p=.005$ ], ahdistuneisuuden laskiessa vähäisen ahdistustason rajalle (BAI-pisteet 0–7; taulukko 5). Hoidon kliininen vaikutus ahdistuneisuustasoon oli efektikokoja tarkastellessa pieni ( $d > .5$ ). Ahdistuneisuus väheni 95 % todennäköisyydellä keskimäärin vähintään 1.79 ja enintään 10.50 BAI-pistearvoa.

Masennustason muutosprosessia tarkasteltiin arvioimalla istuntojen 2–5 BDI-arvoja erillään mittarin alku- ja loppumittausarvoista. Mauchlyn sfäärisyystestin mukaan muuttujien varianssit eivät olleet samankaltaiset mittauskertojen välillä [ $\chi^2(5)=16.96$ ,  $p=.005$ ], joten vapausasteita korjattiin käyttämällä Huynh-Feldtin estimaattia sfäärisyydelle ( $\epsilon=.79$ ). Tutkimusryhmän ja BDI:n muutosprosessissa tavatun muutoksen yhdysvaikutusta ei voitu todeta [ $F(2,66)=0.78$ ,  $p=.480$ ]. BDI-muutoksessa havaittiin kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä päävaikutus mittauskertojen välillä [ $F(2,66)=19.39$ ,  $p<.001$ ], masennustason pudotessa keskimääräisestä BDI-pistearvosta 17.07 ( $SD=6.94$ ) pistearvoon 10.83 ( $SD=6.18$ ) tapaamisten 2. ja 5. välillä. Tutkimusryhmien sisäinen muutosprosessi ilmeni siten, että BDI-taso muuttui terapian toisen ja viidennen tapaamisen välillä tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p<.001$ ) sekä kirjaryhmässä että kirjattomassa ryhmässä. Kirjaryhmässä huomattavin muutos tapahtui toisen ja viidennen tapaamisen välillä ( $p=.016$ ) ja seuraavaksi suurin muutos toisen ja neljännen tapaamisen välillä ( $p=.035$ ). Toisen ja kolmannen tapaamisen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa. Kirjattomassa ryhmässä tilastollisesti merkittävä ero havaittiin vain toisen ja viidennen tapaamisen välillä ( $p=.004$ ; muut tapaamiset  $p>.05$ ), joskin havaittu muutos oli kirjaryhmää suurempi. Muutosprosessi oli tasaisempi kirjaryhmällä, kun taas kirjattoman ryhmän masennustason lasku oli lievempää, mutta lähti kirjaryhmää jyrkempään laskuun neljännen ja viidennen tapaamisen välillä (kuva 3).

Kuva 3. Masennustason (BDI) muutos tapaamiskertoina 2–5 kirjaryhmässä ( $n=14$ ) ja kirjattomassa ryhmässä ( $n=16$ ).



### 3.2 Toissijaiset arviointimenetelmät

Tutkittavien mielialassa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta mielialan muutoksen ja tutkimusryhmän välillä [ $F(1,28)=1.25$ ,  $p=.942$ ], mutta mielialassa havaittu päävaikutus oli tilastollisesti erittäin merkitsevä [ $F(1,28)=28.27$ ,  $p<.001$ ] viitaten siihen, että mieliala muuttui hoidon myötä merkittävästi molemmissa tutkimusryhmissä (taulukko 6). Mielialan muutos oli tilastollisesti merkitsevä sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=14.43$ ,  $p=.002$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(1,15)=14.25$ ,  $p=.002$ ], kohentuen molemmissa ryhmissä noin 21 % terapian aikana. Muutos oli efektiivisyyden tarkastellessa kirjaryhmässä kliinisesti suuri ( $d>1.1$ ), kirjattoman jäädessä hiukan tämän rajan alle (taulukko 6). Kirjaryhmässä mieliala muuttui keskimäärin 20.86 pistearvoa ( $SD=20.54$ ) vastaavan luvun ollessa kirjattomassa ryhmässä 21.44 ( $SD=22.72$ ). Hajonta oli toisinaan molemmissa ryhmissä suurta. Kuten taulukosta 6 käy ilmi, hoito kohensi henkilöiden mielialaa 95 % todennäköisyydellä vähintään 9.00 pistearvoa ja enintään 33.54 pistearvoa.

Tyytyväisyyden muutoksen osalta yhdysvaikutusta ei edelleen voitu todeta [ $F(1,27)=.07$ ,  $p=.785$ ], mutta tilastollisesti merkitsevä päävaikutus havaittiin [ $F(1,27)=22.77$ ,  $p<.001$ ], tyytyväisyyden lisääntyessä molemmissa ryhmissä keskimäärin 18 % terapian aikana (taulukko 6). Tyytyväisyys elämään lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=12.01$ ,  $p=.004$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(1,14)=11.24$ ,  $p=.005$ ].



Itseluottamuksen osalta yhdysvaikutusta tutkimusryhmän ja itseluottamuksen muutoksen välillä ei havaittu [ $F(1,27)=1.10$ ,  $p=.301$ ], mutta päävaikutus oli erittäin merkitsevä [ $F(1,27)=15.85$ ,  $p<.001$ ]. Itseluottamus lisääntyi terapian aikana molemmissa ryhmissä noin 11 % (taulukko 6). Ryhmien sisällä muutos ilmeni siten, että kirjaryhmän itseluottamus nousi tilastollisesti suuntaantavasti [ $F(1,13)=3.31$ ,  $p=.092$ ], kun taas kirjattomalla ryhmällä itseluottamuksen kasvu oli erittäin merkitsevää [ $F(1,14)=17.12$ ,  $p=.001$ ].

Jokapäiväisestä elämästä selviytymisen ja toimintakyvyn tasossa (JES) ei edelleen havaittu yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=1.20$ ,  $p=.282$ ], vaan havaittu muutos oli samankaltainen molemmissa tutkimusryhmissä. Tilastollisesti erittäin merkitsevä päävaikutus sen sijaan havaittiin [ $F(1,28)=21.55$ ,  $p<.001$ ], ja kuten taulukosta 6 käy ilmi, toimintakyky kasvoi molemmissa ryhmissä siten, että muutos oli tilastollisesti merkitsevä sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=5.82$ ,  $p=.031$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(1,15)=17.86$ ,  $p=.001$ ]. Toimintakyvyn lisääntymisellä oli lisäksi kirjaryhmässä tilastollisesti merkitsevä, positiivinen yhteys henkilöiden antamaan, asteikolla 0-10 mitattuun omaan arvioon kotitehtävien tekemisen tasosta terapian aikana [ $\rho(14)=.58$ ,  $p=.029$ ], mikä viittaa siihen, että mitä tunnollisemmin kirjaryhmän jäsenet olivat mielestään tehneet terapeutin kanssa sovittuja kotitehtäviä, sitä suurempi toimintakyvyn kasvu voitiin havaita. Kirjattomalla ryhmällä korrelaatio ei ollut merkitsevä [ $\rho(13)=.31$ ,  $p=.263$ ].

Taulukko 6. Toissijaisten arviointimenetelmien keskiarvot ja keskihajonnat ennen ja jälkeen terapian kirjaryhmältä ( $n=14$ ) ja kirjattomalta ryhmältä ( $n=16$ ). Esitettynä lisäksi keskiarvomuutosten 95 % luottamusväli, ja kunkin ryhmän sisäinen efektikoko  $d$ .

Mittari	Ennen terapiaa ka (SD)	Jälkeen terapian ka (SD)	ka CI 95 %	$d$
Mieliala				
Kirja	32.93 (13.30)	53.79 (19.40) **	9.00 – 32.72	1.57
Ei kirjaa	43.19 (21.67)	64.63 (19.51) **	9.33 – 33.54	.99
Tyytyväisyys				
Kirja	39.71 (14.91)	57.00 (18.32) **	6.51 – 28.06	1.16
Ei kirjaa <sup>a</sup>	51.07 (20.15)	70.47 (18.60) **	6.99 – 31.81	.96
Itseluottamus				
Kirja	46.14 (15.02)	55.21 (17.34)	-1.70 – 19.84	.60
Ei kirjaa <sup>b</sup>	55.53 (14.53)	71.13 (16.03) ***	7.52 – 23.68	1.07
JES				
Kirja	32.29 (7.27)	36.57 (7.15) **	0.45 – 8.13	.59
Ei kirjaa	33.81 (7.99)	40.75 (6.43) **	3.44 – 10.44	.87

<sup>a</sup> Tyytyväisyys elämään -mittarin kirjaton ryhmä  $n=15$

<sup>b</sup> Itseluottamus -mittarin kirjaton ryhmä  $n=15$

\*\*\*  $p<.001$ , \*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$

### 3.3 Prosessin arviointimenetelmät

Tutkimushenkilöiden psykologisessa joustavuudessa (AAQ-II) ei havaittu yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=0.01$ ,  $p=.937$ ], mutta tilastollisesti erittäin merkitsevä päävaikutus havaittiin [ $F(1,28)=25.80$ ,  $p<.001$ ]. Tämä viittaa siihen, että henkilöiden psykologisessa joustavuudessa tapahtui merkittävä muutos riippumatta siitä, kumpaan tutkimusryhmään henkilöt kuuluivat. Kuten taulukosta 7 voi todeta, hoito lisäsi kaikkien tutkittavien psykologista joustavuutta tilastollisesti erittäin merkitsevästi [ $F(1,29)=26.89$ ,  $p<.001$ ]. Kasvu oli merkittävää sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=9.58$ ,  $p=.009$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(15)=17.67$ ,  $p=.001$ ].

