



Salin Susanna

Psykologinen joustavuus muutoksen mekanismina ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa  
hyväksymis- ja omistautumisterapiassa

Kandidaatin tutkielma

KASVATUSTIETEIDEN JA PSYKOLOGIAN TIEDEKUNTA

Psykologian tutkinto-ohjelma

14.5.2024

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunta

Psykologinen joustavuus muutoksen mekanismina ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (Susanna Salin)

Kandidaatin tutkielma, 47 sivua

Toukokuu 2024

---

Ahdistuneisuushäiriöt on yhdistetty heikentyneeseen elämänlaatuun muun muassa fyysisen terveyden, mielenterveyden, sosiaalisen elämän sekä koti- ja perhe-elämän osalta ja Suomessa ne olivat vuonna 2023 yleisin peruste sairauspäivärahalle. Iso osa ihmisistä jää myös vailla riittävää vastetta, kun puhutaan ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidosta ja kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Hyväksymis- ja omistautumisterapia tarjoaa näyttöön perustuvan vaihtoehdon vakiintuneiden hoitomuotojen rinnalle ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.

Tämän tutkielman tarkoituksena oli tarkastella psykologista joustavuutta muutoksen mekanismina ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa. Psykologinen joustavuus koostuu kuudesta taidosta, joita ovat tietoinen läsnäolo nykyhetkessä, hyväksyntä, kielellisen kontrollin heikentäminen, havainnoiva minäkäsitys sekä henkilökohtaiset arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan.

Tutkielma toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena tammikuussa 2024 Scopus-tietokannassa. Hakusanat muodostettiin aiheen kannalta keskeisistä käsitteistä. Synteesiin valikoitui yhdeksän tutkimusartikkelia. Valitut tutkimukset olivat interventiotutkimuksia, missä psykologista joustavuutta tai sen osa-aluetta oli tutkittu muutoksen mekanismina osana hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjaavaa interventiota. Aineisto analysoitiin käyttäen narratiivista synteesiä.

Tulokset tukevat psykologisen joustavuuden merkitystä hyväksymis- ja omistautumisterapiassa oireissa ja elämänlaadussa tapahtuvan myönteisen muutoksen kannalta. Se voi myös mahdollisesti toimia sekä hyväksymis- ja omistautumisterapialle että kognitiiviselle käyttäytymisterapialle yhteisenä muutoksen mekanismina, mikä on linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa. Erityisesti korostuivat hyväksynnän sekä kielellisen kontrollin heikentämisen merkitys. Psykologisen joustavuuden eri osa-alueita tai sen kokonaisuutta oli tutkittu kuitenkin vielä varsin vähän. Näin oli tietoisesta läsnäolon, havainnoivan minäkäsityksen sekä arvojen ja niiden mukaisen toiminnan osalta, joiden osalta tulokset olivat myös osin ristiriitaisia. Pohdinnassa tarkastellaan käytettyihin tutkimusmenetelmiin liittyviä rajoitteita, joista osin ristiriitaisien tulosten voidaan pohtia johtuvan, sekä itse katsauksen vahvuuksia ja rajoitteita. Näiden pohjalta katsaus esittää myös jatkotutkimusehdotuksia aiheeseen liittyen. Johtopäätöksenä todetaan, että erityisesti hyväksyntä ja kielellisen kontrollin heikentäminen vaikuttaisivat olevan merkityksellisiä taitoja edistämään myönteistä muutosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa.

Avainsanat: hyväksymis- ja omistautumisterapia, ahdistuneisuushäiriöt, psykologinen joustavuus, hyväksyntä, tietoinen läsnäolo, arvot

University of Oulu

Faculty of Education and Psychology

Psychological flexibility as a mechanism of change in the treatment of anxiety disorders in acceptance and commitment therapy (Susanna Salin)

Bachelor's Thesis, 47 pages

May 2024

---

Anxiety disorders have been associated with poorer quality of life in the domains of health, mental health as well as social, home and family life. According to Kela, in Finland they were the most common reason for sickness allowance in 2023. A great deal of the patients with anxiety disorder also do not respond to the treatment with medication or cognitive behavioral therapy at sufficient level. Acceptance and commitment therapy offers a research-based option in the treatment of anxiety disorders.

The aim of this thesis was to examine psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety disorders. Psychological flexibility consists of six skills: mindfulness, acceptance, cognitive defusion, self as a context, personal values, and valued action.

This thesis was conducted as a systematic literature review in January 2024 in Scopus database. Search terms were composed using the central constructs of the topic. A total of nine articles were selected in the synthesis. Selected studies were intervention studies in which psychological flexibility or a part of it was studied as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. The data was analyzed using narrative synthesis.

Results support the significance of psychological flexibility for the positive change in symptoms and quality of life during acceptance and commitment therapy. It can also be a common mechanism for acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy. Results highlighted the role of acceptance and cognitive defusion. Results concerning mindfulness, self as a context, values and valued action were not that consistent, which could be due to the need for more investigation. The weaknesses of the studies included are summarized as well as the strengths and limitations of this literature review. Based on these limitations future research recommendations are discussed. As a conclusion it could be stated acceptance and cognitive defusion to be significant skills to foster positive change in the treatment of anxiety disorders in acceptance and commitment therapy.

Keywords: acceptance and commitment therapy, anxiety disorder, psychological flexibility, acceptance, defusion, mindfulness, self as a context, values

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Teoreettinen viitekehys</b> .....	<b>6</b>
2.1	Hyväksymis- ja omistautumisterapia .....	6
2.2	Psykologinen joustavuus hyväksymis- ja omistautumisterapiassa.....	7
2.2.1	<i>Hyväksyntä</i> .....	7
2.2.2	<i>Kielellisen kontrollin heikentäminen</i> .....	8
2.2.3	<i>Tietoinen läsnäolo nykyhetkessä eli mindfulness-aidot</i> .....	8
2.2.4	<i>Havainnoiva minäkäsitys</i> .....	8
2.2.5	<i>Henkilökohtaiset arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan</i> .....	9
2.3	Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt .....	9
2.4	Terapiassa tapahtuva muutos ja sen tutkimus .....	11
<b>3</b>	<b>Tutkimusmenetelmät</b> .....	<b>13</b>
3.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	13
3.2	Katsauksen toteuttaminen .....	13
3.3	Aineiston analyysi.....	16
<b>4</b>	<b>Tulokset</b> .....	<b>18</b>
4.1	Aineiston kuvailu .....	18
4.2	Kokemuksellisen välttäminen ja terapiassa tapahtuva muutos .....	32
4.3	Kielellisen kontrollin heikentäminen ja terapiassa tapahtuva muutos.....	34
4.4	Arvojen mukainen toiminta ja terapiassa tapahtuva muutos .....	34
4.5	Mindfulness-aidot ja terapiassa tapahtuva muutos.....	35
4.6	HOT-prosessit ja terapiassa tapahtuva muutos .....	35
<b>5</b>	<b>Pohdinta</b> .....	<b>37</b>
5.1	Katsauksen vahvuudet ja rajoitukset .....	38
5.2	Johtopäätökset.....	41
	<b>Lähteet</b> .....	<b>42</b>

# 1 Johdanto

Suomessa kansalaisten itseilmoitetut ahdistuksen oireet ovat lisääntyneet (OECD, 2023). Kelan tietojen mukaan ahdistuneisuushäiriöt olivat vuonna 2023 mielenterveydenhäiriöistä yleisin peruste sairauspäivärahalle koskien noin 50 000 henkilöä ja määrä on 2,5 kertaistunut vuodesta 2016 (Kansaneläkelaitos, 2023). Heikentyneen työkyvyn lisäksi ahdistuneisuushäiriöiden on havaittu olevan yhteydessä heikentyneeseen elämänlaatuun muun muassa fyysisen terveyden, mielenterveyden, sosiaalisen elämän sekä koti- ja perhe-elämän osalta (Olatunji ym., 2007). Kansainvälisesti ahdistuneisuushäiriöiden suoriksi ja epäsuoriksi kustannuksiksi on arvioitu Euroopassa yhteensä 74 380 miljoonaa euroa sekä Suomessa 767 miljoonaa euroa (Gustavsson ym., 2011). Voisi siis ajatella, että mielenterveyden edistämiseen ja hoitoon panostaminen sekä sen hoidon kehittäminen olisi perusteltua. Yksi tapa kehittää ja tehostaa olemassa olevia hoitomuotoja on tarkastella niiden vaikuttavia mekanismeja, mistä hyväksymis- ja omistautumisterapian ajattelallaan johtavan myönteiseen muutokseen lisääntyneen psykologisen joustavuuden kautta.

Kiinnostus perehtyä ahdistuksen hoitomuotoihin lähti omasta työhistoriasta ja hyväksymis- ja omistautumisterapia kiinnitti huomioni erityisesti sen tavalla selittää inhimillistä kärsimystä. Sen mukaan psykopatologiaan johtavat psykologinen joustamattomuus ja ihmismielelle inhimillinen taipumus pyrkiä välttämään epämiellyttäväksi koettuja sisäisiä tapahtumia (Hayes ym., 2006). Suuntaus on saanut paljon jalansijaa psykoterapeuttisessa tutkimuksessa vuosituhanen vaihteesta ja näyttöä sen vaikuttavuudesta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on saatu vakiintuneiden hoitomuotojen rinnalla (A-Tjak ym., 2015; Gloster ym., 2020). Sen tavoitteena ei ole niinkään ahdistuksesta eroon pääsy vaan omien arvojen mukainen elämä sekä sellaisten ei-toivottujen ajatusten ja tunteiden hyväksynnän edistäminen, joiden ilmenemiseen asiakas ei voi itse vaikuttaa (Eifert & Forsyth, 2005).

Tämän tutkielman tarkoituksena on tarkastella psykologista joustavuutta muutoksen mekanismina ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa. Tutkielma toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jota ohjaa seuraava tutkimuskysymys:

1. Mitä tiedetään psykologisesta joustavuudesta muutoksen mekanismina hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa?

