



Lyhytterapian vaikutus työikäisten masennuksen hoidossa

Anne Korolainen

OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2021

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

KOROLAINEN, ANNE:
Lyhytterapian vaikutus työikäisten masennuksen hoidossa

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Joulukuu 2021

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lyhytterapian vaikutusta työikäisten masennuksen hoidossa. Tavoitteena oli vahvistaa sosiaali- ja terveystalalla työskentelevien valmiuksia hoitaa masentunutta asiakasta sekä lisätä tietoa lyhytterapiasta hoitomuotona. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimusta ohjasivat tutkimuskysymykset: Kuinka vaikuttavaa lyhytterapia on työikäisten masennuksen hoidossa? Mistä tekijöistä terapian vaikutus muodostuu työikäisten masennuksen hoidossa?

Lyhytterapia on vaikuttava hoitomuoto työikäisten lievää tai keskivaikeaa masennusta hoidettaessa ja sen hoitovaikutus on pitkäkestoinen. Terapiasuuntauksista vaikuttavimman hoitotuloksen saivat aikaan psykodynaaminen terapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia. Terapian vaikutus muodostuu asiakkaan ominaisuuksista, terapiasuhteen tasosta ja asiakkaan sitoutumisesta.

Varhaisessa vaiheessa aloitettu masennuksen hoito lyhytterapialla edistää toipumista ja ehkäisee haittojen vaikeutumista. Myös kansantaloudellisesti on kustannustehokasta suunnata resursseja masennuksen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen vaiheen hoitoon. Lyhytterapian saatavuus perusterveydenhuollossa tulee varmistaa lakimuutoksin, täydennyskoulutuksin ja resursseja kohdentamalla. Lyhytterapeuttikoulutus monipuolistaa työmahdollisuuksia sosiaali- ja terveystalalla ja voi lisätä alan vetovoimaisuutta.

Asiasanat: lyhytterapia, masennus, mielenterveystyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KOROLAINEN, ANNE:

Effect of Brief Therapy in the Treatment of Depression in Working-Age People

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 9 pages
December 2021

The purpose of the study was to describe the effect of brief therapy in the treatment of depression in working-age people. The aim was to strengthen the ability of those working in the social and health care sector to treat a depressed client and to increase knowledge about brief therapy as a form of treatment. The study was carried out as a descriptive literature review and material-based content analysis was used as the method of analysis. The study was guided by research questions: How effective is brief therapy in treating depression in working-age people? What factors make up the effect of the therapy in the treatment of depression in working-age people?

Brief therapy is an effective treatment for mild to moderate depression in the working-age population and has a long-lasting effect. Of the models of the therapy psychodynamic therapy, cognitive behavioural therapy, and acceptance and commitment therapy were the most effective when comparing treatment outcomes. The effect of therapy consists of the client's characteristics, the level of the therapy relationship, and the client's commitment.

Early treatment of depression with brief therapy promotes recovery and prevents aggravation of the harm. It is also economically cost-effective to focus resources on depression prevention and early treatment. The availability of brief therapy in primary health care must be ensured through changes in the law, further education and training, and the allocation of resources. Brief therapist training diversifies employment opportunities in the social and health sectors and can increase the attractiveness of the sector.

Key words: brief therapy, depression, mental health work

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TEOREETTINEN VIIITEKEHYS.....	7
	2.1 Mielenterveys yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena ilmiönä	7
	2.2 Mielenterveyden edistäminen	8
	2.3 Masennus	9
	2.3.1 Masennus ja yksilö.....	10
	2.3.2 Masennus ja yhteiskunta.....	11
	2.4 Masennuksen hoito.....	12
	2.5 Lyhytterapia	13
	2.5.1 Lyhytterapian asema sosiaali- ja terveystaloudessa	14
	2.5.2 Terapiasuhteiden ja asiakkaan ominaisuudet.....	15
	2.5.3 Terapioiden taustateoriat ja menetelmät.....	17
	2.5.4 Terapian vaikutuksen arviointi.....	18
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	21
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	21
	4.2 Aineistonhaku	22
	4.3 Aineiston valinta.....	24
	4.4 Aineiston analyysi	27
5	TULOKSET.....	28
	5.1 Asiakkaan ominaisuuksien vaikutus	28
	5.2 Terapian taustateorian ja menetelmän vaikutus	28
	5.2.1 Psykodynaaminen terapia ja brainspotting	28
	5.2.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia.....	29
	5.2.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja KAT	30
	5.2.4 Ratkaisukeskeinen terapia.....	31
	5.2.5 CBM-terapia	31
	5.3 Terapiaan sitoutumisen vaikutus	32
6	POHDINTA	33
	6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	33
	6.2 Tulosten merkitys hoitotyölle.....	36
	6.3 Eettisyys ja luotettavuus	37
	6.4 Jatkotutkimusehdotukset	38
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	46
	Liite 1. Aineiston analyysiin valitut tutkimukset.....	46

Liite 2. Sisällönanalyysin toinen vaihe	51
---	----

1 JOHDANTO

Mielenterveytemme muotoutuu koko elämämme ajan sosiaalisten, taloudellisten, biologisten ja ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Mielenterveys liittyy keskeisesti kokonaishyvintointiimme, ihmissuhteisiimme ja toimintakykyymme. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 14.) Tuloksellisesta mielenterveyshäiriöitä ehkäisevästä työstä huolimatta kenen tahansa mieli voi sairastua (Suomen Mielenterveys ry 2021). Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä. Inhimillisen henkisen ja fyysisen kärsimyksen lisäksi se aiheuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia työkyvyttömyyseläkemenoina ja sairauspäiväraha-kustannuksina. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021.)

Masennuksen varhainen tunnistaminen ja oikea-aikaisesti aloitettu hoito edistää toipumista ennaltaehkäisten masennusoireiden pitkittymistä (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen, Tuulari 2017, 17). Lyhytterapia on tutkimusnäyttöön perustuvaa, masennuksen varhaisen vaiheen hoitoa, jonka tarpeen kasvu julkisessa terveydenhuollossa on tiedostettu (Mielenterveyspooli n.d). Vaikuttavien varhaisen vaiheen hoitojen mahdollistamiseen tähtäävän sote-uudistuksen lisäksi lyhytterapiahoidon saatavuutta edistävä Terapiatakuu- lakimuutosehdotus on parhaillaan eduskunnassa käsittelyssä (Mielenterveyspooli n.d; Sote-uudistus n.d). Terapiatakuun toteutumisen edistämiseksi on myös alettu kouluttamaan sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä (Terapiat etulinjaan n.d).

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin lyhytterapian vaikutusta työikäisten masennuksen hoidossa. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jonka analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi. Tutkimusta ohjasi tavoite vahvistaa sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien valmiuksia hoitaa masentunutta asiakasta varhaisessa vaiheessa sekä lisätä tietoa lyhytterapiasta hoitomuotona. Tulos osoitti lyhytterapian olevan vaikuttava hoitomuoto työikäisten lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa ja sen aikaansaama hoitotulos on pitkäkestoinen. Tulos vahvistaa, että lyhytterapia soveltuu hyvin masennuksen varhaisen vaiheen hoitoon perusterveydenhuollossa ja resurssien suuntaaminen tähän vaikuttavaan varhaisen vaiheen hoitoon on myös kansantaloudellisesti kustannustehokasta.

2 TOOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyön aiheena on lyhytterapian vaikutus työikäisten masennuksen hoidossa. Keskeisiä teoreettisia käsitteitä opinnäytetyössä ovat mielenterveystyö, masennus ja lyhytterapia. Mielenterveys määritellään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, joka luo perustan arjessa toimimiselle ja vastoin käymisistä selviytymiselle. Mielenterveystyö on ennaltaehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa toimintaa, jonka tavoitteena on hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 19, 27.) Masennus on mielialahäiriöihin kuuluva mielenterveyden häiriö, joka voi aiheutua psykologisista, sosiaalisista ja biologisista tekijöistä. Masennuksen keskeisiä oireita ovat väsymys, mielialan lasku ja toimintakyvyn vaikeudet. (Kampman ym. 2017, 5.) Lyhytterapia on terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa psykososiaalista hoitoa, jossa tehdään hoidon tarpeen arviointia, toteutetaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä keskusteluin ja tehtävin sekä arvioidaan hoidon vaikutusta (Mikkonen, K. n.d, 3). Työikäisellä tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan 18-65- vuotiaita henkilöitä. Vaikutuksella tarkoitetaan lyhytterapian aikaansaamaa masennuksen oireiden lievittymistä tai poistumista.

Teoreettiseen viitekehykseen liittyviä tiedonhakuja tehtiin Andor- hakupalvelusta löytyvästä tieteellisestä kirjallisuudesta useilla suomen- ja englanninkielisillä hakusanoilla sekä niiden yhdistelmillä. Lisäksi tietoa haettiin Käypä hoito- suosituksista, lainsäädännöstä, Duodecim Terveyskirjastosta, hoitotyön ja psykologian tieto- ja oppikirjoista sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Työturvallisuuskeskuksen, Eläketurvakeskuksen, mielenterveysyhdistysten ja lyhytterapian toteuttamiseen liittyviltä verkkosivuilta.

2.1 Mielenterveys yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena ilmiönä

Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin ja toimijuuden kannalta keskeinen voimavara ja se koostuu psykologisesta, sosiaalisesta, fyysisestä ja hengellisestä hyvinvoinnista (Positiivinen mielenterveys 2021). Mielenterveyttä on totuttu kuvaamaan ja mittaamaan yksilötasolla, vaikka yhteisön vaikutus mielenterveyteen on

merkittävä. Yhteiskunnallisella tasolla esimerkiksi turvallisen lapsuuden mahdollistaminen erilaisin tukitoimin, tunne- ja vuorovaikutustaitojen opettaminen ja köyhyyden ehkäisy lisäämällä työelämäosallisuutta vaikuttavat perustavanlaatuisesti mielenterveyttä edistävästi. (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantaus 2017.) Näin ollen mielenterveyden kokemusta määrittävät yksilöllisten tekijöiden ja kokemusten lisäksi sosiaalisen tuen saatavuus, yhteiskunnalliset rakenteet ja yhteiskunnallinen päätöksenteko sekä kulttuuriset arvot. Heikkoon sosiaaliseen asemaan liittyy suurentunut mielenterveyshäiriöiden riski, joten taustatekijöihin vaikuttaminen läpi elämän on keskeistä. (Hämäläinen ym. 18; Wahlbeck ym 2017.)

Kuluneen vuosikymmenen aikana näkemys mielenterveydestä on laajentunut. Aikaisemman yksiulotteisen näkemyksen on korvannut mielenterveyden ymmärtäminen moniulotteisena. Yksiulotteisesti mielenterveys on nähty joko mielenterveyshäiriön olemassaolona eli mielenterveyden poissaolona tai mielenterveyshäiriön puuttumisena eli mielenterveyden olemassaolona. Moniulotteinen malli korostaa, että todettu mielenterveyshäiriö ei poissulje mielenterveyden ja mielen hyvinvoinnin olemassaoloa eikä mielenterveyshäiriön puuttuminen kerro mielen hyvinvoinnista koko totuutta. Hyvin hoidettuna mielenterveyshäiriö ei poissulje mielen hyvinvointia. Jokaisella meistä on mielenterveys ja jokaisella meistä tulee olla myös mahdollisuus vahvistaa sitä. (Suomen Mielenterveys ry 2017.)

2.2 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveystyö jakaantuu mielenterveyttä edistävään työhön, mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn sekä mielenterveysongelmien hoitoon ja mielenterveyspalveluita tuottavaan työhön. Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää siihen kohdistuvia uhkia. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyöhön liittyvästä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto puolestaan vastaa asukkaiden mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, johon kuuluu ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen sekä asianmukainen hoito ja kuntoutus. Perustason mielenterveyspalveluita tarjoavat terveyskeskukset, opiskelijaterveydenhuolto ja työterveyshuolto. Erityistason palveluita puolestaan tarjotaan erikoissairaanhoidossa.

(Mielenterveyspalvelut n.d.) Mielenterveyden häiriöihin liittyviä yleisiä riskitekijöitä ovat köyhyys, päihdeongelmat, yksinäisyys, kiusaaminen ja syrjäytyminen sekä vuorovaikutukselliset haasteet lapsen ja vanhemman välillä. Masentuneiden vanhempien lapsista arviolta 60 prosenttia sairastuu masennukseen tai johonkin muuhun mielenterveyden häiriöön ennen 25. ikävuottaan. (Suomen Mielenterveys ry 2021.) Vaikka työ ja panostus haavoittuvassa asemassa olevien lasten hyvinvointiin on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta merkittävin mielenterveyttä edistävä teko, ei työ mielenterveyden edistämiseksi ja hoitamiseksi ole koskaan turhaa tai liian myöhäistä (Wahlbeck ym. 2017).

Mielekkään työn tekeminen tai itselle mieluisan uuden ammatin opiskelu sallii itsensä toteuttamisen, saa aikaan onnistumisen kokemuksia ja tuo säännöllisen rytmin elämään. Vastaavasti työ tai työttömyys voi heikentää mielenterveyttä. Työpaikalla mielenterveyttä tukee hyvä johtajuus, avoin ja selkeä viestintä sekä stressinhallintakeinojen edistäminen. (Wahlbeck ym. 2017.) Kuntien järjestämisvastuulla oleva kuntouttava työtoiminta ja työllistymiseen tähtäävät palvelut edistävät mielenterveyttä syrjäytymistä ehkäisemällä sekä toimintakykyä ja elämänhallintaa vahvistamalla (Kuntouttava työtoiminta n.d).

2.3 Masennus

Masennuksen moniulotteisuutta kuvaavat siihen johtavat moninaiset tekijät. Sairauden taustalta löytyy harvoin vain yksi syy, sillä usein kyse on useista tekijöistä, joiden osuus vaihtelee yksilöiden välillä. Perinnöllinen ja hankittu biologinen alttius sekä kehityksen ja kasvatuksen muovaama persoonallisuus voivat lisätä masennusalttiutta. (Huttunen 2018b.) Perinnölliset tekijät liittyvät korostuneeseen taipumukseen kokea masennuksen kaltaisia negatiivisia tunteita sekä persoonallisuuteen ja temperamenttiin eikä niinkään erityisten masennusgeenien olemassaoloon (Isometsä 2017, 52). Psykologisella tasolla alttiutta sairastua masennukseen lisäävät heikko itsetunto sekä elämän aikana omaksutut negatiiviset uskomukset ja ajatusmallit. Usein masennustilan taustalta on tunnistettavissa pitkään jatkunut tukahdutettu tunne, kuten suru, viha tai häpeä, jotka voivat liittyä menetyksiin tai traumaattisiin kokemuksiin. Fysiologiset syyt ovat

löydettävissä hormonitoiminnan häiriöistä ja elimistön puutostiloista. Lisäksi pitkäaikaiset fyysiset sairaudet ja päihteiden käyttö saattavat altistaa masennukselle. (Huttunen 2018a.) Masennukseen liittyvä tai sitä edeltävä monitahoinen kuormitustila vaikuttaa myös sairastuneen kehonkuvaan eli käsitykseensä itsestä ja siten esimerkiksi kykyyn tunnistaa kehollisia tarpeitaan (Martin & Saariranta 2020, kappale Vammojen ja sairauksien vaikutus kehosuhteeseen).