Tietoisuustaitojen kokonaispistemäärässä (KIMS) ei havaittu ryhmien välistä yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=0.31$ ,  $p=.583$ ], vaan tietoisuustaidot muuttuivat samankaltaisesti molemmissa ryhmissä muutoksen ollessa erittäin merkitsevää [ $F(1,28)=17.18$ ,  $p<.001$ ]. Kuten taulukosta 7 käy ilmi, tietoisuustaidot kohosivat tilastollisesti merkitsevästi sekä kirjaryhmässä [ $F(1,13)=7.45$ ,  $p=.017$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(1,15)=10.17$ ,  $p=.006$ ].

KIMS-mittarin kokonaispistemäärän muodostavien neljän alaskaalan osia tarkasteltiin kutakin erikseen. Havainnoinnissa ei tavattu tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=0.20$ ,  $p=.887$ ], mutta tilastollisesti merkitsevä päävaikutus sen sijaan havaittiin [ $F(1,28)=7.92$ ,  $p=.009$ ], viitaten edelleen siihen, että henkilöiden kyky havainnoida ajatuksiaan, tunteitaan, fyysisiä tuntemuksiaan ja ympäristöään kasvoi samankaltaisesti molemmissa ryhmissä. Ryhmittäin muutokset ilmenivät siten, että kirjaryhmässä tapahtunut havainnointikyvyn muutos oli tilastollisesti merkitsevä [ $F(1,13)=4.83$ ,  $p=.047$ ], kun taas kirjattoman ryhmän muutos havainnoinnissa oli tilastollisesti suuntaa-antava [ $F(1,15)=3.70$ ,  $p=.074$ ] (taulukko 7). Havainnointikyvyssä tapahtunut muutos oli lisäksi kirjattoman ryhmän osalta tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä henkilöiden omaan arvioon kotitehtävien tekemisestä. Mitä paremmin kirjattoman ryhmän henkilöt arvioivat tehneensä kotitehtäviä, sitä suurempi muutos havainnointikyvyssä havaittiin [ $r(15)=.67$ ,  $p=.006$ ].

Kuvailukyvyssä ei havaittu yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=1.29$ ,  $p=.267$ ], mutta tilastollisesti merkitsevä päävaikutus voitiin todeta [ $F(1,28)=10.96$ ,  $p=.003$ ]. Kyky kuvailla tunteita ja ajatuksia kasvoi (taulukko 7), mutta kirjaryhmässä se ei ollut tilastollisesti merkitsevää [ $F(1,13)=1.92$ ,  $p=.189$ ], kun taas kirjattomassa tilastollinen merkitsevyys havaittiin [ $F(1,15)=12.25$ ,  $p=.003$ ].

Tietoisessa toiminnassa ei havaittu yhdysvaikutusta tutkimusryhmän ja tietoisien toiminnan muutoksen välillä [ $F(1,28)=1.72$ ,  $p=.200$ ], mutta tilastollisesti suuntaa-antava päävaikutus havaittiin [ $F(1,28)=3.77$ ,  $p=.062$ ] viitaten siihen, että muutos oli samankaltainen molemmissa ryhmissä (taulukko 7). Ryhmien sisäistä muutosta tarkastellessa todettiin, että kirjaryhmällä ei tapahtunut

tilastollisesti merkitsevää muutosta kyvyssä tietoiseen toimintaan [ $F(1,13)=0.25$ ,  $p=.623$ ], mutta kirjattomassa ryhmässä muutos oli tilastollisesti merkitsevää [ $F(1,15)=4.61$ ,  $p=.048$ ].

Hyväksynnän osalta ei edelleen havaittu yhdysvaikutusta [ $F(1,28)=1.25$ ,  $p=.273$ ], mutta hyväksynnän tasossa havaittu päävaikutus oli tilastollisesti merkitsevää [ $F(1,28)=4.74$ ,  $p=.038$ ] viitaten siihen, että tutkimusryhmä ei vaikuttanut hyväksynnässä tavattuun muutokseen kummassakaan tutkimusryhmässä (taulukko 7). Kirjaryhmän muutos hyväksynnässä oli tilastollisesti merkitsevää [ $F(1,13)=8.26$ ,  $p=.013$ ], kun taas kirjattomassa ryhmässä tilastollisesti merkitsevää muutosta hyväksynnän kyvyssä ei voitu havaita [ $F(1,15)=0.45$ ,  $p=.513$ ].

Taulukko 7. Prosessin arviointimenetelmien keskiarvot ja keskihajonnat kirjaryhmässä ( $n=14$ ) ja kirjattomassa ryhmässä ( $n=16$ ) ennen ja jälkeen terapian. Esitettyinä keskiarvomuutosten 95 % luottamusväli ja ryhmien sisäisen muutoksen efektikoko  $d$ .

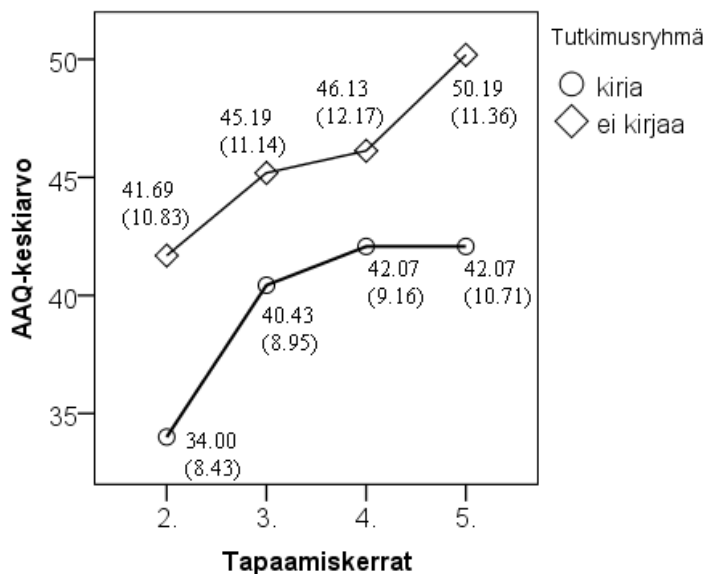
Mittari	Ennen terapiaa ka (SD)	Jälkeen terapian ka (SD)	ka CI 95 %	$d$
AAQ-II				
Kirja	34.86 (9.02)	45.21 (11.81) **	3.13 – 17.59	1.15
Ei kirjaa	40.19 (7.81)	50.88 (10.21) **	5.27 – 16.11	1.37
KIMS				
Kirja	112.43 (9.66)	121.93 (13.60) *	1.98 – 17.02	.98
Ei kirjaa	117.56 (13.46)	130.00 (11.77) **	4.12 – 20.75	.92
Havainnointi				
Kirja	34.71 (8.24)	38.21 (6.73) *	0.06 – 6.94	.42
Ei kirjaa	36.38 (6.28)	40.25 (8.66)	-0.42 – 8.17	.62
Kuvailu				
Kirja	23.43 (6.73)	25.14 (7.09)	-0.96 – 4.39	.25
Ei kirjaa	23.94 (6.38)	27.44 (5.40) **	1.37 – 5.63	.55
Tietoinen toiminta				
Kirja	26.07 (6.33)	26.79 (6.61)	-2.35 – 3.78	.12
Ei kirjaa	27.56 (5.42)	31.25 (7.38) *	0.03 – 7.35	.59
Hyväksyntä				
Kirja	28.21 (6.27)	32.50 (6.68) *	1.06 – 7.51	1.16
Ei kirjaa	29.69 (6.33)	31.06 (8.44)	-3.00 – 5.75	.21

\*\*\*  $p<.001$ , \*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$

Psykologisesta joustavuudesta arvioitiin alku- ja loppumittausarvojen lisäksi hoidon aikana tapahtunutta muutosprosessia tarkastelemalla istunnoilta 2–5 saatuja arvoja erikseen. Mauchlyn sfäärisyystestin mukaan mittauskertojen väliset varianssit eivät olleet samankaltaiset [ $\chi^2(5)=12.73$ ,  $p=.026$ ], joten vapausasteita korjattiin käyttämällä Huynh-Feldtin estimaattia sfäärisyydelle ( $\epsilon=.76$ ). Yhdysvaikutusta tutkimusryhmän ja psykologisen joustavuuden välillä ei voitu havaita [ $F(3,84)=1.21$ ,  $p=.308$ ], joten tavattu muutos oli molemmissa ryhmissä samankaltainen (kuva 4).