## 2 Teoreettinen viitekehys

### 2.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) on käyttäytymisterapiaa, joka tähtää psykologisen joustavuuden lisäämiseen sekä omien arvojen mukaiseen käyttäytymisen muutokseen hyödyntäen mindfulness-, hyväksyntä- sekä kielellisen kontrollin heikentämisen taitoja (Arch & Craske, 2008). HOT:n juuret ovat behaviorismissa ja se yhdistää kieltä ja kognitiota behavioraalisanalyyttiseen viitekehykseen (Arch & Craske, 2008). Se perustuu oppimispsykologiseen suhdekehysteoriaan (*Relational Frame Theory, RFT*), jonka mukaan kielelle ja kognitiolle keskeistä on ihmisen kyky liittää asioita toisiinsa jopa sattumanvaraisesti (Hayes, 2016). HOT:n näkökulmasta uskomus siitä, että kieltä (esim. ajatukset, sisäinen puhe, katastrofiajatukset) tulisi kontrolloida ja siihen vastata, johtaa enenevässä määrin arvojen mukaisen toiminnan kaventumiseen (Arch & Craske, 2008). Suhdekehyksiä ja niiden muodostumista ei itsessään pidetä ongelmallisena vaan haitallista on uskoa näihin ajatuksiin, oletuksiin ja uskomuksiin vailla todellisuuspohjaa (Lappalainen ym., 2009). Verrattuna kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, tavoitteena ei ole muuttaa itse kognitioita tai oireita vaan niiden tietoinen salliminen ja hyväksyntä, ja muutoksen kohteena on itse käyttäytyminen (Arch & Craske, 2008).

HOT:n näkökulmasta psykopatologia ja onnettomuus ovat seurausta joustamattomuudesta, jonka ajatellaan johtuvan heikosta kielellisten prosessien kontekstuaalisesta kontrollista (Hayes ym., 2006). Kognitiivinen fuusio (*cognitive fusion*) viittaa käyttäytymisen säätelyyn verbaalisten prosessien avulla ympäristöstä saatavien kannusteiden sijaan (Hayes ym., 2006). HOT:n näkökulmasta itse kognitoiden sisältö ei ole ongelmallista vaan kontekstit, jotka johtavat liialliseen käyttäytymisen säätelyyn niiden avulla (Hayes ym., 2006). Tällaisia ovat esimerkiksi kirjaimellisuus, päättely sekä emotionaalinen kontrolli (Hayes ym., 2006).

Kognitiivinen fuusio puolestaan tukee kokemuksellista välttämistä (Hayes ym., 2006). Kokemuksellisella välttämällä (*experiential avoidance*) tarkoitetaan pyrkimystä kontrolloida tai säädellä sisäisten kokemusten, kuten kehollisten tuntemusten, ajatusten, tunteiden, muistojen tai käyttäytymistäipumusten, muotoa, esiintymistiehyttä tai tilanteita, joissa ne ilmenevät (Hayes ym., 1996). Näin esimerkiksi negatiivisiksi luokiteltuja tunteita pyritään välttämään (Hayes ym., 2006). Kontakti nykyhetkeen häviää ja käyttäytymisen tasolla itselle tärkeiden arvojen mukainen toiminta vähenee (Hayes ym., 2006). HOT:n näkökulmasta asiakkaan ajatuk-

sia, tunteita, muistoja tai kokemuksia, esimerkiksi ahdistusta, ei itsessään pidetä ongelmallisena, vaan haitallista on taipumus pitää näitä kokemuksia totena ja taistella niitä vastaan (Hayes, 2016). Psykologinen joustamattomuus on siis HOT:n kohde ja terapian pyrkimys on lisätä psykologista joustavuutta (Luoma ym., 2017). Ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla asiakkaat oppivat hyväksymään ja elämään epämiellyttävien ajatusten, huolien ja kehon tuntemustensa kanssa sekä muuttamaan elämäänsä arvostamaansa suuntaan (Eifert & Forsyth, 2005).

Psykologisen joustamattomuuden ja kokemuksellisen välttämisen ajatellaan myötävaikuttavan psykologisten ongelmien kehittymiseen, ylläpitoon ja vaikeutumiseen (Levin ym., 2014). Erään poikkileikkaustutkimuksen mukaan se on yhdistetty erityisesti masennukseen ja ahdistuneisuuteen sekä syömishäiriöihin, ja tutkimuksessa se selitti häiriöiden esiintymistä pelkän psykologisen ahdingon sijaan (Levin ym., 2014). Samoin psykologinen joustamattomuus oli yhteydessä samanaikaiseen masennukseen sekä ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöön. Toisin sanoen vaikeuksien kliininen merkittävyys ei selittänyt niiden suuremmalla määrällä vaan psykologisella joustamattomuudella eli sillä, miten yksilö suhtautui vaikeuksiin.

## **2.2 Psykologinen joustavuus hyväksymis- ja omistautumisterapiassa**

HOT:n tavoitteena on lisätä yksilön psykologista joustavuutta, jolla tarkoitetaan kykyä olla läsnä nykyhetkessä sekä muuttaa tai ylläpitää arvojen mukaista lopputulemaa palvelevaa käyttäytymistä (Hayes ym., 2006). Psykologinen joustavuus koostuu kuudesta HOT:n ydinprosessista, joita voidaan itsessään pitää positiivisina psykologisina taitoina (Hayes ym., 2006). Niitä ovat hyväksyntä, kielellisen kontrollin heikentäminen, tietoinen läsnäolo nykyhetkessä, havainnoiva minäkäsitys sekä henkilökohtaiset arvot ja niiden mukainen toiminta (Hayes ym., 2006). Nämä prosessit voidaan jakaa myös tietoisuus- ja hyväksyntätaitoihin sekä omistautumiseen ja käyttäytymisen muutokseen (Luoma ym., 2017).

### **2.2.1 Hyväksyntä**

Hyväksyntää opetetaan vaihtoehtona kokemukselliselle välttämiselle (Hayes ym., 2006). HOT:ssa sillä tarkoitetaan kokemusten aktiivista tuomitsematonta hyväksyntää tässä ja nyt ja se edellyttää myös kielellisen kontrollin heikentämistä (Hayes, 2016). Se sisältää kokemusten aktiivisen kokemisen sellaisena kuin ne ovat, ei sellaisina, mitä ne sanovat olevansa (Hayes, 2016). Hyväksynnän kielellisten kuvausten sijaan pyritään henkilökohtaiseen hyväksynnän kokemiseen (Lappalainen, 2020). Esimerkiksi ahdistusta opetellaan tuntemaan tunteena ilman

puolustautumista (Hayes ym., 2006). Hyväksyntää edistetään keinona arvojen mukaisen toiminnan lisäämiseksi (Luoma ym., 2017).

### 2.2.2 Kielellisen kontrollin heikentäminen

Kielellisen kontrollin heikentämiseen tähtäävien tekniikoiden tavoitteena on ajatusten ja muiden sisäisten tapahtumien merkityksen muuntaminen niiden muodon, esiintymistiheyden tai tilannekohtaisen sensitiivisyyden sijaan (Hayes, 2016). Tavoitteena on siis muuttaa ajatusten vaikutusta tai niihin suhtautumista luomalla konteksteja, missä niiden epäsuotuisat funktiot häviävät (Hayes, 2016). Tämä johtaa yleensä siihen, että sisäisten tapahtumien, esimerkiksi ajatuksen “olen huono”, uskottavuus tai kiintymys niihin laskee (Hayes, 2016). Tarkoituksena on, että asiakas huomaa, että yritykset kontrolloida sisäisiä tapahtumia ovat pikemminkin osa ongelmaa, eivät ratkaisu (Hofmann & Asmundson, 2008).

### 2.2.3 Tietoinen läsnäolo nykyhetkessä eli mindfulness-aidot

Tietoisen läsnäolon lisäämisellä tarkoitetaan jatkuvaa tuomitsematonta kontaktia psykologisiin ja ympäristön tapahtumiin siten, kuin ne ilmenevät (Hayes ym., 2006). Läsnäoloa harjoitellaan tietoisuus- tai mietiskelyharjoitusten avulla, missä huomio kiinnitetään tapahtumiin hetkessä niitä arvioimatta (Lappalainen, 2020). Esimerkkinä tietoisuustaito- eli mindfulness-harjoituksesta ajatusten tarkasteleminen “lehtinä virrassa”, mikä käy mahdottomaksi, jos ajatuksia tulkitsee kirjaimellisesti (Hayes, 2016).

### 2.2.4 Havainnoiva minäkäsitys

Suhdekehysteorian näkökulmasta minä itse nähdään paikkana, missä kokemukset tapahtuvat ennemmin kuin kokemuksena itsessään (Luoma ym., 2017). Se tarjoaa turvallisen paikan mielen sisältöjen tarkastelulle ja kokemiselle (Hayes, 2016). Näkökulma mahdollistaa kokemusten virran tiedostamisen ilman liiallista kiinnittymistä niihin ja näin ollen edistää kielellisen kontrollin heikentämistä ja hyväksyntää (Hayes ym., 2006). Sitä voidaan harjoittaa mindfulness-harjoitusten, metaforien sekä kokeellisten prosessien avulla (Hayes ym., 2006).



## 2.2.5 Henkilökohtaiset arvot ja omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan

Arvoja voidaan ilmentää käyttäytymisen tasolla (Hayes, 2016). Arvot vastaavat kysymyksiin siitä, mikä on asiakkaalle elämässä tärkeää ja millaista elämää hän haluaa elää (Lappalainen ym., 2009). Arvojen selkiyttämistä voidaan terapiassa tehdä jo sen alkuvaiheessa esimerkiksi niitä listaamalla sekä erilaisten harjoitusten avulla (Hayes, 2016). Arvojen selkiyttämisen jälkeen voidaan määritellä niitä ilmentäviä, saavutettavia tavoitteita, konkreettisia tekoja ja esteitä niiden saavuttamiseksi (Hayes, 2016). HOT:ssa hyväksyntä, ajatusten vaikutusten heikentäminen sekä tietoinen läsnäolo nykyhetkessä nähdään arvojen mukaisen elämän mahdollistajina enemmän kuin terapian tavoitteina itsessään (Hayes ym., 2006).

