

Dialektisen käyttäytymisterapian yhteys psykiatristen oireiden muutokseen  
intensiivisessä avohoidossa

Anu Susanna Ylijoki

Pro gradu -tutkielma

Psykologia

Lääketieteellinen tiedekunta

Syyskuu 2018

Ohjaajat: Markus Jokela ja Timo Säämänen

Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Lääketieteellinen tiedekunta / Psykologian ja logopedian osasto		Laitos/Institution– Department	
Tekijä/Författare – Author Anu Ylijoki			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Dialektisen käyttäytymisterapian yhteys psykiatrinen oireiden muutokseen intensiivisessä avohoidossa			
Oppiaine /Läroämne – Subject Psykologia			
Työn laji/Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma		Aika/Datum – Month and year Syyskuu 2018	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 30
Tiivistelmä/Referat – Abstract <i>Tavoitteet.</i> Miten dialektinen käyttäytymisterapia intensiivisessä avohoidossa toteutettuna on yhteydessä psykiatrinen oireiden muutokseen? Tarkastelun kohteena ovat psykologinen joustamattomuus, ahdistus, yleinen toimintakyky, krooninen murehtiminen ja itsemurha-ajatukset. Lisäksi tarkastellaan hoidon tarvetta 90 päivän aikana hoitojakson päättymisestä. <i>Menetelmät.</i> Tutkimus kohdennettiin intensiivisessä avohoidossa olleisiin potilaisiin (n=98). Keski-ikä hoitojakson alussa oli 34.0 vuotta ja keskihajonta 12.4 vuotta. Psykologista joustamattomuutta (AAQ-2), ahdistusta (BAI), yleistä toimintakykyä (GAF), kroonista murehtimista (PSWQ) ja itsemurha-ajatuksia (SSI) mitattiin hoitojakson alussa ja lopussa. Kokonaispistemäärät mittauksista yhdistettiin terveydenhuoltojärjestelmän psykiatriseen tietoon. Muutosta pistemäärissä tarkasteltiin lineaarisilla sekamalleilla ja lineaarisella logistisella sekamallilla. Myöhemmän psykiatrisen hoidon tarvetta tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä. <i>Tulokset ja johtopäätökset.</i> Dialektisen käyttäytymisterapian havaittiin olevan yhteydessä psykiatrisiin oireisiin intensiivisessä avohoidossa. Hoitojakson aikana potilaiden ahdistuneisuus ja krooninen murehtiminen vähenivät ja yleinen toimintakyky kohosi. Hoitojakson lopulla pienempi osuus potilaista ajatteli itsemurha-ajatuksia. Hoitojakson tiheys ja kesto eivät olleet yhteydessä psykiatrisiin oireisiin. Nuoremmat potilaat palasivat vanhempia potilaita todennäköisemmin psykiatrisen hoidon piiriin kolmen kuukauden aikana dialektisen käyttäytymisterapian hoitojakson jälkeen. On mahdollista, että iän myötä pienenevä riski palata psykiatrisen hoidon piiriin heijastelee riittävästi sisäistettyjä taitoja ja saavutettuja yksilöllisiä tavoitteita. Toinen mahdollisuus on, että nuoremmat potilaat tarvitsevat vanhempia potilaita nopeammin psykiatrista apua hoitojakson päättymisen jälkeen. Tämä tutkimus antaa rohkaisevaa evidenssiä intensiivisenä avohoidona toteutetun dialektisen käyttäytymisterapian toimivuudesta heterogeenisessä potilasjoukossa.			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords dialektinen käyttäytymisterapia, intensiivinen avohoito, AAQ-2, BAI, GAF, PSWQ, SSI			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto - Helda / E-thesis (opinnäytteet) <i>ethesis.helsinki.fi</i>			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Medicine / Department of Psychology and Logopedics		Laitos/Institution– Department
Tekijä/Författare – Author Anu Ylijoki		
Työn nimi / Arbetets titel – Title The connection of dialectical behavioral therapy to psychiatric symptoms in intensive outpatient care		
Oppiaine /Läroämne – Subject Psychology		
Työn laji/Arbetets art – Level Master’s thesis	Aika/Datum – Month and year September 2018	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 30
Tiivistelmä/Referat – Abstract <i>Objectives.</i> How is dialectical behavioral therapy in intensive outpatient care connected to changes in psychiatric symptoms? The focus is on psychological inflexibility, anxiety, general functioning, chronic worry and suicidal ideation. In addition, the need for treatment within 90 days of the end of the treatment period is examined. <i>Methods.</i> The study focused on patients (n=98) in intensive outpatient care. The mean age at the beginning of the treatment period was 34.0 years and the standard deviation was 12.4 years. Psychological inflexibility (AAQ-2), anxiety (BAI), general functioning (GAF), chronic worry (PSWQ) and suicidal ideation (SSI) were measured at the beginning and at the end of the treatment period. The total scores from the measurements were combined with the psychiatric information of the health system. The change in scores were examined with linear mixed models and linear logistic mixed models. The need for later psychiatric treatment was examined with logistic regression analysis. <i>Results and conclusions.</i> Dialectical behavioral therapy was found to be associated with psychiatric symptoms in intensive outpatient care. Anxiety and chronic worry decreased while general functioning increased during the treatment period. At the end of the treatment period, a smaller number of patients had suicidal thoughts. The frequency and duration of the treatment period were not associated with psychiatric symptoms. Younger patients were more likely to re-enter psychiatric treatment than older patients after three months of dialectical behavior therapy. When it comes to re-entering psychiatric treatment, it is possible that the risk decreasing with age sufficiently reflects internalised skills and achieved individual goals. Another possibility is that after the treatment period, younger patients need psychiatric care faster than older patients. This study provides encouraging evidence for the effectiveness of dialectical behavioral therapy in intensive outpatient care in a heterogeneous patient sample.		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords dialectical behavioral therapy, intensive outpatient care, AAQ-2, BAI, GAF, PSWQ, SSI		
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsinki University Library - Helda / E-thesis (opinnäytteet) <a href="https://ethesis.helsinki.fi">ethesis.helsinki.fi</a>		
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information		

## Sisällysluettelo

1. Johdanto .....	1
1.1. Dialektisen käyttäytymisterapian periaatteet .....	2
1.2. Ongelmien jäsentäminen dialektisessa käyttäytymisterapiassa .....	4
1.3. Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuus .....	5
1.4. Intensiivinen avohoito .....	7
1.5. Tutkimusongelmat ja -hypoteesit .....	8
2. Menetelmät .....	9
2.1. Tutkittavat .....	9
2.2. Arviointimenetelmät .....	10
2.3. Tutkimuksen kulku .....	13
2.4. Tilastolliset menetelmät .....	13
3. Tulokset .....	14
3.1. Muutos psykiatrisissa oireissa .....	14
3.2. Hoitajakson yhteys myöhempään psykiatriseen hoitoon .....	16
4. Diskussio .....	17
4.1. Muutos psykiatrisissa oireissa .....	17
4.2. Hoidon tarve .....	19
4.3. Dialektisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus .....	21
4.4. Tutkimuksen rajoitukset .....	22
4.5. Lopuksi .....	23
4.6. Huomionosoitukset .....	24
Lähteet .....	25

## 1. Johdanto

Avohoito on arkipäivisin toteutettavaa hoitoa, ja intensiivinen avohoito tarkoittaa sitä, että potilas osallistuu hoitoon jokaisena arkipäivänä. Avohoidon yhteydessä käytetään psykiatriassa erilaisia hoitomuotoja, joista dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on yksi vaihtoehto. Dialektinen käyttäytymisterapia yhdistää potilaan nykytilanteen hyväksymisen positiivisten tavoitteiden edistämiseen. Dialektisen käyttäytymisterapian hyötyjä intensiivisessä avohoidossa ei ole kuitenkaan tutkittu.

Dialektinen käyttäytymisterapia on yksi kognitiivisen käyttäytymisterapian nykysuuntauksista. Pääpaino dialektisessa käyttäytymisterapiassa on taitojen opettelussa ja käyttäytymismallien muuttamisessa. Dialektinen käyttäytymisterapia tarjoaa potilaalle vakaan turvaverkon mielekkäämmän elämän tavoittelussa. Dialektisella käyttäytymisterapialla hoidetaan vaikea-asteisia psykiatrisia oireita, kuten ahdistusta, heikentyntä toimintakykyä, kroonista murehtimista, psykologista joustamattomuutta ja itsemurha-ajatuksia. Dialektisesta käyttäytymisterapiasta on lupaavaa näyttöä monenlaisten ongelmien hoidossa ja hoitomuotoa on varioitu onnistuneesti erilaisia kohderyhmiä ja tarpeita ajatellen. Vähemmälle huomiolle on kuitenkin jäänyt dialektisen käyttäytymisterapian hyödyntäminen intensiivisessä avohoidossa eli päiväosastolla.

On otettava huomioon, että dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta ei voida olettaa, kun terapiamuotoa sovitetaan erilaisiin konteksteihin (Scheel, 2000). Kun toimivaksi todettua ja empiirisesti koeteltua terapiamuotoa muokataan alkuperäisestä, näyttöön perustuvasta muodostaan uutta kohderyhmää varten, hoidon kohteen ohella muuttuvat myös itse terapian raamit. Terapiajakson kestoa, intensiteettiä ja sisältöjä voidaan muokata loputtomasti. Esimerkiksi dialektisen käyttäytymisterapian taitovalmennusten sisältöjä voidaan laajentaa tai supistaa, tai resurssisysteistä tai tottumattomuudesta jättää potilaan soittomahdollisuus terapiamuodon variaatiosta pois. Vaikka dialektista käyttäytymisterapiaa on sovellettu hyvin tai vähintäänkin rohkaisevin tuloksin monenlaisiin konteksteihin, on jokaisen variaation toimivuus tutkittava erikseen.

Dialektinen käyttäytymisterapia yhdistää kognitiivisen käyttäytymisterapian hyväksyvään lähestymistapaan (Linehan, 1993). Dialektisen käyttäytymisterapian keskeisin periaate on dialektinen synteesi, joka samalla erottaa terapiamuodon muista kognitiivisen käyttäytymisterapian suuntauksista. Dialektisella synteesillä tarkoitetaan sitä, että terapiassa keskitytään samanaikaisesti sekä potilaan nykytilanteen hyväksymiseen että muuttamiseen (Van Den Bosch, Verheul, Schippers, & Van Den Brink, 2002). Nämä käsitteet ovat toistensa vastakohtia vain näennäisesti: kestävä muutosta saadaan helpommin aikaan hyväksymällä nykytilanne, ja nykytilanteeseen

pysähtymällä realistiset tulevaisuuden tavoitteet ovat helpompia hahmottaa. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa terapeutti, potilas ja hoitohenkilökunta tasapainoilevat käyttäytymisen muuttamiseen perustuvan ongelmanratkaisun ja elämäntilanteiden senhetkisen tilan radikaalin hyväksymisen välillä (Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001). Radikaali hyväksyminen merkitsee tilanteiden hyväksymistä sellaisenaan ilman arvolatauksia.