Masennus voidaan luokitella vaikeusasteensa perusteella lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoositasoiseksi masennukseksi. Vaikeusaste on verrannollinen ihmisen päivittäiseen toimintakykyyn. Siinä, missä lievää masennusta sairastava yleensä pystyy suoriutumaan päivittäisistä askareista kokemastaan kärsimyksestä huolimatta, tarvitsee vaikeaa masennusta sairastava paljon apua arjesta selviytymiseen. Psykoottiseen masennukseen liittyy harhaluuloja tai aistiharhoja. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021.) Noin puolella masennusta sairastavalla on diagnosoitavissa oleva ahdistuneisuushäiriö ja arvioiden mukaan 20-40 prosentilla masennusta sairastavalla on alkoholiriippuvuus, alkoholin haitallista käyttöä tai muu päihdeongelma (Isometsä 2021, 343).

2.3.1 Masennus ja yksilö

Masennus on elämään kokonaisvaltaisesti vaikuttava sairaus, joka luo haasteita työkyvylle, ihmissuhteiden ylläpitämiselle, päivittäisestä arjesta selviytymiselle ja itsestä huolehtimiselle (Kampman 2017, 11). Keskeisimpiä masennuksen oireita ovat masentunut mieliala sekä vähentynyt kyky tuntea mielihyvää ja mielenkiintoa. Muita yleisiä ja diagnosoinnissa huomioonotettavia oireita ovat muutokset painossa, uniongelmat, pitkäkestoinen väsymys sekä kyvyttömyys ajatella, keskittyä tai tehdä päätöksiä. Tyypillisiä masennusoireita ovat myös itsesyytökset, itseluottamuksen lasku, toivottomuus, selittämättömät kivut ja itsetuhoisuus. (Huttunen 2018a.) Hetkelliset pettymysten ja menetysten aiheuttamat surun ja alakulon tunteet tai selittämätön kipu eivät sellaisenaan ole diagnoosi, vaan masennuksen diagnosointi edellyttää, että masentunut mieliala muine oireineen on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa (Huttunen 2018b). Hetkellinen suru ja diagnosoituun masennukseen liittyvä suru on erotettavissa sen kokemuk-

sellisuudessa. Siinä, missä surullinen ihminen kokee maailman merkityksettömäksi ja huonoksi, tuntee masentunut tämän lisäksi olevansa myös itse huono ja merkityksetön. (Worden 2018, 32.)

Masentuneen kokemus omasta huonommuudesta yhdistettynä masennuksen muihin keskeisiin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin saa masentuneen välttelemään sosiaalisia tilanteita ja pysyttelemään kotona. Passivoituminen ja yleisen suori-tuskyvyn heikentyminen johtavat riittämättömyyden, häpeän ja syyllisyyden tun-teisiin. Tällöin avun pyytäminen voi olla vaikeaa ja yksin pärjäämisen pakko ko-rostuu masentuneen ajatusmaailmassa. (Heiskanen, 2017, 28; Leuzinger-Bohl-ber 2015, 50.)

Masennuksen luonteeseen liittyvä syrjäänvetäytyvyys ja aloitekyvyttömyys sekä tunnesäätelyyn liittyvät vaikeudet voivat aiheuttaa väärinymmärryksiä, turhautu-mista ja väsymystä perhesuhteissa. Pitkään jatkuessaan tämä johtaa sairauden syvenemiseen ja tukiverkoston kapenemiseen sekä altistaa myös perheenjä-senet masennusoireilulle. (Isometsä 2017, 45.) Masentunut ei kykene yleensä ilmaisemaan tunteitaan tai tarpeitaan ja kokee siksi tulleen use-in väärinymmär-retyksi. Pelko hylätyksi tulemistä estää asettamasta terveitä rajoja, jolloin masen-tunut saattaa kokea joutuvansa alistumaan toisten tahtoon. (Huttunen 2018b.)

2.3.2 Masennus ja yhteiskunta

Inhimillisen kärsimyksen lisäksi masennuksen aiheuttamat kustannukset ovat yh-teiskunnallisesti merkittäviä. Kuluja aiheutuu työkyvyttömyyseläkemenojen ja sai-rauspäivärahakustannusten lisäksi heikentyneistä työsuorituksista ja hoitojärjes-telmän kuluista. (Depressio: Käypä hoito - suositus 2021.) Mielenterveyden häi-riöt ovat olleet vuodesta 2018 saakka merkittävin ryhmä sairauspäivärahaame-noissa ja niiden osuus on kasvanut vuosi vuodelta. Vuonna 2018 Kansaneläke-laitos korvasi mielenterveyshäiriöiden perusteella sairauspäivärahaa noin 5 mil-joonaa. (Blomgren 2021.)

Masennus on yleisin työkyvyttömyyttä aiheuttava mielenterveyden häiriö. Masen-nuksesta kärsii vuosittain 200 000-300 000 henkilöä Suomessa ja vuosittain noin

3500 henkilöä jää työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi. Masennuksen aiheuttamista sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyydestä aiheutuu kustannuksia niin valtiolle, kunnille kuin työnantajille. (Työturvallisuuskeskus 2021.) Mielenterveyden sairaudet ovat olleet vuosina 2019-2020 yleisin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Niin ikään masennus on ollut molempina vuosina suurin yksittäinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. (Eläketurvakeskus 2021.)

2.4 Masennuksen hoito

Masennus ei ole tahdonalainen tai päätökseen perustuva tila, josta voi toipua kehotuksella ryhdistäytyä tai vain odottamalla oireiden poistumista. Siksi hoitoon hakeutumisen tulisi tapahtua mahdollisimman pian masennusoireiden pitkittyessä tai syventyessä. (Huttunen 2018b.) Masennuksen hoidon perustana on vaikuttavaksi osoitettu hoito ja tällaisiksi on kliinisten tutkimusten tuottaman näytön myötä todettu lääkehoito, useat lyhytterapiat ja psykoterapiat sekä aivo toimintaa stimuloivat sähkö- ja magneettihoidot. Valtaosa masennuspotilaista on hoidettavissa perusterveydenhuollossa. Hoidon tavoitteiden määrittelyä edeltää ongelmien jäsentely sekä voimavarojen ja ongelmanratkaisukeinojen kartoitus yhdessä potilaan kanssa. Hoidon tavoitteen tulee olla konkreettinen, realistinen ja seurattavissa sekä arvioitavissa oleva. (Isometsä 2017, 66-67; Vuorilehto & Tuulari 2017, 66-69.) Moniammatillisesti toteutetun hoidon, yksilöllisesti laaditun hoitosuunnitelman ja sen seurannan on todettu tuovan selkeää vaikutusta aikuisten masennuksen hoidossa. Tämä myös lisää potilaan kokemaa tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. (Archer, Bower, Gilbody, Lovell, Richards, Gask, Dickens & Coventry 2015.)

Hoidon onnistumisen kannalta potilaan oma hoitomotivaatio ja sitoutuminen on keskeistä. Masentuneen elämäntilannetta, kuten masennuksen syitä ja masenustilaa ylläpitäviä tekijöitä kartoitetaan. Hoito tähtää oireiden lievittymisen lisäksi masentuneen selviytymiskeinojen tukemiseen ja vahvistamiseen. Mikäli masentuneella on lapsia, tulee hoidossa huomioida myös lasten tuen tarve. Hoitomuodon ja hoitotahon valintaa ohjaa masennuksen vaikeusasteen lisäksi hoidon saatavuus sekä masentuneen kokonaistilanne sekä omat toiveensa hoitoa kohtaan. (Depressio: Käypä hoito- suositus 2021.) Hoitoa suunniteltaessa tulee

myös ottaa huomioon asiakkaan muut mahdolliset psyykkiset sairaudet ja häiriötilat, itsemurhavaara, toimintakyky sekä somaattinen terveydentila (Isometsä 2017, 66).

2.5 Lyhytterapia

Psykososiaalisista hoitomuodoista tunnetuin on psykoterapia ja sitä voi tarjota vain yliopistollisen psykoterapeuttikoulutuksen suorittanut henkilö. Psykososiaaliin hoitoihin kuuluu psykoterapian lisäksi laaja valikoima hoitomenetelmiä, joita voivat antaa muutkin asianmukaisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattilaiset kuten esimerkiksi psykologit ja sairaanhoitajat. Myös lyhytterapiat lukeutuvat näihin hoitoihin. (Terapiat etulinjaan n.d.) Lyhytterapia on yksilöllisiin tavoitteisiin perustuvaa luottamuksellista keskusteluapua. Se tähtää asiakkaan itseyttämyksen kasvuun sekä omien kykyjen ja voimavarojen hyödyntämiseen hyvinvointiaan ja terveyttään edistävällä tavalla. (Lyhytterapeuttiyhdistys ry, n.d.)

Lyhytterapia sopii mielialaoireisiin, jotka eivät ole vielä pahoin kriisiytyneet tai kroonistuneet ja sen avulla voidaan ennaltaehkäistä mielenterveyden häiriöitä. Se sopii erityisesti tilanteisiin, kun tarvitaan keskusteluapua ja tukea erilaisten näkökulmien ja mahdollisuuksien kartoittamiseen. Lyhytterapian kesto vaihtelee asiakaan tarpeista riippuen. (Lyhytterapeuttiyhdistys ry, n.d.) Lyhytterapian merkitys hoidon alkuvaiheessa on keskeinen, koska se voi ennaltaehkäistä oireiden vaikeutumisen (Saarni, Stenberg & Holli 2020). Vaikka lyhytterapiaan liittyvä tutkimus on vielä suhteellisen vähäistä, on sen vaikutus ja kustannustehokkuus masennusoireiden lievittämisessä osoitettu. Erityisesti pitkän aikavälin vaikutuksista tarvitaan vielä lisää tutkimusta. (Kohtala, Muotka & Lappalainen 2017.)

Lähi- ja etätapaamisten lisäksi lyhytterapiaa on tarjolla verkko- ja mobiilipohjaisina itsehoidollisina sovelluksina, joissa sovelletaan muun muassa kognitiivisen käyttäytymisterapian ja ratkaisukeskeisen terapian menetelmiä. Itsehoidollisissa lyhytterapiainterventioissa myös mahdollisuus olla yhteydessä terapeuttiin puhelimitse, sähköpostitse tai harvajaksoisten tapaamisten välityksellä, ovat yleistymässä. (Huttunen 2020, 361-362.) Verkkopohjaiset terapiat ovat luonteeltaan

interaktiivisia, potilaan valintoihin perustuvia yksilöllisiä interventioita, joissa tavoitteena on lievittää masennusoireita, auttaa tunnistamaan masennusta aiheuttavia ja ylläpitäviä tekijöitä, motivoida jatkohoitoon hakeutumisessa ja kannustaa tekemään myönteisiä muutoksia yleisen toimintakyvyn parantamiseksi (Giosan, Cobeanu, Mogoase, Tătar, Muresan & Boian, 2016).

2.5.1 Lyhytterapian asema sosiaali- ja terveystalvissa

Mielenterveystyön toteuttamista keskeisesti ohjaavia lakeja ovat mielenterveyslaki ja terveydenhuoltolaki (Hämäläinen ym. 2017, 72). Mielenterveyspalvelut tulee järjestää kunta- tai kuntayhtymäkohtaisesti siten, että ne vastaavat laajuudeltaan ja sisällöltään asiakkaiden tarpeita (Mielenterveyslaki 1116/1990). Kuitenkin tällä hetkellä vain puolet asiakkaista saa tarvitsemaansa hoitoa eikä erityisesti psykososiaalisten hoitojen, kuten esimerkiksi hoidon alkuvaiheessa toteutetun lyhytterapian saatavuus vastaa tarvetta (Mielenterveyspooli n.d; Saarni ym. 2020). Hoidon tarpeen ja saatavuuden ollessa epätasapainossa hoitojonot kasvavat, oireet vaikeutuvat eikä riittävän aikaisin aloitettu hoito toteudu (Mielenterveyspooli 2020).

Eduskuntaan vuonna 2019 toimitettu aloite ehdottaa säädettäväksi mielenterveyslakiin terapiatakuuta koskevan pykälän, joka takaisi nopeamman hoitopääsyn ja perusterveydenhuollossa toteutettavan psykososiaalisen intervention kuten lyhytterapian toteutumisen viimeistään neljän viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Muutoksen myötä paitsi hoidon saavutettavuus, myös yhdenvertaisuus tehostuisi eikä lyhytterapiaisen hoidon saatavuutta määrittäisi asiakkaan varallisuus, asuinpaikkakunta tai sijoittuminen työelämässä. Toteutuakseen tämä edellyttää myös muutosta terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä koskeviin määritelmiin. (Mielenterveyspooli n.d.) Tällä hetkellä suurin osa terapiasta toteutuu pitkinä psykoterapioina joko kuntien tai Kelan rahoittamana, joissa hoitoon pääsyä määrittävät kriteerit, jotka rajaavat osan työikäisistä sen ulkopuolelle (Saarni ym. 2020). Viimeisin toimenpideoite Terapiatakuuseen liittyen on tehty eduskunnassa marraskuussa 2020, jossa hallitukselle on ehdotettu toimenpiteisiin ryhtymistä Terapiatakuu- kansalaisaloitteen ehdottamien lakimuutosten toimeenpanemiseksi. Tätä opinnäytetyötä kirjoitettaessa ehdotus terapiatakuusta

on eduskunnan käsittelyssä. (Eduskunta 2021.) Suomen suurien kaupunkien, kuten Helsingin, Tampereen ja Turun valtuustoissa Terapiatakuun toteutumista edistäviä toimenpiteitä, kuten varhaisen hoitoon pääsyn varmistaminen on jo huomioitu päätöksenteossa (Mielenterveyspooli 2021).

Terapiat etulinjaan-hanke edistää parhaillaan psykososiaalisten hoitojen saata- vuutta ja Terapiatakuun toteutumista terveydenhuollon perustasolla koulutta- malla sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisia kuten sairaanhoitajia lyhyttera- peuteiksi. Koulutetut ammattilaiset arvioivat hoidon tarvetta, toteuttavat 5-10 ker- ran terapiaintervention ja tarkastelevat sekä hoidon vaikutusta että jatkohoidon tarvetta. Kyseinen koulutus on näyttöön perustuvaa ja sote-uudistukseen liittyvää julkisen sektorin rahoittamaa täydennyskoulutusta, johon tässä vaiheessa osal- listuvat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirit. Tällä hetkellä koulutettavat hoitomuodot pohjautuvat kognitiivi- seen, interpersoonalliseen sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Terapiat etulinjaan-hanke ei kilpaile rahoituksesta erikoissairaanhoidon tai kuntoutuspsy- koterapioiden kanssa eikä se pyri korvaamaan pitkiä terapioiden, vaan ainoastaan vähentämään niiden tarvetta. (Usein kysytyt kysymykset n.d.) Lisäksi vuosien 2021 ja 2022 aikana voimaantulevat terveydenhuoltolain hoitotakuuta koskevat muutokset mahdollistavat vaikuttavaksi todettujen menetelmien varhaisen vai- heen tarjonnan perustason mielenterveyspalveluissa. Terveystaloutta kos- kevat muutokset liittyvät sote-uudistukseen ja pyrkivät vastaamaan nykyistä pa- remmin yhteiskunnan muutoksen myötä aiheutuneisiin sosiaali- ja terveystalou- tusten tarpeisiin. (Vorma ym. 2020, 38; Usein kysytyt kysymykset uudistuksesta. n.d).