## 2.3 Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt

Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan ahdistus voidaan määritellä huonosti tiedostetun, sisältä tai ulkoa uhkaavan vaaran ennakoimisesta johtuvaksi pelon tunteeksi. Sitä voisi kuvata sisäisenä jännityksenä, levottomuutena, kauhun tai paniikin tunteena (Isometsä, 2023). Ahdistuneisuus itsessään on normaali tunnekokemus, mutta häiriöstä voidaan puhua sen ollessa voimakasta ja pitkäkestoista sekä sen rajoittaessa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Isometsä, 2023). Oireyhtymissä vaikeaan ja pitkäkestoiseen ahdistuneisuuteen liittyvät muitakin oireita, kuten autonomisen hermoston aktivaatiota ja välttämiskäyttäytymistä (Isometsä, 2023). Samanaikaissairastavuus muiden psykiatristen, somaattisten ja päihdehäiriöiden kanssa on yleistä (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019). Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa keskeisiä ovat kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat sekä SSRI-ryhmän masennuslääkkeet (Isometsä, Koponen & Taiminen, 2023). On kuitenkin esimerkiksi arvioitu, että ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla 33-50 % ei saa riittävää vastetta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta tai serotoniinin takaisinoton estäjistä, siten, että oireissa tapahtuisi kliinisesti merkittävää muutosta (Taylor ym., 2012).

American Psychiatric Association viittaa ahdistuksella tilanteeseen nähden kohtuuttomaan pelkoon tai huoleen (Black & Grant, 2014). Sekä APA-5- että ICD-11-tautiluokitusjärjestelmien mukaisia ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, agorafobia eli julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä fobiat eli määrakohtaiset pelot. Ahdistuneisuushäiriöiden luokitteluun on kuitenkin tullut muutamia oleellisia muutoksia tautiluokitusten muuttuessa, sillä aikaisemmin niihin luettiin kuuluvaksi myös pakko-oireinen häiriö sekä traumaperäinen stressihäiriö ja akuutti stressihäiriö tai -reaktio (Black & Grant,

2014). Lisäksi eroahdistus ja selektiivinen mutismi on tautiluokitusten uusimmissa versioissa sisällytetty osaksi ahdistuneisuushäiriöiden luokkaa. Suomessa ahdistuneisuushäiriöiden elämänaikaiseksi prevalenssiksi on arvioitu 12.6 % (Suvisaari ym., 2009).

HOT:n vaikuttavuudesta on saatu positiivista näyttöä muun muassa ahdistuneisuushäiriöiden, masennuksen, riippuvuuksien sekä somaattiseen terveyteen liittyvien huoltien hoidossa (A-Tjak ym., 2015). Se tarjoaa näyttöön perustuvan vaihtoehdon vakiintuneiden psykologisten hoitomuotojen rinnalle aikuisten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Landy ym., 2015). Eräs HOT:n vaikuttavuutta ahdistuksen hoidossa selvittänyt systemaattinen katsaus antoi näyttöä sen vaikuttavuudesta sosiaalisten tilanteiden pelon, pakko-oireisen häiriön, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, yleisten ahdistusoireiden, PTSD:n, sekalaisen ahdistusproblematiikan, paniikkihäiriön ja agorafobian sekä koe- ja matematiikka-ahdistuksen hoidossa (Swain ym., 2013). Vahvinta näyttöä katsaus antoi HOT:lle sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa sekä tutkimuksissa, joiden koehenkilöillä oli samanaikaisia häiriöitä tai sekalaista ahdistusproblematiikkaa. Vaikuttavuudessa ei kuitenkaan ole havaittu eroja verrattuna vakiintuneisiin hoitomuotoihin (A-Tjak ym., 2015).

Toisaalta se havaittu on jopa hieman tehokkaammaksi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan verrattuna erään, näitä suuntauksia vertailevan systemaattisen katsauksen sekä meta-analyysin mukaan, missä keskityttiin ahdistuksen ja/tai masennuksen, addiktiivisen käyttäytymisen, syövän tai kroonisen kivun hoitoon (Ruiz, 2012). Samaisen meta-analyysin mukaan HOT:n tuloksellisuuteen ovat yhteydessä sen oletetut psykologisen joustavuuden prosessit, kun taas tulokset kognitiivisen käyttäytymisterapian kohdalla vaikuttivat hieman ristiriitaisilta. Terapeuttisen muutoksen ymmärtäminen mahdollistaa näihin prosesseihin tähtäävien interventioiden kehittämisen ja näin ollen myös terapian tuloksellisuuden edistämisen (Ruiz, 2012). On myös pohdittu, että eri tekniikoista huolimatta, kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitomuodot johtaisivat muutokseen samojen prosessien kautta (Arch & Craske, 2008). Esimerkiksi kielellisen kontrollin heikentäminen on osoittautunut erään tutkimuksen mukaan HOT:lle sekä kognitiiviselle käyttäytymisterapialle yhteiseksi mekanismiksi ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Arch ym., 2012).

Muihin hoitomuotoihin verrattuna HOT:n etuna voidaan pitää sitä, että sen tavoitteena on arvojen mukaisten tavoitteiden saavuttamiseen tähtäävän käyttäytymisen lisääminen, kun itse oireiden vähenemistä voidaan pitää hoidon sivutuotteena (A-Tjak ym., 2015). Koska itsessään oireiden väheneminen ei ole HOT:n tavoite, olisi tutkimuksissa tulosmuuttujiin hyvä sisällyttää

myös muita muuttujia, kuten toimintakyky tai elämänlaatu (Hacker ym., 2016). Muun muassa hoidon tuloksellisuuteen johtavista prosesseista tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta (A-Tjak ym., 2015).

## **2.4 Terapiassa tapahtuva muutos ja sen tutkimus**

Muutoksen mekanismeja on mahdollista tutkia tarkastelemalla niiden vaihtelua vaikuttavuus-tutkimusten aikana sekä suhdetta hoitomuotoon ja tuloksiin (Hayes ym., 2006). Hoidon tehokkuuden ja vaikuttavuuden tutkimuksessa kultaisena standardina voidaan pitää satunnaistettuja kontrolloituja kokeita (Kraemer ym., 2002). Niiden avulla voidaan myös saavuttaa arvokasta tietoa terapeuttisen muutoksen moderaattoreista ja mediaattoreista (Kraemer ym., 2002). Moderaattori osoittaa, kenelle ja missä olosuhteissa hoidolla on mahdollisesti erilaisia vaikutuksia, kun taas mediaattori vastaa kysymykseen miksi ja miten hoito vaikuttaa (Kraemer ym., 2002). Mediaattorilla tarkoitetaan väliin tulevaa muuttujaa, joka tilastollisesti selittää riippumattoman ja riippuvan muuttujan välistä suhdetta, mutta se ei välttämättä vielä itsessään selitä sitä prosessia, miten muutos on tapahtunut (Kazdin, 2007). Mediaatio voi kuitenkin antaa vihjeitä mahdollisista muutoksen mekanismeista, jolla tarkoitetaan muutoksesta vastuussa olevia prosesseja tai tapahtumia eli tapahtuneen muutoksen syitä (Kazdin, 2007). Mediaatiolle ja mekanismeille on asetettu muun muassa seuraavia vaatimuksia: vahva yhteys intervention ja oletetun muuttujan välillä; yhteyden spesifisyys; tulosten yhdenmukaisuus; kokeellinen manipulaatio; syyn ja seurauksen välinen aikajana; kaltevuussuhde, eli suurempi annos tai aktivaatio oletetussa mediaattorissa on yhteydessä suurempiin tuloksiin; sekä selitysten uskottavuus ja koherenssi (Kazdin, 2007). Johtopäätösten tekeminen muutoksen prosesseista edellyttää useampien kriteerien konvergenssiä sekä useita tutkimuksia ja toistettuja tuloksia (Kazdin, 2007).

Esimerkiksi syy-seuraussuhteiden ilmentämiseksi mediaattoreita on mitattava ei ainoastaan ennen ja jälkeen hoidon, vaan myös hoidon aikana (Arch & Craske, 2008). Myös sillä on merkitystä, missä kohtaa hoitoa mittaus tapahtuu. HOT:ssa tällainen hetki on mahdollisesti myöhemmin verrattuna kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, sen alkupään tapaamisten keskittyessä haastamaan ajatuksia tavoitteesta päästä eroon ahdistuksesta (Arch & Craske, 2008). Mekanismeja tutkittaessa haasteita voi aiheuttaa myös validien mittarien saatavuus (Arch & Craske, 2008). HOT:n kontekstissa tällaisena voitaisiin pitää Hayesin ja kollegoiden The Acceptance and Action Questionnaire -kyselyä (AAQ; Hayes ym., 2004) sekä sen uudempaa versiota, The

Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II; Bond ym., 2011), joka mittaa samaa käsitettä, mutta on psykometrisesti johdonmukaisempi. Vaikka mittaria käytettäessä usein puhutaan kokemuksellisesta välttämisestä, mittaa se yleisemmin useampia HOT:n prosesseja ja sopii väestöpohjaisissa tutkimuksissa käytettäväksi (Hayes ym., 2006). Jaettujen ja erillisten mekanismien tutkimiseksi voi olla tarpeen tutkia myös samoja mediaattoreita esimerkiksi HOT:ssa ja kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (Arch & Craske, 2008). Samaan tapaan on tutkittu esimerkiksi allianssia, eli potilaan ja terapeutin välistä yhteistyösuhteen laatua sekä yhteisymmärrystä terapian tavoitteista, mitä pidetään merkityksellisenä terapiassa tapahtuvan myönteisen muutoksen kannalta (Kazdin, 2007).