Dialektinen käyttäytymisterapia on alun perin kehitetty epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä potilaita ajatellen, sillä voimakkaista ja ailahtelevista tunnekokemuksista kärsiville potilaille klassiset kognitiiviset käyttäytymisterapian muodot eivät olleet riittävän tehokkaita.

Tutkimustulokset tukevat dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta epävakaan persoonallisuuden hoitamisessa (esim. Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010; Öst, 2008, Linehan, 1993). Sittemmin vahvasti strukturoitua ja tavoiteorientoitunutta terapiamuotoa on hyödynnetty myös muita diagnooseja saaneiden potilaiden hoitamisessa (esim. Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012; Linehan ym., 2002; Pennay ym., 2011; Van Den Bosch, Verheul, Schippers, & Van Den Brink, 2002).

Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta ja tehokkuutta on tarkasteltu potilailla, joilla on yksittäisiä tai komorbideja diagnooseja. Dialektista käyttäytymisterapiaa on myös tarpeen mukaan muokattu psykiatrisen ongelman erityispiirteiden vuoksi. Esimerkiksi päihdehäiriöitä hoitaessa hoito-ohjelmaan on lisätty päihteiden käytön seuranta. Vastaavasti syömishäiriöiden kohdalla jotkin terapian sisällöistä on korvattu syömishäiriöihin liittyvällä psykoedukaatiolla. Dialektista käyttäytymisterapiaa on muokattu myös erilaisiin hoitoympäristöihin, mutta niiden toimivuutta ei ole juurikaan tutkittu. Tässä tutkielmassa keskitytään dialektisen käyttäytymisterapian toimivuuteen päiväosastoympäristössä, joka sisältää kaikki dialektisen käyttäytymisterapian piirteet. Keskeinen ero perusmuotoiseen dialektiseen käyttäytymisterapiaan on hoitojakson kesto ja intensiivisyys: tyypillisesti 12 kuukauden aikana käytävä sisältö tiivistetään noin neljän kuukauden mittaiseen työskentelyjaksoon, jossa potilaat käyvät jokaisena arkipäivänä.

### **1.1. Dialektisen käyttäytymisterapian periaatteet**

Dialektinen käyttäytymisterapia on tavoiteorientoitunut terapiamuoto. Dialektisen käyttäytymisterapian yksilöpsykoterapiassa määritellään jokaiselle potilaalle omat tavoitteet. Tavoitteet voivat liittyä esimerkiksi oman elämän hallintaan, ihmissuhteissa rakentavasti toimimiseen tai omien rajojen vetämisen opetteluun. Näiden yksilöllisten tavoitteiden lisäksi terapiatyöskentelyä ohjaa dialektisen käyttäytymisterapian hoitohierarkia, jossa terapiatapaamisten keskiöön nostetaan aina haitallisin käyttäytymismuoto. Haitallisia käyttäytymismuotoja ovat esimerkiksi itsetuhoisuus ja terapiaa itsessään häiritsevä käyttäytyminen, kuten toistuva

myöhästyminen tai poissaoleminen. Yksilöterapiassa keskitytään pitkälti potilaan motivaatioon pysyä elossa ja hoidossa, kun taas ryhmämuotoisessa taitoalennuksessa opetellaan tietoisuustaitoja, ahdingonsietotaitoja, tunnesäätelytaitoja ja tehokkaan vuorovaikutuksen taitoja (Van Den Bosch ym., 2002). Hoitomuodon osien tarkoitus on tarjota potilaalle sekä laaja turvaverkko että vastuu oman hoitonsa etenemisestä. Hoitosykli perusmuotoisessa dialektisessa käyttäytymisterapiassa on 12 kuukautta, jonka jälkeen yksilöterapeutti ja potilas arvioivat, miten hyvin potilas on saavuttanut asetetut yksilötavoitteet. Mikäli potilaan vointi ei ole kohentunut, terapia lopetetaan tuloksettomana. Jos taas potilas voi paremmin mutta työstettävää on jäljellä, voidaan terapiaa jatkaa toiset 12 kuukautta, ja jälleen arvioida jatkoon tarvetta (Linehan, 1993).

Dialektinen käyttäytymisterapia on erittäin strukturoitu hoitomuoto (McMain, Korman, & Dimeff, 2001). Erityisesti hoidon alkuvaiheessa panostetaan siihen, että potilas kykenee sitoutumaan hoitoon ja korvaamaan vahingollisia käyttäytymismallejaan hallituilla, rakentavilla käyttäytymismalleilla. Perusmuotoisessa dialektisessa käyttäytymisterapiassa on neljä erillistä elementtiä: viikottainen yksilöpsykoterapia, ryhmämuotoinen taitoalennus ja hoitotiimin sisäinen palaveri sekä mahdollisuus soittaa terapeutilleen mihin vuorokauden aikaan tahansa. Jokaisella terapiaelementillä on oma tarkoituksensa. Yksilöpsykoterapiassa tavoitellaan potilaan yksilöllisiä ja henkilökohtaisia tavoitteita sekä tuetaan hänen motivaatiotaan työskennellä elämänlaatussa kohentamisen eteen. Muutos ei lähtökohtaisesti ole koskaan helppoa, vaikka muutoksen suunta olisikin positiivinen. Siksi yksilöpsykoterapiassa kannustetaan potilasta tekemään töitä paremman, elämisen arvoisen elämän vuoksi. Ryhmämuotoisen taitoalennuksen tarkoitus on tarjota sekä vertaistukea että ympäristö, jossa harjoitellaan ja omaksutaan potilaan toimintakyvyn kannalta tärkeitä taitoja. Hoitotiimin sisäisen palaverin tarkoitus on tukea hoitotiimiä työssään potilaiden kanssa. Potilas saa soittaa terapeutilleen milloin tahansa, jotta potilas saa mahdollisesti tarvitsemaansa tukea hyödyntää arjessaan dialektisessa käyttäytymisterapiassaan oppimia taitoja. Soittojen tulee olla tarkoituksenmukaisia, eli tilanteita joissa potilas ei joko tiedä, miten toimisi rakentavasti tai harkitsee vahingollisten toimintatapojen käyttämistä.

Dialektinen käyttäytymisterapia on kokonaisvaltainen terapiamuoto, sillä terapeuttien ohella myös muu hoitohenkilökunta sekä potilaat itse koulutetaan osaksi dialektista ympäristöä. Dialektinen ympäristö rakennetaan otolliseksi sekä potilaiden muutostyöskentelylle että hoitohenkilökunnan jaksamiselle. Dialektisessa ympäristössä potilas nähdään tasavertaisena hoitohenkilökunnan kanssa, koska hän on itse vastuussa omaan hoitoonsa sitoutumisesta ja hoidon etenemisestä.

Hoitohenkilökunnan sisäisiä palavereja pidetään, jotta hoitohenkilökunta saa vertaistukea hoitotyölleen ja tukea työmotivaation ylläpitämiseen (McMain ym., 2001). Palavereissa

hoitohenkilökunta käsittelee ja ratkaisee yhdessä hankalia tai jumiutuneita potilaiden tilanteita. Terapiamuodon kokonaisvaltaisuutta voidaan ylläpitää kestäväällä tavalla, kun dialektisen käyttäytymisterapian tavoitteet ja rakenne ovat jokaiselle hoitomuodossa olevalle ja työskentelevälle selviä.

## **1.2. Ongelmien jäsentäminen dialektisessa käyttäytymisterapiassa**

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa epävakaaseen persoonallisuuteen kuuluva tunne-elämän epävakaas jäsennetään seuraavasti: puuttuvat interpersoonalliset ja itsesäätelytaidot yhdessä psykologisten ja ympäristötekijöiden kanssa joko estävät yksilöä hyödyntämästä taitojaan tai vahvistavat haitallisia käyttäytymismalleja (Feigenbaum, 2007; Linehan 1993). Tunne-elämän epävakaas ilmenee kohonneena emotionaalisena sensitiivisyytenä, kyvyttömyytenä säädellä voimakkaita tunnekokemuksia ja hitaana palautumisena tunnekokemuksista (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009). Tunnesäätelyn ongelmat tulevat esille etenkin tilanteissa, joissa on voimakas tunnelataus, ja johtavat yksilölle ja ympäristölle haitallisiin käyttäytymismalleihin. Terapiamuoto onkin suunniteltu uusien taitojen opettelemista varten, yksilön taitovalikoiman laajentamiseen ja uusien taitojen yleistymiseen kontekstista toiseen.

Dialektinen käyttäytymisterapia ei ole diagnoosispesifi alkuperäisestä epävakaaseen persoonallisuuteen keskittymisestään huolimatta, joten samoja periaatteita voidaan hyödyntää myös muita diagnooseja saaneiden potilaiden kohdalla. Dialektisen käyttäytymisterapian taito- ja valmennuksessa opetellaan jokaisen toimintakyvylle hyödyllisiä taitoja: vuorovaikutustaitoja, läsnä olemisen, ahdistuksen sietämisen ja tunteiden säätelyn taitoja. Toisaalta dialektinen käyttäytymisterapia myös jäsentää monenlaisia psykiatrisia ongelmia nimenomaan tunteiden yli- tai alisäätelyn kautta. Diagnoosirajat ylittäviä psykiatrisia oireita ovat esimerkiksi ahdistus, krooninen asioista murehtiminen ja itsemurha-ajatukset, jotka yhdessä voivat vaikuttaa henkilön sosiaaliseen, psykologiseen ja ammatilliseen toimintakykyyn. Psykologinen joustamattomuus puolestaan on ajattelumallien jäykkyyttä sekä hyväksyvää tai välttelevää tapaa reagoida tilanteisiin.

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa varataan aikaa haitallisia käyttäytymismalleja laukaisevien ärsykkeiden tunnistamiseen. Laukaisevia ärsykejä voivat olla niin opitut assosiaatiot kuin sattumatkin (Feigenbaum, 2007). Opituilla assosiaatioilla tarkoitetaan kokemusten perusteella opittua yhteyttä asioiden välillä, ja ne ovat yksiselitteisempiä kuin sattumat. Sattumilla tarkoitetaan ulkoisia tai sisäisiä käyttäytymiseen vaikuttavia seikkoja, jotka ylläpitävät ja kehittävät käyttäytymismalleja. Sattumat voivat olla esimerkiksi yksilön kokemia tunteita tai ympäristön suhtautumisessa tapahtuvia muutoksia. Sattumien vaikutus käyttäytymismalleihin on opittuja assosiaatioita monimutkaisempaa ja hienovaraisempaa.