2.5.2 Terapiasuhteet ja asiakkaan ominaisuudet

Terapiasuhteen kannalta asiakkaan ja terapeutin välinen suhteet on tärkeä. Lisäksi asiakkaan ominaisuudet, elämäntilanne ja odotukset sekä terapeutin si- toutuminen ja kyky kohdentaa ja rajata vaikuttavat merkittävästi lopputulokseen. Parhaimmillaan terapiasuhteet on emotionaalisesti vuorovaikutteinen, korjaava ja parantava kokemus. (Eronen & Lahti-Nuutila 2012, 20, 24, 30.) Turvallisuuden,

luottamuksen ja toiveikkuuden tunnetta asiakkaassa edistää terapeutin suhtautuminen häneen yksilönä. Tämä näkyy terapeutin pyrkimyksenä ymmärtää masennuksen syyt ja seuraukset asiakkaan elämäntilanne ja henkilökohtaiset ominaisuudet huomioiden. (Harris 2013, 165-166.)

Asiakkaan lapsuudenaikaisen turvallisen tai turvattoman ilmapiirin myötä muodostunut kiintymyssuhdetyyli eli kokemus elämästä, itsestä ja toisista ihmisistä näkyy myös terapiasuhteessa (Levy 2013). Turvallisesti kiinnittyneet ovat yleensä sitoutuneita ja hoitoonsa aktiivisesti osallistuvia. Turvattomasti kiinnittyneet voivat olla huolissaan terapiasuhteen aiheuttamasta vastuusta ja velvollisuudesta toista ihmistä eli terapeuttia kohtaan. Yleensä he myös vaativat enemmän perusteluja, ovat taipuvaisia vähättelyyn ja kokevat toiselle ihmiselle uskottumisen vaikeana. (Harris 2013, 174-175.) Turvattomasti kiinnittyneillä on usein vaikeuksia aloittaa terapiaa sen herättämien epävarmuuden ja epämukavuuden tunteiden vuoksi. Erityisesti välttelevästi turvattomasti kiinnittyneillä on haasteita terapiaan sitoutumisessa. (Burge, Danquah & Berry 2016.) Kuitenkin parhaimmillaan terapeutin suhde mahdollistaa turvallisen ja eheyttävän kiinnittymisen kokemuksen myös henkilölle, joka sitä ei ole aiemmin kokenut (Levy 2013). Kiintymyssuhdetyyli vaikuttaa myös kehokokemukseen. Turvallisen kiintymyssuhdetyylin omaksunut yleensä tunnistaa kehonsa tuntemuksia ja reagoi niihin, kun taas turvattomasti kiinnittynyt ei usein tunnista tai suhtautuu kehonsa viesteihin välttelevästi. (Martin & Saariranta 2020, kappale Psykosomaattinen oireilu.)

Noin joka kolmannella masennusta sairastavalla on persoonallisuushäiriö. Poikkeavat kokemisen, havaitsemisen ja tulkinnan tavat, epätavallisen voimakkaat, tilanteisiin sopimattomat tunnereaktiot ja tunnekylläisyys liittyvät persoonallisuushäiriöihin. (Kampman 2017a, 218.) Masennuksen yhteydessä persoonallisuushäiriöihin liittyy kohonnut itsetuhoisen käyttäytymisen ja päihdeongelman riski. Usein persoonallisuushäiriö ennustaa keskimääräistä hitaampaa toipumista masennuksesta erityisesti hoidon alkuvaiheessa eli ensimmäisen vuoden aikana. Tällöin pelkkä lyhytterapia ja lääkehoito auttaa harvoin. (Kampman 2017b, 221.) Persoonallisuushäiriöiden piirteisiin liittyvät impulsiivisuus, rajojen tunnistamattomuus, itseohjautuvuuden puute ja kyvyttömyys itsereflektointiin myös lisäävät terapian keskeyttämisen riskiä (Busmann, Wrege, Meyer, Ritzler, Schmidlin, Lang, Gaab, Walter and Euler 2019).

2.5.3 Terapioiden taustateoriat ja menetelmät

Eri terapiasuuntaukset ovat muodostuneet erilaisista teoreettisista lähtökohdista ja terapiota toteutetaan erilaisin menetelmin. Ajan saatossa suuntaukset ovat kehittyneet ja kehittyvät jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään sekä alan tutkimustiedon ja käytännön kokemuksen myötä. (Lönngvist 2021, 912.) Kaikissa terapiasuuntauksissa on kuitenkin myös yhteisiä ja yhdistäviä tekijöitä. Yksilöllisesti vaihtelevista tilanteista johtuen jokainen terapiaprosessi on myös aina ainutkertainen terapiasuuntauksesta huolimatta eikä sitä voi käsikirjoittaa valmiiksi etukäteen. (Huttunen & Kalska 2020, 26.) Vaikutustutkimus osoittaa, että eri terapiasuuntauksin toteutetut terapiat näyttävät toimivan yhtä hyvin. Tämä viittaa siihen, että kaikille terapiamuodoille yhteisten tekijöiden merkitys vaikutuksen aikaansaamissa on olennaista. (Wahlström 2012, 35.)

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa huomio keskittyy sen käsittelyyn, miten ihminen toimii, kuinka ympäristö vaikuttaa toimintaan ja kuinka oma toiminta vaikuttaa ympäristöön. Hyväksymis- ja omistautumisterapia on eräs kognitiivisen käyttäytymisterapian muodoista, jossa tavoite on mahdollistaa omannäköisen elämän eläminen omia arvoja vaalien, omat tunteet ja ajatukset tunnistaen ja hyväksyen. (Tuomisto & Lappalainen 2020, 88, 97, 101-102.) Psykodynaaminen terapia pyrkii avoimeen dialogiin, jonka myötä potilas kykenee tunnistamaan omia tunteitaan, toiveitaan, käsityksiään ja puolustusmekanismejaan. Siinä hyödynnetään menneisyyden kokemuksia nykyhetken hahmottamisessa. (Stadter 2012, 20.) Kognitiivis-analyttisessä terapiassa menetelmät kohdistuvat potilaan itsehavainnoinnin rikastamiseen, jäsentämiseen sekä vaihtoehtoisten toimintatapojen kehittämiseen ja niiden harjoitteluun (Kalska & Särkelä 2020, 112). Ratkaisukeskeisessä terapiassa ihmisen ongelmat asetetaan muutostavoitteiksi ja huomio on erityisesti potilaan vahvuuksissa, taidoissa ja menneisyyden onnistumiskokemuksissa (Aarninsalo & Mattila 2020, 178). CBM- eli valikoivaa huomiokykyä harjoittavassa terapiassa pyritään havaitsemaan potilaan huomion vääristymät, kuten esimerkiksi virheelliset tulkinnat ja ohjaamaan niitä neutraalimpaan suuntaan. CBM-terapiassa hyödynnetään teknologiaa, joka kuvin tai sanoin kartoittaa asiakkaan huomionsuuntaamista negatiivisten, neutraaleiden ja positiivisten ärsykkeiden välillä. (American psychological association, 2011.) Brainspottingiksikin kutsuttu BSP- terapia perustuu kehon ja mielen tuntemusten

tarkastelun kautta tapahtuvaan psyykkisen kuormituksen ja ahdistuneisuuden vähentämiseen. BSP-terapiassa käytetään menetelmiä, jotka vahvistavat ja lievitävät tunteiden ja ajatusten aikaansaamia kehollisia kokemuksia. (Hildebrand, Grand & Stemmler 2017, 4-5.)

2.5.4 Terapian vaikutuksen arviointi

Vaikutus kuvaa valitun toimintatavan aikaansaamaa muutosta. Tuottavuutta puolestaan mitataan suhteuttamalla toimenpiteeseen käytettyjen voimavaroja sen aikaansaamaan tulokseen eli vaikutukseen. Terveystuotannossa kustannustehokkuus merkitsee hoitoon käytettyjen kustannusten suhdetta hoidon vaikutukseen. (Terveystuotannon tuottavuus ja vaikuttavuus 2021.) Vaikutuksen arviointi perustuu hyvin ja selkeästi määritellyn tavoitteen toteutumisen arviointiin, jossa mitä ja miten- kysymykset ohjaavat toimintaa (Kettunen 2017, 8-9).

Ollakseen toimivaa ja kustannustehokasta, terveydenhuollon toimenpiteet tulee kohdistaa ensisijaisesti niihin menetelmiin, joilla aikaansaadaan asiakkaille suurin mahdollinen terveyshyöty (Hoidon vaikuttavuus n.d). Hoidon vaikutus on myös tärkeä potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä. Mikäli potilas saa hoitoa, joka ei aikaansaa vaikutusta, hän altistuu sen mahdollisesti aiheuttamille haitoille ilman hoidon tuottamaa hyötyä. Tästä syystä terveydenhuollossa käytettävien hoitomenetelmien tulee perustua tehoon eli hoidon aikaansaamaan vaikutukseen. (Roine & Kaila 2014.) Siksi myös masennuksen Käypä hoito -suostus perustuu tutkimusten kautta vaikutukselliseksi osoitettuihin hoitomuotoihin (Leiman 2020, 14).

Terapian vaikutuksen arvioinnissa hyödynnetään oireiden määrää ja vakavuutta kartoittavia psykiatrisia arviointiasteikoita, jotka perustuvat Suomessa käytössä olevaan ICD-tautiluokitukseen tai amerikkalaiseen DSM-tautiluokitukseen. Masennusoireiden kartoittamiseen käytetään niin Suomessa kuin kansainvälisestikin esimerkiksi potilaan itse täytettäväksi soveltuvia kyselylomakkeen muodossa olevia BDI-, DEPS- ja HAM-D-arviointiasteikoita. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.) Terapian vaikutustutkimusta tehdään vertaamalla hoitoa saaneiden oireita

hoitoa myöhemmässä vaiheessa saavien oireisiin sekä vertaamalla hoitoa saavan oireiden kehitystä hoidon eri vaiheissa (Epävakaa persoonallisuushäiriö: Käypä hoito -suositus 2020).

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lyhytterapiaan vaikuttamista työkäisten masennuksen hoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin kansainvälisiin tutkimustutkimuksiin perustuvana kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimusprosessin ja siihen liittyvän tiedonhaun alkaessa tutkimuskysymys liittyi yleisesti lyhytterapiaan vaikuttamiseen työkäisten masennuksen hoidossa. Prosessin edetessä ja tiedonhaun tarkentuessa tutkimuskysymys kohdistui vaikutuksen lisäksi tekijöihin, jotka vaikuttavat lyhytterapiaan vaikuttamiseen.

Tiedonhaun edetessä ja tarkentuessa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat: Kuinka vaikuttavaa lyhytterapiaa on työkäisten masennuksen hoidossa? Mistä tekijöistä terapian vaikutus muodostuu työkäisten masennuksen hoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa lyhytterapiaan vaikuttamisesta masennuksen hoidossa ja vahvistaa sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien valmiuksia hoitaa masentunutta asiakasta. Opinnäytetyön tekemistä ohjasi myös tavoite edistää sosiaali- ja terveysalalla pysymistä ja alan vetovoimaisuutta tuomalla ilmi tämän hetken ja lähitulevaisuuden monipuolistuvia täydennyskoulutus- ja työskentelymahdollisuuksia.

4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus etsii vastauksia ajankohtaisen aiheen herättämiin kysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, kappale 7.1). Se on ymmärrystä lisäävä ja uutta tietoa kehittävä tutkimusmenetelmä, joka sallii myös teorian arvioinnin ja mahdollistaa ristiriitaisuuksien tunnistamisen (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu hyvin hoitokäytäntöjen arviointiin ja hoitosuosituksen kehittämiseen. Se myös edistää hoitotyötä tuottamalla hyviä käytänteitä kliiniseen työhön. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus oli sen monipuolisuuden ja käytännönläheisyyden vuoksi tarkoituksenmukainen valinta tutkimuksen toteuttamiseksi aiheesta, joka on hoitotyössä ajankohtainen niin asiakkaiden, ammattilaisten kuin koko yhteiskuntamme näkökulmasta ja joka vielä etsii paikkaansa suomalaisessa mielenterveyspalvelujärjestelmässä.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa kokonaisvaltaisen tiedon tuottamisen tutkittavasta kohteesta, sillä se on tutkimus tutkittavaan aiheeseen liittyvistä tutkimuksista (Stolt ym. 2016, 23). Opinnäytetyöprosessi aloitettiin tutkimusmenetelmään tutustumisella sekä tutkittavaan aiheeseen liittyvän tietotaidon jäsentämisellä ja laajentamisella. Onnistuakseen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutus edellyttää tutkijalta tutkittavan aiheen sekä kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden hyvää tuntemista (Kangasniemi ym. 2013, 298-299).

Opinnäytetyöprosessi eteni kirjallisuuskatsauksen vaiheita noudattaen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittelystä kirjallisuushakuun ja aineistonvalintaan, edeten siitä tutkimusten arviointiin, aineiston analysointiin sekä tulosten raportointiin (Stolt ym. 2016, 23). Teoreettisen viitekehyksen tärkeimpänä lähtökohdiana oli tutkimukseen linkittyvän oleellisen kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimustulosten ilmi tuominen selkeästi. Kirjallisuuskatsaukselle asetetun yleisen tavoitteen mukaisesti pyrkimys oli osoittaa sen tuottaman tutkimustuloksen yhteys aikaisempiin teorioihin ja tutkimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, kappale 7.2.)

4.2 Aineistonhaku

Tutkimuskysymykset ohjasivat aineistonhakua ja aineistonhakua edelsi tutkimuskysymysten pilkkominen hakuun sopivaksi. Koska tutkimuskysymykset eivät sellaisenaan soveltuneet hakulausekkeiksi, poimittiin tutkimuskysymyksistä haun kannalta välttämättömät käsitteet. Käsitteiden jäsentämisessä hyödynnettiin PICO-periaatetta, jonka avulla tunnistettiin tutkimuskysymysten osista tutkittava terveysongelma ja potilasryhmä eli masennusta sairastava työkäinen, tutkittava interventio eli lyhytterapia sekä selvitettävät terveystulokset eli hoidon vaikutus, joka terveystuloksena kuvaa oireiden lievittymistä tai poistumista. PICO-periaatteen kuuluvaa vertailuinterventiota ei tutkimuskysymykseen liittynyt. (Tampereen yliopiston kirjasto n.d.)