## 3 Tutkimusmenetelmät

### 3.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jonka avulla voidaan paikantaa, arvioida sekä tiivistää saatavilla oleva tutkimusnäyttö tiettyyn tutkimuskysymykseen (Boland ym., 2017). Finkin (2020) mukaan tavoitteena on saavuttaa täsmällinen, kattava sekä puolueeton vastaus valittuun kysymykseen, mikä saavutetaan systemaattisen tiedonhaun avulla. Sen vaiheita ovat tutkimuskysymyksen asettaminen, tietokantojen valinta, hakutermien valinta, käytännön seulan asettaminen, metodologisen seulan asettaminen, katsauksen tekeminen sekä tulosten syntetisointi eli yhteenveto. Tiedonhaku toteutetaan sekä raportoidaan systemaattisesti ja tutkimusten sisältöä sekä metodien ja itse katsauksen laatua ja luotettavuutta arvioidaan. Katsauksen tulokset voidaan syntetisoida laadullisesti tai määrällisesti, jolloin puhutaan meta-analyysistä. Synteesin avulla on mahdollista kuvailla ajankohtaista tietämystä aiheesta, osoittaa jatkotutkimustarpeita, selittää tutkimustuloksia sekä kuvailla ajankohtaisen tiedon laatua. Kuvailevan eli laadullisen synteesin avulla arvioidaan tutkimusten samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia koskien tutkimusten tarkoitusta, metodeja ja tutkimustuloksia aiempaan tietämykseen perustuen. Yhteistä näille on eksplisiittinen hakustrategia, yksiselitteiset kriteerit olennaisten ja korkealaatuisten tutkimusten valitsemiseksi sekä standardoitu katsauksen prosessi (Fink, 2020).

### 3.2 Katsauksen toteuttaminen

Tämän katsauksen kirjallisuushaku toteutettiin tammikuussa 2024 Scopus-viitetietokannassa. Käytetyt hakutermit muodostettiin aiheen kannalta keskeisistä käsitteistä, joita olivat hyväksymis- ja omistautumisterapia (*acceptance and commitment therapy*), ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt (*anxiety disorders*), psykologinen joustavuus (*psychological flexibility*) sekä sen osa-alueet. Lisäksi mediaatiota käytettiin hakuterminä mekanismitutkimusten saavuttamiseksi. Hakutermeihin päädyttiin koehakujen sekä Oulun yliopiston kirjaston kautta järjestyneen, henkilökohtaisen tiedonhaun ohjauksen myötä. Tietokannassa haku kohdennettiin koskemaan otsikkoa, tiivistelmää ja asiasanoja tai kaikkia hakukenttiä hakutermistä/sanasta riippuen. Kirjallisuushakua on kuvattu taulukossa 1.

## Taulukko 1.

*Taulukko käytetyistä hakutermeistä kohdennuksineen.*

Haun kohdennus	Käytetty hakutermi
Otsikko, abstrakti tai asiasana	( "acceptance and commitment therapy" OR ( acceptance W/2 commitment ) AND
Otsikko, abstrakti tai asiasana	( anxiety* OR "anxiety disorder*" OR "phobia" OR "social anxiety disorder" OR "social phobia" OR "panic disorder" OR panic OR "agoraphobia" OR "generalized anxiety disorder" ) AND
Kaikki	( "psychological flexibility" OR accept* OR defusion OR mindfulness OR "self as a context" OR "valued action" ) AND
Kaikki	( mediat* )

Haku tuotti yhteensä 669 tulosta. Käytännön seulaksi tietokannassa asetettiin englanninkieliset artikkelit ja vuosirajaukseksi vuodet 2013-2024. Käytännön seulan asettamisen jälkeen haku kaventui 463 tulokseen. Tutkimusten valinta eteni vaiheittain ensin otsikko- ja abstraktitason arvioinnista koko tekstien arviointiin. Tutkimus hylättiin, mikäli se ei valinnan edetessä täyttänyt valintakriteerejä. Koska kandidaatin tutkielma toteutetaan yksilötyönä, tutkimusten arviointisijoita ja valitsijoita oli ainoastaan yksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen suosituksista poiketen. Artikkeleiden tuli olla vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia ja niistä tuli olla koko teksti saatavilla. Tutkimusasetelmaa koskien sisäänottokriteeriksi asetettiin satunnaistettu kontrolloitu koe sekä se, että tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita psykologisesta joustavuudesta tai sen osa-alueesta terapiassa tapahtuvan muutoksen mekanismina.

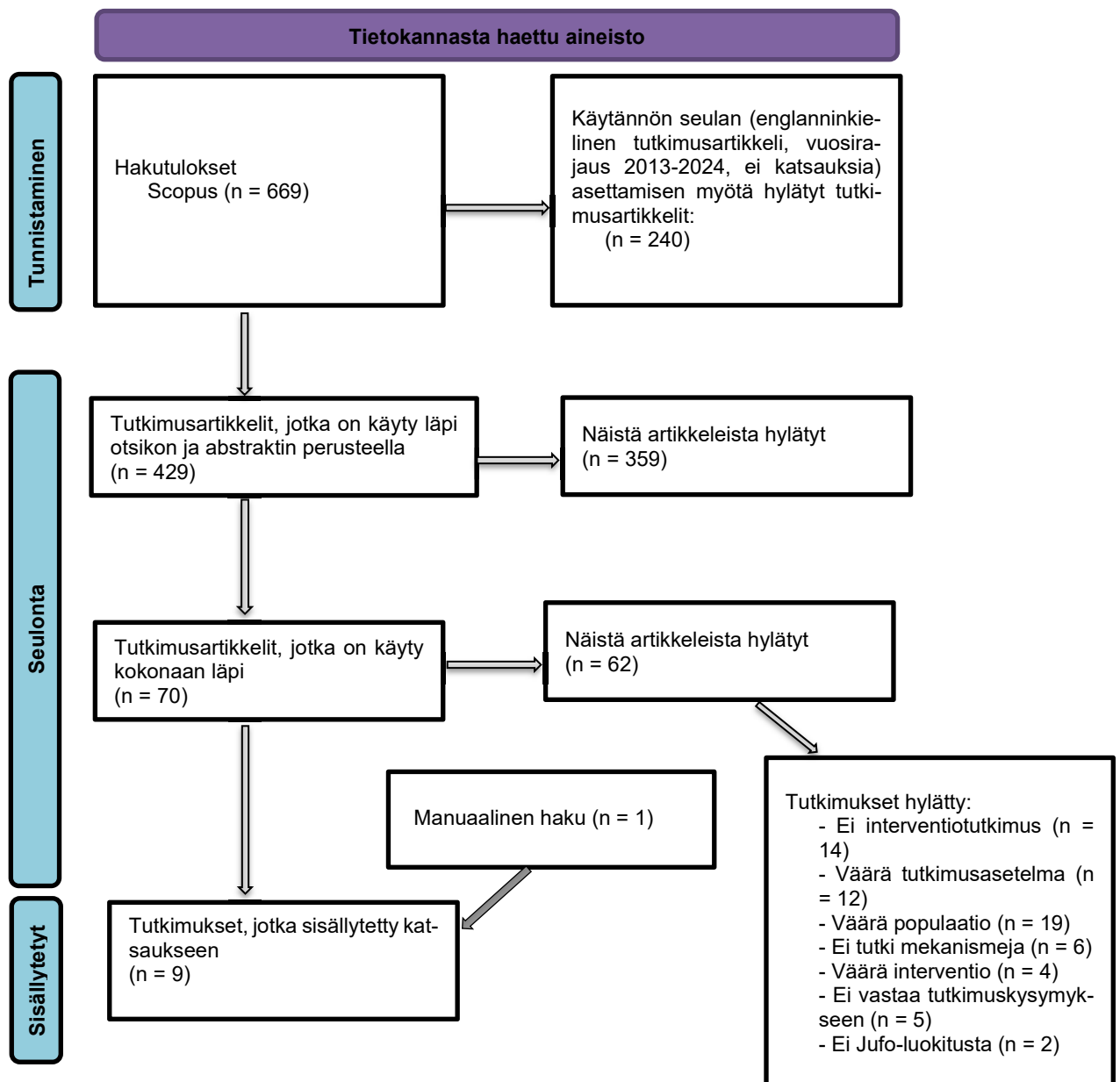
Vaikka haussa oli käytetty yleisesti ahdistus-hakutermiä (*anxiety*) tarkentui sisäänottokriteeriksi tutkielman laajuuden vuoksi tutkimukset, missä kohderyhmänä olivat sellaiset henkilöt, joiden ensisijainen diagnoosi olisi jokin ahdistuneisuushäiriö. Samasta syystä katsauksen ulkopuolelle jätettiin myös artikkelit, missä HOT:a oli tutkittu ensisijaisesti kivun hoidossa tai syöpää sairastavien potilaiden hoidossa tai yleisesti edistämään hyvinvointia muissa kohderyhmissä. Näissä kohderyhmissä ahdistusta oli mahdollisesti tutkittu yhtenä muuttujana, mutta

usein se liittyi esimerkiksi krooniseen kipuun tai syövän uusiutumiseen tai esimerkiksi opiskelijoiden kokemuksiin hyvinvoinnin haasteisiin.

Myös sellaiset tutkimukset, joiden ensisijainen tavoite oli tarkastella ainoastaan jonkin tietyn HOT:n pohjalta kehitetyn intervention tehokkuutta, poissuljettiin. Lisäksi artikkelin tuli vastata tälle katsaukselle asetettuun tutkimuskysymykseen. Valittujen artikkeleiden laatua arvioitiin tarkastellen artikkeleiden julkaisukanavan tasoluokkia asettaen sisäänottokriteeriksi vähintään Jufo-luokka 1 sekä poissulkien predator-lehdet. Tietokannasta seulonnan jälkeen valikoitui yhteensä kahdeksan (8) artikkelia sekä yksi artikkeli manuaalisen haun perusteella, eli katsaukseen valittujen artikkeleiden lähdeluettelosta. Lopulta katsaukseen valikoitui siis yhteensä yhdeksän (9) artikkelia. Hakuprosessi vaiheineen on esitetty kuviossa 1.

## Kuvio 1

PRISMA-kaavio kirjallisuushaun valintaprosessista.