Psykologisessa joustavuudessa tapahtui kuitenkin hoidon aikana tilastollisesti erittäin merkitsevä muutos [ $F(3,84)=14.44$ ,  $p<.001$ ]. Kirjaryhmän psykologinen joustavuus oli terapian alussa kirjatonta ryhmää matalampi, mutta muutosluvut olivat lopulta molemmissa ryhmissä samankaltaiset (kirjaryhmässä keskimäärin 8.07 AAQ-pistearvoa, kirjattomassa ryhmässä keskimäärin 8.50 AAQ-pistearvoa). Muutos oli tilastollisesti merkitsevää toisesta viidenteen tapaamiskertaan sekä kirjaryhmässä [ $F(2,39)=6.43$ ,  $p=.007$ ] että kirjattomassa ryhmässä [ $F(3,45)=9.67$ ,  $p<.001$ ]. Kirjaryhmän sisäisessä vertailussa kaikkien mittauskertojen välillä oli lähes merkitsevä ero ( $p<.10$ ), kun taas kirjattoman ryhmän osalta tilastollinen ero havaittiin toisen ja viidennen tapaamiskerran välillä ( $p=.001$ ). Kuten kuvasta 4 voi todeta, psykologisen joustavuuden kasvu tapahtui tutkimusryhmissä siten, että kirjaryhmän psykologisessa joustavuudessa tapahtui toisen tapaamisen jälkeen nopea kasvupiikki, jonka jälkeen kasvu oli vähäisempää ja tasaantui. Kirjattomassa ryhmässä kasvu oli melko tasaista koko hoitoprosessin ajan.

Kuva 4. Psykologisen joustavuuden (AAQ) muutos tapaamiskertoina 2–5 kirjaryhmässä ( $n=14$ ) ja kirjattomassa ryhmässä ( $n=16$ ).



### 3.4 Yhteys hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseihin

Hoitotulosten analysoinnin yhteydessä ilmeni tutkimusryhmien välisiä eroja sen suhteen, mitkä hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosessit (kts. johdanto, s. 9 ja menetelmät, s. 25) olivat yhteydessä saatuihin tuloksiin, kun hoitotulosta kuvaavia muutoslukuja verrattiin siihen, kuinka monta kertaa kutakin ydinprosessia oli terapeuttien menetelmäpäiväkirjojen perusteella käsitelty koko terapiajakson aikana. Uutena havaintona todettiin, että kirjaryhmässä oli tilastollisesti

merkitseviä yhteyksiä muutoslukujen ja ydinprosessien käsittelymäärien välillä (taulukko 8). Kirjattomassa ryhmässä tällaisia yhteyksiä ei ilmennyt, eikä eroa voitu selittää ryhmien sukupuolijakaumalla. Kuten taulukosta 8 käy ilmi, ensisijaisista tutkimusmittareista havaittiin, että kirjaryhmän masennustason (BDI) muutos korreloi tilastollisesti merkitsevästi ( $p < .05$ ) sen kanssa, kuinka paljon tietoista läsnäoloa oli käsitelty terapian aikana, ja suuntaa-antavasti arvojen mukaisten tekojen käsittelymäärän kanssa ( $p < .10$ ). Tämän lisäksi ahdistuneisuustason (BAI) muutos korreloi tilastollisesti merkitsevästi kielen kontrollin heikentämisen käsittelymäärän kanssa, ja tilastollisesti suuntaa-antavasti tietoisien läsnäolon käsittelymäärän kanssa. Tietoisuustaitojen (KIMS) kokonaispisteissä havaitulla muutoksella oli puolestaan yhteys tietoisien läsnäolon käsittelymäärään.

Taulukko 8. Hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosessien yhteydet tutkimuksen ensisijaisiin (BDI, SCL-90, BAI) ja prosessia arvioiviin (AAQ, KIMS) arviointimenetelmiin kirjaryhmällä ( $n=14$ ) ja kirjattomalla ryhmällä ( $n=16$ ). Esitettyinä Spearmanin korrelaatiokerroin  $\rho$  sekä tämän merkitsevyystaso  $p$ .

Terapiassa käsitelty ydinprosessi	Ensisijaiset ja prosessia kuvaavat tutkimusmittarit									
	BDI		SCL-90		BAI		AAQ		KIMS	
	$\rho$	$p$	$\rho$	$p$	$\rho$	$p$	$\rho$	$p$	$\rho$	$p$
<i>Arvot</i>										
- Kirja	.11	.711	.27	.361	.24	.406	.34	.232	.24	.410
- Ei kirjaa	-.01	.960	.01	.973	-.28	.288	.04	.897	-.31	.244
<i>Arvojen mukaiset teot</i>										
- Kirja	.50	.070	.35	.226	.36	.201	.28	.327	.42	.131
- Ei kirjaa	-.02	.937	-.09	.745	-.04	.873	-.07	.800	.08	.762
<i>Kielen kontrollin heikentäminen</i>										
- Kirja	.30	.307	.33	.253	.63	.017*	.44	.113	.30	.305
- Ei kirjaa	-.00	.993	.16	.549	.06	.833	.16	.559	.40	.121
<i>Hyväksyntä</i>										
- Kirja	.27	.359	.17	.569	.08	.783	.28	.333	.32	.272
- Ei kirjaa	.12	.658	.18	.499	.16	.562	.22	.417	.42	.105
<i>Tietoinen läsnäolo</i>										
- Kirja	.73	.003**	.45	.107	.49	.075	.41	.146	.54	.048*
- Ei kirjaa	-.16	.564	-.07	.812	-.24	.375	-.02	.938	.21	.430
<i>Itse paikkana tai tilana</i>										
- Kirja	.06	.852	-.02	.939	.18	.546	.31	.274	.09	.771
- Ei kirjaa	.05	.854	.17	.538	.16	.556	.25	.349	.30	.262

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Toissijaisissa tutkimusmittareissa havaittiin, että kirjaryhmän toimintakyky (JES) korreloi tilastollisesti merkitsevästi arvojen käsittelymäärän [ $\rho(14)=.56$ ,  $p=.035$ ] ja tietoisien läsnäolon käsittelymäärän [ $\rho(14)=.60$ ,  $p=.023$ ] kanssa, ja tilastollisesti suuntaa-antavasti hyväksynnän käsittelymäärän kanssa [ $\rho(14)=.48$ ,  $p=.083$ ]. Mielialan muutos oli puolestaan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä arvojen mukaisten tekojen käsittelyyn [ $\rho(14)=.53$ ,  $p=.050$ ] ja tietoisien läsnäolon käsittelyyn terapian aikana [ $\rho(14)=.60$ ,  $p=.023$ ]. Itseluottamuksen muutoksella oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys tietoisien läsnäolon käsittelymäärän [ $\rho(14)=.58$ ,  $p=.031$ ], ja elämään tyytyväisyyden muutoksella tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys arvojen mukaisten tekojen käsittelymäärään [ $\rho(14)=.53$ ,  $p=.050$ ]. Prosessimittareiden osalta todettiin myös, että yksi tietoisuustaitojen (KIMS) neljästä alaskaalasta, kyky kuvailla ajatuksia ja tunteita, korreloi tilastollisesti merkitsevästi hyväksynnän [ $\rho(14)=.54$ ,  $p=.045$ ] ja tietoisien läsnäolon [ $\rho(14)=.75$ ,  $p=.002$ ] käsittelymäärän kanssa. Kaikissa havaituissa korrelaatioissa yhteys oli positiivinen, mikä viittaa siihen, että mitä enemmän kyseisiä ydinprosesseja terapian aikana käsiteltiin, sitä suurempi oli myös terapian päätteeksi saatu, kussakin tutkimusmittarissa parempaa hoitotulosta kuvaava muutosluku.