Kokeiluhakuja tehtiin kolmen hakusanan ja niiden synonyymien yhdistelmillä sekä kahden hakusanan ja niiden synonyymien yhdistelmillä. Kokeiluhakujen myötä tutustuttiin tuloksiin otsikko- ja abstraktitasolla, jonka myötä löydettiin lisää synonyymeja hakusanoille. Lisäksi hakusanojen ideoinnissa hyödynnettiin Helsingin avoimen yliopiston Psykologian englanti-sanastoa ja MOT Kielipalvelua. Koska aineistonhaun toteuttamiseksi riittää PICO-mallin mukaiset terveysongelma ja potilasryhmä sekä tutkittava interventio, kattavamman tutkimusmäärän saamiseksi ratkaiseva haku toteutettiin kahden hakusanan ja niihin liittyvien synonyymien yhdistelmänä (Tampereen yliopiston kirjasto n.d). Hakusanat liittyivät terveysongelmaan ja interventioon eli masennukseen ja lyhytterapiaan. Hakusanoista muodostettavat hakulausekkeet toteutettiin tiedonhaun perustyökaluihin lukeutuvien Boolean operaattoreiden, sanankatkaisun ja fraasien avulla (Stolt ym. 2016, 38). Aineistonhaussa käytetyt hakulausekkeet tietokantakohtaisesti on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Aineistohaussa käytetyt hakulausekkeet

Tietokanta	Hakulausekkeet
PsycInfo	"Psychotherapy Brief" OR "Brief Psychotherapy" OR "Psychotherapy Short-Term" OR "Short-Term Psychotherap*" OR "Solution-Focused Brief Therapy" OR "solution focused therap*" AND Depression* OR "Depressive disorder" OR "depressive symptom"
Medic	lyhytterapi* "Psychotherapy Brief" "Brief Psychotherapy" "Psychotherapy Short-Term" "Short-Term Psychotherap*" "Solution-Focused Brief Therapy" "solution focused therap*" AND masennu* Depression* "Depressive disorder"
Cinahl	"Psychotherapy Brief" OR "Brief Psychotherapy" OR "Psychotherapy Short-Term" OR "Short-Term Psychotherap*" OR "Solution-Focused Brief Therapy" OR "solution focused therap*" AND Depression* OR "Depressive disorder" OR "depressive symptom"

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta varten suoritettiin systemaattinen kirjallisuushaku kolmea kansainvälistä tietokantaa hyödyntäen. Tutkimusaihe vaikutti haussa hyödynnettävien tietokantojen valintaan ja tutkimusaineistoa haettiin useasta eri tietokonnasta mahdollisimman laajan kattavuuden varmistamiseksi (Stolt ym. 2016, 42). Tutkimusaineistoa haettiin PsycInfo-, Medic- ja Cinahl- tietokannoista niiden psykiatria- ja hoitotieteeseen, hoitotyöhön ja terveystieteisiin painotuvien luonteidensa vuoksi. Hyvästä kohdentamisesta ja rajauksesta huolimatta hakuprosessi ei voi koskaan olla täydellinen, koska se on aina riippuvainen resursseista kuten esimerkiksi siitä, valitaanko mukaan maksullisia tai muita kuin englannin ja suomen kielellä julkaistuja artikkeleita (Stolt ym. 2016, 27). Vaikka rajausmahdollisuudet vaihtelivat tietokantojen kesken, pyrittiin aineistohaussa niin yhdenmukaiseen rajaukseen kuin se vain oli mahdollista. Aineistohaussa käytetyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Aineistohaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Alkuperäisjulkaisu	Katsausartikkeli, kokoomateos tai kaksoisjulkaisu
Kansainvälinen julkaisu	Ei-tieteellinen tutkimus
Vertaisarvioitu julkaisu	Ei kokonaan tietokannassa saatavilla oleva
Julkaisu saatavilla tietokannasta kokonaan	Ei saatavilla maksutta
Maksuton julkaisu	Kielenä muu kuin englanti tai suomi
Julkaisu englannin tai suomen kielellä	Julkaisuvuosi aikaisempi kuin 2011
Kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen tutkimusjulkaisu	Tutkittavien ikä alle 18 tai yli 65
Julkaisuvuosi 2011-2021	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Tutkittavien ikä 18-65	
Vastaa tutkimuskysymykseen	

4.3 Aineiston valinta

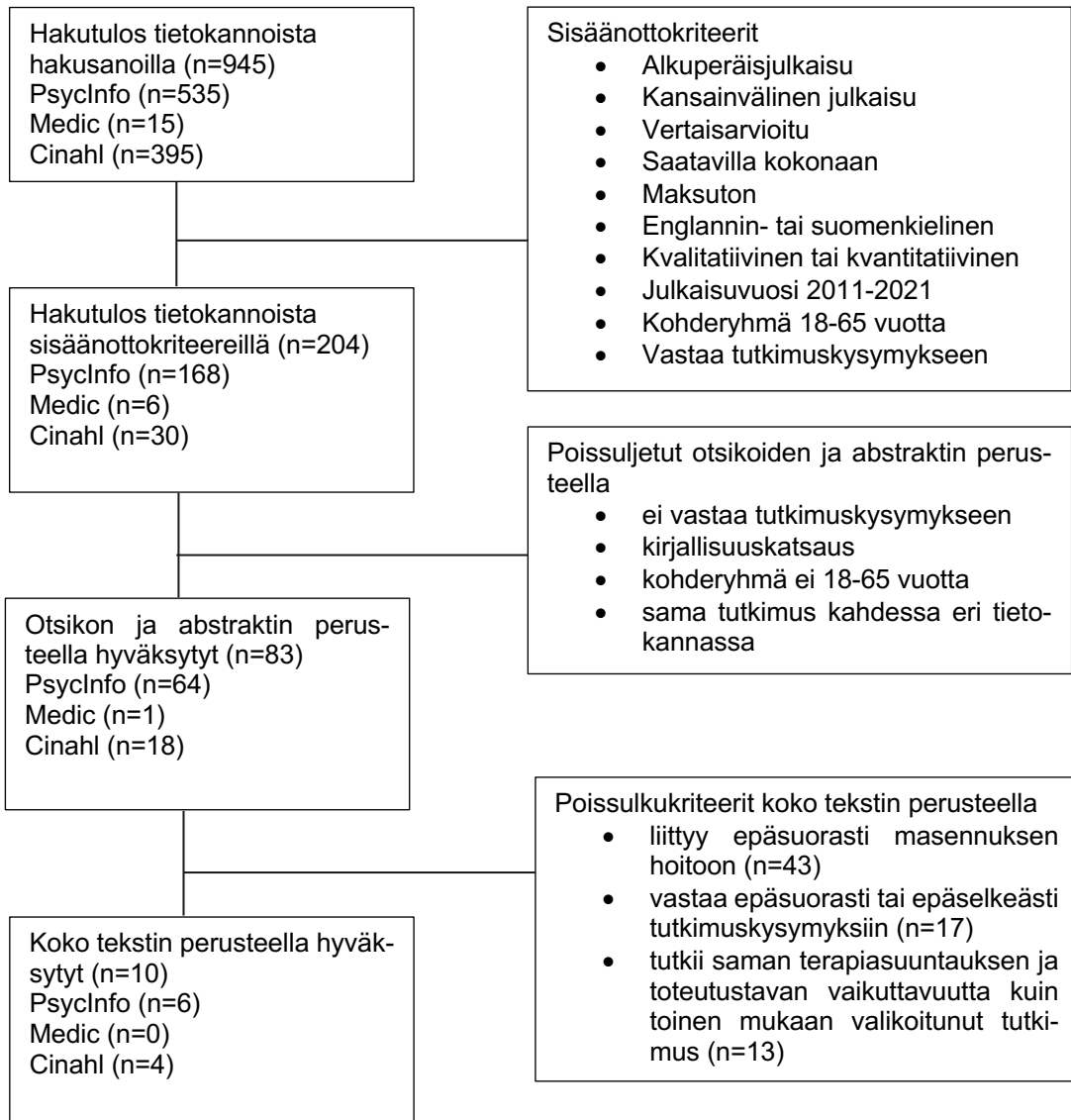
Opinnäytetyön tietoa ja ymmärrystä lisäävä tavoite ja riittävän rajatut tutkimuskysymykset ohjasivat keskeisesti aineiston valintaa. Aineiston valintaan vaikutti myös jatkuvasti tehty reflektointi suhteessa muihin katsaukseen valittuihin aineistoihin. Näin ollen jo aineiston valinta käynnisti aineiston analyysin ja ne tapahtuivat osittain samanaikaisesti. Aineistonvalintaa tehdessä tiedostettiin, että jokainen valinta vaikuttaa tutkimuksen laatuun. Aineiston valinnan tukena käytettiin taulukointia, joka jäseni yksittäisen aineiston annin suhteessa tutkimuskysymykseen ja muihin tutkimuksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 296, 298.)

Tutkimusten valintaa edelsi niiden luokittelu ja teemoittelu (Tuomi & Sarajärvi 2018, kappale 4.1). Taulukoinnin avulla eroteltiin ensin tutkimusten otsikoiden ja abstraktien perusteella tutkimuskysymyksiin vastaavat tutkimukset erilleen tutkimuskysymyksiin vastaamattomista. Tässä vaiheessa myös karsittiin pois tutkimukset, jotka eivät hakukoneeseen asetetuista rajauksista huolimatta vastanneet sisäänottokriteereitä. Otsikon ja abstraktin perusteella mukaan valitut tutkimukset luettiin kokonaan ja arvioitiin niiden kykyä vastata tutkimuskysymyksiin. Koska aineiston valintaa ohjasi myös pyrkimys laajan katsauksen aikaansaamiseen, jatkoon valitut tutkimukset luettiin ensin kokonaan ja ne ryhmiteltiin edelleen niissä

käytettyjen terapiasuuntausten ja toteutustapojen mukaan. Tässä vaiheessa karsiutui pois tutkimuksia sen vuoksi, etteivät ne lupaavasta abstraktistaan huolimatta vastanneet suoraan tutkimuskysymykseen tai tutkimus kohdistui vain epäsuorasti joko masennuksen lievittymiseen tai lyhytterapian vaikutukseen. Tällaisia olivat esimerkiksi tutkimukset, jotka liittyivät masennuksen aiheuttaman unettomuuden hoitoon lyhytterapian keinoin tai sen selvittämiseen, miten yleistä masennuksen hoito lyhytterapian keinoin on maakunta- tai maakohtaisesti.

Hakutulosten määrä sisäänottokriteereillä rajattuna oli 204, joista tarkempaan tarkasteluun otsikon ja abstraktin perusteella valikoitui 83 tutkimusta. Koko tekstinsä perusteella valikoitui ensin 23 tutkimusta ja näistä terapiasuuntausten ja toteutustapojen perusteella valittiin mukaan 10 tutkimusta. Valitut tutkimukset taulukoitiin ja numeroitiin, mikä mahdollisti tutkimustulosten selkeän ja johdonmukaisen esittelyn (Liite 1). Tähän määrään muulla kuin tutkijan omalla äidinkielellä toteutettuja tutkimuksia nähtiin olevan enimmillään realistista omaksua syvästi suhteellisen lyhyessä ajassa. Valituista tutkimusartikkeleista yhdeksän oli kvantitatiivisia kontrolloituja tutkimuksia ja yksi tutkimuksista oli kvalitatiivinen tapaustutkimus. Yksittäisten tutkimusten otosjoukon koko vaihteli. Suurin otosjoukko oli kontrolloidun tutkimuksen 243 henkilöä ja pienin tapaustutkimuksen 1 henkilö. Hakutulosten rajaaminen ja valinta on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Kuvaus hakutulosten rajaamisesta ja valinnasta.



4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia, jossa analyysin kohteena olivat katsaukseen valittujen tutkimusten keskeisimmät tulokset. Huolellisen perehtymisen jälkeen aloitettiin aineiston pelkistäminen ja eroteltiin tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto, kuten esimerkiksi tutkimuksen tekijöiden oma pohdinta olennaista tiedosta eli tutkimustuloksista. Tiivistetyistä tutkimustuloksista etsittiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, jonka jälkeen vastaukset luokiteltiin (Vilkkä 2015, 163-164). Luokittelu toteutettiin kolmessa eri vaiheessa taulukointia apuna käyttäen. Ensin tutkimusten keskeisiä tuloksia koskevat alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja taulukoitiin. Tämän jälkeen pelkistykset luokiteltiin alaluokkiin ja lopuksi alaluokat tiivistettiin yläluokiksi. (Liite 2.) Luokittelu mahdollisti jäsenneilyn vastaamisen tutkimuskysymyksiin (Vilkkä 2015, 164). Taulukossa 4 kuvataan sisällönanalyysin kolmatta vaihetta (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Sisällönanalyysin kolmas vaihe, jossa alaluokat on pelkistetty yläluokiksi.

Alaluokka		Yläluokka
Asiakkaan kiintymyssuhdetyyli		Asiakkaan ominaisuuksien vaikutus
Asiakkaan persoonallisuushäiriö		
Psykodynaaminen terapia	Brainspotting- terapia	Terapian taustateorian ja menetelmän vaikutus
Hyväksymis- ja omistautumisterapia	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	
Kognitiivis-analyttinen terapia	Ratkaisukeskeinen terapia	
CBM-terapia		
Asiakkaasta johtuva terapian keskeyttäminen		Terapiaan sitoutumisen vaikutus

Onnistuakseen kuvaileva kirjallisuuskatsaus vaatii huolellisesti tehdyn aineiston analyysin, jotta tutkijalla on syvälinen tuntemus aineistosta ja laaja kokonaisymmärrys aiheesta. Analyysi muodostaa kirjallisuuskatsauksen tulososan, joka parhaimmillaan ei vain tiivistä aikaisempaa tietoa, vaan aikaansaa vertailua ja uutta jäsentelyä. Tämä mahdollistaa laajempien päätelmien tekemisen ja synteessin aikaansaamisen. (Kangasniemi ym. 2013, 296-298.)

5 TULOKSET

5.1 Asiakkaan ominaisuuksien vaikutus

Asiakkaan omaksuma kiintymyssuhdetyyli voi vaikuttaa terapiasuhteen muodostumiseen ja terapiaan sitoutumiseen. Turvaton välttelevä kiintymyssuhdetyyli vaikuttaa heikentävästi sekä terapiasuhteen muodostumiseen että terapiasuhteen sitoutumiseen. Kuitenkin hoitovaste psykodynaamiseen lyhytterapiaan on hyvä sekä turvattoman ahdistuneen että turvattoman välttelevän kiintymyssuhdetyylin omaksuneilla työkäisillä masennusta sairastavilla asiakkailla. Tämä näkyy masennusoireiden lievittymisenä tai poistumisena. (Heidari, Lewis, Allahyari, Azadfallah & Bertino 2013.)

Myös asiakkaan persoonallisuushäiriö aiheuttaa haasteita terapiasuhteen muodostumiseen ja terapian kulkuun. Epäsosiaalinen persoonallisuus näkyy terapiasuhteessa asiakkaan tahtona dominoida hoidon kulkua ja osallistua hoitoon omilla tiukoilla ehdoillaan. Ratkaisukeskeinen lyhytterapia antaa hyvän hoitovasteen epäsosiaalisen persoonallisuuden omaavalle työkäiselle asiakkaalle, joka sairastaa vaikeaa masennusta. Tämä näkyy masennusoireiden lievittymisenä. (Spilsbury 2012.)