### 3.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin käyttämällä narratiivista synteesiä, jonka elementtejä ovat teorian muodostaminen, alustavan synteesin muodostaminen, yhteyksien tarkastelu tutkimusten



sisällä ja niiden välillä sekä katsauksen robustisuuden (*robustness*) arviointi (Center for Reviews and Dissemination, 2009). Näiden vaiheiden välillä on mahdollista liikkua edestakaisin ja ne ovat osin päällekkäisiä (CRD, 2009). Narratiivinen synteesi soveltuu käytettäväksi osana systemaattista katsausta esimerkiksi meta-analyysin sijasta silloin, kun tutkimukset ovat luonteeltaan moninaisia tai se on muutoin aiheen kannalta perusteltua (CRD, 2009). Synteesin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan kuvaileva yhteenveto käytetyistä tutkimuksista, jonka jälkeen tarkastellaan yhteyksiä yksittäisten tutkimusten ominaisuuksien ja tulosten sekä eri tutkimustulosten välillä (CRD, 2009). Aineiston analyysin viimeisessä vaiheessa tulosten luotettavuutta on syytä arvioida (CRD, 2009). Arvioinnissa voidaan kiinnittää huomio valittujen tutkimusten metodologiseen laatuun ja/tai itse synteesin onnistumiseen (CRD, 2009).

## 4 Tulokset

### 4.1 Aineiston kuvailu

Valitut tutkimukset oli toteutettu vuosien 2013-2023 välillä. Tutkimuksista neljä oli toteutettu Yhdysvalloissa, neljä Euroopassa, joista yksi Espanjassa, yksi Alankomaissa ja kaksi Saksassa, sekä yksi Australiassa. Suurin osa tutkimuksista oli osa satunnaistettua kontrolloitua koetta, joiden ensisijainen tarkoitus oli tarkastella hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuutta tai vertailla sen vaikuttavuutta muihin terapiasuuntauksiin ja vaikutusmekanismien tarkastelu oli osa sekundaarianalyysiä. Kaikki tutkimukset olivat interventiotutkimuksia, missä psykologista joustavuutta tai sen osa-aluetta oli tutkittu muutoksen mekanismina osana hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjaavaa interventiota.

Analyyseihin sisällytetty osallistujamäärä vaihteli kymmenistä useisiin satoihin. Pienimmän otoskoon tutkimuksessa otoskoko oli 41 ja suurimman otoskoon tutkimuksessa osallistujia oli 503. Kahdeksassa tutkimuksessa osallistujat olivat aikuisia ja yhdessä tutkimuksessa osallistujat olivat nuoria. Valtaosassa tutkimuksia enemmistö osallistujista oli naisia. Tutkimusten osallistujien pääasiallinen diagnoosi oli jokin ahdistuneisuushäiriö. Kolmessa tutkimuksessa osallistujilla oli joko kliinisesti merkittävää ahdistusta, masennusta tai molempia. Kahdessa tutkimuksessa osallistujien pääasiallinen ahdistuneisuushäiriödiagnoosi oli sosiaalisten tilanteiden pelko, kahdessa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä yhdessä hoitoresistentti paniikkihäiriö ja/tai agorafobia. Yhdessä tutkimuksessa osallistujilla oli ”jokin ahdistuneisuushäiriödiagnoosi”, joiden prosenttiosuudet oli artikkelissa kuvattu erikseen.

Kolmessa tutkimuksessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjaavaa interventiota oli verrattu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Yhdessä tutkimuksessa oli vertailtu käyttäytymisen aktivointia, hyväksymis- ja omistautumisterapiaa sekä transdiagnostista kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Kahdessa tutkimuksessa oli vertailtu hyväksyntään perustuvaa käyttäytymisterapiaa ja sovellettua rentoutusta sekä yhdessä tutkimuksessa käytetty mindfulnessiin ja hyväksyntään perustuvaa terapiaa. Interventioista neljä oli yksilömuotoisia, kolme ryhmämuotoisia sekä kaksi työkirjamuotoista omahoitointerventiota. Interventioiden pituus vaihteli kahdeksasta kerrasta kuuteentoista kertaan. Mittauskertoja oli tutkimuksesta riippuen kolmesta yhdeksään ja tiedonkeruu oli toteutettu kaikissa tutkimuksissa itsearviointikyselyitä käyttämällä. Kaikki tutkimukset olivat kvantitatiivisia ja tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin. Aineiston kuvailu löytyy taulukosta 1.

Hoidon tuloksellisuutta oli mitattu oireiden vakavuudessa erilaisin, ahdistuksen oireita kartoittavin oirekyselyin. Lisäksi neljässä tutkimuksessa yhtenä päämuuttujista hoidon tuloksellisuuden liittyen oli elämänlaatu, yhdessä toimintakyky sekä yhdessä käyttäytymiseen/tunne-elämään liittyvät haasteet. Prosessimuuttujista tai tutkituista mediaattoreista yleisin oli kokemuksellinen välttäminen eli hyväksyntä. Muita tutkimuksissa käytettyjä prosessimuuttujia olivat kielellisen kontrollin heikentäminen, mindfulness, havainnoiva minäkäsitys sekä arvot ja niiden mukainen toiminta. Kahdessa tutkimuksessa oli tarkasteltu psykologisen joustavuuden kokonaisuutta muutoksen mekanismina. Terapiamuotoja vertailtaessa kolmessa tutkimuksessa oli tarkasteltu samanaikaisesti myös kognitiivisen käyttäytymisterapian oletettuja vaikutusmekanismeja. Valittujen tutkimusten tavoitteita, niissä käytettyjä muuttujia mittareineen sekä keskeisimpiä tuloksia on havainnollistettu taulukossa 2. Tutkimusten laadun takaamiseksi yhtenä sisäänottokriteerinä oli se, että artikkelin julkaisukanava oli arvioitu Jufo-asteikolla vähintään arvolla 1, jonka kaikki tutkimukset täyttivät. Kaikki tutkimukset olivat lisäksi vertaisarvioituja.

## Taulukko 2.

### Valittujen tutkimusten kuvailu.

Numero, kirjoittaja ja julkaisuvuosi	Tutkimusasetelma	Otoskoko (N) ja osallistujien keski-ikä, %-osuus naisia, ensisijainen diagnoosi	Verrokkiryhmät (n)	Intervention muoto ja kesto (kertojen lukumäärä)	Mittaukset (niiden lukumäärä)
(1), Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M., 2016, Yhdysvallat	Data osa satunnaistettua kontrolloitua koetta, jossa verrattiin ABBT:n ja AR:n vaikuttavuutta yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa.	N=64, 34.41, 65.6, Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	ABBT (31), AR (33)	yksilöterapia, 16	Ennen interventiota ja sen jälkeen sekä prosessimuuttujia intervention aikana (3)
(2), Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., & Cuesta, M., 2023, Espanja	Pitkittäinen satunnaistettu kontrolloitu koe.	N=128 40.50, 77.3, Kliinisen haastattelun avulla todettu ahdistus tai masennus	BA (34), HOT (27) tai TD-CBT (33), odotuslista (34)	ryhmäterapia, 8	Ennen interventiota, sen jälkeen ja seurantamittaukset (2)

(3), Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P., 2013, Alankomaat	Data osa satunnaistettua kontrolloitua koetta, jossa tutkittiin ohjatun HOT-omahoitointervention vaikuttavuutta masennukseen, ahdistukseen sekä positiiviseen mielenterveyteen.	N=250, hoitoryhmässä 42.50, 69.6, Lievä tai keski-vaikkea masennus tai ahdistus	Koeryhmä (250)	Ohjattu, HOT-kirjaan perustuva omahoitointervention ja sähköpostituki	Ennen interventiota ja sen jälkeen, koeryhmässä intervention aikana (2) ja seurantamittaus (1)
(4), Hayes-Skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., & Orsillo, S. M., 2015	Data osa satunnaistettua kontrolloitua koetta, jossa verrattiin ABBT ja AR yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa.	N=64, 34.1, 65.6 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	ABBT (31), AR (33)	yksilöterapia, 16	Ennen interventiota, sen aikana (3) ja jälkeen
(5), Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Ho, M. R., & Antony, M. M., 2015, Yhdysvallat	Data osa satunnaistettua kontrolloitua koetta, jossa vertailtiin CBGT, MAGT ja odotuslista kontrolliryhmää.	N=69, 34, 54, Sosiaalisten tilanteiden pelko	CBGT (32), MAGT (37)	ryhmäterapia, 12	Ennen interventiota, sen aikana ja jälkeen sekä seurantamittaus (1)
(6),	Data osa satunnaistettua kontrolloitua koetta, jossa vertailtiin KKT:n ja HOT:n vaikuttavuutta.	N=50 28.4, 43,	HOT (25), KKT (25)	yksilöterapia, 12	Ennen interventiota, sen jälkeen ja seuran-

Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G., 2014, Yhdysvallat		Sosiaalisten tilanteiden pelko			tamittaukset (2), lisäksi prosessimuuttujia intervention aikana (5)
(7), Ritzert, T. R., Berghoff, C. R., Tiffit, E. D., & Forsyth, J. P., Yhdysvallat 2020, Yhdysvallat	Data osa satunnaistettua kontrollitua koetta, jossa arvioitiin HOT-pohjaista omahoito työkirjaa ahdistuksen hoidossa.	N=503 38.05, 78.3, Korkea ahdistus tai masennus	Työkirja (256) tai odotuslista (247)	HOT-työkirjaan perustuva, itsenäisesti suoritettava omahoitointervention, kesto 12 viikkoa	Ennen interventiota, seurantamittaukset (3)
(8), Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J., 2015, Australia	Data osa satunnaistettua kontrollitua koetta, jossa verrattiin HOT:a ja KKT:a ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa 7-17 vuotiailla lapsilla.	N=49, 13.8, 63.3, Jokin ahdistuneisuushäiriödiagnoosi	HOT (10), KKT (16), odotuslista (23)	ryhmäterapia, 10	Ennen ja jälkeen intervention (odotuslista 10 viikkoa jälkeen), hoitoryhmissä seurantamittaus (1)
(9), Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H., & Gloster, A. T.,	Data osa satunnaistettua kontrollitua koetta, jossa verrattiin HOT:a odotuslistaan.	N=41, 36.9, 69.8, Hoitoresistentti paniikkihäiriö	Hoitoryhmä (33), odotuslista-verrokkiryhmä (10)	yksilöterapia, 8	Ennen interventiota, seurantamittaukset (2)