Dialektinen lähestymistapa korostaa luontaisten jännitteiden etsimistä ja syntetisointia muutoksen mahdollistamiseksi (McMain, Korman, & Dimeff, 2001). Potilaita kannustetaan kohtaamaan ja hyväksymään vaikeilta tuntuvat tunnekokemukset, joita he tyypillisesti välttäisivät erilaisilla vahingollisilla toimintastrategioilla. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa on olennaista, että potilas oppii tunnistamaan ja tulemaan toimeen omien tunteidensa kanssa, sillä negatiiviset asiat kuuluvat elämään yhtä erottamattomasti kuin positiivisetkin asiat. Tärkeänä pidetään myös ylitsevuotavien negatiivisten tunnekokemusten estämistä eli sitä, ettei potilas esteen tai pettymyksen äärellä turhaan liittäisi negatiivisia konnotaatioita itseensä. Tällaisia negatiivisia konnotaatioita voivat olla vahvat minäkuvaan osuvat epäonnistumisen ja kelvottomuuden kokemukset.

### **1.3. Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuus**

Dialektinen käyttäytymisterapia on kehitetty alun perin persoonaltaan epävakaisten potilaiden (diagnoosit F60.3 ja F60.31) hoitoon (Linehan, 1993), ja varhaisissa vaiheissaan terapiamuodon empiirinen testaus myös rajoittui tähän psykiatriseen diagnoosiryhmään. Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuus epävakaan persoonallisuuden hoitamisessa on osoitettu satunnaistetuilla ja kontrolloiduilla kokeilla (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010; Öst, 2008). Yhteensä 13 satunnaistetun ja kontrolloidun kokeen perusteella tehdyn meta-analyysin perusteella dialektinen käyttäytymisterapia toimii potilaiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kohentamisessa ( $g=0,58$ ) (Öst, 2008). Kahdeksassa tutkimuksessa dialektinen käyttäytymisterapia oli vähintään yhtä toimiva kuin verrokkihoitomuoto, joka oli joko masennuslääkitys tai muu terapiamuoto. Kahdessa tutkimuksessa dialektinen käyttäytymisterapia osoittautui toimivammaksi kuin verrokkihoitomuotona ollut terapiamuoto. Kahdessa tutkimuksessa dialektista käyttäytymisterapiaa verrattiin odotuslistalla olemiseen, jota ei voida pitää samalla tavalla hoitomuotona kuin aktiivista hoitoa. Kummassakin tutkimuksessa dialektinen käyttäytymisterapia oli joka tapauksessa toimivampi kuin odotuslista (Safer, Telch, & Agras, 2001; Telch, Agras, & Linehan, 2001).

Östin (2008) meta-analyysissä oli mukana yhdeksän epävakaaseen persoonallisuuteen keskittyvää tutkimusta, yksi komorbidia masennusta ja epävakaata persoonallisuutta hoitava tutkimus, yksi pelkän masennuksen hoitoon ja kaksi syömishäiriöihin kohdistettua tutkimusta. Tuorempi meta-analyysi kohdistui vain perusmuotoiseen dialektiseen käyttäytymisterapiaan jossa hoidettiin yksinomaan persoonaltaan epävakaita potilaita (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010). Meta-analyysiin sopivia tutkimuksia löydettiin 16, joista kahdeksan oli satunnaistettuja ja kontrolloituja kokeita. Kun meta-analyysissä huomioitiin vain kokeelliset ja satunnaistetut kokeet, dialektinen käyttäytymisterapia kohensi potilaiden hyvinvointia (efektin koko, Hodge's  $g=0,39$ ), eikä kaikkien 16 tutkimuksen huomioiminen juuri muuttanut tätä tulkintaa ( $g=0,44$ ).

Dialektista käyttäytymisterapiaa on sovellettu onnistuneesti epävakaan persoonallisuuden lisäksi myös muiden psykiatristen häiriöiden hoitoon, kuten syömishäiriöiden (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012), ja komorbidin epävakaan persoonallisuuden ja päihdehäiriön hoitamisessa (Linehan ym., 2002; Pennay ym., 2011; Van Den Bosch, Verheul, Schippers, & Van Den Brink, 2002). Yksittäisiä tutkimustuloksia on myös dialektisen käyttäytymisterapian toimivuudesta muun muassa komorbidin epävakaan persoonallisuuden ja posttraumaattisen stressihäiriön hoitamisessa (Harned, Korslund, & Linehan, 2014), posttraumaattisen stressihäiriön (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012), masennuksen (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003), itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen hoidossa (Mehlum ym., 2014, 2016; Stanley, Brodsky, Nelson, & Dulit, 2007) ja vankien vihanhallinta- ja väkivaltaongelmien hoidossa (Evershed ym., 2003) sekä aikuisten AHDH-oireilun lievittämisessä (Hirvikoski ym., 2011).

Syömishäiriöitä luonnehtivat haitalliset käyttäytymismallit, kuten syömästä kieltäytyminen, ahmiminen ja oksentaminen. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa syömishäiriöiden haitalliset käyttäytymismallit nähdään potilaan yrityksenä säädellä tunnekokemuksiaan ruoan kautta, joko kieltäytymällä syömästä tai syömällä liikaa (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012). Esimerkiksi voimakas tunnekokemus voi johtaa ahmimiseen, joka rauhoittaa potilaan, ja toimii siten tunnesäätelyn mekanismina. Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta ahmimishäiriöiden (engl. *bulimia nervosa* ja *binge-eating disorder*) ja laihuushäiriön (engl. *anorexia nervosa*) kohdalla on arvioitu 13 tutkimuksen katsauksessa (Bankoff ym., 2012). Yhdeksän näistä tutkimuksista kohdistui syömishäiriön hoitamiseen ja neljä syömishäiriön ja komorbidin epävakaan persoonallisuuden hoitamiseen. Syömishäiriön hoitamista tarkastelleista tutkimuksista kahdeksassa todettiin syömishäiriökäyttäytymisen vähenneen. Yhdeksäs tutkimus ei tarkastellut hoitojakson välitöntä tuloksellisuutta vaan syömishäiriökäyttäytymisen ääreen palaamisen riskitekijöitä. Neljässä komorbidin syömishäiriön ja epävakaan persoonallisuuden hoitamiseen keskittyneessä tutkimuksessa havaittiin, että dialektinen käyttäytymisterapia vähensi syömishäiriökäyttäytymistä. Yhdessä nämä 13 tutkimusta tarjoavat rohkaisevaa tukea dialektisen käyttäytymisterapian toimivuudelle syömishäiriöiden hoitamisessa.

Epävakaata persoonallisuutta voi ilmetä monella eri tavalla, ja yksi haitallinen tapa hallita tunne-elämäänsä on päihteiden väärinkäyttö. Komorbidia päihdehäiriötä ja epävakaata persoonallisuutta tutkittaessa on havaittu, että päihdehäiriö ei moderoi dialektisen käyttäytymisterapian vaikutusta epävakaaseen persoonallisuuteen (Van Den Bosch, Verheul, Schippers, & Van Den Brink, 2002). Noin puolella tutkimukseen osallistuneista potilaista oli päihdehäiriö. 12 kuukautta kestäneessä hoitomuotojen vertailussa potilaat sitoutuivat paremmin dialektiseen käyttäytymisterapiaan kuin

tyypilliseen päihdehäiriön hoitomuotoon, ja vähensivät haitallisten käyttäytymismallien käyttämistään. Lisäksi hoitajakson alussa useimmin haitallisia käyttäytymismalleja hyödyntäneet potilaat vähensivät haitallisia käyttäytymismallejaan eniten. Tämä positiivinen efekti havaittiin riippumatta siitä, oliko potilaalla päihdehäiriö vai ei. Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta päihdehäiriön ja epävakaa persoonallisuuden hoitamisessa on tutkittu myös siten, että kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla on päihdehäiriö. Sekä dialektinen käyttäytymisterapia että verrokkihoitomuoto vähensivät päihteiden väärinkäyttöä (Linehan ym., 2002). Dialektisen käyttäytymisterapian käyneiden potilaiden kohdalla hoidon edut olivat kuitenkin merkittävämmät, sillä hoitajakson vaikutukset näkyivät vielä 12 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen.

#### **1.4. Intensiivinen avohoito**

Dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta intensiivisessä avohoidossa ei ole juurikaan tutkittu. Perusmuotoisessa dialektisessa käyttäytymisterapiassa hoitajakson kesto on 12 kuukautta ja yksilöterapiassa ja taitoryhmissä ei käydä viittä päivää viikossa. Perusmuotoisessa dialektisessa käyttäytymisterapiassa potilaan poissaoloihin hoitokerroista suhtaudutaan tiukasti ja usea peräkkäinen poissaolo johtaa hoitajakson keskeyttämiseen. Päiväosastokontekstissa dialektisen käyttäytymisterapian sisältö tiivistetään kestoaltaan lyhyempään mutta intensiivisempään hoitajaksoon, eikä hoitajaksoa keskeytetä automaattisesti tietyn poissaolomäärän perusteella.

Psykiatrisen hoidon kenttä jakautuu intensiivisyydessään kolmeen tasoon: avohoitoon, intensiiviseen avohoitoon ja sairaalahoitoon. Avohoidossa yksittäiseen potilaaseen suunnataan vähemmän resursseja verrattuna muihin hoidon tasoihin. Potilas käy avohoidossa esimerkiksi muutaman kerran kuukaudessa. Sairaalahoito on intensiivisin psykiatrisista hoitomuodoista, ja sairaalahoidossa oleva potilas yöpyy sairaalassa. Näiden kahden tason väliin asettuu intensiivinen avohoito eli päiväosasto, jossa potilaat yöpyvät kotonaan, mutta ovat päiväosastolla jokaisena arkipäivänä. Intensiivinen avohoito on työskentelyjakso, joka edellyttää potilaalta elämäntilannetta, jossa hän voi sitoutua käymään päiväosastolla viitenä päivänä viikossa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Hyvinkään 17-paikkainen päiväosasto on intensiivistä avohoitoa. Hoitajaksole tullaan läheteellä, ja lähettävänä psykiatrisena tahona voi olla esimerkiksi avohoitopoliklinikka, jossa on todettu potilaan todennäköisesti hyötyvän intensiivisemmästä hoitomuodosta. Lähettävä taho voi myös olla sairaala, jos potilaan katsotaan hyötyvän hoidon intensiteetin asteittaisesta laskemisesta kohti avohoitoa. Päiväosastolle otetaan masentuneita, ahdistuneita, kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheessa olevia ja

persoonaltaan epävakaita potilaita. Päiväosastolla keskitytään hoitojakson tarjoamiseen potilaille heidän tilanteensa tutkimisen sijasta.