5.2 Terapian taustateorian ja menetelmän vaikutus

5.2.1 Psykodynaaminen terapia ja brainspotting

Psykodynaamisen lyhytterapian vaikutus työkäisten masennuksen hoidossa on hyvä tapaamiskertojen ollessa 12-30. Vaikutus näkyy masennusoireiden lievittymisenä tai poistumisena sekä pitkäkestoisena hoitotuloksen säilymisena suurella osalla terapiaan osallistuneista. (Heidari ym. 2013; Rosso, Martini & Maina 2012; Nobre Dos Santos, Molina, Mondin, Cardoso, Silva, Souza & Jansen 2020.) 12 kerran psykodynaaminen terapia ilman samanaikaista masennuslääkitystä poisti

tai lievitti oireita lievää masennusta sairastavilta ja vähensi merkittävästi masennusoireita keskivaikeaa masennusta sairastavilta asiakkailta. Saavutettu hoitotulos säilyi seurannassa, joka tehtiin kolme kuukautta hoidon päättymisen jälkeen. (Heidari ym. 2013.) Myös pidempikestoinen 15-30 kerran psykodynaaminen terapia ilman samanaikaista masennuslääkitystä poisti tai lievitti masennusoireita lievää masennusta sairastavilta ja vähensi merkittävästi oireita keskivaikeaa masennusta sairastavilla. Saavutettu hoitotulos säilyi ja tehostui puoli vuotta kestäneessä seurannassa. (Rosso ym. 2012.) Vakavaa masennusta sairastavilla työkäisillä 14-16 tapaamiskerran psykodynaaminen lyhytterapia ilman samanaikaista masennuslääkitystä lievitti masennusoireita yli kolmasosalla terapiaan osallistuneista ja saavutetun hoitotuloksen säilytti valtaosa asiakkaista vielä kolmen vuoden kuluttua tehdyssä seurannassa (Nobre Dos Santos ym. 2020).

Yli puolet brainspotting-terapiaan osallistuneista lievää masennusta sairastavista asiakkaista sai merkittävää apua lyhytterapiainterventiosta. Lievästä masennuksesta toipui kokonaan yli puolet terapiaan osallistuneista ilman samanaikaista mielialalääkitystä. Verratessa brainspotting-terapiaa ja psykodynaamista lyhytterapiaa keskivaikean masennuksen hoidossa ilman samanaikaista masennuslääkitystä, on psykodynaamisen terapian hoitotulokset kuitenkin vaikuttavampia ja kestävämpiä kuin brainspotting-terapian hoitotulokset. (Rosso ym. 2012.)

5.2.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Hyväksymis- ja omistautumisterapia vaikuttaa työkäisten masennusoireiden lievittymiseen kokonaisvaltaisesti ja pitkäkestoisesti sekä asiakkaan oman arvion että lääkärin tekemän ICD-10-tautiluokitukseen perustuvan diagnoosin mukaan. Kuuden tapaamiskerran lyhytterapiainterventio poisti ICD-10-luokituksen mukainen masennusdiagnoosin 60 prosentilta hoitoon osallistuneista. (Kyllönen, Muotka, Puolakanaho, Astikainen, Keinonen & Lappalainen 2018.)

Kolmen vuoden seuranta osoittaa, että hyväksymis- ja omistautumisterapian aikaansaamat hoitotulokset masennusoireiden lievittämisessä ovat pysyviä. Saavutettu hoitotulos myös tehostuu ajan kuluessa, sillä kolmen vuoden kuluttua

ICD-10-luokituksen mukainen masennusdiagnoosi poistui 70 prosentilta terapiaan osallistuneista. (Kyllönen ym. 2018.)

5.2.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja KAT

Internetvälitteinen viiden kerran kognitiivinen käyttäytymisterapia lievitti huomattavasti masennusoireita lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavilla työikäisillä asiakkailta. Suurin osa terapiaan osallistuneista myös arvioi hoidon laadun erinomaiseksi tai hyväksi. Terapiaan osallistuneista 61 prosenttia arvioi terapian auttaneen ymmärtämään paremmin omia haasteita ja niiden syitä, kun taas 38 prosenttia osallistuneista koki, ettei kognitiivinen käyttäytymisterapia auttanut omien haasteiden ymmärtämisessä. (Dear, Titov, Schwencke, Andrews, Johnston, Craske & McEvoy 2011.) Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva kertaluontoinen mobiili-interventio poisti mielialaoirekyselyn mukaan kolmannekselta lievää masennusta sairastavilta työikäisiltä osallistujilta masennusoireet kokonaan. Suurin osa interventioon osallistuvista koki sen kannustavan jatkohoittoon hakeutumisessa ja suurin osa osallistujista arvioi intervention auttaneen ymmärtämään masennuksen hoidon tärkeyden. (Ahmedani, Crotty, Abdulhak & Ondersma 2015.)

Vaikuttaessaan kognitiivisen käyttäytymisterapian aikaansaama hoitotulos on pitkäkestoinen. Vakavaa masennusta sairastavista työikäisistä asiakkaista 40 prosenttia koki oireiden lievittyvän 14-16 kerran kognitiivisen käyttäytymisterapian myötä ilman samanaikaista mielialalääkitystä. Kolmen vuoden seurannassa saavutetun hoitotuloksen säilytti suurin osa asiakkaista. (Nobre Dos Santos ym. 2020.) 8 kerran kognitiivinen käyttäytymisterapia lievitti masennusoireita yli puolella terapiaan osallistuneista ja hoitovaikutus vahvistui terapian etenemisen myötä. Saman hoitovaikutuksen saivat samanpituisen KAT- eli kognitiivis-analyttiseen lyhytterapiaan osallistuneet asiakkaat. (Wakefield, Delgadillo, Kellett, White & Hepple 2021.) Ryhmämuotoinen viiden kerran kognitiivinen käyttäytymisterapia lievitti masennusoireita 77 prosentilla terapiaan osallistuneista asiakkaista. Heidän masennusoireensa puolittuivat aloitustilanteeseen verrattuna. Te-

rapiaan osallistuneet myös arvioivat yleisesti itseään koskevien vaativien uskomusten lievittyneen. (Lerma, Perez-Grovas, Bermudez, Peralta-Pedrero, Robles-García & Lerma 2017.)

5.2.4 Ratkaisukeskeinen terapia

Työikäisen masennusta ja alkoholiriippuvuutta voidaan hoitaa menestyksellä yhdistämällä lääkehoito ja ratkaisukeskeinen lyhytterapia. Kolmen kerran ratkaisukeskeinen terapiainterventio yhdistettynä lääkehoitoon lievitti vakavaa masennusta sairastavan masennus- ja stressioireita mielialaoirekyselyn kriteereillä arvioituna lievälle tasolle. Sen sijaan ahdistuksen lievittymiseen ratkaisukeskeisellä lyhytterapialla ei osoitettu olevan vaikutusta. (Spilsbury 2012.)

Vuoden kestäneessä seurannassa masennusoireet pysyivät lievällä tasolla. Intervention aikana alkanut päihteettömyys jatkui vuoden seurannan ajan. (Spilsbury 2012.)

5.2.5 CBM-terapia

CBM-terapia on vaikuttava ja helposti saatavilla oleva hoitomuoto lieviin ja keskivaikeisiin masennustiloihin työikäisillä. Neljään 30 minuutin verkkovälitteiseen CBM-terapiaan osallistuneiden masennusoireet lievittyivät keskimäärin 30 prosenttia. Interventioon ei yhdistetty mielialalääkitystä tai muita psykososiaalisia hoitoja terapian lisäksi. Osallistujien täyttämät mielialaoirekyselyt osoittavat, että kuvia hyödyntävä CBM-terapia on hieman ohjattuja harjoituksia hyödyntävää CBM-terapiaa vaikuttavampaa verratessa masennusoireiden lievittymistä. (Pictet, Jermann & Ceschi 2016.)

Masennusoireiden lisäksi kuviin perustuva CBM-terapia lisää kykyä tuntea mielihyvää ja vähentää huomion vääristymien aiheuttamia haittavaikutuksia. Kuviin perustuvan CBM-terapian vaikutus masennusoireiden lievittymisessä ja huomion vääristymien ohjaamisessa neutraalimpaan suuntaan säilyi kaksi viikkoa terapiaintervention jälkeen tehdyssä mielialaoirekyselyssä. (Pictet ym. 2016.)

5.3 Terapiaan sitoutumisen vaikutus

Asiakkaasta johtuvia terapian keskeyttämisistä liittyy eniten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Nobre Dos Santos ym. 2020; Dear ym. 2011; Wakefield ym. 2021). 14-16 kerran kognitiivisen käyttäytymisterapian aloittaneista 113:sta henkilöstä terapian keskeytti yli puolet (Nobre Dos Santos ym. 2020). Viiden kerran internetvälitteisen kognitiivisen käyttäytymisterapian puolestaan keskeytti 19 prosenttia osallistuneista osallistuneiden lukumäärän ollessa 32 henkilöä (Dear ym. 2011). 8 kerran kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeytti 75 henkilöstä kolmannes. Kognitiivis-analyttisen terapian keskeytti 15 prosenttia osallistujamäärän ollessa 75 henkilöä ja tapaamiskertojen ollessa 8 (Wakefield ym. 2021).

Myös psykodynaamiseen ja brainspotting-terapiaan liittyy asiakkaista johtuvia keskeyttämisistä (Nobre Dos Santos ym. 2020; Rosso ym. 2012.) 14-16 kerran psykodynaamisen terapian keskeytti yli puolet 130:sta terapian aloittaneesta (Nobre Dos Santos ym. 2020). 15-30 kerran psykodynaamisen terapian keskeytti 18 prosenttia osallistuneista ja 29 prosenttia brainspotting-terapiaan osallistuneista osallistujamäärän ollessa molemmissa 44 henkilöä (Rosso ym. 2012).

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin lyhytterapian vaikutusta työikäisten masennuksen hoidossa. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka vaikuttavaa lyhytterapia on ja mistä tekijöistä terapian vaikutus muodostuu. Tutkimusaineisto koostui kymmenestä kansainvälisestä tutkimuksesta, joissa käsiteltiin joko yhden terapiasuuntauksen vaikutusta tai verrattiin kahden eri terapiasuuntauksen vaikutusta tutkittavan kohderyhmän masennusoireiden lievittymiseen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lyhytterapian vaikutus on hyvä erityisesti lievää ja keskivaikeaa masennusta hoidettaessa ja sen aikaansaama hoitovaikutus on parhaimmillaan hyvin pitkäkestoinen. Keskeisiksi vaikutuksen muodostaviksi tekijöiksi tässä kirjallisuuskatsauksessa näyttäytyivät asiakkaan ominaisuuksista muodostuva terapiasuhde, asiakkaan sitoutuminen terapiaan sekä terapiasuuntaus eli terapian taustateorian ja menetelmän vaikutus. Aikaisempien tutkimusten perusteella terapian vaikutukseen liittyviä tekijöitä on todettu olevan asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet, heidän keskinäinen vuorovaikutuksensa, potilaan elämäntilanne, terapiasuhteen laatu sekä potilaan odotukset hoitoa kohtaan. (Epävakaa persoonallisuushäiriö: Käypä hoito -suositus 2020; Wahlström 2012, 35.)

Asiakkaan omaksuma kiintymyssuhdetyyli sekä asiakkaalla diagnosoitu persoonallisuushäiriö voivat vaikuttaa terapiasuhteeseen yhteistyön ja sitoutumisen haasteina, mutta ne eivät heikennä terapian vaikutusta. Kuten usea terapeutti vahvistaa, ovat psykodynaamiseen terapiaan pohjautuvat menetelmät osoittaneet menestyksekkääksi lähestymistavaksi yhteistyössä eri tavoin turvottomasti kiinnittyneiden asiakkaiden kanssa (Burke ym. 2016). Kirjallisuuskatsauksen tuottama tutkimustulos vahvistaa tämän. Psykodynaamisen terapian aikaansaamasta hyvästä hoitotuloksesta päätellen sekä turvallisen kiinnittymisen kokemus että eheyttävän synteessin muodostaminen menneen, nykyhetken ja tulevan välillä mahdollistui (Levy, 2013). Yleisestä ennusteestaan huolimatta (Kampman 2017, 221), voi ratkaisukeskeinen lyhytterapia yhdistettynä lääkehoitoon aikaansaada merkittävää vaikutusta vakavan masennuksen lievittämisessä asiakkaalla, jolla on diagnosoitu persoonallisuushäiriö.

Jokaisella terapiasuuntauksella nähtiin olevan vaikutusta eriasteisten masennustilojen lievittämisessä, mutta hoidosta hyötyvien määrä ja saavutetun hoitotuloksen kesto vaihtelivat suuntausten kesken. Suhteessa hoidosta hyötyvien määrään ja saavutetun hoitotuloksen kestoon vaikuttavimpia suuntauksia ovat psykodynaaminen terapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia. Näille suuntauksille yhteistä on hoidon onnistumiseen vaikuttava keskeinen tekijä eli asiakkaan oman toimijuuden painottaminen terapiaprosessissa (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021). Nämä kolme suuntausta myös edellyttävät asiakkaalta kykyä avoimeen keskusteluun, sietokykyä oman toiminnan kyseenalaistamiseen sekä konkreettista sitoutumista omiin arvoihin (Stadter 2012, 20; Tuomisto & Lappalainen 2020, 88, 97, 101-102). Nämä syvälliset menetelmät auttavat tutustumaan itseensä ajatusten ja tunteiden käsittelyn kautta lisäten itseluottamusta, joka vaikuttaa suoraan myös psykologisista tekijöistä johtuvien masennusoireiden lievittämiseen (Huttunen 2018a). Aikaansaatu itsetuntemuksen kasvu myös ennaltaehkäisee oireiden uusiutumista tai pahenemista, koska se antaa valmiuksia kohdata elämään kuuluvia haasteita ja väistämättä eteen tulevia vastoinkäymisiä (Jansson 2018; Huttunen 2018b).