2017, Saksa		kanssa tai ilman agorafobiaa			
-------------	--	---------------------------------	--	--	--

ABBT = hyväksyntään perustuva käyttäytymisterapia; AR =sovellettu rentoutus; BA = käyttäytymisen aktivointi; CBGT = ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia; HOT = hyväksymis- ja omistautumisterapia; KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia; MAGT = mindfulnessiin ja hyväksyntään perustuva ryhmäterapia; TD-CBT = transdiagnostinen kognitiivinen käyttäytymisterapia

### Taulukko 3.

*Valittujen tutkimusten tavoitteet, käytetyt muuttujat sekä mittarit ja keskeisimmät tulokset.*

Numero, kirjoittaja ja vuosi	Mitä tutkittiin?	Tulosmuuttujat (käytetyt mittarit)	Prosessimuuttujat (käytetyt mittarit)	Keskeisimmät tulokset
(1), Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M., 2016, Yhdysvallat	Tutkia (1) muutosta kokemuksellisessa välttämässä hyväksyntään perustuvassa käyttäytymisterapiassa (ABBT) ja sovelletussa rentoutuksessa (AR) hoitoryhmissä sekä (2) tutkia sen laskua muutoksen mediaattorina oireisiin ja elämänlaatuun.	Piirretason huoli (PSWQ), Elämänlaatu (QOLI)	Kokemuksellinen välttäminen (AAQ), Kielellisen kontrollin heikentäminen/irrottautuminen (EQ-Decentering)	(1) Kokemuksellinen välttäminen laski tilastollisesti merkitsevästi molemmissa hoitoryhmissä ja lasku oli voimakkaampaa ABBT-ryhmässä (2) Kokemuksellisen välttämisen lasku medioi muutosta/hoidon vaikutusta oireissa ja elämänlaadussa molemmissa hoitoryhmissä.
(2), Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R.,	Tutkia (1) käyttäytymisen aktiivisuuden (BA), HOT:n ja transdia-	Masennus- ja ahdistusoireet (HADS),	Kokemuksellinen välttäminen ja psykologinen joustamattomuus (AAQ-II),	Ahdistus- ja masennusoireet vähenivät



<p>Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., &amp; Cuesta, M., 2023, Espanja</p>	<p>agnostisen kognitiivisbehavioraalisen terapian (TD-CBT) vaikutavuutta ahdistus/masennuspopulaatiossa sekä (2) analysoida kokemuksellisen välttämisen (EA), kognitiivisen fuusion (CF), aktivaation (A) ja tunteiden säätelyn roolia muutoksessa.</p>	<p>Masennuksen kognitiivis-affektiiviset oireet (BDI-IA-SCA), Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireet (GAD-7)</p>	<p>Käyttäytymisen aktivaatio masennuksessa (BADs), Kognitiivinen fuusio (CFQ), Tunteiden säätely (ERQ), Ympäristöltä saatu tuki (EROS)</p>	<p>kaikissa interventioryhmissä. Seuranta-mittauksessa emotionaalisten oireiden lasku oli suurinta ryhmässä, joka sai aikaan suurimman ja pitkäkestoisimman muutoksen aktivaatiossa. Käyttäytymisen aktivaatio osoittautui tehokkaimmaksi ja täsmällisimmäksi hoidoksi.</p>
<p>(3), Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Schreurs, K. M., &amp; Spinhoven, P., 2013, Alankomaat</p>	<p>Tutkia (1) psykologisen joustavuuden roolia ja vaikutuksia psykologiseen ahdinkoon intervention aikana ja sen jälkeen sekä (2) psykologista joustavuutta prosessimuuttujana masennuksen</p>	<p>Masennusoireet (CES-D), Ahdistusoireet (HADS-A)</p>	<p>Psykologinen joustavuus (AAQ-II)</p>	<p>Korkeampi psykologinen joustavuus oli yhteydessä vähäisempiin oireisiin ajan myötä. Kasvanut psykologinen joustavuus medioi intervention tuloksia.</p>

	ja ahdistuksen hoidossa ohjatussa omahoitointerventiossa.			Korkeampi psykologinen joustavuus intervention päätyttyä ennusti vähäisempää ahdistusta myöhemmin.
(4), Hayes-Skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., & Orsillo, S. M., 2015, Yhdysvallat	Tutkia kielellisen kontrollin heikentämistä muutoksen mekanismina hyväksyntään perustuvassa käyttäytymisterapiassa (ABBT) ja sovelletussa rentoutuksessa (AR) yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa.	Piirretason huoli (PSWQ)	Yleinen ahdistus ja jännittyneisyys (DASS Stress subscale) Irrottautuminen ja murehtiminen (EQ-Decentering)	Irrottautuminen kasvoi merkittävästi hoidon aikana, mikä oli yhteydessä vähäisempiin ahdistusoireisiin hoidon jälkeen.
(5), Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Ho, M. R., & Antony, M. M., 2015, Yhdysvallat	Tutkia/vertailla kognitiivista uudelleenarviointia, mindfulnessia ja hyväksyntää muutoksen mekanismeina ryhmämuotoisessa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (CBGT) sekä mindfulnessiin ja hyväksyntään perustuvassa ryhmäterapiassa (MAGT)	Sosiaalinen ahdistus (SPIN)	Kognitiivinen uudelleenarviointi (ERQ reappraisal subscale), Mindfulness (FMI), Hyväksyntä (SA-AAQ)	Kognitiivisella uudelleenarvioinnilla suurempi merkitys oireiden vähenemisen kannalta CBGT:ssä kuin MAGT:ssa. Mindfulnessin yhteys kaksisuuntainen molemmissa hoitoryhmissä.

<p>(6), Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lie- berman, M. D., Saxbe, D., &amp; Craske, M. G., 2014, Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia, (1) vaikuttavatko KKT ja HOT negatiivisiin kognitioihin ja kokemukselliseen välttämiseen sekä (2) medioivatko negatiiviset kognitiot ja kokemuksellinen välttäminen hoidon tuloksia.</p>	<p>Ahdistus liittyen sosi- aalisiin tilanteisiin (yh- distelmä LSAS-SR, SIAS, SPS mitta- reista), Elämänlaatu (QOLI), Masennusoireet (MASQ-AD)</p>	<p>Kokemuksellinen välttäminen (AAQ 16-item-version), Sosiaalisten tilanteiden kogni- tiivinen komponentti (modifi- oitu SSPS)</p>	<p>Molemmissa mediaat- toreissa tilastollisesti merkittävä lasku mo- lemmissa hoitoryh- missä. HOT:ssa lasku oli jyrkempää hoidon alussa verrattuna KKT ja KKT:ssä lasku jyr- kempää hoidon lo- pussa verrattuna HOT:aan. Kokemuk- sellisen välttämisen lasku hoidon aikana medioi ahdistusoireita ja anhedonista masen- nusta hoidon jälkeen HOT-ryhmässä, mutta ei KKT-ryhmässä. Lasku negatiivisissa kognitioissa ennusti</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				hoidon tuloksia molemmissa ryhmissä.
(7), Ritzert, T. R., Berghoff, C. R., Tifft, E. D., & Forsyth, J. P., 2020, Yhdysvallat	Arvioida HOT-prosesseja meditaattoreina hoidon tuloksille sekä arvioida moderaattoreita ja korrelaatioita hoitovasteelle.	Ahdistusoireet (BAI), Masennusoireet (BDI-II), Elämänlaatu (QOLI)	Kokemuksellinen välttäminen (AAQ), Mindfulness (MAAS), Kielellisen kontrollin heikentäminen (BAFT), Itsemyötätunto (SCS), Moderaattorit (ikä, sukupuoli, kansalaisuus, diagnoosi, lähtötason kokemuksellinen välttäminen [AAQ], ahdistusherkyys [ASI]), Korrelaatit (itsearvioitu työkirjan luettu prosenttiosuus sekä hankitun osaamisen hyödyntäminen)	Muutos ACT-prosesseissa selitti hoidon aikana tapahtunutta muutosta ahdistus- ja masennusoireissa sekä elämänlaadussa. Lähtötason muuttajat eivät olleet merkitseviä moderaattoreita. Muutoksen aste tulosmuuttujissa korreloi positiivisesti sen kanssa, miten paljon osallistujat raportoivat hyödyntävänsä työkirjan materiaaleja arjessaan.
(8),	Tutkia HOT- prosessimallia meditaattorina terapiassa tapahtu-	Oireiden kliininen vakavuus/ensisijainen diagnoosi (ADIS-IV),	Hyväksyntä ja kielellisen kontrollin heikentäminen (AFQ-Y),	Tulosmuuttujissa yhtäläinen muutos molemmissa hoitoryhmissä.