Kirjattomalla ryhmällä ei voitu havaita tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita minkään käytetyn arviointimenetelmän suhteen ( $p>.10$ ), joskin suuntaa-antava positiivinen yhteys havaittiin mielen kontrollin heikentämisen käsittelymäärään ja KIMS-alaskaaloihin kuuluvan kuvailukyvyyn välillä [ $\rho(16)=.46$ ,  $p=.072$ ].

### **3.5 Itsehoito-opas osana lyhytterapiaa**

Sekä terapeuteilta että tutkittavilta kartoitettiin terapian päätteeksi itsehoito-oppaaseen liittyviä tekijöitä. Terapeuteilta selvitettiin sitä, mihin itsehoito-oppaan teemoihin he olivat terapiassa keskittyneet, miten opas oli näkynyt käytännön terapiatyössä, ja mikä oli heidän käsityksensä siitä, oliko asiakas hyötynyt oppaan käytöstä terapiassa. Itsehoito-opasta käyttäneiltä asiakkailta puolestaan selvitettiin koetun hyödyn lisäksi sitä, kuinka paljon he olivat lukeneet oppaasta terapian aikana, missä määrin kirjaa luettiin omalla ajalla, ja tekivätkö henkilöt kirjasta muitakin kuin kotitehtäviin liittyviä asioita, kuten harjoituksia. Oppaan käytön tehokkuutta arvioitiin sekä terapeuttien että asiakkaiden antamien kuvauksien perusteella.

### 3.5.1 Itsehoito-oppaan käytön yhteys hoitotuloksiin

Itsehoito-opasta asiakkaansa terapiassa käyttäneet terapeutit ( $n=14$ ) keskittyivät oppaan teemoista eniten arvoihin (12 vastausta, 85.7 %), hyväksyntään (6 vastausta, 42.9 %) ja mielen kontrollin heikentämiseen (6 vastausta, 42.9 %). Oppaan pääasialliseksi käyttötavaksi yksilöityi kotitehtävien antaminen ja läpikäynti (13 vastausta, 92.8 %; esimerkki 2). Kotitehtävien aiheet painottuivat enimmäkseen negatiivisten tuntemusten kokemiseen liittyvän halukkuuden harjoitteluun ja arvojen mukaisiin tekoihin. Kaksi terapeuttia (14.3 %) kertoi käsitelleensä asiakkaansa kanssa käytännössä koko kirjan. Itsehoito-oppaaseen liittyneet kotitehtävät koostuivat terapeuttien mukaan sekä pelkästä luettavasta (7 terapeuttia, 50.0 %) että yhdistelmästä harjoituksia ja luettavaa (6 terapeuttia, 42.9 %). Yksi terapeutti (7.1 %) kertoi kohdistaneensa kotitehtävät pääasiassa konkreettisiin tekoihin, ei kirjaan.

Esimerkki 2. Yhden opiskelijaterapeutin kuvaus itsehoito-oppaan käytöstä istuntojen aikana.

*Keskustelimme asiakkaalle kotitehtäviksi antamistamme kappaleista ja niiden teemoista sekä kävimme yhdessä läpi kirjan harjoituksia ja niiden soveltamista asiakkaan tilanteeseen.*

Vaikka hienoinen enemmistö (6 henkilöä, 42.9 %) arvioi asiakkaansa tehneen oppaasta saadut kotitehtävät useimmiten, lähes yhtä suuri osa terapeuteista (5 henkilöä, 35.7 %) koki, että asiakas oli tehnyt näin vain harvoin. Vain 3 terapeuttia (21.4 %) ilmoitti asiakkaansa lukeneen kotitehtäväalueen joka kerta terapian aikana. Hiukan yli puolet terapeuteista (8, 57.1 %) mainitsi pyrkineensä keskustelemaan asiakkaan kanssa kirjaan liittyvistä kotitehtävistä säännöllisesti. Kuusi terapeuttia (42.9 %) kertoi kirjan käytön olleen vähäistä istuntojen aikana. Tätä perusteltiin sillä, että asiakas oli itse jättänyt oppaan käytön vähemmälle eikä esimerkiksi tehnyt kirjasta annettuja kotitehtäviä, jolloin terapeutti jäi oppaan roolin suhteen melko voimattomaksi (esimerkki 3).

Esimerkki 3. Opasta vähän tai ei ollenkaan käyttäneiden terapeuttien perusteluja sille, miksi opasta ei käytetty istuntojen aikana.

*Annoin kotitehtäväksi kappaleita, mutta kirjan hyödyntäminen oli vaikeaa, kun asiakas ei ollut ehtinyt niihin paneutua.*

*Istuntojen aikana kirjaa ei juurikaan käytetty, sillä asiakas ei tehnyt kotitehtäviään kirjasta. Viittasin kyllä usein kirjaan ja kehoitin asiakasta työskentelemään sen kanssa, mutta hän ei vielä tarttunut siihen.*

Itsehoito-oppaan käytöllä oli tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä hoitotuloksia kuvaaviin muutoslukuihin. Siinä missä harjoitusten tekeminen kirjasta tai kirjan lukeminen yleensä ei itsessään näyttänyt olevan yhteydessä mihinkään havaittuun muutokseen ( $p > .05$ ), luetun määrällä oli merkitystä. Kirjaryhmän henkilöt lukivat terapian aikana oppaasta keskimäärin 133.92 sivua ( $SD=84.13$ ) tai noin 61.43 % koko teoksesta, ja kuten taulukosta 9 käy ilmi, luetun määrällä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < .05$ ) yhteys psyykkisten ja fyysisten oireiden (SCL-90) vähenemiseen, toimintakyvyn (JES) kasvuun, mielialan kohenemiseen, ja elämään tyytyväisyyden lisääntymiseen. Tämän lisäksi suuntaa-antava yhteys ( $p < .10$ ) havaittiin masennustason ja ahdistuneisuuden laskuun sekä itseluottamuksen lisääntymiseen (taulukko 9). Mitä enemmän itsehoito-oppaasta siis luettiin, sitä suurempi muutos oirehinnan vähenemisessä ja hyvinvoinnin lisääntymisessä tavattiin. Yhteys luetun määrään oli heikompi psykologisen joustavuuden (AAQ;  $\rho = .44$ ,  $p = .114$ ) ja tietoisuustaitojen (KIMS;  $\rho = .44$ ,  $p = .118$ ) muutoksen osalta.

Taulukko 9. Itsehoito-oppaasta terapian aikana luetujen prosenttiosuuksien yhteys arviointimenetelmistä saatuihin muutoslukuihin kirjaryhmältä ( $n=14$ ). Esitettyinä Spearmanin korrelaatiokerroin  $\rho$  sekä tämän merkitsevyystaso  $p$ .

Tutkimusmittarit (muutosluku)	Itsehoito-oppaasta terapian aikana luettu prosenttiosuus	
	$\rho^a$	$p$
<i>Ensisijaiset</i>		
BDI-II	.50	.071
SCL-90	.59	.025*
BAI	.51	.062
<i>Toissijaiset</i>		
Mieliala	.62	.018*
Tyytyväisyys	.55	.042*
Itseluottamus	.51	.062
JES	.68	.008**
<i>Prosessimittarit</i>		
AAQ-II	.44	.118
KIMS	.44	.114
Havainnointi	.29	.318
Kuvailu	.40	.158
Tietoinen toiminta	.16	.576
Hyväksyntä	.18	.543

\*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ ,

<sup>a</sup> Spearmanin korrelaatiokerrointa käytettiin ryhmän pienen koon takia.



### 3.5.2 Asiakkaiden kokemukset

Valtaosa kirjaryhmän henkilöistä koki kirjasta olleen hyötyä terapiassa (12 henkilöä, 87.5 %). Kaikki henkilöt pitivät jotakin oppaan lukua itselleen tärkeänä, mutta tärkeimmäksi osaksi yksilöityi kirjan viides luku, Irti päästäminen (9 henkilöä piti henkilökohtaisesti tärkeänä, 64.3 %). Henkilöt, joiden mielestä kirjasta oli ollut hyötyä terapiassa, perustelivat kantaansa ensisijaisesti uuden tiedon saamisella ja mahdollisuudella kerrata opittuja asioita omalla ajalla (esimerkki 4). Teoksen hyödylliseksi kokeneet henkilöt pitivät kirjaa myös helposti lähestyttävänä ja selkeänä, ja kokivat saaneensa kirjan lukemisesta uusia oivalluksia, jotka kannustivat jatkamaan oppaaseen tutustumista. Henkilöt, joiden mielestä oppaasta ei ollut hyötyä terapiassa (2 henkilöä, 14.3 %), perustelivat kantaansa ajanpuutteella, joka oli estänyt kirjan lukemisen ja siitä saatujen kotitehtävien tekemisen. Lisäksi he pitivät opasta myös vaikeaselkoisena (esimerkki 4).