Hyvästä hoitovaikutuksesta huolimatta sekä psykodynaamiseen että kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan liittyy kohtalaisen paljon asiakkaista johtuvia keskeytyksiä. Mikäli asiakkaalla ei ole senhetkisessä elämäntilanteessa valmiuksia kyseenalaistaa omia ajatuksiaan ja toimintaansa, voi vahva kyseenalaistaminen johtaa vetäytymiseen ja sulkeutumiseen. Lisäksi erityisesti kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin keskeisesti kuuluva käyttäytymisen aktivointi voi ohjata asiakasta aluksi epämiellyttäviltäkin tuntuvien kokemusten pariin, vaikka niiden lopputulemana on eheytyminen ja itsevarmuuden vahvistuminen. (Tuomisto & Lappalainen 2020, 88, 97.) Psykodynaamisen terapian luonteeseen kuuluva itsetutkiskelu ja oman elämän läpikäynti voi nostattaa piilossa olleita muistoja ja voimakkaita, tukahdutettuja tunteita (Stadter 2012, 20). Vaikeiden ja satuttavien muistojen kohtaaminen ja niistä puhuminen voi tuntua sietämättömältä, jos siitä ei ole aikaisempaa kokemusta tai on omaksunut käsityksen, ettei voi puhua turvallisesti ja luottamuksellisesti kenellekään. Edellä manituista johtuen voi terapiaa tuntua niin raskaalta, että sen hetkisessä elämäntilanteessa sen keskeyttäminen

näyttäytyy asiakkaalle ainoana vaihtoehtona. Lyhytterapia tarjoaakin hyvän ensikosketuksen terapeuttiseen työskentelyyn. Se tuo ilmi asiakkaan aktiivisen roolin ja hälventää virheellisiä uskomuksia terapeutin kaikkietävästä merkityksestä. Tämä on tärkeää erityisesti asiakkaiden kohdalla, jotka jo lähtökohtaisesti suhtautuvat varauksellisesti terapeuttiseen työskentelyyn tai aloittavat terapian toisen henkilön ohjaamana. Tällöin lyhytterapia voi ehkäistä myös pettymyksiä ja keskeyttämissiä niissä tilanteissa, kun asiakas on odottanut useita kuukausia, jopa vuosia pitkäkestoisen psykoterapian alkamista ilman aikaisempaa kokemusta terapeuttisesta työskentelystä. (Lindfors, Laaksonen & Knekt 2016, 17.)

Kehollisten kokemusten ja kognitiivisen huomionsuuntaamisen kartoittamiseen käytetyt menetelmät kuten brainspotting ja CBM-terapia saattaisivat tuoda pitkäkestoista vaikutusta toisen intervention rinnalla tukevana hoitomuotona (American psychological association, 2011; Hildebrand 2017, 4-5). Näistä kumpikin vaikuttaa epäsuorasti useaan masennukselle altistavaan tekijään, jonka vuoksi niiden hetkellinen vaikutus on hyvä, mutta niiden toteutustavat, jotka eivät perustu psykodynaamisen, hyväksymis- ja omistautumisterapian tai kognitiivisen käyttäytymisterapian kaltaiseen kokonaisvaltaiseen itsetutkiskeluun, voivat jättää vaikutuksen lyhytkestoiseksi (Huttunen 2018b; Stadter 2012; Tuomisto & Lappalainen 2020, 88, 97, 101-102). Kehoyhteyden kadotettuaan sen löytäminen tapahtuu vähitellen ja myös tämä tukee käsitystä brainspottingin ja CBT:n pitkäkestoisemmasta tarpeesta masennuksen hoidossa (Martin & Saariranta 2020, kappale Psykosomaattinen oireilu).

Vaikka tässä kirjallisuuskatsauksessa terapeutin rooli terapiaan vaikuttavana tekijänä ei tullut esille lainkaan, ei terapeutin ammattitaitoa voi täysin sivuuttaa terapian vaikutusta arvioitaessa (Eronen & Lahti-Nuutila 2012, 30.) Toisaalta myös ilman terapeutin läsnäoloa tapahtuvat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivisten huomionvääristymien käsittelyyn perustuvat interventiot ovat osoittautuneet vaikuttaviksi masennusoireiden lievittämisessä ja jatkohoitoon hakeutumisessa. Myös tiedonjaon rooli masennuksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä on merkittävä. Lyhytterapeuttiset interventiot tuovat vaikutusta myös tähän. (Iso-metsä 2017, 67; Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.) Masentuneen saama vertais-tuki on tärkeää ja se näkyy ryhmämuotoisesti toteutetun lyhytterapian hyvässä hoitovaikutuksessa (Lerma ym. 2017).

6.2 Tulosten merkitys hoitotyölle

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstö voi omalla toiminnallaan edistää tietoisuutta mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä sekä poistaa ennakkoluuloja ja pelkoja (Hämäläinen ym. 2017, 362-363). Koska sosiaali- ja terveysalan henkilöstö kohtaa asiakkaita erilaisissa olosuhteissa, on tärkeää, että henkilöstöllä on riittävät valmiudet masennuksen oireiden tunnistamiseen silloinkin, kun asiakas ei niistä kykene itse kertomaan tai tunnistamaan niitä itse. Hyvän hoidon kannalta on merkityksellistä huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Mielenterveyden puheeksi ottaminen auttaa asiakasta tiedostamaan omaa tilannettaan paremmin ja hakeutumaan tarvittaessa jatkohoitoon jo varhaisessa vaiheessa.

Kouluttautuminen lyhytterapeutiksi mahdollistaa sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville entistä monipuolisempia mahdollisuuksia tehdä työtä palkkasuhteessa tai itsenäisenä yrittäjänä. Lisäksi lyhytterapeutiseen työotteeseen liittyvä vuorovaikutteinen hoitosuhde luo merkityksellisyyttä ja elämäkatsomuksen laajentumista paitsi asiakkaalle, myös työntekijälle. Terapeuttinen työskentely on ihmisläheistä ja sen aikaansaama vaikutus on huomattava sekä yksilön, hänen lähipiirinsä, että koko yhteiskunnan kannalta.

Terapiatakuun toteutukseen tarvitaan henkilöstöressurssien kohdentamista siten, että varhaisen vaiheen hoito on mahdollista syrjäyttämättä kuitenkaan erikoissairaanhoidon ja pidempiä kuntoutuspsykoterapioita tarvitsevia asiakkaita. Parhaimmillaan ja onnistuessaan sote-uudistus voi edistää hoidon tarpeen painottumista vähitellen kohti varhaisen vaiheen hoitoa. Vaikka sosiaali- ja terveysalan henkilöstö ei voi suoraan vaikuttaa valtakunnalliseen päätöksentekoon, voi vastuuntuntoisella esimiestyöllä ja työn suunnittelulla edistää vaikuttavaa asiakkaiden sairaudenhoitoa työntekijöiden hyvinvointia laiminlyömättä. Yhteiskunnan muutoksen aiheuttaman palveluiden uudistumistarpeen myötä on syytä tarkastella myös työn tekemisen tapoja yksilö- ja työyhteisötasolla.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusentekijä tiedosti olevansa vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja kantoi vastuunsa noudattaen rehellistä, tarkkaa ja toisia tutkijoita kunnioittavaa tutkimustapaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d). Tutkimusprosessi eteni vaiheittain ja sen jokaisessa vaiheessa arvioitiin tutkimusentekijän senhetkiseen tutkimusosaamisen tasoa. Mikäli havaittiin, että osaamista tulee kehittää valintojen perusteltavuuden ja prosessin tarkoituksenmukaisen etenemisen vuoksi, tutkimusosaamista laajennettiin lukemalla tutkimusentekemistä koskevaa kirjallisuutta. Johdonmukaisesti etenevä tutkimus ja siihen liittyvien tulkintojen ja valintojen ilmi tuonti edistää sen eettisyyttä ja luotettavuutta (Kangasniemi 2013, 297,298).

Tutkimuskysymykset muotoiltiin eettinen näkökulma huomioiden riittävän selkeiksi ja valittu tutkimusmenetelmä sekä sen vaiheet kuvattiin perustellen ja yksityiskohtaisesti. Tutkimuksen luotettavuuden toteutumisen vuoksi aineistonhaussa tehdyt valinnat esiteltiin läpinäkyvästi siten, että ne voidaan tarvittaessa toistaa. (Kangasniemi 2013, 292.) Aineistonvalinnassa huomioitiin ainoastaan vertaisarvioidut julkaisut. Aineistonvalintaa tehdessä tiedostettiin, että tutkijan aihetta kohtaan tunteman suuren ammatillisen mielenkiinnon vuoksi ei valintaa voitu tehdä täysin ilman ennakkokäsityksiä. Luotettavuutta heikentävää tarkoituksenhakuisuutta tutkimusentekoon ei kuitenkaan liittynyt. (Kangasniemi 2013, 298.) Esimerkiksi tietyn terapiasuuntauksen tai toteutustavan eduksi valintoja tai tulkintoja ei tehty, vaan prosessia ohjasi aito mielenkiinto selvittää eri terapiasuuntauksilla ja eri menetelmillä toteutettujen lyhytterapioiden vaikutusta työikäisten masennuksen hoidossa. Luotettavuuden toteutumisesta haastoi analysoitavien tutkimusten englanninkielisyys, koska se ei ole tutkijan äidinkieli. Kaikille käsitteille ei löytynyt suoraa suomenkielistä vastinetta. Nämä käsitteet pyrittiin kuitenkin selvittämään ja ymmärtämään useisiin aihetta käsitteleviin teksteihin tutustumalla ja kuvaamalla ne opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen pätevyys muodostuu teoreettisen ja empiirisen osuuden summasta. Mitä vahvemmin ne linkittyvät yhteen, sitä pätevämpi voidaan arvioida tutkimuksen antaman tuloksen olevan. Lopputulos kertoo, miten hyvin tutkimus onnistui saamaan aikaan tietoa siitä, mitä tutkimuksen alussa lähdettiin tavoittelemaan.

(Vilkkä 2021, 193.) Tutkimustulosten liittäminen teoriaan, tutkimustuloksen laaja tarkastelu yhdistettynä nykyhetkeen ja tulevaan sekä yhdenmukaiset, perustellut johtopäätökset parantavat tutkimuksen luotettavuutta (Kangasniemi ym. 2013, 297-298). Teoriaosuuteen valittiin teemoja, joilla oli selkeä yhteys valittuihin tutkimusaineistoihin. Vaikka tutkimusaineisto ei suorasti etsinyt vastauksia yleisellä tasolla mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin, näiden liittäminen teoriaosuuteen oli hoitotyön kontekstista tarkasteltuna perusteltua. Johtopäätöksissä huomioitiin sekä lähitulevaisuus.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa terapiasuhde näyttäytyi muodostuvan vain asiakkaasta johduttavista tekijöistä ja ominaisuuksista, jolloin terapeutin roolin arviointi terapian vaikutuksessa jäi täysin tutkimuksen ulkopuolelle. Yhteistyön ja vuorovaikutteisen hoitosuhteen muodostaminen asettaa kuitenkin myös terapeutille vaatimuksia. Toimiva, vuorovaikutteinen yhteistyö asiakkaan ja terapeutin kesken on merkittävä hoidon onnistumista määrittävä tekijä. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, mistä tekijöistä hoitosuhde muodostuu lyhytterapiassa ja mitkä asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet vahvistavat tai heikentävät sen muodostumista. Lisäksi voitaisiin tutkia, mitkä hoitosuhteeseen vaikuttavat tekijät lisäävät tai heikentävät terapiaan sitoutumista tai johtavat terapian keskeyttämiseen.

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien kouluttautuminen lyhytterapeutiksi laajentaa työkenttää ja työskentelymahdollisuuksia. Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelut uudistuvat ja varhaisen vaiheen hoitotarjontaa pyritään tehostamaan. Lähivuosien aikana olisi mielenkiintoista saada tutkimustietoa sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien lyhytterapeutiksi kouluttautuneiden sijoittumisesta työelämään. Jatkotutkimuksena voitaisiin siten tutkia lyhytterapeuteiksi kouluttautuneiden sijoittumista työelämään sekä lyhytterapeutiksi kouluttautuneiden kokemaa työhyvinvointia ja sitoutuneisuutta.

LÄHTEET

Aarninsalo, P. & Mattila, A.S. 2020. Ratkaisukeskeinen psykoterapia. Teoksessa Huttunen, M.O. & Kalska, H. (toim.) Psykoterapiat. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 178.

Ahmedani, B.K., Crotty, N., Abdulhak, M.M. & Ondersma S.J. 2015. Pilot Feasibility Study of a Brief, Tailored Mobile Health Intervention for Depression among Patients with Chronic Pain. *Behavioral Medicine* 41 (1), 25-32.

American psychological association. 2011. Behavior change in 15-minute sessions? Luettu 23.10.2021. <https://www.apa.org/monitor/2011/11/behavior-change>

Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C. & Coventry, P. 2015. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane library* 2012 (10), 6525-6525.

Blomgren, J. 2021. Kelan Tutkimusblogi: Sairauspoissaolot kääntyivät laskuun koronavuonna 2020. Luettu 23.9.2021. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5764>

Burge, E., Danquah, A. & Berry, K. 2016. A Qualitative Exploration of the Use of Attachment Theory in Adult Psychological Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 23 (2), 142-154.

Busmann, M. Wrege, J., Meyer, A.H., Ritzler, F., Schmidlin, M., Lang, U.E., Gaab, J., Walter, M. & Euler, S. 2019. Alternative Model of Personality Disorders (DSM-5) Predicts Dropout in Inpatient Psychotherapy for Patients With Personality Disorder. *Frontiers in Psychology* 10 (2), 952-952.

Dear, B.F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M.G. & McEvoy, P. 2011. An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy* 49 (12), 830-837.

Depressio. Käypä hoito -suositus. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Luettu 19.9.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

Eduskunta. 2021. Toimenpidealoite TPA 142/2020 vp. Luettu 15.10.2021. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/EduskuntaAloite/Sivut/TPA_142+2020.aspx

Eläketurvakeskus. 2021. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä kääntyi laskuun koronavuonna. Luettu 25.10.2021. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtyneiden-maara-kaantyi-laskuun-koronavuonna/>

Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Luettu 20.9.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50064>

Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. 2012. Johdatus integratiiviseen lähestymistapaan. Teoksessa Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. (toim.) Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. 1. painos. Porvoo, Bookwell Oy, 20, 24, 30.

Giosan, C., Cobeanu, O., Mogoase, C., Tătar, A.S., Muresan, V. & Boian, H. 2016. Using a smartphone app to reduce cognitive vulnerability and mild depressive symptoms: Study protocol of an exploratory randomized controlled trial. *Trials* 17 (1), 609-609.

Harris, J.C. 2013. Professionalism: The Science of Care and the Art of Medicine. Teoksessa DeAngelis, C.D (toim.) Patient Care and Professionalism. Oxford: Oxford University Press.

Heidari, S., Lewis, A.J., Allahyari, A., Azadfallah, P. & Bertino, M.D. 2013. A Pilot Study Of Brief Psychodynamic Psychotherapy for Depression and Anxiety in Young Iranian Adults: The Effect of Attachment Style on Outcomes. *Psychoanalytic Psychology* 30 (3), 381-393.

Heiskanen, T. 2017. Masennuksen syyt ja selviytyminen. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 28.

Hildebrand, A., Grand, D. & Stemmler, M. 2017. Brainspotting – the efficacy of a new therapy approach for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder in comparison to Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 5 (1), 1-17.

Hoidon vaikuttavuus. n.d. Tavoite. Luettu 21.10.2021. <https://www.hoidonvaikuttavuus.fi/tavoite/>

Huttunen, M. 2018a. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 23.9.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>

Huttunen, M. 2018b. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 23.9.2021. k

Huttunen, M.O. 2020. Muita psykoterapioita. Teoksessa Huttunen, M.O. & Kalska, H. (toim.) Psykoterapiat. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 361-362.