Hyvinkään päiväosasto käyttää hoitomenetelmänään dialektista käyttäytymisterapiaa: hoitojakson kesto on tyypillisesti kolmesta neljään kuukautta ja epävakaan persoonallisuuden ohella käytössä myös muiden diagnostisten ryhmien hoidossa. Hoitojakso on ohjelmaltaan strukturoitu ja intensiivinen, sillä potilaat ovat paikalla jokaisena arkipäivänä. Hoitojaksoon sisältyy ryhmämuotoista taitovalmennusta, yksilötyöskentelyä, mahdollisuus soittaa terapeutille milloin tahansa ja hoitotiimin työskentelyä tukevat sisäiset palaverit. Hoitojakson pituus ja intensiteetti joustavat potilaan tarpeiden mukaisesti ja mahdollisista poissaoloista sovitaan yksilöllisesti. Potilaan kanssa saatetaan esimerkiksi sopia, että hoitojakson lopulla hän kokeilee toimimista päiväosaston ulkopuolella kahdesti viikossa. Potilaalle voidaan myös harkinnanvaraisesti tarjota varsinaisen hoitojakson jälkeinen kertausjakso muutaman kuukauden päästä hoitojakson päättymisestä.

### **1.5. Tutkimusongelmat ja -hypoteesit**

1. Miten dialektiseen käyttäytymisterapiaan osallistumisen kesto ja tiheys ennustavat muutosta psykiatrisissa oireissa? Tutkimuksen kohteena ovat psykologinen joustamattomuus, ahdistus, yleinen toimintakyky, krooninen murehtiminen ja itsemurha-ajatukset intensiivisen avohoitojakson aikana.
2. Näkyvätkö hoidon vaikutukset 90 päivän aikana hoitojakson päättymisen jälkeen?

## 2. Menetelmät

### 2.1. Tutkittavat

Tutkimus kohdennettiin Hyvinkään DKT-päiväosastolla olleisiin potilaisiin. Potilaat (n=98) täyttivät oiremittarikyselyt päiväosastohoitojakson alussa ja lopussa. Potilaiden keski-ikä hoitojakson alussa oli 34.0 vuotta ja keskihajonta 12.4 vuotta. Iän vaihteluväli oli 18–62 vuotta. Potilaista 79.8 % oli naisia ja 19.2 % miehiä. Potilaat olivat kotoisin Hyvinkäältä (74.7 %) ja Hyvinkään lähiseuduilta (Nurmijärvi, Järvenpää, Mäntsälä, Tuusula ja Kirkkonummi). Potilaat olivat päiväosastolla hoitojaksollaan keskimäärin 65.5 päivää. Hoitojakson keston keskihajonta oli 44.3 päivää.

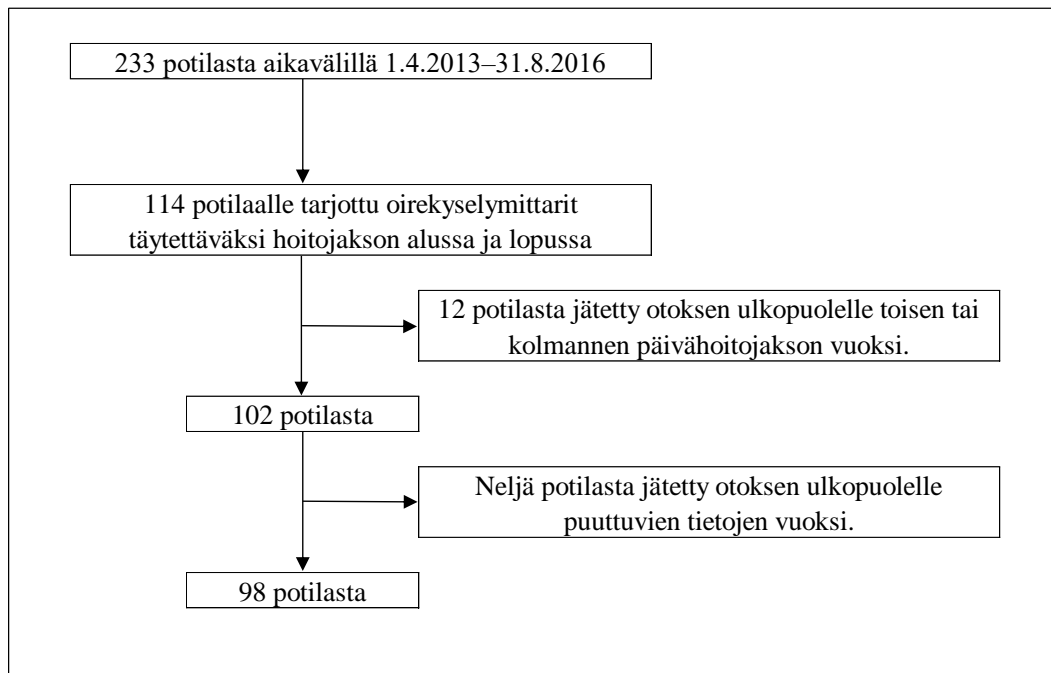
Potilaiden vaikeudet olivat vaikea-asteisia ja keskenään heterogeenisiä, sillä päiväosastohoitoon tulevilla potilailla voi olla yksi tai useampi diagnoosi. Tyypillisimmät diagnoosit olivat erilaiset masennusdiagnoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja epävakaata persoonallisuus. Taulukossa 1 on kerrottu potilaiden hoitohistoriasta sairaalahoitossa, intensiivisessä avohoidossa ja avohoidossa olleiden potilaiden osuus otoksesta, sekä useampaa kuin yhtä aiempaa psykiatrista hoitotahoa tarvinneiden potilaiden osuus. Koska päiväosastolle tullaan lähetteellä, oli jokaisella potilaalla vähintään yksi aiempi psykiatrinen hoitotaho ja hoitomuoto. Yhteensä 27.6 % potilaista oli hoitohistoriaa kahdesta psykiatrisesta hoitomuodosta ja 38.8 % potilaista oli hoitohistoriaa jokaisesta kolmesta psykiatrisesta hoitomuodosta.

Taulukko 1.

*Ennen hoitojaksoa psykiatrista hoitoa ja hoitotahoa tarvinneiden potilaiden osuus (%).*

sairaalahoito	intensiivinen avohoito	avohoito	hoitotahoa enemmän kuin yksi
52	53	88	77

Koko käytettävissä ollut aikaväli terveydenhuoltojärjestelmän psykiatrisiin tietoihin oli 1.1.2009–14.12.2017. Tältä ajalta kiinnostuksen kohteena olivat avohoito, intensiivinen avohoito eli päiväosastohoito ja sairaalahoito. Päiväosastohoitojaksoja tarkasteltiin alkaen 1.4.2013, jolloin Hyvinkään päiväosastohoito oli vakiintunut työotteeltaan dialektiseen käyttäytymisterapiaan peruspiirteineen. Päiväosastohoitojaksoilla tässä tutkimuksessa käytössä olleiden oirekyselymittareiden jakaminen päättyi 31.8.2016, lukuun ottamatta tuolloin käynnissä olleita hoitojaksoja, joiden päättyessä luonnollisesti tarjottiin oirekyselymittarit täytettäväksi. Päiväosastolla olleista potilaista kaikille ei ehditty tarjota oirekyselymittarien täyttämistä muuttuvien hoidon tarpeiden, varhain keskeytyneiden hoitojaksojen tai muun syyn vuoksi. Otokseen tarkempi muodostuminen on kerrottu kuvassa 1.



Kuva 1. Otoksen muodostuminen Hyvinkään päiväsaston potilaista.

## 2.2. Arviointimenetelmät

### AAQ-2

Psykologista joustamattomuutta mitattiin Bondin ym. (2011) kehittämällä asteikolla Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2). AAQ-2 sisältää 10 osiota, joihin vastataan 7-portaisella asteikolla (0 = ei koskaan pidä paikkaansa, 7 = pitää aina paikkaansa). Osiot mittaavat psykologista joustamattomuutta, hyväksyntää ja välttelyä (esim. ”Pelkään tunteitani”, ”Huolet estävät minua menestymästä”). Psykologista joustamattomuutta kuvastava muuttuja laskettiin summamuuttujana kaikista osioista: mitä pienempi luku, sitä pienempää psykologista joustavuutta se heijastaa. Asteikon sisäinen johdonmukaisuus on tutkimuksissa havaittu hyväksi (Cronbachin  $\alpha = .84-.86$ ); (Bond ym., 2011; Fledderus, Bohlmeijer, Smit, & Westerhof, 2010). Tässä tutkimuksessa asteikon sisäinen johdonmukaisuus oli hieman matalampi (Cronbachin  $\alpha = .60$ ).

### BAI

Ahdistusta mitattiin Beckin ja Steerin (1990) kehittämällä asteikolla Beck’s Anxiety Inventory (BAI). BAI on 21-osioinen kysely, johon vastataan 4-portaisella asteikolla (0 = ei lainkaan, 3 = kovasti). Osiot mittaavat ahdistukseen liittyviä tuntemuksia (esim. ”Kyvyttömyys rentoutua”, ”Kuolemanpelko”). Ahdistusta kuvastava muuttuja laskettiin summamuuttujana kaikista osioista.

Asteikon sisäinen johdonmukaisuus on tutkimuksissa todettu hyväksi (Cronbachin  $\alpha = .92$ ); (Beck & Steer, 1990; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Tässä tutkimuksessa asteikon sisäinen johdonmukaisuus oli hieman matalampi, mutta hyvä (Cronbachin  $\alpha = .80$ ).

## **GAF**

Yleistä toimintakykyä arvioitiin Hallin (1995) muokkaamalla Global Assessment of Functioning -asteikolla (GAF). GAF on terveydenhuollon ammattihenkilön täyttämä kyselyä, jossa arvioidaan potilaan sosiaalista, psykologista ja ammatillista toimintakykyä asteikolla. GAF:n korkein arvo on 100 pistettä, joka tarkoittaa erinomaista toimintakykyä. Matalin pistemäärä on 0 pistettä, joka tarkoittaa riittämättömiä tietoja. Toimintakykyä kuvaava muuttujan arvo määräytyi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion mukaan. Asteikon reliabiliteetti arviota tekevien henkilöiden yksimielisyytenä mitattuna on hyvä (ICC = .81); (Hall, 1995). Tässäkin tutkimuksessa asteikon sisäinen johdonmukaisuus oli (Cronbachin  $\alpha = .79$ ).

## **PSWQ**

Kroonista murehtimista ja huolissaan olemista mitattiin Meyerin, Millerin, Metzgerin ja Borkovecin (1990) kehittämällä asteikolla The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). PSWQ sisältää 16 osiota, joihin vastataan 5-portaisella asteikolla (1 = Asia ei ole ollenkaan minulle tyypillistä, 5 = Asia on minulle hyvin tyypillistä). Osiot mittaavat murehtimista ja huolehtimista (esim. ”Monenlaiset tilanteet saavat minut huolestumaan.”, ”En osaa lopettaa murehtimista, kun alan murehtia jotakin.”). Murehtimista ilmaiseva muuttuja laskettiin summamuuttujana kaikista osioista. Asteikon sisäinen johdonmukaisuus on todettu tutkimuksissa hyväksi (Cronbachin  $\alpha = .92$ – $.93$ .); (Brown, Antony, & Barlow, 1992; Meyer ym., 1990). Tässä tutkimuksessa asteikon sisäinen johdonmukaisuus oli hieman matalampi, mutta hyvä (Cronbachin  $\alpha = .81$ ).