Esimerkki 4. Kirjaryhmän asiakkaiden kokemuksia oppaan hyödyllisyydestä osana terapiaa.

*Jo pelkkä kirjan nimi on haastava ja paljon kertova. Kirjaa lukiessa tuli monia valonpilkahduksia ja oivalluselämyksiä. Kirjaa oli myös suhteellisen helppo lukea, kun se ei ollut liian tieteellinen. (47-vuotias nainen, kirjasta hyötyä)*

*Kirja on vaikeaselkoinen ja kieli hankalaa. (57-vuotias nainen, kirjasta ei hyötyä)*

Yli puolet tutkittavista (9 henkilöä, 64.3 %) ilmoitti lukeneensa itsehoito-opasta omalla ajalla kotitehtävien lisäksi. Tätä perusteltiin mielenkiinnolla kirjaa kohtaan ja kirjasta saadulla uudella tiedolla sekä oivalluksilla (esimerkki 5). Henkilöt, jotka eivät olleet lukeneet opasta omalla ajalla (5 henkilöä, 35.7 %) perustelivat ratkaisuaan edelleen ajanpuutteella, mutta myös keskittymiskyvyn ongelmilla.

Esimerkki 5. Kirjaryhmän henkilöiden kokemuksia oppaan omatoimisesta käytöstä.

*Tuli halu lukea enemmänkin, varsinkin silloin, kun oivalsi jonkin asian. (47-vuotias nainen, luki kirjaa itsenäisesti)*

*Olen vähän huono keskittymään ja lukeminen on jäänyt vähemmälle. (28-vuotias nainen, ei lukenut itsenäisesti)*

Kun henkilöiltä kysyttiin olivatko he tehneet kirjan muita harjoituksia, 64.3 % (9 henkilöä) ilmoitti, ettei ollut tehnyt kotitehtäviin liittymättömiä harjoituksia, kun taas 35.7 % (5 henkilöä) kertoi tehneensä. Harjoituksiin tutustuneet käyttivät kirjaa muutenkin aktiivisesti terapiaistuntojen välillä

(esimerkki 6), kun taas ehtimisen ongelmat ja terapeutin kanssa sovittujen kotitehtävien riittävyys olivat pääasiallinen syy muiden harjoitusten tekemättä jättämiseen.

Esimerkki 6. Kirjaryhmän henkilöiden vastauksia itsehoito-oppaan harjoitusten tekemisestä.

*Luin koko kirjan melkein kokonaan ja tein useitakin harjoituksia! (52-vuotias nainen, teki harjoituksia omalla ajalla)*

*Annetuissa tehtävissä oli riittävästi haastetta. Aion kyllä palata tehtäviin vielä. (47-vuotias nainen, ei tehnyt harjoituksia)*

Palautekyselyn päätteeksi henkilöille annettiin mahdollisuus antaa vapaasti muita oppaaseen liittyviä kommentteja, ja tähän tilaisuuteen tarttui yhteensä 12 henkilöä (85.7 %). Vapaasti annettujen kommenttien aiheet painottuivat pääasiassa kahteen teemaan: kirjan toimivuuteen terapiassa (esimerkki 7) ja oppaaseen istunnoissa käytettyyn aikaan, jota kerrottiin olleen liian vähän kirjan tehokasta käyttöä varten (esimerkki 8). Kuten esimerkin 7 kommentoja kertoo, itsehoito-oppaasta terapiaistunnoissa keskusteleminen koettiin teoksen toimivuuden kannalta tärkeäksi. Yksilöerot näkyivät puolestaan erityisesti siinä, että henkilöt jakautuivat kahteen ryhmään sen suhteen, koettiinko opas helposti ymmärrettäväksi vai vaikeaksi.

Esimerkki 7. Kirjan toimivuutta koskevia asiakascommentteja.

*Kirja tuntuu toimivalta ja herättelee tehokkaasti. Haluan käydä sen läpi uudelleen ja uudelleen, koska sieltä todennäköisesti saa koko ajan lisää itselleen, aina uusia näkemyksiä. (47-vuotias nainen, myönteinen arvio kirjan toimivuudesta terapiassa)*

*Kirja on aika vaikea ja ilman henkilökohtaista keskustelua tuskin olisin ymmärtänyt koko menetelmän ideaa. Ei sovi pelkästään yksin luettavaksi. Terapeutti auttoi ymmärtämään. (64-vuotias nainen, kielteinen arvio kirjan toimivuudesta terapiassa)*

Esimerkki 8. Kirjaan käytettyyn aikaan liittyviä asiakascommentteja.

*Koska kirja oli mielenkiintoinen, mutta aikaa on liian vähän, voisi enemmän tehdä niitä harjoituksia! (52-vuotias nainen)*

*Enemmän aikaa, olisi tarpeen käydä koko kirja läpi. (40-vuotias mies)*

### 3.5.3 Terapeuttien kokemukset

Kirjaryhmälle terapeutteina toimineista opiskelijoista suurin osa (12 henkilöä, 85.7 %) koki, että terapia toimi paremmin itsehoito-oppaan kanssa kuin ilman opasta. Kirjan käyttö koettiin mielekkääksi myös terapiaprosessin kannalta (12 terapeuttia, 85.7 %). Mielekkyys syntyi opiskelijoiden mukaan oppaan antamasta tuesta (esimerkki 9): aikaa ei tarvinnut käyttää hyväksymis- ja omistautumisterapian käsitteiden ja näkökulmien avaamiseen, vaan asiakas saattoi lukea terapian lähestymistavasta myös itsenäisesti (8 vastausta, 57.1 %). Toisaalta oppaaseen tukeutuivat myös opiskelijaterapeutit, jotka tunnistivat tarpeen tutustua teokseen hyvin: ”*Kirja antoi tukea omalle vihreydelle*”.

Esimerkki 9. Opiskelijaterapeuttien mielipiteitä itsehoito-oppaasta osana käytännön terapiatyötä.

*Asiakkaalle ei tarvinnut selittää aina kaikkea, vaan hän saattoi itse tutustua aiheeseen kirjasta, jolloin terapiaistunnoissa voitiin keskittyä muihin asioihin. Kirja tuki sitä mitä tehtiin terapiassa. Asiakkaalle jää jotain konkreettisia harjoituksia myös vastaisuuden varalle kirjan ansiosta.* (Opas oli mielekäs osa terapiaa)

*Asiakas koki kirjan vaikeaksi, hän ei tehnyt sovittuja tehtäviä (siis niitä tehtäviä, joita oli kussakin luvussa), [joten] vähensin kirjan käyttöä tehtävienannon osalta.* (Opas ei ollut mielekäs osa terapiaa)

Opiskelijaterapeutit eivät olleet yksimielisiä kirjaa käyttäneiden asiakkaiden saamasta hyödystä, vaikka terapian todettiin toimineen käytännön tasolla paremmin oppaan kanssa. Terapeuteista hiukan yli puolet (8 henkilöä, 57.1 %) koki, että asiakas oli saanut kirjan käytöstä lisähyötyä, mutta lähes yhtä moni (6 henkilöä, 42.9 %) oli päinvastaista mieltä. Asiakkaiden ja terapeuttien kokemukset itsehoito-oppaan hyödyllisyydestä olivat tilastollisesti suuntaa-antavasti toisiinsa yhteydessä [ $p(14) = -.471$ ,  $p = .089$ ]. Ero lienee syntynyt siitä, että kolme asiakasta (21.4 %) arvioi saaneensa oppaasta apua henkilökohtaiseen työskentelynsä, vaikka heidän terapeuttinsa kokivat, ettei tällaista hyötyä saavutettu. Erimielisyys saattaa selittyä sillä, että terapeutit näyttivät tekevän päätelmän asiakkaansa saamasta hyödystä itsenäisesti, eikä itsehoito-oppaan käytöstä tai siihen liittyvistä motivaatiotekijöistä ilmeisesti keskusteltu asiakkaiden kanssa kovin laajasti, sillä tällaiset maininnat puuttuivat johdonmukaisesti terapeuttien menetelmäpäiväkirjoista ja muista terapian etenemistä koskevista merkinnöistä. Useimmat terapeutit kuitenkin kokivat, että oppaasta oli ollut asiakalle hyötyä silloin, kun asiakas tutustui teokseen omatoimisesti, oli aktiivinen ja motivoitunut kirjan käyttöön, ja koki terapeutin mielestä työskentelyn kirjan parissa mielekkääksi käyttäen sitä säännöllisesti terapian aikana (esimerkki 10).

Esimerkki 10. Terapeuttien perusteluja sille, miksi asiakas hyötyi itsehoito-oppaasta osana terapiaa.