Huttunen, M.O. & Kalska, H. 2020. (toim.) Psykoterapiat. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielen terveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Isometsä, E. 2017. Masennustilan ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45.

Isometsä, E. 2017. Masennustilan hoitoperiaatteet. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 66-67.

Isometsä, E. 2017. Perinnöllisyys masennuksen taustatekijänä. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 52.

Isometsä, E. 2021. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J, Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 343.

Jansson, M. 2018. Mielenterveysongelmien paino työelämässä on kasvanut. Lääkärilehti 44/2018. Luettu 26.10.2021. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/uutiset/mielenterveysongelmien-paino-tyoelamassa-on-kasvanut/?pub-lic=4bd4e30714cf6e3416788e27238fb3e0>

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127 (16). Luettu 21.10.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99726>

Kalska, H. & Särkelä, L. 2020. Kognitiivis-analyttinen psykoterapia. Teoksessa Huttunen, M.O. & Kalska, H. (toim.) Psykoterapiat. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 112.

Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M.O. & Tuulari, J. (toim.) 2017. Masennus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kampman, O. 2017a. Persoonallisuushäiriöt ja masennus. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218.

Kampman, O. 2017b. Samanaikaisen persoonallisuushäiriön ja masennustilan hoidon periaatteet. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 220.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenennyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4) 291-301.

Kettunen, P. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimusraportteja 2/2017. Luettu 19.9.2021. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf

Kohtala, A., Muotka, J. & Lappalainen, R. 2017. What happens after five years?: The long-term effects of a four-session Acceptance and Commitment Therapy delivered by student therapists for depressive symptoms. Journal of Contextual Behavioral Science 6 (2), 230-238.

Kuntouttava työtoiminta. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkosivu. Luettu 25.10.2021. <https://stm.fi/kuntouttava-tyotoiminta>

Kyllönen, H.M., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. & Lappalainen, R. 2018. A brief Acceptance and Commitment Therapy intervention for depression: A randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group. *Journal of Contextual Behavioral Science* 10, 55-63.

Leiman, M. 2020. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa Huttunen, M.O. & Kalska, H. (toim.) *Psykoterapiat*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 14.

Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M., Robles-García, R. & Lerma, C. 2017. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology and psychotherapy* 90 (1), 105-123.

Leuzinger-Bohleber, M. 2015. *Finding the Body in the Mind : Embodied Memories, Trauma, and Depression*. London: Karnac Books Ltd.

Levy, K. 2013. Introduction: Attachment Theory and Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 69 (11), 1133-1135.

Lindfors, O., Laaksonen, M. & Knekt, P. 2016. Psykoterapian tarpeen ja soveltuvuuden arviointi haastattelumenetelmällä. *Psykoterapia-lehti* 35 (1), 3-19.

Lyhytterapeuttiyhdistys ry. n.d. Mitä lyhytterapia on? Luettu 20.9.2021. <https://www.lyhytterapeuttiyhdistys.fi/yhdistys/>

Lönnqvist, J. 2021. Psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J, Henriksen, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 912.

Martin, M. & Saariranta, P. 2020. *Mielelläni kehossani*. Helsinki: Publiva Oy. Luettu 7.11.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523542020>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalvelut. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 27.9.2021. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Mielenterveyspalvelut. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 19.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelu>

Mielenterveyspooli. n.d. Terapiatakuu. Luettu 27.9.2021. <https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu/>

Mielenterveyspooli. 2020. Terapiatakuu luovutettiin vuosi sitten eduskunnalle – Mikä on aloitteen tilanne nyt? Luettu 23.10.2021. <https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu-luovutettiin-vuosi-sitten-eduskunnalle-mika-on-aloitteen-tilanne-nyt/>

Mielenterveyspooli 2021. Terapiatakuu etenee suurissa kaupungeissa. Luettu 14.11.2021. <https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu-etenee-suurissa-kaupungeissa/>

Mikkonen. K. n.d. Etulinjan lyhytterapeutti-koulutus. Terapiat etulinjaan-hanke. Luettu 29.11.2021. <https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2021/05/Yleisesittely-koulutusjarejstelma.pdf>

Nobre Dos Santos, E., Molina, M., Mondin, T., Cardoso, T., Silva, R., Souza, L. & Jansen, K. 2020. Long-term effectiveness of two models of brief psychotherapy for depression: A three-year follow-up randomized clinical trial. *Psychiatry Research* 286 (4), 112804-112804.

Pictet, A., Jermann, F. & Ceschi, G. 2016. When less could be more: Investigating the effects of a brief internet-based imagery cognitive bias modification intervention in depression. *Behaviour research and therapy* 84 (9), 45-51.

Positiivinen mielenterveys. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 29.9.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>

Roine, R. & Kaila, M. Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 130 (17). Luettu 21.10.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11820>

Rosso, G., Martini, B. & Maina, G. 2012. Brief dynamic therapy and depression severity: A single-blind, randomized study. *Journal of Affective Disorders* 147 (1-3), 101-106.

Saarni, S., Stenberg, J-H. & Holi, M. 2020. Psykososiaalisten hoitojen saataavuutta voidaan parantaa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 136 (18). Luettu 25.10.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15791>

Sote-uudistus. n.d. Mikä sote-uudistus? Luettu 27.9.2021. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Spilsbury, G. 2012. Solution-Focused Brief Therapy for Depression and Alcohol Dependence: A Case Study. *Clinical Case Studies* 11 (4), 263-275.

Stadter, M. 2012. *Presence and the Present : Relationship and Time in Contemporary Psychodynamic Therapy*. United Kingdom: The Rowman & Littlefield Publishing Group.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Grano Oy.

Suomen Mielenterveys ry. 2017. Mielenterveyden kaksi ulottuvuutta. Youtube-video. Julkaistu 24.2.2017. Viitattu 31.10.2021. <https://www.youtube.com/watch?v=tFeXaAiRS2s>

Suomen Mielenterveys ry. 2021. Tilastotietoa mielenterveydestä. 2021. Luettu 28.9.2021. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>

Tampereen yliopiston kirjasto. n.d. Lääketiede: Tutkimuskysymyksen jäsenys ja PICO. Luettu 29.10.2021. <https://libguides.tuni.fi/Laaketiede/PICO>

Terapiat etulinjaan. n.d. Terapiat etulinjaan. Hanke parantaa psykososiaalisten hoitojen saatavuutta ja vaikuttavuutta. Luettu 27.10.2021. <https://terapiatetulinjaan.fi/>

Terveydenhuollon tuottavuus ja vaikuttavuus. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 19.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/terveydenhuollon-tuottavuus-ja-vaikuttavuus>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Luettu 7.10.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789520400118>

Tuomisto, M.T. & Lappalainen, R. 2020. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Huttunen, M.O. & Kalska, H. (toim.) Psykoterapiat. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 88, 97, 101-102.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. n.d. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Luettu 1.11.2021. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Työturvallisuuskeskus. 2021. Työ ja mielenterveys. Luettu 27.9.2021. https://ttk.fi/opaat_ja_ohjeet/digijulkaisut/tyo_ja_mielenterveys

Usein kysynyt kysymykset. n.d. Terapiat etulinjaan. Luettu 27.10.2021. <https://terapiatetulinjaan.fi/usein-kysyttya/>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Helsinki: Sosi- aali- ja terveysministeriö. Luettu 23.10.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Vuorilehto, M. & Tulari, J. 2017. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 67-69.

Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantaus, T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 133 (10). Luettu 11.10.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13731>

Wahlström, J. 2012. Psykoterapian tulos ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Eronen, S. & Lahti-Nuutila, P. (toim.) Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. 1.painos. Porvoo, Bookwell Oy, 35.

Wakefield, S., Delgadillo, J., Kellett, S., White, S. & Hepple, J. 2021. The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case—control study. *British journal of clinical psychology* 60 (2), 194-211.

Worden, J.W. 2018. Grief counseling and grief therapy. A handbook for the Mental Health Practitioner. 5. edition. New York: Springer Publishing Company, LLC.

LIITTEET

Liite 1. Aineiston analyysiin valitut tutkimukset

Tutkimus, tekijät, julkaisu vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>1) A Pilot Study Of Brief Psychodynamic Psychotherapy for Depression and Anxiety in Young Iranian Adults: The Effect of Attachment Style on Outcomes.</p> <p>Heidari, S., Lewis, A.J., Allahyari, A., Azadfallah, P. & Bertino, M.D. 2013, Iran</p>	<p>Tutkia, miten psykodynaaminen lyhytterapia vaikuttaa yliopisto-opiskelijoiden lievän tai keskivaikean masennuksen hoidossa ja tutkia, miten kiintymyssuhdetyyli vaikuttaa terapiaintervention lopputulokseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä kontrolloidut toistuvat mittaukset.</p> <p>Tutkimuskohteena 20 19-24-vuotiasta yliopisto-opiskelijaa, joilla todettu lievä tai keskivaikea masennus ja jotka eivät saa muuta hoitoa masennusoireisiin.</p>	<p>Hoitovaste terapiaan hyvä sekä turvattomasti ahdistuneesti ja turvattomasti välttelevästi kiinnittyneillä.</p> <p>Terapiasuhteen muodostumista heikentää, jos osallistujalla turvaton välttelevä kiintymystyyli.</p> <p>Terapiasuhteen sitoutumiseen vaikuttaa heikentävästi turvaton välttelevä kiintymystyyli.</p> <p>DASS21- mittarilla mitattuna masennusoireet vähenivät merkittävästi hoitajakson aikana.</p> <p>Lievää masennusta sairastavat kokivat oireiden poistuneen terapiaintervention myötä.</p> <p>Saavutetut tulokset säilyivät 3 kk kuluttua tehdyssä seurannassa.</p>
<p>2) A brief Acceptance and Commitment Therapy intervention for depression: A randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group</p> <p>Kyllönen, H.M., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. ja Lappalainen, R. 2018, Suomi</p>	<p>Tutkia, miten kuuden tapaamiskerran hyväksymis- ja omistautumisterapia vaikuttaa masennuksen hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen satunnaistettu tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä kontrolloidut toistuvat mittaukset sekä lääkärin arvioima ICD-10-luokituksen mukainen diagnoosi.</p> <p>Tutkimuskohteena 115 18-65-vuotiasta, joilla lääkärin diagnosoima ICD-10-luokitukseen perustuva lievä, keskivaikea tai vaikea masennus.</p>	<p>ICD-10-luokituksen mukainen masennusdiagnoosi poistui hoidon myötä 60%:lta terapiaan osallistuneista.</p> <p>Osallistujien täyttämien mielialakyselyiden mukaan hoito oli vaikuttavaa jokaisella mielialakyselyllä mitattuna.</p> <p>Saavutetut hoitotulokset säilyivät ja jopa paranivat 36 kk seurannassa.</p> <p>36 kk seurannassa todettu, että 70%:lta osallistuneista poistui ICD-10-luokituksen mukainen masennusdiagnoosi.</p>

Tutkimus, tekijät, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>3) Long-term effectiveness of two models of brief psychotherapy for depression: A three-year follow-up randomized clinical trial</p> <p>Nobre Dos Santos, E., Molina, M., Mondin, T., Cardoso, T., Silva, R., Souza, L. & Jansen, K. 2020, Brasilia</p>	<p>Verrata kognitiivisen käyttäytymisterapian ja psykodynaamisen vaikutusta vakavasti masentuneiden hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen satunnaistettu kliininen tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä kontrolloidut toistuvat mittaukset.</p> <p>Tutkimuskohteena 243 18-65-vuotiasta vakavaa masennusta sairastavaa henkilöä. Tutkimusjoukko jaettiin kahteen osaan niin, että 113 henkilöä osallistui kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja 130 henkilöä osallistui psykodynaamiseen terapiaan.</p>	<p>Tutkimuksen keskeytti yli puolet osallistujista molemmissa ryhmissä.</p> <p>40% kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistuneista koki masennusoireidensa lievittyneen intervention myötä BDI-II- ja FAST- mielialaoirekyselyiden tulosten perusteella.</p> <p>35% psykodynaamiseen terapiaan osallistuneista koki masennusoireidensa lievittyneen intervention myötä BDI-II- ja FAST- mielialaoirekyselyiden tuloksien perusteella.</p> <p>87%:lla hoidosta hyötäneistä tulos masennusoireiden osalta säilyi vielä 36kk seurannassa molemmissa ryhmissä.</p>
<p>4) When less could be more: Investigating the effects of a brief internet-based imagery cognitive bias modification intervention in depression</p> <p>Pictet, A., Jermann, F. & Ceschi, G. 2016, Sveitsi</p>	<p>Tutkia, miten etänä toteutettu kognitiivisten harhojen käsittelyyn perustuva CBM-terapia vaikuttaa masennuksen hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä kontrolloidut toistuvat mittaukset.</p> <p>Tutkimuskohteena 101 18-65-vuotiasta lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavaa henkilöä. Tutkimusjoukko jaettu kolmeen ryhmään, joista kuviin perustuva CBM-terapiaa sai 34, ilman kuvia toteutettua CBM-terapiaa sai 34 ja odotulistalla 33 henkilöä jotka eettisyyteen perustuen saivat terapiaa, mutta vasta myöhemmässä vaiheessa tutkimusta.</p>	<p>BDI-II- ja SHAPS-mielialakyselyillä mitattuna kuviin perustuvasta CBM-terapiasta saatu apu masennuksen lievittymiseen oli osallistujilla merkittävä. Tämän otosjoukon osalta vaikutus säilyi ja jopa parani 2 viikon jälleisessä seurannassa.</p> <p>Ilman kuvia toteutettua CBM-terapiasta saatu apu masennuksen lievittymiseen oli osallistujilla merkittävä. Tämän otosjoukon osalta vaikutus säilyi ja jopa parani 2 viikon jälleisessä seurannassa.</p> <p>Odotusryhmän tulokset eivät muuttuneet intervention aikana.</p> <p>Kuviin perustuva lyhyt CBM-terapia on vaikuttava, helposti saatavilla oleva hoitomuoto masennukseen.</p>