## **SSI**

Itsemurha-ajatuksia mitattiin Beckin, Kovacsin ja Weissmanin (1979) kehittämällä asteikolla The Scale for Suicidal Ideation (SSI). SSI sisältää 19 osiota, joihin vastataan 3-portaisella asteikolla, joista terveydenhuollon ammattihenkilö valitsi sopivan vaihtoehdon. Osiot mittaavat potilaan itsemurhaan ja itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia mittausajankohtaa edeltäneeltä viikolta (esim. ”Tunnetko pystyväsi hallitsemaan halusi vahingoittaa itseäsi tai ottaa lääkkeitä?”, ”Oletko kirjoittanut yhden tai useamman jäähyväiskirjeen?”). Itsemurha-ajatuksia kuvaava muuttuja laskettiin summamuuttujana kaikista osioista. Asteikon reliabiliteetti arviota tekevien henkilöiden yksimielisyytenä mitattuna on hyvä (ICC = .83); (Beck ym., 1979). Tässä tutkimuksessa asteikon

sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä (Cronbachin  $\alpha = .81$ ). SSI-kyselyn pistejakauma oli niin vino, että SSI:n dikotominen luokittelu oli perusteltua. Katkaisupisteeksi valittiin aiempien tutkimusten perusteella kuusi pistettä (Holi ym., 2005; Sokero ym., 2003). Korkeintaan kuusi pistettä SSI-kyselystä vastaa itsemurha-ajatusten olemattomuutta ja seitsemän tai enemmän luokiteltiin itsemurha-ajatusten olemassaoloksi.



### **2.3. Tutkimuksen kulku**

Oirekyselymittarit AAQ-2, BAI ja PSWQ annettiin potilaan täytettäväksi hoitojakson alussa ja hoitojakson lopussa. Oirekyselymittarit GAF ja SSI täytti terveydenhuollon ammattihenkilö hoitojakson alussa ja lopussa. Tästä aineistosta oli käytettävissä kyselymittareiden kokonaispistemäärät. Kokonaispistemäärät alku- ja loppumittauksista yhdistettiin pseudonymisoidusti kunkin potilaan terveydenhuoltojärjestelmän psykiatriseen tietoon. Hoitojakson jälkeistä 90 päivän seurantajakso laskettiin kunkin potilaan kohdalla järjestelmätiedoista erikseen. Osalla potilaista teetettiin myös Beckin depressioinventaari (BDI), mutta sen tuloksia ei tarkastella tässä, koska BDI lisättiin kyselymittareihin kesken tarkastelujakson.

### **2.4. Tilastolliset menetelmät**

Terveydenhuoltojärjestelmän psykiatrisen tiedon aggregointi, kyselymittaripistemäärien ja järjestelmäaineiston yhdistäminen, pseudonymisointi ja muokkaaminen tehtiin Microsoft Excelillä (2016). Tilastolliset analyysit suoritettiin IBM SPSS Statistics 24.0 -ohjelmistolla.

Kyselymittariaineistosta puuttuvia arvoja ei imputoitu, vaan valittiin robustit tilastolliset analyysit, joita käyttäessä aineisto saadaan kokonaan käyttöön puuttuvista arvoista huolimatta.

Muutosta AAQ-2 -, BAI -, GAF- ja PSWQ -kyselymittareissa tarkasteltiin lineaarisilla sekamalleilla menetelmän joustavuuden takia. Lineaarinen sekamalli sopii aineistoon, jossa potilaiden hoitojaksot olivat erimittaisia ja kyselymittareissa oli puuttuvia arvoja. Koska aineistossa oli kaksi aikapistettä (alku- ja loppumittaus), tarkasteltiin ainoastaan kahta mahdollista kovarianssirakennetta, eli tasakorrelaatiota ja määrittelemätöntä. Jokaisessa lineaarisessa sekamallissa käytettiin kovarianssirakenteena tasakorrelaatiota, koska se osoittautui sopivammaksi. Muutosta luokitellussa SSI-pistemäärässä tarkasteltiin yleistetyllä sekamallilla, eli lineaarisella logistisella sekamallilla. Yleistetyistä sekamalleista tarkasteltiin sekä robustia että malliin pohjautuvaa kovarianssirakennetta. Kumpikin kovarianssirakenne tuotti saman lopputuloksen, joten malleissa käytettiin robustia kovarianssirakennetta.

Muutosta ennustettiin ajalla, sukupuolella ja iällä, sekä hoidossa käymisen kestolla ja tiheydellä. Kesto ja tiheys laskettiin kahdesta ensimmäisestä viikosta, kahdesta viimeisestä viikosta ja koko hoitojaksosta jakamalla käytyjen osastopäivien lukumäärä teoreettisella osastopäivien lukumäärällä. Ensimmäisen ja viimeisen kahden viikon kohdalla teoreettinen määrä oli kymmenen osastopäivää. Koko hoitojakson kohdalla jokaiselle potilaalle laskettiin omaa hoitojakson kestoja vastaava teoreettinen osastopäivien lukumäärä ja toteutuneiden osastopäivien lukumäärä.

Myöhemmän psykiatrisen hoidon tarvetta tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen psykiatrisesta tiedosta määriteltiin jokaisen potilaan kohdalla, oliko tämä tarvinnut psykiatrista hoitoa 90 päivän aikana hoitajakson päättymisen jälkeen. Tätä kaksiluokkaista muuttujaa ennustettiin sukupuolella, iällä ja koko hoitajakson kestolla.

### 3. Tulokset

#### 3.1. Muutos psykiatrisissa oireissa

##### Muutos ajalla, sukupuolella ja iällä ennustettuna

Muutosta psykologisessa joustamattomuudessa, ahdistuksessa, yleisessä toimintakyvyssä ja kroonisessa murehtimisessa tarkasteltiin lineaarisilla sekamalleilla ja muutosta itsemurha-ajatuksissa yleistetyllä sekamallilla. Muutosta ennustettiin ajalla, sukupuolella ja iällä (taulukko 2). Psykologinen joustamattomuus ei muuttunut hoitajakson aikana. Ahdistus väheni, yleinen toimintakyky koheni ja krooninen murehtiminen väheni. Dikotomisesti tarkastellut itsemurha-ajatukset vähenivät.

Taulukko 2.

*Oireilun muutos ajalla, sukupuolella ja iällä ennustettuna.*

	Ennustettava muuttuja				
	AAQ-2	BAI	GAF	PSWQ	SSI
	<b>39.42</b>	<b>22.50</b>	<b>43.28</b>	<b>57.04</b>	-1.06
vakio	(31.92, 46.93)	(13.78, 31.21)	(34.48, 52.07)	(47.29, 66.79)	(-2.77, .65)
	.60	<b>-5.47</b>	<b>10.79</b>	<b>-5.46</b>	<b>0.76</b>
aika <sup>a</sup>	(-2.04, 3.24)	(-7.98, -2.97)	(8.30, 13.27)	(-8.13, -2.79)	(.19, 1.33)
	-3.40	5.35 (-.46,	-1.82	2.78	.08
sukupuoli <sup>b</sup>	(-8.38, 1.58)	11.16)	(-7.70, 4.06)	(-3.72, 9.28)	(-1.09, 1.24)
	.02	-.07	.09	.00	.02
ikä	(-.14, .18)	(-.26, .11)	(-.10, .28)	(-.21, .21)	(-.01, .06)

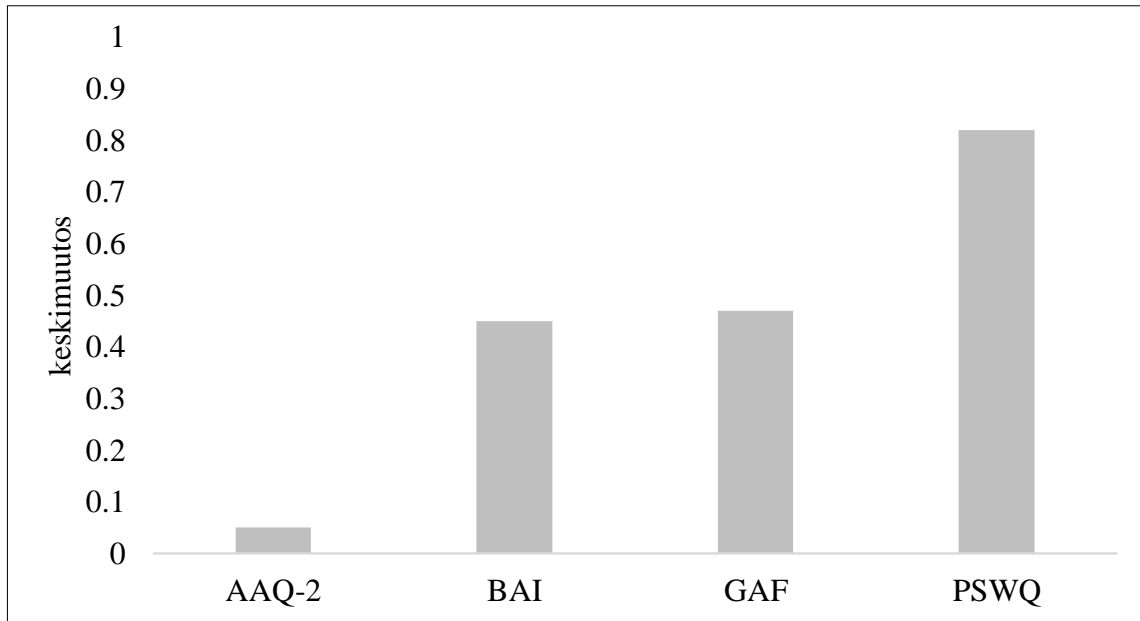
Kyselymittareiden parametriestimaatit, suluisissa 95 % luottamusväli. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < .05$ ) parametriestimaatit on lihavoitu. AAQ-2 = Acceptance and Action Questionnaire, BAI = Beck's Anxiety Inventory, GAF = Global Assessment of Functioning, PSWQ = The Penn State Worry Questionnaire, SSI = The Scale for Suicidal Ideation.

<sup>a</sup> Referenssikategoriana alkumittaus.

<sup>b</sup> Referenssikategoriana miehet.

Psykiatristen oireiden muutosta on havainnollistettu kuvassa 2, jossa havaittu keskimuutos esitetään kunkin kyselymittarin pistemäärien keskihajonnan yksiköissä. Keskihajonnan yksiköt laskettiin jakamalla muutospistemäärä alkumittauksen keskihajonnalla psykologisen joustamattomuuden, ahdistuksen, yleisen toimintakyvyn ja kroonisen murehtimisen kohdalla. Dikotomisesti

tarkasteltujen itsemurha-ajatusten väheneminen ilmenee loppumittauksen ajankohtana pienempänä osuutena potilaista, joilla oli itsemurha-ajatuksia. Hoitojakson alussa 56.7 % (n = 83) potilaista oli itsemurha-ajatuksia. Hoitojakson lopussa 38.0 % (n = 58) potilaista oli itsemurha-ajatuksia.