*Hän teki enemmän kotitehtäviä ja harjoituksia, eli työskenteli enemmän kotona olonsa kohentamiseksi. (Asiakas hyötyi oppaasta)*

*Hän itse sanoi, että on löytänyt uusia näkökulmia ja että kirjassa asiat on esitetty mielenkiintoisella tavalla. (Asiakas hyötyi oppaasta)*

Sitä, miksi itsehoito-oppaasta ei ollut terapeutin mielestä asiakkaalle hyötyä, perusteltiin pääosin asiakkaan omalla suhtautumisella ja motivaation puutteella. Terapeuttien mukaan ne henkilöt, jotka eivät ottaneet Vapaudu mieleesi vallasta -kirjaa oman työskentelynsä osaksi eivätkä siten lukeneet teosta, eivät myöskään siitä hyötäneet (esimerkki 11).

Esimerkki 11. Terapeuttien perusteluja sille, miksi asiakas ei hyötynyt oppaasta osana terapiaa.

*Asiakas ei hyötynyt kirjasta, koska hän ei käyttänyt sitä.*

*Hän ei paneutunut kirjaan eikä tehnyt harjoituksia. Hän luki kirjaa enemmän objektiivisesti eikä omalta kannalta katsottuna.*

## 4 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan psykologisen itsehoito-oppaan käytön yhteyttä mielialan ja hyvinvoinnin muutokseen lyhyessä, masentuneille henkilöille tarkoitettussa kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiassa, kun terapeutteina toimivat psykologian opiskelijat, joilla ei ollut aiempaa kokemusta terapeuttina toimimisesta. Tutkimuksessa oletettiin, että itsehoito-oppaan käyttö lisäisi hoidon vaikuttavuutta kohottamalla kirjaryhmän henkilöiden mielialaa ja vähentämällä masennusoirehdintaa kirjattomaa ryhmää enemmän. Lisäksi haluttiin selvittää terapiaan osallistuvien tutkimushenkilöiden ja terapeutteina toimineiden opiskelijoiden kokemuksia itsehoito-oppaan käytöstä osana psykologista lyhytahoittoa, ja samalla tutkittiin myös kokemuksia itsehoito-oppaan käytöstä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin yhteensä 30:tä henkilöä, joista 14 käytti terapian lisätukena Steven C. Hayesin ja Spencer Smithin itsehoito-opasta Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää (2009), ja loput 16 henkilöä saivat pelkän terapiahoiton. Hoito oli itsehoito-opasta lukuun ottamatta samanlainen molemmissa ryhmissä.

Vastoin asetettua hypoteesia tutkittavien mielialan tai masennusoirehdistuksen muutoksessa ei havaittu eroja kirjaryhmän ja kirjattoman ryhmän välillä, vaan hyvinvoinnin muutos oli molemmissa ryhmissä samankaltainen. Kuuden kerran lyhytahoito vähensi molemmissa ryhmissä masennustasoa, lievitti ongelmalliseksi koettuja fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kehitti osallistujien tietoisuustaitoja, lisäsi psykologista joustavuutta, ja kohensi tyytyväisyyttä elämään, mielialaa, itseluottamusta sekä toimintakykyä jokapäiväisessä elämässä. Ahdistuneisuustaso laski vain kirjattomassa ryhmässä, joskin ahdistuneisuus oli molemmissa ryhmissä jo terapian alkaessa lievää.

Vaikka hoitotulokset olivat samankaltaiset molemmissa ryhmissä, kirjaryhmässä havaittiin yhteys itsehoito-oppaasta luetun määrän ja hoitotulosten välillä. Enemmän teosta terapian aikana lukeneilla muutokset toimintakyvyssä, psyykkisessä ja fyysisessä oirehdistuksessa, mielialassa, ja elämään tyytyväisyydessä olivat tilastollisesti merkitsevästi suurempia verrattuna opasta vähemmän lukeneisiin. Uutena tietona tutkimuksessa lisäksi ilmeni, että kirjaryhmän hoitotulosta kuvaavat muutosluvut olivat yhteydessä siihen, kuinka monta kertaa terapiajakson aikana käsiteltiin psykologista joustavuutta kuvaavia hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseja. Vastaavia yhteyksiä ei havaittu kirjattomassa ryhmässä. Kirjaryhmässä keskeisimpään rooliin asetui tietoinen läsnäolo, jonka käsittelymäärällä näytti olevan yhteys masennustason alenemiseen ja tietoisuustaitojen tason kasvussa havaittuun muutokseen. Mitä enemmän tietoista läsnäoloa terapian aikana käsiteltiin, sitä suurempi muutos masennustasossa ja tietoisuustaidoissa tavattiin. Tietoisella

läsnäololla oli yhteys myös kirjaryhmän ahdistuneisuustason laskuun, mutta havaittu yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Ahdistuneisuustason muutokseen vaikutti tilastollisesti merkitsevästi myös mielen kontrollin käsittely terapian aikana, mikä viittaa siihen, että mitä enemmän asiakkaiden kanssa käsiteltiin taitoa tarkastella ajatuksia ja tunteita niihin kietoutumatta, sitä enemmän myös ahdistuneisuustaso laski. Havainto on mielenkiintoinen, sillä vastaavaa ilmiötä ei tavattu kirjattomassa ryhmässä, vaikka ryhmän ahdistuneisuus laski tilastollisesti merkitsevästi ja kirjaa käyttäneillä näin ei käynyt. Kun otetaan huomioon, että hoito oli molemmissa ryhmissä itsehoito-opasta lukuun ottamatta samankaltainen, ydinprosesseihin liittyvät yhteydet näyttävät viittaavan siihen, että oppaan sisällyttäminen hoitoon muutti tapaa, jolla hoitotulokset kirjaryhmässä saavutettiin verrattuna kirjaa käyttämättömiin. On siis mahdollista, että itsehoito-opas vaikuttaa jollakin tavalla hoito- tai muutosprosessiin. Johtopäätösten vetäminen siitä, miten opas muutosprosessia muuttaa, edellyttää kuitenkin lisätutkimusta, sillä havainto on uusi.

Itsehoito-oppaan käyttö näyttäisi olleen positiivinen kokemus sekä asiakkaille että terapeuteille, vaikka opas ei lisännyt hoidon keskimääräistä vaikuttavuutta. Suurin osa sekä asiakkaista että terapeuteista piti opasta mielekkäänä osana terapiaa, ja lisäksi valtaosa asiakkaista koki oppaasta olleen hyötyä myös henkilökohtaisen terapiaprosessin kannalta. Sekä asiakkaat että heitä hoitaneet terapeutit liittivät tämän siihen, kuinka paljon asiakas oli käyttänyt kirjaa terapiajakson aikana. Jos opasta luettiin paljon, kirjasta annettiin herkemmin myönteistä palautetta ja teos koettiin hyödylliseksi. Paljon kirjaa lukeneet olivat motivoituneita oppaan säännölliseen käyttöön ja kokivat saavansa teoksesta uutta tietoa ja oivalluksia. Itsehoito-opas mahdollisti myös terapiaistuntojen aiheisiin palaamisen omalla ajalla. Asiakkaat, jotka eivät kokeneet hyötyneensä oppaasta, yhdistivät hyödyttöä jäämisensä siihen, etteivät olleet käyttäneet kirjaa. Vähän kirjaa terapiajakson aikana käyttäneet kokivat olleensa liian kiireisiä kirjan lukemiseen, eivät kyenneet keskittymään, ja pitivät teosta myös vaikeaselkoisena. Itsehoito-oppaan käyttöön liittyvät yksilöerot ilmentyivätkin mielenkiintoisesti siten, että opasta hyödyllisenä pitäneet arvioivat oppaan olevan selkeä ja helppolukuinen, kun taas päinvastaista mieltä kirjan hyödyllisyydestä olleet pitivät kirjaa vaikeatajuisena.

Terapeutit ja asiakkaat eivät aina olleet yksimielisiä kirjasta saadusta hyödystä: asiakkaat ilmoittivat saaneensa oppaasta omaan työskentelyynsä apua myös silloin, kun terapeutit arvioivat asiakkaansa jääneen hyödyttä. Terapeutit arvioivat saatua hyötyä pääasiassa asiakkaiden oman aktiivisuuden ja motivaation tasolla, mutta siitä, mikä oli asiakkaan oma kokemus oppaan hyödyllisyydestä, ei ilmeisesti juuri keskusteltu asiakkaiden kanssa.