Tutkimus, tekijät, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>5) Solution-Focused Brief Therapy for Depression and Alcohol Dependence: A Case Study</p> <p>Spilsbury, G. 2012, Australia</p>	<p>Tutkia, miten ratkaisukeskeinen lyhytterapia vaikuttaa masennusoireiden sekä alkoholiriippuvuuden hoidossa.</p>	<p>Tapaustutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä henkilökohtainen haastattelu ja kontrolloidut toistuvat mittaukset.</p> <p>Tutkimuskohteena 54-vuotias vakavaa masennusta sairastava alkoholiriippuvainen henkilö, jolla mielialälääkitys sekä alkoholin käyttöä estävä lääkehoito intervention aikana käytössä.</p>	<p>DASS-21-mielialakyselylomakkeen mukaan vaikea masennus ja stressi lievittyivät lieviksi.</p> <p>Interventio ei lievittänyt ahdistuneisuutta.</p> <p>Tutkittava pidättäytyi alkoholista koko intervention ajan.</p> <p>Tutkittava pysyi raittiina koko 12 kk seurannan ajan.</p> <p>Lääkehoito tuki terapiaintervention vaikutusta.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että alkoholiriippuvuutta ja masennusta voidaan hoitaa menestyksekkäästi lyhyellä interventiolla.</p> <p>Epäsosiaalinen persoonallisuus luo haastetta terapiasuhteen muodostumiseen ja terapian kulkuun, jolloin osallistujalla halu hallita hoitoa ja osallistua omilla tiukoilla ehdoillaan.</p>
<p>6) An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression</p> <p>Dear, B.F., Titov, N., Schwentke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M.G. & McEvoy, P. 2011, Australia</p>	<p>Tutkia, miten internetvälitteinen viiden kerran kognitiivinen käyttäytymisterapia vaikuttaa masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen kokeileva tutkimus, jossa tutkimusmenetelminä konrolloidut mittaukset mielialakyselyillä sekä tyytyväisyyskysely hoitoon liittyen intervention päättymisen jälkeen.</p> <p>Tutkimuskohteena 32 18-65-vuotiasta henkilöä, joilla diagnosoitu lievä tai keskivaikea masennus sekä ahdistuneisuushäiriö.</p>	<p>19% osallistujista keskeytti tutkimuksen.</p> <p>Lyhytterapia paransi huomattavasti masennus- ja ahdistuneisuusoireita mittareilla mitattuna.</p> <p>Tyytyväisyyskyselyissä 89% oli tyytyväisiä interventioon, 92% arvioi hoidon laadun erinomaiseksi tai hyväksi.</p> <p>89% piti ajankäyttöä interventioon hyödyllisenä ja 92% suosittelee ystävälleen.</p> <p>61% koki intervention auttaneen ymmärtämään paremmin omia haasteita ja 38% koki ettei interventio auttanut ollenkaan ymmärtämään omia haasteita.</p>

Tutkimus, tekijät, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>7) Brief dynamic therapy and depression severity: A single-blind, randomized study.</p> <p>Rosso, G., Martini, B. & Maina, G. 2012, Italia</p>	<p>Verrata lyhyen psykodynaamisen terapian ja brainspotting-terapian vaikutusta lievän tai keskivaikean masennuksen hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen satunnaistettu tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä kontrolloidut mittaukset. Ensisijainen tutkimusmittari HAM-17- mielialakysely.</p> <p>Tutkimuskohteena 88 18-65-vuotiasta lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavaa henkilöä, jotka eivät saa masennuslääkitystä intervention aikana. Osallistujat jaettu satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toinen osallistuu psykodynaamiseen terapiaan ja toinen brainspotting-terapiaan.</p>	<p>29% osallistuvista keskeytti brainspotting-terapian.</p> <p>18% osallistujista keskeytti psykodynaamisen terapian.</p> <p>6kk seurannassa kahden ryhmän välillä havaittiin eroa: HAM-17- asteikon mukaan psykodynaamiseen terapiaan osallistuneet olivat saaneet merkittävää parannusta kaikilla luokitusasteikoilla.</p> <p>Molempien terapia-interventioiden aikana lievää masennusta sairastavista toipui kokonaan 60%.</p> <p>Keskivaikeaa masennusta sairastavien osalta psykodynaaminen terapia antoi paremman hoitovasteen sekä intervention jälkeen että 6kk seurannassa.</p>
<p>8) The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case-control study</p> <p>Wakefield, S., Delgado, J., Kelleth, S., White, S. & Hepple, J. 2021, Iso-Britannia</p>	<p>Verrata 8 tapaamiskerran kognitiivis-analyttisen terapian ja kognitiivisen käyttäytymis-terapian vaikutusta masennuksen ja ahdistuksen hoidossa henkilöillä, jolla lisäksi diagnosoitu persoonallisuushäiriö. Tapaamiset etäyhteyksin.</p>	<p>Satunnaistettu verrokkitutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus, jossa kontrolloidut mittaukset ja tilastollinen analyysi. Ensisijaisia tutkimusmittareita PHQ-9, GAD-7 ja WAA. Mielialakyselyt täytettiin ennen jokaista kahdeksaa istuntoa.</p> <p>Tutkimuskohteena 149 18-65-vuotiasta henkilöä, joilla on diagnosoitu masennus. Tutkimusryhmä jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai kognitiivis-analyttista terapiaa ja toinen kognitiivista käyttäytymisterapiaa.</p>	<p>15% osallistujista keskeytti kognitiivis-analyttisen terapian.</p> <p>29% osallistujista keskeytti kognitiivisen käyttäytymisterapian.</p> <p>Molemmissa ryhmissä yli puolella osallistujista masennusoireet lievittyivät PHQ-9- ja GAD-7- mielialakyselyillä mitattuna.</p> <p>Molempien ryhmien hoitotulos samankaltainen.</p> <p>Molemmissa ryhmissä hoitotulos parani koko ajan terapian edetessä.</p>

Tutkimus, tekijät, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>9) Pilot Feasibility Study of a Brief, Tailored Mobile Health Intervention for Depression among Patients with Chronic Pain</p> <p>Ahmedani, B.K., Crotty, N., Abdulhak, M.M. & Ondersma S.J. 2015, Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia kognitiiviseen käyttäytymis-terapiaan perustuvan mobiili-intervention toteutettavuutta, hyväksyttävyyttä ja tehokkuutta kroonista kipua kokeville masennusta sairastaville.</p>	<p>Kvantitatiivinen toteutettavuustutkimus, jossa tutkimusmenetelminä kontrolloidut mittaukset ja tilastollinen analyysi. Tutkimusmittareina mielialaoireiden osalta PHQ-9</p> <p>Tutkimuskohteena 64 18-65-vuotiasta masennusta ja kroonista kipua sairastavaa henkilöä, jotka eivät saa masennukseen lääkehoitoa tai psyykososiaalista hoitoa.</p>	<p>2 vko seurannassa todettiin mielialaoirekyselyn perusteella, että 30% lievää masennusta kokevista koki intervention poistaneen masennusoireet.</p> <p>70% koki intervention saaneen heidät kiinnittämään paremmin huomiota masennuksensa hoitoon.</p> <p>Suurin osa osallistujista aikoi intervention myötä hakeutua jatkohoitoon masennuksensa vuoksi.</p>
<p>10) Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients</p> <p>Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M., Robles-García, R. & Lerma, C. 2017, Meksiko</p>	<p>Tutkia, miten ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia vaikuttaa säännöllistä hemodialyysihoidon saavien masennuksen ja ahdistuksen hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa tutkimusmenetelmänä kontrolloitujen mittausten tilastollinen analyysi. Tutkimusmittareina BDI-II ja BAI.</p> <p>Tutkimuskohteena 60 18-65-vuotiasta säännöllistä hemodialyysihoidon saavaa lievää tai keskivaikeaa masennusta ja ahdistusta sairastavaa henkilöä. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, jossa molemmat saivat vastaavan terapia-intervention mutta jälkimmäinen ryhmä osallistui terapiaan vasta toisen ryhmän jälkeen.</p>	<p>BDI-II ja BAI- mielialakyselyjen mukaan terapiaa saanut ryhmä hyötyi mittarin kaikilta osin terapiasta ja masennusoireet lievittyivät.</p> <p>Vaikutus masennuksen lieventymiseen suuri: masennus lievittyi osallistuvalla ryhmällä 54%.</p> <p>Masennusoireet laskivat 77 %:lla osallistujista.</p> <p>Ahdistuneisuusoireet laskivat 71% osallistujista.</p> <p>Intervention osallistuneiden vaativat uskomukset itseään kohtaan lievenivät yleisesti.</p>

Liite 2. Sisällönanalyysin toinen vaihe

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Turvattoman ahdistuneen kiintymyssuhteen omaksunut sai hyvän hoitovasteen terapiasta. (1)	Kiintymyssuhteen vaikutus terapian tuloksellisuuteen	Asiakkaan ominaisuuksien vaikutus
Turvattoman välttelevän kiintymyssuhteen omaksunut sai hyvän hoitovasteen terapiasta. (1)		
Osallistujan omaksuma kiintymyssuhdetyyli voi heikentää terapiasuhteen muodostumista. (1)	Kiintymyssuhdetyylin vaikutus terapiasuhteen muodostumiseen	
Osallistujan omaksuma turvaton välttelevä kiintymyssuhdetyyli voi heikentää terapiasuhteen muodostumista. (1)		
Osallistujan omaksuma kiintymyssuhdetyyli vaikuttaa terapiasuhteeseen sitoutumiseen. (1)	Kiintymyssuhdetyylin vaikutus terapiasuhteeseen sitoutumiseen	
Osallistujan omaksuma turvaton välttelevä kiintymyssuhdetyyli vaikuttaa terapiasuhteeseen sitoutumiseen. (1)		
Persoonallisuushäiriö luo haastetta terapiasuhteen muodostumiseen ja terapian kulkuun. (5)	Persoonallisuushäiriön vaikutus terapiasuhteeseen	
Psykodynaaminen lyhytterapia vähensi masennusoireita merkittävästi hoitajakson aikana. (1)	Psykodynaamisen terapian vaikutus	Terapian taustateorian ja menetelmän vaikutus
Psykodynaaminen terapia poisti masennusoireet lievää masennusta sairastavilta. (1)		
Psykodynaamiseen terapiaan osallistuneilla masennusoireet lievittyivät 35 %:lla osallistujista. (3)		
Psykodynaamisen terapiaintervention avulla 60% lievää masennusta sairastavista toipui kokonaan. (7)		
Psykodynaaminen terapia antoi paremman hoitovasteen keskivaikeaa masennusta sairastavalle kuin brainspotting-terapia terapiaintervention jälkeen. (7)		
Psykodynaaminen terapia antoi paremman hoitovasteen keskivaikeaa masennusta sairastavalle kuin brainsportting-terapia 6 kk seurannassa. (7)		
Kuuden kerran hyväksymis- ja omistautumisterapiaan osallistuneista 60% parantui (masennusoireet poistuivat) intervention avulla. (2)	Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikutus	

<p>Saavutetut hoitotulokset säilyivät 36 kk seurannassa. (2)</p> <p>Saavutetut hoitotulokset paranivat 36 kk seurannassa. (2)</p> <p>ICD-10-luokituksen mukainen masennusdiagnoosi postui 70%:lta osallistuneista. (2)</p>		
<p>Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistuneilla masennusoireet lievittyivät 40%:lla osallistujista (3)</p> <p>Saavutettu hoitotulos masennusoireiden vähentymisen osalta säilyi 87%:lla kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistuneista. (3)</p> <p>Saavuettu hoitotulos masennusoireiden osalta säilyi 87%:lla psykodynaamista terapiaa saaneista. (3)</p> <p>Kognitiivis-analyttisen terapian keskeytysaste pienempi kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian. (8)</p> <p>Masennusoireet lievittyivät yli puolella kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistuneista. (8)</p> <p>Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa hoitovaste parani terapiakertojen edetessä. (8)</p> <p>70% koki mobiilipohjaisen lyhyen intervention saaneen heidät kiinnittämään paremmin huomiota masennuksensa hoitoon. (9)</p> <p>Interveventioon osallistuneista suurin osa aikoo hakea apua masennuksensa hoitoon. (9)</p> <p>Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva mobiili- interventio poisti oireet 30%:lta lievää masennusta sairastavista 2 viikon seurannassa. (9)</p> <p>Masennusoireet lievittyivät kognitiivista käyttäytymisterapiaa saavilla. (10)</p> <p>Masennusoireet laskivat osallistuneilla 54%. (10)</p> <p>77% osallistuvista koki masennusoireiden laskeneen. (10)</p> <p>Itseä koskevat vaativat uskomukset lievittyivät. (10)</p>	<p>Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutus</p>	

<p>Kuviin perustuva CBM-terapia antoi merkittävän avun masennusoireiden lievittymiseen. (4)</p> <p>Ilman kuvia toteutettava CBM-terapia ei tuonut oleellista apua masennusoireisiin. (4)</p> <p>Masennusoireet eivät lievittyneet ilman terapiaa. (4)</p> <p>Masennusoireet eivät voimistuneet ilman terapiaa. (4)</p> <p>Vaikuttava, helposti saatavilla oleva hoitomuoto masennukseen. (4)</p> <p>Kuviin perustuvan CBM-terapian avulla saavutettu hoitotulos (merkittävä masennusoireiden lievittyminen) säilyi 2 viikon seurannassa. (4)</p> <p>Kuviin perustuvan CBM-terapian avulla saavutettu hoitotulos (merkittävä masennusoireiden lievittyminen) parani 2 viikon seurannassa. (4)</p>	<p>CBM-terapian vaikutus</p>	
<p>Vaikea masennus ja stressi lievittyivät lieviksi. (5)</p> <p>Interventio ei lievittänyt ahdistuneisuutta. (5)</p> <p>Lyhyt ratkaisukeskeinen terapiainterventio on menestyksenkäs keino hoitaa alkoholiriippuvuutta ja masennusta. (5)</p> <p>Tutkittava pidättäytyi alkoholista koko interventinon ajan. (5)</p> <p>Lääkehoito ja ratkaisukeskeinen terapia yhdessä on vaikuttavaa masennuksen hoidossa. (5)</p> <p>Ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaan osaallistunut pysyi raittiina vähintään 12 kk ajan. (5)</p>	<p>Ratkaisukeskeisen lyhytterapian vaikuttavuus</p>	
<p>Brainspotting-intervention avulla 60% lievää masennusta sairastavista toipui kokonaan. (7)</p> <p>Psykodynaaminen terapia antoi paremman hoitovasteen keskivaikeaa masennusta sairastavalle kuin brainspotting-terapia heti intervention jälkeen. (7)</p> <p>Psykodynaaminen terapia antoi paremman hoitovasteen keskivaikean masennuksen hoidossa kuin</p>	<p>Brainspotting-terapian vaikutus</p>	

brainsporting-terapia 6 kk seurannassa. (7)		
Kognitiivis-analyttisen terapian keskeytysaste pienempi kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian. (8) Masennusoireet lievittyivät yli puolella kognitiivis-analyttiseen terapiaan osallistuneista. (8) Kognitiivis-analyttisessä terapiassa hoitovaste parani terapiakertojen edetessä. (8)	Kognitiivis-analyttisen terapian vaikutus	
Tutkimuksen keskeytti yli puolet kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistuneista. (3) 19% kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osallistujista keskeytti tutkimuksen. (6) 29% osallistujista keskeytti kognitiivisen käyttäytymisterapian. (8)	Sitoutuneisuus kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan	Terapiaan sitoutumisen vaikutus
Tutkimuksen keskeytti yli puolet psykodynaamiseen terapiaan osallistuneista. (3) 18% osallistujista keskeytti psykodynaamisen terapian. (7)	Sitoutuminen psykodynaamiseen terapiaan	
29% osallistuvista keskeytti brainspotting-terapian. (7)	Sitoutuminen brainspotting-terapiaan	
15% osallistujista keskeytti kognitiivis-analyttisen terapian. (8)	Sitoutuminen kognitiivis-analyttiseen terapiaan	