Kuva 2. Keskimääräinen muutos kyselymittaripistemäärissä alkumittauksen keskihajonnan yksiköissä.

### Muutos hoitojakson intensiivisyydellä ennustettuna

Muutosta psykiatrisissa oireissa tarkasteltiin hoitojakson tiheydellä ja kestolla. Hoitojakson tiheyttä ja kestoä kuvaavat kahden ensimmäisen viikon, kahden viimeisen viikon ja koko hoitojakson suhteellinen frekvenssi sekä hoitojakson kesto päivissä. Hoitojakson tiheys ja kesto eivät olleet yhteydessä psykiatrisiin oireisiin, kun aika, sukupuoli ja ikä oli vakioitu (taulukko 3).

Taulukko 3.

*Hoitojakson intensiteetin yhteys kyselymittareihin, kun aika, sukupuoli ja ikä on vakioitu.*

	Ennustettava muuttuja				
	AAQ-2	BAI	GAF	PSWQ	SSI
kaksi ensimmäistä viikkoa (%)	2.91 (-9.19, 15.01)	3.58 (-10.46, 17.61)	5.62 (-8.48, 19.71)	-.08 (-15.86, 15.70)	.10 (-2.72, 2.92)
kaksi viimeistä viikkoa (%)	-3.61 (-11.48, 4.26)	3.32 (-5.81, 12.44)	5.30 (-3.85, 14.45)	-6.13 (16.40, 4.04)	-.26 (-2.01, 1.57)
koko hoitojakso (%)	.54 (-12.42, 13.51)	4.29 (-10.52, 19.20)	8.47 (-6.48, 23.42)	-7.34 (-23.99, 9.30)	-1.65 (-4.70, 1.40)
hoitojakson kesto	-.01 (-.06, .03)	.00 (-.05, .05)	-.01 (-.06, .04)	-.04 (-.10, .02)	.00 (-.01, .01)

Kyselymittareiden parametriestimaatit, suluissa 95 % luottamusväli. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < .05$ ) parametriestimaatit on lihavoitu. AAQ-2 = Acceptance and Action Questionnaire, BAI = Beck's Anxiety Inventory, GAF = Global Assessment of Functioning, PSWQ = The Penn State Worry Questionnaire, SSI = The Scale for Suicidal Ideation.

### 3.2. Hoitojakson yhteys myöhempään psykiatriseen hoitoon

Hoitojakson yhteyttä myöhempään psykiatriseen hoitoon tarkasteltiin logistisella regressiolla. Myöhempi psykiatrinen hoito määriteltiin avohoidoksi, intensiiviseksi avohoidoksi tai sairaalahoidoksi kolmen kuukauden aikana hoitojakson päättymisen jälkeen. Myöhempää psykiatrista hoitoa ennustettiin sukupuoli, iällä ja hoitojakson kestolla (taulukko 4). Iän myötä riski palata psykiatriseen hoitoon kolmen kuukauden aikana väheni. Toisin sanoen vanhemmilla potilailla oli nuorempiin verrattuna pienempi riski palata hoitoon kolmen kuukauden sisällä hoitojakson päättymisestä.

Taulukko 4.

*Psykiatriseen hoitoon palaaminen sukupuoli, iällä ja hoitojakson kestolla ennustettuna.*

	riskisuhde	95 % luottamusväli
vakio	<b>7.57</b>	-
sukupuoli <sup>a</sup>	.66	.22, 1.97
ikä	<b>.96</b>	.93, .96
hoitojakson kesto	1.00	.99, 1.01

Logistisen regressioanalyysin riskisuhteet ja 95 % luottamusväli. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < .05$ ) riskisuhteet on lihavoitu.

<sup>a</sup> Referenssikategoriana miehet.

## 4. Diskussio

Tässä tutkimuksessa osoitettiin, että heterogeenisistä vaikea-asteisista psykiatrisista oireista kärsivät potilaat hyötyvät dialektisesta käyttäytymisterapiasta intensiivisessä avohoidossa toteutettuna. Hoitojaksoon osallistuminen selitti potilaiden hyvinvoinnin kohenemisen siten, että hoitojakson tiheydellä ja kestolla ei havaittu olevan itsenäistä lisäyhteyttä potilaiden oireilun muutoksiin. Kolmen kuukauden seurantajaksolla varsinaisen hoitojakson jälkeen nuorempien potilaiden havaittiin palaavan psykiatrisen hoidon piiriin todennäköisemmin kuin vanhempien potilaiden. Vastaavanlaista tuloksellisuustutkimusta (engl. *outcome study*) dialektisesta käyttäytymisterapiasta intensiivisessä avohoidossa ei ole aiemmin toteutettu. Tutkimuksessa ei kuitenkaan otoskoon vuoksi kyetty erottelemaan mahdollisesti eri tavoin hoidosta hyötyviä potilaita. Lisähaasteita hoitojakson toimivuuden tarkastelulle tuottavat pitkäaikaiset ja rinnakkain käynnissä olevat psykiatriset hoitokontaktit. Psykiatrisen avun tarve on usein moninainen, ja harvalla potilaalla on kerrallaan vain yksi hoitava taho.

### 4.1. Muutos psykiatrisissa oireissa

Potilaiden psykologisessa joustamattomuudessa ei havaittu muutoksia hoitojakson aikana. Potilaiden psykologisesti jäykät ajatusmallit eivät todennäköisesti muutu joustavammiksi. Myöskään jäykässä tavassa reagoida erilaisiin tilanteisiin ei todennäköisesti tapahtunut muutosta adaptiivisempaan suuntaan. Tämänkaltainen tulos voi heijastaa potilaiden ajattelumallien ja toimintatyylien pysyvämpää yleisluonnetta verrattuna muihin tarkasteltuihin psykiatrisiin oireisiin. AAQ-mittaria ei pidetä sensitiivisenä kliinisen muutoksen mittaajana (Hayes ym., 2004), mikä voi tarkoittaa sitä, ettei tässä tutkimuksessa käytetty psykologisen joustamattomuuden mittari tavoittanut potilaiden joustamattomuuden mahdollista muutosta. Hoitojaksolla työstetään tyypillisesti potilaan yksilökohtaisia tavoitteita, joten yleismaailmalliset osiot, kuten ”Pelkään tunteitani”, eivät välttämättä ole sellaisia psykologisen joustamattomuuden ilmentymiä, jotka intensiivisessäkään hoitojaksossa muuttuisivat. Psykologista joustamattomuutta on mitattu myös verrattaessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa ahdistushäiriöiden hoidossa (Arch ym., 2012), jolloin havaittiin positiivista muutosta molemmissa hoitomuodoissa. Tämä kehityssuunta jatkui positiivisena vielä 12 kuukautta hoitojakson jälkeen. On mahdollista, että Archin tutkimuksessa käytetty AAQ-mittarin 16-osioinen versio on sensitiivisempi muutoksen mittari kuin tässä tutkimuksessa käytetty 10-osioinen versio.

Potilaiden ahdistus väheni hoitojakson aikana, mihin todennäköisesti vaikuttaa usea tekijä. Jo hoitoon pääseminen ja dialektisen käyttäytymisterapian vahva tukiverkko potilaalle voivat lievittää ahdistuksen tunteita. Masennus- ja ahdistuspotilaiden kokema hoidontarve kohdistuu

pääasiallisesti psykoedukatiivisen tiedon ja keskusteluhoidon saamiseen (Prins, Verhaak, van der Meer, Penninx, & Bensing, 2009). Dialektisen käyttäytymisterapian taitoalennuksen taidoista erityisesti ahdingonsietotaidot opettavat potilaille käytännön työkaluja ahdistuksen käsittelyyn ja sietämiseen. Ryhmämuotoisen taitoalennuksen oletetaan vähentävän haitallisia tapoja hallita emotionaalista ahdistusta (Gibson, Booth, Davenport, Keogh, & Owens, 2014). Lisäksi ryhmämuotoinen taitoalennus myös tarjoaa potilaille mahdollisuuden vertaistuelle, mikä on merkittävä tuki uusien taitojen opettellessa. Yhdessä opettelu ja erilaiset käytännön esimerkit tukevat taitojen laajentumista yksittäisistä harjoitteista arkielämän tilanteisiin.

Potilaiden yleinen toimintakyky koheni hoitajakson aikana. Toisin sanoen arvion tehneen terveydenhuollon ammattilaisen arvion mukaan potilaiden sosiaalisessa, psykologisessa ja ammatillisessa toimintakyvyssä havaittiin positiivisia muutoksia. Potilaat voivat paremmin ja hyödyntävät parempia elämäntilanteiden työkaluja hoitajakson lopussa kuin alussa. Tämä positiivinen muutos voidaan linkittää dialektisen käyttäytymisterapian tavoitteelliseen työskentelyyn niin yksilöterapiassa kuin taitoalennuksessa. On myös huomioitava, että dialektisessa käyttäytymisterapiassa vastuu hoidon etenemisestä osoitetaan potilaalle itselleen. Potilaiden valtuuttamista omasta hoidostaan onkin ehdotettu yhdeksi keinoksi tukea potilaskeskeistä hoitoa (van Beljouw ym., 2010). Tällöin on myös luontevaa, että hoitajaksoon sitoutuneiden potilaiden toimintakyky kohoaa, kun heille annetaan sekä mahdollisuus että vastuu toimia rakentavalla ja mielekkäällä tavalla elämässään.

Potilaiden krooninen murehtiminen väheni hoitajakson aikana, mikä voidaan yhdistää dialektisen käyttäytymisterapian dialektiseen synteesiin eli asioiden samanaikaiseen hyväksymiseen ja muuttamiseen. Terapeuttinen työskentely asioiden aidon kohtaamisen ja käsittelyn eteen lieventää kroonista murehtimista. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa murehtimisen kierrettä päästään katkaisemaan aktiivisuuden suuntaamisella murehtimisesta toimintaan. Krooninen murehtiminen väheni myös hyväksymis- ja omistautumisterapiassa sekä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa siten, että positiivinen vaikutus säilyi 12 kuukauden seurannassa (Arch ym., 2012). Yhtenevät tulokset näissä tutkimuksissa viittaavat siihen, että kroonista murehtimista voidaan vähentää terapialla, eikä terapian suuntaus itsessään ole välttämättä olennaista positiiviselle muutokselle.