Itsehoito-oppaan käyttötavat vaihtelivat suuresti ryhmän sisällä. Vain muutama terapeutti käsitteli kirjaa asiakkaan kanssa aktiivisesti terapiaistuntojen aikana. Suurin osa terapeuteista jätti

oppaan asiakkaan itsenäiseen käyttöön, eikä sen hyödyntäminen tavallisesti ylettynyt kotitehtävistä neuvottelemisen ulkopuolelle, mikä lienee ollut omiaan korostamaan asiakkaan omatoimisen työskentelyn tärkeyttä. Tämä selittäisi myös sen, miksi terapeutit liittivät asiakkaan oppaasta saadun hyödyn niin johdonmukaisesti henkilön oman toiminnan tasoon eikä esimerkiksi siihen, millä tavoilla tai missä määrin opasta käsiteltiin terapeutin ja asiakkaan yhteistyönä terapiaistunnoissa.

Itsehoito-oppaan käytöstä saadut kokemukset näyttävät viittaavan siihen, että kirjan käyttötavat ja käytön aktiivisuus niin terapiaistuntojen aikana kuin istuntojen välilläkin vaikuttavat suuresti siihen, minkälaisia tuloksia oppaan yhdistämisestä lyhytterapiaan voidaan olettaa saatavan. Jatkotutkimuksissa näihin piirteisiin olisikin hyvä kiinnittää enemmän huomiota. Asiakkaan ja terapeutin olisi syytä keskustella Reddingin ym. (2008) hengessä paitsi oppaasta itsestään myös siitä, minkälaisia vaikutuksia teoksen käytöllä voidaan olettaa olevan, miten arvioida hyvinvoinnissa tapahtuvaa muutosta, ja mitkä tekijät voivat muodostua työskentelyn esteeksi. Terapeuttien kokemusten perusteella voidaan myös suositella, että hoitavat henkilöt tutustuisivat käyttämäänsä materiaaliin riittävässä määrin ennen työskentelyn aloittamista, jotta itsehoito-oppaan käyttö muodostuisi yksilölliseksi ja tukisi asiakkaan terapiapolkua. Koska työskentely kirjallisen materiaalin kanssa ei kuitenkaan näytä sopivan kaikille, ongelmatilanteiden mahdolliset lähteet, kuten keskittymis- ja lukivaikeudet, olisi aiheellista selvittää ajoissa kartoittamalla asiakkaan tilanne ennen hoidon alkua.

Itsehoito-oppaan ristiriitaisesta vastaanotosta herää kysymys, voitaisiinko lyhytterapiassa hyötyä enemmän teoksesta, joka olisi lyhyempi, ytimekkäämpi ja suunniteltu tukemaan terapiaistuntoja. Tällaisen teoksen rooli voisi olla lisätiedon, terapiaistunnoissa opitun kertaamisen ja kotiympäristöön suunniteltujen harjoitusten mahdollistamisessa ja tehostamisessa, jolloin teoksen käyttö olisi selkeärajaisempaa ja mahdollistaisi oppaan käytön yksilöllisemmän kohdentamisen asiakkaan tarpeisiin. Asiakkaiden oppimiskokemukset ja oivallukset puhuvat lisäksi tässä tutkimuksessa sen puolesta, että terapian yhteyteen liitetyn teoksen tulisi tukea terapiamenetelmän näkökulmaa.

Itsehoito-oppaan vaikuttavuuden osalta vertailukohtia on valitettavan vähän, sillä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan kirjallisuuden käyttöä tai yhteyttä terapian hoitotuloksiin ei ole aiemmin tutkittu Suomessa, ja myös muualla maailmassa tutkimus on ollut vähäistä. Lisäksi terapiatutkimukset käyttävät tulosten raportoinnissa tavallisesti kahden ryhmän tuloksista saatua efektikokoa, jota ei voi verrata tästä tutkimuksesta saatuihin, tutkimusryhmien sisäisiin efektikokoihin (esim. Butler ym., 2006). Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että ulkomailta tehdyissä tutkimuksissa tulokset ovat olleet hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan itsehoitokirjallisuuden vaikuttavuuden kannalta kannustavia (esim. Johnston ym., 2010; Muto ym.,

2011). Vertailukohteena voi muiden itsehoito-oppaiden käytön osalta pitää esimerkiksi Richardsin ja Borglinin (2011) laajaa tutkimusta, jossa yli 3300 depressiosta kärsinyttä henkilöä käytti itsehoito-opasta masennuksen pääasiallisena hoitomuotona hyvin tuloksin, vaikka hoidot olivat lyhytmuotoisia ja tapaamisten keskimääräinen kesto vain kolme tuntia. Sisäiseksi efektikooksi saatiin depression osalta 1.07, johon tästä tutkimuksesta saatu, kirjaryhmän BDI-muutoksen efektikoko 1.50 vertautuu myönteisesti. Lisäksi tässä tutkimuksessa havaittu yleinen oirehdinnan väheneminen on samansuuntainen sekä Suomessa (esim. Lappalainen ym., 2007) että ulkomailla (esim. Ruiz, 2010) tehtyjen hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuustutkimusten kanssa. Ydinprosessien osalta tietoisien läsnäolon yhteys kirjaryhmän hoitotuloksiin tuntuisi tukevan aiempia tutkimuksia, joiden mukaan tietoisien läsnäolon taidon on todettu olevan yhteydessä vähäisempiin masennusoireisiin (Baer ym., 2005) ja alempiin masennuspistemääriin (Hofmann ym., 2010). Itsehoito-oppaan käyttökokemukset antavat puolestaan tukea käsitykselle, jonka mukaan asiakkaan motivaatiolla ja itsehoito-oppaan käytön tasolla on tärkeä rooli hoidon onnistumisen kannalta (esim. Muto ym., 2011). Huonompia hoitotuloksia tuntuivat ennakoivan henkilöiden haluttomuus itsehoitokirjallisuuden käyttöön sekä ajankäytön ja keskittymiskyvyn ongelmat, jotka edelleen vastaavat Cuijpersin (1997) arvioita biblioterapeuttiseen hoitoon kielteisesti vaikuttavista tekijöistä.

Tässä tutkimuksessa itsehoito-oppaaseen liittyneistä ja tuloksiin mahdollisesti vaikuttaneista rajoituksista keskeisimpiin kuuluneen riittämättömältä vaikuttanut ohjeistus Vapaudu mielesi vallasta -kirjan käyttöön ja näiden käyttötapojen raportointiin. Edellä mainitut puutteet ovat ymmärrettäviä, sillä tutkimusasetelma oli itsehoito-oppaan osalta uusi, eikä suomalaisia vertailukohtia hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan oppaan käytöstä ollut käytettävissä. Tarkemmat suositukset oppaan käytöstä olisivat kuitenkin voineet antaa vielä yksityiskohtaisempaa tietoa siitä, miten oppaan käyttötavat vaikuttavat hoitotuloksiin. Itsehoito-opas on myös itsessään saattanut vaikuttaa tuloksiin, sillä terapiaan valitun teoksen aihepiiri ei ole rajattu masennukseen, vaan kirja käsittelee psykologisia ongelmia yleisellä tasolla. Toisaalta on todettava, että Vapaudu mielesi vallasta -opas vastaa muilta osin melko hyvin esimerkiksi Reddingin ym. (2008) arviota biblioterapiaan hyvin soveltuvasta kirjasta, sillä se antaa selkeitä ja suoria ohjeita ongelmallisen tilanteen kohentamiseksi ja käsittelee myös takaiskujen mahdollisuutta. Lisäksi on huomattava, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt ilmoittivat hoitoon hakeutuessaan kärsivänsä huomattavasta määrästä muitakin ongelmia, ja muu ilmoitettu oirehdinta oli masennuksen lisäksi runsasta. Tästä näkökulmasta katsottuna laaja-alaisemman teoksen valinta ei siis liene ollut täysin perusteeton.

Lähtöasetelman kannalta tutkimuksen puutteeksi voidaan laskea myös soveltuvuuskartoituksen puute, jonka johdosta kirjaryhmään satunnaistui todennäköisesti henkilöitä, joille työskentely



itsehoito-oppaan kanssa saattoi olla lähtökohtaisesti toimimaton ratkaisu. Tutkimustulosten yleistettävyyttä puolestaan vaikeuttaa pieni otoskoko (30 henkilöä), jolla lienee ollut vaikutusta myös tilastollisista testeistä saatuihin tuloksiin, sillä pieniltä aineistoilta vaaditaan suurta vaikuttavuutta, jotta tilastollisesti merkitseviä eroja voitaisiin todeta (Metsämuuronen, 2006). Ryhmien välillä oli myös sukupuolijakaumasta johtuvia lähtötasoeroja. Kirjaryhmään valikoitui satunnaistuksessa pääosin enemmän oirehtivia naisia, kun taas kirjattomassa ryhmässä oli enemmän miehiä, joiden lähtötilanne oli monin paikoin naisiasiakkaita parempi. Vaikka tilastollisesti merkitseviä alkumittauseroja ei ryhmien välillä voitu havaita, sukupuolieroilla ja muilla mahdollisilla ryhmäeroilla lienee kuitenkin ollut vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. Lisäksi kuuden viikon tutkimusjakso oli lyhyt, eikä itsehoito-oppaan vaikutuksista hoidon jälkeisiin tuloksiin saatu tässä vaiheessa tietoa.