<p>Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., &amp; Bowman, J., 2015, Australia</p>	<p>valle muutokselle elämänlaadussa ja oireissa nuorilla sekä verrata havaittuja efektejä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan.</p>	<p>Ahdistusoireet (CBCL-AD MASC), Käyttäytymisen/tunne-elämän haasteet (CBCL-TP), Masennus (CDI), Elämänlaatu (CALIS)</p>	<p>Mindfulness ja havainnoiva minäkäsitys (CAMM-20 [OBS/AWA]) Arvot ja arvojen mukainen toiminta (VLQ)</p>	<p>Prosessimuuttujista tilastollisesti merkitsevä muutos hyväksynnässä ja kielellisen kontrollin heikentymisessä molemmissa hoitoryhmissä. Prosessimallin havaittiin medioivan muutosta osassa oiremuuttujista, mikä selittyi parhaiten tapahtuneella muutoksella hyväksynnässä ja kielellisen kontrollin heikentämisessä molemmissa hoitoryhmissä.</p>
<p>(9), Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H., &amp; Gloster, A. T.,</p>	<p>Tutkia muutosta arvojen mukaisessa toiminnassa (sosiaalinen ja ei-sosiaalinen alue) sekä niiden yhteyttä toimintakykyyn sekä tut-</p>	<p>Paniikkihäiriön ja agorafobian oireet (PAS), Toimintakyky (WHO-DAS 2.0)</p>	<p>Arvot (VLQ-2), Arvojen mukainen toiminta sosiaalisella vs. ei-sosiaalisella alueella</p>	<p>Ristiriita arvojen tärkeyden ja niiden mukaisten tekoja välillä laski läpi hoidon.</p>

2017, Saksa	kia, onko muutos arvojen mukaisessa toiminnassa yhteydessä ennen interventiota mitattuun oireiden tasoon.			<p>Korkea paniikkioireiden taso ennen hoitoa oli yhteydessä suurempaan edistykseen arvojen mukaisessa toiminnassa, vaikka lopulta kaikki osallistujat saavuttivat niissä saman tason.</p> <p>Toimintakyky koheni läpi tutkimuksen ja oli yhteydessä lisääntyneisiin arvojen mukaisiin tekoihin ja niiden tärkeyteen.</p>
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; AAQ-II = Acceptance and action questionnaire-II; ADIS-IV = Anxiety Disorders Interview Scale for DSM-IV; AFQ-Y = Avoidance and Fusion Questionnaire Youth; ASI = Anxiety Sensitivity Index; BAFT = The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire; BAI = The Beck Anxiety Inventory; BADS = Behavioral activation for depression scale; BDI-IA-SCA = Short form of the 1978 Beck Depression Inventory (BDI-IA) based on the cognitive-affective subscale; BDI-II = The Beck Depression Inventory II; CALIS = Children's Anxiety Life Interference Scale Child Form; CAMM-20 = Child and Adolescent Mindfulness; CBCL-AD = Child Behaviour Checklist Anxiety/Depression subscale; CBCL-TP = Child Behaviour Checklist Total Problems subscale; CDI = Child Depression Inventory; CES-D = Center of epidemiological studies-depression scale; CFQ = Cognitive fusion questionnaire; DASS = Depression Anxiety Stress Scale-

21-item version; EQ-Decentering = Experiences Questionnaire–Decentering Subscale; ERQ = The emotion regulation questionnaire; EROS = Environmental reward observation scale; FMI = The Freiburg Mindfulness Inventory; GAD-7 = Generalized anxiety disorder-scale 7; HADS = Hospital anxiety and depression scale; HADS-A = Hospital anxiety and depression scale-anxiety subscale; LSAS-SR = The Liebowitz Social Anxiety Scale–Self-Report; MAAS = The Mindful Attention Awareness Scale; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; MASQ-AD = The Anhedonic Depression Scale of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire; PAS = Panic and Agoraphobia Scale; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; QOLI = Quality of Life Inventory; SA-AAQ = The Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire; SCS = The Self-Compassion Scale; SIAS = The Social Interaction Anxiety Scale; SPIN = The Social Phobia Inventory; SPS = The Social Phobia Scale; SSPS = Self-Statements During Public Speaking Questionnaire; VLQ = Valued Living Questionnaire; VLQ-2 = Valued Living Questionnaire; WHODAS 2.0 = World Health Organization Disability Assessment Schedule

## 4.2 Kokemuksellisen välttäminen ja terapiassa tapahtuva muutos

Kokemuksellinen välttäminen, eli hyväksynnän vastakohta, sekä sen rooli terapiassa tapahtuvalle muutokselle oli tutkituin prosessi ja siihen oli muutamissa tutkimuksissa viitattu myös psykologisen joustavuuden käsitteellä. Yhdeksästä tutkimuksesta kokemuksellista välttämistä oli tutkittu seitsemässä tutkimuksessa, joista kahdessa osana HOT-prosessimallin kokonaisuutta. Tyypillistä oli, että tutkimuksessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa oli verrattu aktiiviseen, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavaan verrokkiryhmään ja tutkittu samanaikaisesti myös jotain muuta prosessimuuttujaa. Käytetyt interventiot olivat sekä yksilö-, ryhmä- että omahoitomuotoisia ja kohdentuivat yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, ahdistuksen ja masennuksen sekä sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoon. Kokemuksellista välttämistä oli tutkimuksissa mitattu yleensä käyttäen Hayesin ja kollegoiden The Acceptance and Action Questionnaire -kyselyä (AAQ) vuodelta 2004. Kahdessa tutkimuksessa oli käytetty mittarin uudempaa versiota, jolloin siihen oli viitattu psykologisen joustavuuden käsitteellä. Kokemuksellisen välttämisen tai hyväksynnän ja psykologisen joustavuuden tai joustamattomuuden käsitteitä olikin siis käytetty tutkimuksissa osin vaihdannaisina viittaamaan kyseiseen mittariin.

Tutkimusten mukaan kokemuksellinen välttäminen voi toimia muutoksen mekanismina sekä hyväksyntään perustuvassa käyttäytymisterapiassa että kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvassa sovelletussa rentoutuksessa. Esimerkiksi eräässä näitä terapiamuotoja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoon vertailevassa tutkimuksessa, sen havaittiin laskevan tilastollisesti merkitsevästi molemmissa hoitoryhmissä (Eustis ym., 2016). Lasku oli kuitenkin voimakkaampaa hyväksyntään perustuvassa käyttäytymisterapia -ryhmässä. Mediaatioanalyysien mukaan suurempi muutos kokemuksellisessa välttämässä ennusti laskua yleistyneelle ahdistuneisuushäiriölle tunnusomaisessa piirteessä, huolella sekä kasvua elämänlaadussa molemmissa hoitoryhmissä. Toisaalta sen on havaittu medioivan sosiaalisen ahdistuksen ja masennuksen oireita ainoastaan HOT:ssa tutkimuksessa, jossa vertailtiin hyväksymis- ja omistautumisterapiaa sekä kognitiivisesta käyttäytymisterapiaa sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa (Niles ym., 2014). Lasku kokemuksellisessa välttämässä oli jyrkempää hoidon alussa. Toisaalta kummankaan muuttujan ei havaittu medioivan muutosta elämänlaadussa kummassakaan hoitoryhmässä. Eräässä tutkimuksessa muutoksen hyväksynnässä ja oireissa havaittiin ennustavan toisiaan molemmin suuntaisesti sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa, kun vertailtiin ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä mindfulnessiin ja hyväksyntään perustuvaa



terapiaa (Kocovski ym., 2015). Rakenneyhtälömallin vertailu hoitoryhmien välillä osoittautui kuitenkin tilastollisesti epäsuoraksi.

Erään tutkimuksen mukaan psykologinen joustavuus voi toimia sekä suojaavana tekijänä että muutoksen mekanismina omahoitokontekstissa (Fledderus ym., 2013). Ahdistuksen ja masennuksen hoitoon suunnatun omahoito-ohjelman aikana sekä ahdistus- että masennusoireet vähenivät, psykologinen joustavuus kasvoi ja lisääntynyt psykologinen joustavuus medioi intervention vaikutuksia. Ahdistusoireiden kohdalla yhteys säilyi myös intervention jälkeen. Tutkimuksessa korkeampi psykologinen joustavuus oli yhteydessä suurempaan oireiden vähenemiseen ajan myötä eli interventio oli vaikuttavampi sellaisille henkilöille, joilla oli korkeampi psykologinen joustavuus. Psykologinen joustavuus intervention päätyttyä ennusti myöhempää muutosta ahdistusoireissa, mikä korosti erityisesti terapian loppupuolella psykologisessa joustavuudessa tapahtuvan muutoksen merkitystä. Sen aikana hoidossa kannustettiin valitsemaan tärkeitä arvoja ja toimimaan niiden mukaan epämiellyttävistä ajatuksista ja tunteista huolimatta edellyttäen myös muiden aiemmin opittujen taitojen hyödyntämistä.

Eräissä tutkimuksissa vähentynyt kokemuksellinen välttäminen yhdistettiin emotionaalisten oireiden laskuun sekä hoito- että epäaktiivisessa kontrolliryhmässä (Fernández-Rodríguez ym., 2023). Tutkimuksessa vertailtiin ryhmämuotoisesti toteutettujen hyväksymis- ja omistautumisterapian, käyttäytymisen aktivoinnin sekä transdiagnostisen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta sekä analysoitiin kokemuksellisen välttämisen, kognitiivisen fuusion, aktivaation sekä tunteiden säätelyn roolia tapahtuneessa muutoksessa. Hoitoryhmissä edistystä tapahtui kokemuksellisen välttämisen lisäksi aktivaatiossa, kognitiivisessa fuusiossa, tunteiden säätelyssä sekä ympäristöltä saadussa tuessa. Tehokkaimmaksi hoitomuodoksi osoittautui käyttäytymisen aktivointi, jonka aikaan saamat muutokset aktivaatiossa myös pysyivät yllä ja aktivaation pääteltiin olevan psykologisen joustamattomuuden prosessien kannalta merkittävä tekijä.

Kokemuksellisen välttämisen on havaittu siis olevan sekä yhteinen että erillinen muutoksen mekanismi kognitiiviselle käyttäytymisterapialle sekä hyväksyntään perustuville käyttäytymisterapioille. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa erityisesti hoidon alussa tapahtuvan muutoksen kokemuksellisessa välttämisessä on havaittu medioivan oireissa tapahtuvaa muutosta. Toisaalta yhteyden on havaittu olevan myös molemmin suuntainen. Omahoitokontekstissa sen on havaittu toimivan sekä suojaavana tekijänä että muutoksen mekanismina ja ennustavan hoidon jälkeen tapahtuvaa muutosta ahdistuksen oireissa. Vaikka eri hoitomuotoja vertailtaessa kokemuksellinen välttäminen on yhdistetty emotionaalisten oireiden laskuun, tehokkuuden kannalta

merkitykselliseksi nousi käyttäytymisen aktivointi. Oireiden vähenemisen lisäksi lisääntyneen hyväksynnän on havaittu joissain tutkimuksissa medioivan myös muutosta elämänlaadussa.