Itsemurha-ajatuksia ajattelevien potilaiden määrä pieneni hoitajakson aikana, eli terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän arvion mukaan pienempi määrä potilaita oirehti itsetuhoisesti hoitajakson lopussa kuin alussa. Havainto itsemurha-ajatusten vähenemisestä dialektisessa käyttäytymisterapiassa linjassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa (Mehlum ym., 2014, 2016; Stanley, Brodsky, Nelson, & Dulit, 2007). Dialektisen käyttäytymisterapian hoitohierarkian mukaan

yksilöterapiassa käsitellään aina ensimmäisenä potilaan haitallisinta käyttäytymismuotoa. Mikäli potilaalla on itsetuhoisia ajatuksia, niiden käsittely on aina yksilöterapian keskeisin sisältö. Onkin luontevaa, että itsemurha-ajatusten havaitaan vähenevän dialektisessa käyttäytymisterapiassa, sillä yksilöterapiassa ei edetä mihinkään muuhun sisältöön ennen kuin terapiatyöskentelyä itsessään haittaava itsetuhoisuus on käsitelty.

#### **4.2. Hoidon tarve**

Psykiatrisen hoidon tarpeen voidaan ajatella koostuvan sekä objektiivisesta että subjektiivisesta hoidon tarpeesta. Toisin sanoen psykiatrisen oireilun tai diagnosoidun häiriön ohella edellytetään sairautentuntoa eli potilaan omaa kokemusta hoidon tarpeesta. Matala koettu hoidon tarve on yleisin syy olla hakeutumatta hoitoon psykiatrisesta oireilusta riippumatta (Andrade ym., 2014). Masennus- ja ahdistuspotilaiden kokema hoidontarve kohdistuu pääasiallisesti psykoedukatiivisen tiedon ja keskusteluhoidon saamiseen (Prins, Verhaak, van der Meer, Penninx, & Bensing, 2009). Vaikka potilaalla olisi sekä objektiivinen että subjektiivinen hoidon tarve, voivat hoitohenkilökunnan ja potilaan näkemykset tarpeellisen hoidon tuloksellisuudesta kuitenkin erota. Esimerkiksi masennuksesta toipumisessa lääkäreille keskeisintä on masennusoireiden lieventäminen, kun taas potilaille olennaisinta on tunnekokemusten laajentuminen takaisin positiivisiin affekteihin (Demyttenaere ym., 2015). Tämänkaltaiset tavoite-erot johtavat väistämättä erilaisten hoitotavoitteiden eteen työskentelyyn ja yhteistyösuhteen rakoiluun. Terveyskeskuksissa hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitojen on havaittu olevan tärkeitä hoidon saamiselle ja erikoissairaanhoidossa potilaita ohjaa luottamus ammattiapuun (Verhaak ym., 2009). Hoidon tarpeen tunnistanutkin potilas voi jäädä ilman sopivaa ja saavutettavaa hoitoa, mikäli vuorovaikutus terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa ei suju toivotulla tavalla tai henkilökunta ei herätä potilaassa luottamuksen tuntemuksia. Halu ratkoa ongelmansa itse on havaittu olevan merkittävä syy olla hakeutumatta hoitoon, vaikka potilas on tunnistanut hoidontarpeensa (Andrade ym., 2014; van Beljouw ym., 2010). Myös mielenterveydenhäiriöihin liitetty stigma ja hoitoon liittyvät taloudelliset haasteet ovat olennaisia erityisesti nuoremmille ja vanhemmille potilaille (Prins, Verhaak, Bensing, & van der Meer, 2008).

Tutkimuksessa hoitoon sitoutuminen eli hoitojaksolla oleminen selitti positiiviset muutokset. Hoitojakson intensiivisyys, eli satunnaiset poissaolot hoitojaksolta tai hoitojakson kesto kuukausissa ei itsenäisesti muuttanut hoitojakson yhteyttä potilaiden oireiluun. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaalle sopivan mittainen hoitojakso tuottaa tuloksia. Hyvinkään päiväosastolla hoitojakson kesto on tyypillisesti kolmen tai neljän kuukauden mittainen. Työskentelyyn sitoutuminen näinkin pitkäksi ajaksi jokaisena arkipäivänä on ajallinen ja

taloudellinen sijoitus, jonka potilaat tekevät paremman tulevaisuuden toivossa. Pitkäjänteisellä terapiatyöskentelyllä ja uusien toimintatapojen opettelulla onkin potentiaalisesti pitkäaikaisia hyötyjä. Oletettavasti sujuva vuorovaikutus ja yhtenäiset tavoitteet hoitohenkilökunnan kanssa yhdistettynä potilaalle saavutettavissa olevaan hoitoon johtavat hoitoon sitoutumiseen. Hoidon keskeyttäminen ennaikaisesti tarkoittaa hoitoon sitoutumisen katkeamista. Tyypillisesti toimimattomaksi koettu hoito ja muut negatiiviset kokemukset hoidosta voivat johtaa hoidon keskeyttämiseen (Andrade ym., 2014).

Tutkimuksessa havaittiin, että nuoremmat potilaat palasivat vanhempia potilaita todennäköisemmin psykiatrisen hoidon piiriin kolmen kuukauden aikana dialektisen käyttäytymisterapian hoitajakson jälkeen. On mahdollista, että iän myötä pienenevä riski palata psykiatrisen hoidon piiriin heijastelee riittävästi sisäistettyjä taitoja ja saavutettuja yksilöllisiä tavoitteita. Dialektisen käyttäytymisterapian tavoitteena on antaa potilaalle työkalut toimia erilaisissa tilanteissa niin, että potilas kykenee säätelemään omaa toimintaansa ilman psykiatriseen apuun tukeutumista. Nuorempien potilaiden kohdalla psykiatrisen oireilu vaikuttaisi tavoittavan psykiatrista apua edellyttävän tilanteen useammin kuin vanhempien potilaiden kohdalla. Kyseessä saattaa olla esimerkiksi masennusjakson toistuminen. Esimerkiksi 18 kuukauden seurannassa olleista masennuspotilaista vain neljännes saavutti säilyvän ja kokonaisen remission (Vuorilehto, Melartin, & Isometsä, 2009). Riskitekijät, kuten masennuksen vakavuus ja komorbidi mielenterveyshäiriö, persoonallisuus- tai päihdehäiriö, ennustavat lyhyempää aikaa masennusjakson toistumiseen ja mahdolliseen kroonistumiseen (ten Have ym., 2018; Vuorilehto ym., 2009).

Toinen mahdollisuus on, että nuoremmat potilaat tarvitsevat vanhempia potilaita nopeammin psykiatrista apua hoitajakson päättymisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu potilaiden hoidontarvetta kolmen kuukauden seurantajakson jälkeen. Nuoren iän on kuitenkin havaittu olevan riskitekijä sekä hoidon keskeyttämisessä, että hoitoon hakeutumisessa (Andrade ym., 2014; Arnow ym., 2007; Swift & Greenberg, 2012). Nuoremmat potilaat eivät kuitenkaan ole vanhempia potilaita suuremmassa riskissä psykiatrista hoitoa edellyttävien mielenterveysongelmien toistumisesta tai kroonistumisesta. Voidaan spekuloida, että hoitoon päästyään ja sitouduttuaan ja hoitajaksostaan hyötäneet nuoremmat potilaat hyödyntävät herkemmin psykiatrista apua jatkossakin. Arvelut psykiatrisen oirekuorman kasaantumisesta nuoremmille potilaille ovat joka tapauksessa perusteettomia, koska tutkimuksessa havaittiin kaikkien potilaiden psykiatrisen oireilun lievenevän hoitajakson aikana.



### **4.3. Dialektisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus**

Parhaan tietämyksen mukaan tämä tutkimus on ensimmäinen suomalaisella otoksella toteutettu tutkimus, jossa tarkastellaan dialektisen käyttäytymisterapian toimivuutta intensiivisessä avohoidossa. Tutkimuksessa perusmuotoisen, 12 kuukauden sykleissä etenevän dialektisen käyttäytymisterapian sisällöt tiivistettiin huomattavasti lyhyempään, noin kolmen tai neljän kuukauden mittaiseen intensiiviseen hoitojaksoon. Tutkimuksessa havaittiin psykiatristen oireiden lieventymisen ohella iän myötä vähenevä riski palata kolmen kuukauden seurantajakson aikana psykiatrisen hoidon piiriin. Dialektisen käyttäytymisterapian alkuaikoina tehdyssä tutkimuksessa (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991) oletettiin vuoden mittaisen hoitojakson neljän ensimmäisen kuukauden olevan kriittisiä oireiden vähenemiselle ja jäljelle jääneen kahdeksan kuukauden funktiona olevan uusien taitojen opettelun vahvistamiseksi. Näiden hypoteesien varsinainen empiirinen koettelu on edelleen tekemättä. Tässä tutkimuksessa kuitenkin havaittiin merkittäviä muutoksia psykiatrisessa oirehtimisessa jo muutaman kuukauden kestoisessa hoitojaksossa, joten ainakin intensiivisenä toteutettu hoitojakso osoittautui olennaiseksi psykiatrisen oireilun vähentämisessä.

Perusmuotoisen, 12 kuukauden sykleissä etenevän dialektisen käyttäytymisterapian on osoitettu toimivan potilaiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kohentamisessa (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010; Öst, 2008). Dialektista käyttäytymisterapiaa on myös varioitu menestyksekkäästi erilaisten diagnoosiryhmien potilaiden hoitamisessa (esim. Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012; Linehan ym., 2002; Pennay ym., 2011; Van Den Bosch, Verheul, Schippers, & Van Den Brink, 2002). Näiden rohkaisevien tutkimustulosten perusteella ei kuitenkaan voida suoraviivaisesti olettaa, että dialektinen käyttäytymisterapia toimisi miten tahansa muokattuna mille tahansa potilasjoukolle. Erityistä huomiota onkin kiinnitettävä metodologisiin haasteisiin edelleen suhteellisen tuoreella tutkimuskentällä (Scheel, 2000). Dialektista käyttäytymisterapian toimivuutta on tutkittu jonkin verran seurantatutkimuksilla, joiden seuranta-ajat vaihtelevat kolmesta 16 kuukauteen. Seurantajakson pituuden laaja vaihtelu johtaa siihen, että tulkintoja seurantajaksojen tuloksista voidaan pitää tulosten samansuuntaisuuden vuoksi yhtenevinä mutta ei automaattisesti samoja asioita heijastavina. Muutaman kuukauden seurantajakson tuloksia voidaan melko turvallisesti mielin liittää nimenomaan käytyyn hoitojaksoon ja sen sisältöön, mutta yli vuoden mittaisissa seurantajaksoissa sama tulkinta alkaa helposti hämärtyä.