Depressio on sekä yksilölle että yhteiskunnalle vakava taakka. Masennuksen yleisyydestä ja pitkittymisen myötä lisääntyvästä kroonistumisriskistä huolimatta hoitoon pääseminen on yhä edelleen monelle vaikeaa. Tarkastelun kohteena olleesta tutkimuksesta saatiin kannustavia tuloksia itsehoito-oppaan käytöstä mielialaongelmiin tarkoitettussa lyhytterapiassa. Tulokset tukevat myös aiempaa käsitystä siitä, että kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapialla on myönteisiä vaikutuksia mielialaongelmien hoidossa. Vapaudu mielesi vallasta -itsehoito-oppaasta on hyötyä silloin, kun sitä käytetään aktiivisena osana terapiaa. Oppaan käytössä tulee kuitenkin huomioida asiakkaiden yksilölliset erot sekä valmistella ja motivoida asiakas oppaan käyttöön. Oppaan käytön tulisi puolestaan olla nyt saatujen tulosten valossa varsin aktiivista ja säännöllistä sekä terapiaistuntojen aikana että niiden välillä. Lisäksi voidaan suositella, että terapeutin tulisi tuntee teos tarpeeksi hyvin voidakseen hyödyntää sitä yksilöllisesti, ja asiakkaaseen olisi hyvä säilyttää itsehoito-oppaan sisältöä ja käyttöä koskeva keskusteluyhteys, jotta asiakas kokisi oppaan käytön mielekkääksi ja kiireettömäksi osaksi hoitoaan. Jatkotutkimuksissa kirjan käytön tarkka raportointi olisi myös tärkeää, jotta saataisiin lisätietoa siitä, mitkä tekijät ovat yhteydessä psykologisista itsehoito-oppaista saatuun lisähyötyyn. Tutkimustyön jatkaminen on tärkeää, sillä itsehoito-oppaan sisällyttäminen masennuksen lyhythoittoon saattaisi toimivalla tavalla toteutettuna luoda uusia mahdollisuuksia ylläpitää tehokasta työskentelyä terapiaistuntojen välillä sen lisäksi, että opas voisi hoitoon yhdistettynä toimia apuvälineenä myös niissä arjen tilanteissa, joissa masentunut on tavallisesti yksin.

## 5 LÄHTEET

- American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 157(4).
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ym. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23(4), 281-300.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ym. (2008). Construct validity of the Five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. Teoksessa R. Leahy, & T. E. Dowd (toim.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application* (1. painos). New York: Springer.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2004). *BDI II - Beckin depressioasteikko. Käsikirja*. Helsinki: Psykologien Kustannus.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243-255.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., ym. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 1-38.

- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 156-163.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*(6), 1057-1067.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *European Neuropsychopharmacology, 7*(1, Supplement 1), S57-S70.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of Cognitive-Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.
- Campbell, L. F., & Smith, T. P. (2003). Integrating self-help books into psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 59*(2), 177-186.
- Cohen, G. L., Garcia, J., Apfel, N., & Master, A. (2006). Reducing the racial achievement gap: A social-psychological intervention. *Science, 313*(5791), 1307-1310.
- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change, 23*(3), 165-176.
- Crocker, J., Niiya, Y., & Mischkowski, D. (2008). Why does writing about important values reduce defensiveness? Self-affirmation and the role of positive other-directed feelings. *Psychological Science, 19*(7), 740-747.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*(2), 139-147.
- den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., & Van Den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 34*(6), 959-971.
- Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim, 2010 (viitattu 1.11.2010). Saatavilla internetistä: <http://www.kaypahoito.fi>.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore: The Journal of Science & Healing, 5*(5), 265-271.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ym. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 76*(3), 468-477.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet, 367*(9505), 153-167.

- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188.
- Fimea ja Kansaneläkelaitos. (2010). *Suomen lääketilasto 2009*. Tampere: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., ym. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity. *The Journal of the American Medical Association*, 303(1), 47-53.
- Gaudiano, B. A. (2010). Evaluating Acceptance and Commitment Therapy: An analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(3-4), 311-329.
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., ym. (toim.). (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3. painos) American Psychiatric Association.
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W., & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 275-280.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. Teoksessa N. S. Jacobson (toim.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioural perspectives*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2009). *Vapaudu mieleesi vallasta ja ala elää: Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla* (2. painos). Jyväskylä: Gummerus.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Hayes, S. C., Pistorello, J., Toarmino, D., ym. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Strosahl, K., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Springer.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I., ym. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry, 150*(6), 935-940.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183.
- Holi, M. (2003). Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, psykiatrian klinikka. Helsinki.
- Holi, M., Samallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(1), 42-46.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest, 3*(2), 39-77.
- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Lönnqvist, J. (2009). Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depression and Anxiety, 26*(11), 1049-1059.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression - A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 1-13.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 197-206.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M., Aro, H., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K. I., & Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *The American Journal of Psychiatry, 151*(4), 530-530-536.
- Isometsä, E. (2007). Masennushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, & V. Aalberg (toim.), *Psykiatria* (5. painos). Helsinki: Duodecim.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 26*(5), 393-402.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*(2), 144-156.

- Karlsson, H., & Markowitz, J. C. (2002). Interpersoonallinen psykoterapia depression hoidossa. *Duodecim*, *118*(17), 1760-1765.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1301-1320.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., ym. (2008). Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: Systematic assessment of 801 patients presenting for treatment. *Journal of Affective Disorders*, *110*(1-2), 55-61.
- Kokko, M. (1999). Nähdä, kuulla ja ymmärtää. perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, psykiatrian klinikka. Oulu.
- Kratz, A. L., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*(3), 291-301.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K., ym. (toim.). (2009). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä*. Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists. *Behavior Modification*, *31*(4), 488-511.
- Leventhal, A. M. (2008). Sadness, depression, and avoidance behavior. *Behavior Modification*, *32*(6), 759-779.
- Lindeman, S., Hämäläinen, J., Isometsä, E., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M., ym. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: Representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(3), 178-184.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet*, *367*(9524), 1747-1757.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *98*(1-2), 29-43.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impacts of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, *34*(6), 520-538.
- McKendree-Smith, N. L., Floyd, M., & Scogin, F. R. (2003). Self-administered treatments for depression: A review. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(3), 275-288.

- Melartin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa depression study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 126-134.
- Metsämuuronen, J. (2006). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus.
- Morgan, N., & Taylor, D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*, 4(5), 6-9.
- Muto, T., Hayes, S. C., & Jeffcoat, T. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy*, 42(2), 323-335.
- Nurminen, E. (2010). Psykologian opiskelijoiden terapeuttikokemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta lyhytinterventiosta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos. Jyväskylä.
- Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa S. Talo (toim.), *Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen*. Turku: Kela.
- Ojanen, M., & Seppälä, H. (1996). *Assessment of psychosocial capabilities of persons with developmental disabilities*. Helsinki: Finnish Association on Mental Retardation.
- Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(4), 404-418.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., ym. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 1-10.
- Polusny, M. A., Rosenthal, M. Z., Aban, I., & Follette, V. M. (2004). Experiential avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on negative adult outcomes. *Violence and Victims*, 19(1), 109-120.
- Redding, R. E., Herbert, J. D., Forman, E. M., & Gaudiano, B. A. (2008). Popular self-help books for anxiety, depression, and trauma: How scientifically grounded and useful are they? *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(5), 537-545.
- Richards, D. A., & Borglin, G. Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: Two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, painossa.
- Rovasalo, A., & Melartin, T. K. (2009). Älä anna masennuksen tarttua. *Duodecim*, 125(16), 1767-1768.

- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Smith, N. M., Floyd, M. R., Scogin, F., & Jamison, C. S. (1997). Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 324-327.
- Sobocki, P., Ekman, M., Ågren, H., Krakau, I., Runeson, B., Mårtensson, B., ym. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value in Health*, 10(2), 153-160.
- Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98.
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210.
- Wang, P. S., Simon, G., & Kessler, R. C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 22-33.
- Wicksell, R. K., Renofalt, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion - central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12(4), 491-500.
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407.