Dialektisen käyttäytymisterapian seurantatutkimuksissa terapiamuodon havaitaan systemaattisesti toimivan. 12 kuukauden seurannassa dialektinen käyttäytymisterapia vähensi voimakkaammin epävakaa persoonallisuudesta kärsivien potilaiden välttelevää käyttäytymistä kuin verrokkihoito

(Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi, & Linehan, 2014). Lisäksi 15 kuukauden seurannassa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden psykiatrinen oireilu väheni merkittävästi kolmen kuukauden hoitojakson jälkeen (Kröger ym., 2006). Yhdessä 16 kuukauden seurannassa havaittiin, että komorbidista päihdehäiriöstä ja epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät potilaat voivat edelleen paremmin kuin hoitojakson alussa (Linehan ym., 2002). Itsetuhoisille nuorille muokatun dialektisen käyttäytymisterapian hoitojakson käyneiden potilaiden itsemurha-ajatukset vähenivät 12 kuukauden seurannassa voimakkaammin kuin verrokkihoidossa (Mehlum ym., 2016).

Huomattavasti lyhyemmässäkin kolmen kuukauden seurantajaksolla havaittiin itsetuhoisuuden vähenevän ja tunnesäätelytaitojen kohenevan potilailla, joiden hoitojakso hyödynsi dialektisen käyttäytymisterapian ryhmämuotoista taitoalennusta (Gibson, Booth, Davenport, Keogh, & Owens, 2014).

Dialektisen käyttäytymisterapian voidaan todeta toimivan psykiatristen oireiden lieventämisessä ja myöhemmän psykiatrisen hoidon tarpeen vähentämisessä. Kun verrataan keskenään erilaisia yhdistelmiä dialektisen käyttäytymisterapian neljästä peruselementistä, on havaittu kaikki neljä peruselementtiä sisältävän dialektisen käyttäytymisterapian olevan tehokkaampi kuin joitain elementtejä pois jättävä variaatio (Linehan ym., 2015). Lisäksi ryhmämuotoisen taitoalennuksen sisällyttäminen hoitojaksoon havaittiin olevan tehokkaampaa kuin sen pois jättäminen. Yksi mahdollinen pysyvää muutosta tukeva piirre dialektisessä käyttäytymisterapiassa on dialektinen synteesi, eli asioiden samanaikainen hyväksyminen ja työstäminen. Asioiden hyväksyminen sellaisenaan on yksi dialektisen käyttäytymisterapian tavoitteista (Van Den Bosch ym., 2002, Linehan 1993). Erityisesti välttelevästi toimivat potilaat voivat todennäköisesti hyötyä merkittävästi asioiden kohtaamisen ja hyväksymisen opettelusta. Hyväksyminen on myös yksi hyväksymis- ja omaksumisterapian kulmakivistä (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), siinä missä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa fokus on tavoitteellisessa ongelmanratkaisussa. Tarkemmat päätelmät näiden terapiamuotojen keskinäisestä vertailusta edellyttää kuitenkin omat tutkimuksensa.

#### **4.4. Tutkimuksen rajoitukset**

Joitakin seikkoja on olennaista huomioida tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellessa. Tutkimuksessa käytetty aineisto on kliinistä potilasaineistoa, mutta verrokkiryhmän puuttuessa ei voida käyttää termiä vaikuttavuustutkimus. Verrokkiryhmä olisi mahdollistanut vaikuttavuuden vertailun sekä hoitojakson lopussa, että hoitojakson jälkeisenä seuranta-aikana. Hoitomuotojen vertailuasetelma antaa ylipäättään lisäkontekstia toimivuudelle ja paljastaa potentiaalisia eroja hoitomuotojen toimivuudessa. Lisäksi vaikuttavuustutkimuksissa tyypillisesti seurataan tarkkaan

hoitoprotokollan noudattamista. Tässä tutkimuksessa hoitoprotokollan toteutumisen tarkkailua eli hoitohenkilökunnan työskentelyn aktiivista seuraamista ei tehty. Toisaalta hoitohenkilökunta on koulutettu työskentelemään dialektisen käyttäytymisterapian periaatteiden mukaisesti ja tiimin sisäiset palaverit ylläpitävät hoitoperiaatteista kiinnipitämistä. Tiimin ulkopuolisen tahon tekemä hoitoprotokollan tarkkailu olisi kuitenkin varmistanut hoitohenkilökunnan hoitomuotoon sitoutumisen. Vaikuttavuustutkimuksen sijasta tuloksellisuustutkimus kuvaakin tehtyä tutkimusta täsmällisemmin.

Itsemurha-ajatuksia havaittiin hoitojakson lopussa vähemmän kuin alussa. Dikotominen katkaisupiste asetettiin linjaan aikaisempien tutkimusten kanssa, koska tarkoituksena oli tarkastella itsemurha-ajatusten olemassaolon muutosta. Matalampi katkaisupiste olisi mahdollistanut väärin negatiivisten lukumäärän minimoinnin erityisesti nuorten potilaiden kohdalla (Holi ym., 2005). Toisaalta havainto itsemurha-ajatuksia ajattelevien potilaiden lukumäärän pienenemisestä on itsessään arvokas. Mahdollisten katkaisupistettä lukumäärältään vähäisempien itsemurha-ajatusten sisältöä ja määrää olisi ollut mielekästä tarkastella, jos aineistossa olisi ollut osiokohtaista tietoa.

Keskeinen tutkimuksen tuloksen yleistettävyyttä rajoittava tekijä on otoksen voimakas valikoituneisuus. Niin alueelliset kuin diagnostisetkin tekijät vaikuttavat siihen, keiden potilaiden kohdalla harkitaan tiettyyn hoitojaksoon osallistumista. Ennen hoitojakson aloittamista intensiivisessä avohoidossa hyväksyntänsä on antanut sekä lähettävä hoitotaho, päiväosasto kuin potilas itsekin. Näiden tekijöiden takia tutkimuksen tulosten yleistämistä voidaan tehdä vain varovaisesti psykiatriseen populaatioon kohdistuen. Toisaalta potilaiden psykiatrisesta oireilusta ja psykiatrisessa hoidossa käymisestä oli riittävästi tietoa päätelmien tekemiseen.

#### **4.5. Lopuksi**

Tässä tutkimuksessa dialektisen käyttäytymisterapian havaittiin vaikuttavan psykiatrisiin oireisiin intensiivisessä avohoidossa. Hoitojakson aikana potilaiden ahdistuneisuus ja krooninen murehtiminen vähenivät ja yleinen toimintakyky kohosi. Lisäksi hoitojakson lopulla pienempi osuus potilaista ajatteli itsemurha-ajatuksia. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta tämän tutkimuksen antavan rohkaisevaa evidenssiä dialektisen käyttäytymisterapian toimivuudesta heterogeenisessä potilasjoukossa. Tämä on ehdottoman hyvä uutinen dialektisen käyttäytymisterapian hyödyntämiselle jatkossakin, koska terveydenhuoltojärjestelmän tarjoaman hoidon toimivuuden on oltava empiirisesti todistettua. Tuleville tutkimuksille jää haaste toteuttaa vaikuttavuustutkimuksia vertailuryhmineen.

Uusien taitojen opettelu vahvasti strukturoidussa ympäristössä tuottaa positiivisia seurauksia. Tietoisuustaidot, ahdingonsietotaidot, tunnesäätelytaidot ja tehokkaan vuorovaikutuksen taidot ovat relevantteja taitoja jokapäiväisessä elämässä. Ei liene ihme, että krooninen murehtiminen, ahdistus ja itsemurha-ajatukset vähenevät ja toimintakyky kohenee. Dialektinen käyttäytymisterapia on kokonaisvaltaisuudessaan vaativa hoitomuoto, jossa sekä potilaat että terveydenhuollon ammattilaiset yhdessä tavoittelevat potilaille parempaa elämää.

#### **4.6. Huomionosoitukset**

Laadukkaasta ohjauksestani kiitän ohjaajiani Markus Jokelaa ja Timo Säämästä. Arvokkaasta metodiavusta kiitän Jari Lipsasta. Lisäksi osoitan vilpittömän kiitokseni Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille ja Hyvinkään sairaanhoitoalueelle mahdollisuudesta käyttää kliinistä potilasaineistoa.

## Lähteet

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine, 44*(6), 1303–1317.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750–765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., ... Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 97*(1–3), 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders, 20*(3), 196–215. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343–352.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1990). Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn state worry questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy, 30*(1), 33–37. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90093-V](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90093-V)

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Demyttenaere, K., Donneau, A. F., Albert, A., Anseau, M., Constant, E., & Van Heeringen, K. (2015). What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients (1). *Journal of Affective Disorders*, *174*, 390–396. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.004>
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *13*, 198–213.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, *16*(1), 51–68. <https://doi.org/10.1080/09638230601182094>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2372–2378. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196196>
- Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K., & Owens, T. (2014). Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: A controlled trial with 3-month follow-up data. *Behaviour Research and Therapy*, *60*, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.007>
- Hall, R. C. W. (1995). Global Assessment of Functioning: A Modified Scale. *Psychosomatics*, *36*(3), 267–275. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 381–386. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.011>
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *55*(1), 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & Al., E. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, *54*(September 2004), 553–578.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., ... Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(3), 175–185. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.001>
- Holi, M. M., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Ruuttu, T., Heilä, H., ... Marttunen, M. (2005). Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry*, *5*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-8>
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(6), 936–951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., ... Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(8), 1211–1217. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.012>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder* (Vol. 51). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, *48*(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *67*(1), 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)

- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(1), 33–45. <https://doi.org/10.1097/00019442-200301000-00006>
- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 183–196. Noudettu osoitteesta <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=2001055955>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared with Enhanced Usual Care for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *53*(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.004>
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *41*(4), 363–373. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.004>



- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1038–1058.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.009>
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., van der Meer, K., Penninx, B. W. J. H., & Bensing, J. M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 163–171.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.019>
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, S. W. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Scheel, K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 68-86.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., & Isometsä, E. T. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1094–1100.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0916>
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D., & Dulit, R. (2007). Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*, 11(4), 337–341. <https://doi.org/10.1080/13811110701542069>
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. a, & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *The Psychiatric quarterly*, 72(4), 307–324. <https://doi.org/10.1023/A:1010337231127>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559.  
<https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>
- ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & Penninx, B. W. J. H.

(2018). Recurrence and chronicity of major depressive disorder and their risk indicators in a population cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 503–515.

<https://doi.org/10.1111/acps.12874>

van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., & Bensing, J. (2010). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatr Serv.*, 61(1557–9700 (Electronic)), 250–257. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.3.250>

Van Den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M., & Van Den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911–923.

[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00293-9)

Verhaak, P. F. M., Prins, M. A., Spreeuwenberg, P., Draisma, S., van Balkom, T. J. L. M., Bensing, J. M., ... Penninx, B. W. J. H. (2009). Receiving treatment for common mental disorders.

*General Hospital Psychiatry*, 31(1), 46–55.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.09.011>

Vuorilehto, M. S., Melartin, T. K., & Isometsä, E. T. (2009). Course and outcome of depressive disorders in primary care: A prospective 18-month study. *Psychological Medicine*, 39(10), 1697–1707.

<https://doi.org/10.1017/S0033291709005182>

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

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>