### **4.3 Kielellisen kontrollin heikentäminen ja terapiassa tapahtuva muutos**

Kielellisen kontrollin heikentämiseen yhteydessä olevaa irrottautumista (*decentering*), jolla tarkoitetaan Safranin ja Segalin (1996) mukaan kykyä tarkastella ajatuksia ja tunteita objektiivisina tapahtumina niihin samaistumisen sijaan, on tutkittu muutoksen mekanismina eräässä tutkimuksessa, jossa vertailtiin hyväksyntään perustuvaa käyttäytymisterapiaa ja sovellettua rentoutusta yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa (Hayes-Skelton ym., 2015). Tutkimuksessa se osoittautui molemmille hoitomuodoille yhteiseksi muutoksen mekanismiksi. Muutos irrottautumisessa edelsi oireissa tapahtuvaa muutosta, mikä tuki sen roolia muutoksen mekanismina.

Lisäksi kielellisen kontrollin heikentämistä oli tutkittu kahdessa tutkimuksessa osana HOT-prosessimallia. Esimerkiksi ahdistuneiden nuorten hoidossa muutoksen hyväksynnässä ja kielellisen kontrollin heikentämissä on havaittu olevan terapiassa tapahtuvan muutoksen kannalta prosessimallin mediaatioita parhaiten selittävä tekijä (Swain ym., 2015) sekä medioivan ahdistuksen ja masennuksen omahoitointervention aikana tapahtuvaa muutosta ahdistus- ja masennusoireissa sekä elämänlaadussa (Ritzert ym., 2020). Kielellisen kontrollin heikentäminen on siis saanut tukea paitsi yhteisenä muutoksen mekanismina myös nuorten hoidossa sekä omahoitokontekstissa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa.

### **4.4 Arvojen mukainen toiminta ja terapiassa tapahtuva muutos**

Arvojen tärkeyden ja arvojen mukaisen toiminnan on havaittu kaventuvan ja toimintakyvyn kasvavan käyrälineaarisesti eräässä tutkimuksessa hoitoresistentin paniikkihäiriön ja/tai agorafobian hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (Wersebe ym., 2017). Tutkimuksessa lisääntynyt arvojen mukainen toiminta ja arvojen tärkeys olivat yhteydessä parempaan toimintakykyyn hoidon jälkeen. Lisääntynyt arvojen mukainen toiminta oli yhteydessä myös vähenytyneisiin paniikkioireisiin. Toisaalta nuorten ahdistuksen hoitoon kohdennetun hyväksymis- ja omistautumisterapian aikana arvoissa ja niiden mukaisissa teoissa ei intervention aikana havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta eikä sen yksinään havaittu olevan tuloksellisuutta oi-

reiden tai elämänlaadun kannalta selittävä tekijä, kun arvoja ja niiden mukaista toimintaa tarkasteltiin osana HOT-prosessimallia (Swain ym., 2015). Tulokset arvoja ja niiden mukaista toimintaa koskien vaikuttaisivat siis olevan osin ristiriitaisia.

#### **4.5 Mindfulness-aidot ja terapiassa tapahtuva muutos**

Mindfulnessia muutoksen mekanismina on tutkittu sekä osana laajemmin psykologisen joustavuuden prosesseja tarkastelevissa tutkimuksissa, että yhdessä ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä mindfulnessiin ja hyväksyntään perustuvaa terapiaa sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa vertailevassa tutkimuksessa (Kocovski ym., 2015). Mindfulness osoitautui muutoksen mekanismiksi molemmissa hoitomuodoissa ja yhteys oli molemmin suuntainen, siten että muutos mindfulnessissa ennusti myöhempää muutosta oireissa ja toisin päin.

Tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu useampia psykologisen joustavuuden prosesseja, mindfulnessin rooli muutoksen mekanismina on kuitenkin ollut epäselvä. Esimerkiksi Swainin ja kollegoiden (2015) tutkimuksessa mindfulnessissa ja havainnoivassa minäkäsityksessä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta hoidon aikana vaan psykologisen joustavuuden rooli selittyi paremmin hyväksynnässä ja ajatusten vaikutuksen heikentämisessä tapahtuneella muutoksella. Toisaalta Ritzertin ja kollegoiden (2020) tutkimuksessa mindfulnessissa tapahtui tilastollisesti merkitsevää kasvua ahdistuksen ja masennuksen itsehoitointervention aikana, mutta monimuuttuja mediaatioanalyysissä sen ei kuitenkaan yksinään havaittu olevan merkitsevä mediaattori ahdistus- ja masennusoireiden tai elämänlaadun kannalta. Tulokset mindfulnessin osalta ovat siis osin ristiriitaisia.

#### **4.6 HOT-prosessit ja terapiassa tapahtuva muutos**

HOT:n prosesseja on tutkittu kokonaisuutena muun muassa osana ahdistuksen omahoitoa. Esimerkiksi Forsythin ja Eifertin (2007) ahdistuksen hoitoon tarkoitettua työkirjaa, *The Mindfulness & Acceptance Workbook for Anxiety*, on tutkittu kansainvälisessä otoksessa korkean ahdistuksen ja masennuksen hoidossa (Ritzert ym., 2020). Tutkimuksessa tarkasteltiin kokemuksellista välttämistä, kielellisen kontrollin heikentämistä sekä mindfulnessia ja itsemyötätuntoa mediaattoreina hoidon tuloksellisuudelle. Kaikissa prosessimuuttujissa tapahtui tilastollisesti merkitsevää kohentumista hoidon aikana ja myönteinen kehitys ahdistus- ja masennusoireissa sekä elämänlaadussa selittyi positiivisilla muutoksilla HOT-prosesseissa. Yksittäisistä proses-

seista muutosta ahdistusoireissa medioi merkitsevästi kielellisen kontrollin heikentäminen, masennusoireissa kokemuksellinen välttäminen, kielellisen kontrollin heikentäminen ja itsemyötätunto sekä elämänlaadussa kokemuksellinen välttäminen ja kielellisen kontrollin heikentäminen.

Prosessimallia on tutkittu myös ahdistuneiden nuorten hoidossa ryhmäterapiassa. Tutkimuksessa tarkasteltiin hyväksyntää ja ajatusten vaikutusten heikentämistä, mindfulnessia ja havainnoivaa minäkäsitystä sekä arvoja ja arvojen mukaista toimintaa mediaattoreina hyväksymis- ja omistautumisterapiassa tapahtuvalle muutokselle ja verrattiin näitä muutoksia kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Swain ym., 2015). Tuloksellisuuden osalta terapiat osoittautuivat yhtä tehokkaiksi. Hyväksyntä ja ajatusten vaikutusten heikentäminen lisääntyivät molemmissa hoitoryhmissä hoidon aikana ja HOT-ryhmässä edistystä tapahtui myös hoidon jälkeen. Mindfulnessissa ja havainnoivassa minäkäsityksessä tai arvojen mukaisessa toiminnassa ei tapahtunut merkitseviä muutoksia. Prosessimallin havaittiin medioivan hoidon tuloksellisuutta ahdistuneisuushäiriön kliinisten oireiden laskun osalta HOT-ryhmässä, mutta ei KKT-ryhmässä. Lisäksi sen havaittiin medioivan muutosta masennusoireissa sekä lasten itsensä raportoimissa ahdistusoireissa molemmissa hoitoryhmissä. Mediaatioita ei havaittu vanhempien arvioimien käyttäytymisen ja tunne-elämän haasteiden tai masennus- ja ahdistusoireiden eikä elämänlaadun kohdalla. Merkitsevät tulokset selittyivät parhaiten hyväksynnässä ja ajatusten vaikutusten heikentämisessä tapahtuneella muutoksella.

Kun useampaa psykologisen joustavuuden prosessia on tutkittu samassa tutkimuksessa, niiden on kokonaisuutena havaittu selittävän terapiassa tapahtuvaa myönteistä muutosta ahdistuksen oireissa. Myös tutkittavien elämänlaadussa on tapahtunut kohentumista, mutta tutkimustulokset sitä medioivista tekijöistä ovat osin ristiriitaisia. Yksittäisistä prosessimuuttujista terapiassa tapahtuvan muutoksen kannalta merkitseviksi ovat kuitenkin osoittautuneet kokemuksellinen välttäminen sekä ajatusten vaikutusten heikentäminen. Tutkimukset eivät ole tukeneet mindfulnessin roolia mediaattorina tuloksellisuuden kannalta, ja tulokset mindfulness-taitojen kehittämisestä hoidon aikana ovat olleet osin ristiriitaisia. Nuorten kohdalla arvoissa ja niiden mukaisessa toiminnassa ei havaittu muutosta ja kyseinen tutkimus olikin ainoa niitä osana psykologisen joustavuuden prosessimallia kartoittanut tutkimus. Kokonaisuutena prosessimalli voi toimia yhteisenä muutoksen mekanismina sekä HOT:lle että kognitiiviselle käyttäytymisterapialle.

## 5 Pohdinta

Tämän katsauksen tarkoitus oli tutkia psykologista joustavuutta muutoksen mekanismina hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Katsaus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, johon valikoitui yhdeksän tutkimusartikkelia, missä tarkasteltiin joko yhtä tai useampaa psykologisen joustavuuden prosessia osana vaikuttavuustutkimusta. Interventiot olivat sekä yksilö-, ryhmä- että omahoitomuotoisia ja valtaosa tutkimukseen osallistujista oli aikuisia. Vain yhdessä tutkimuksessa osallistujat olivat nuoria. Tutkituin prosessi oli kokemuksellinen välttäminen eli hyväksyntä ja siihen oli myös muutamissa tutkimuksissa viitattu psykologisen joustavuuden käsitteellä. Käytetyin tulosmuuttuja oli ahdistuneisuushäiriön oireet, mutta neljässä tutkimuksessa oli tarkasteltu myös elämänlaatua ja yhdessä toimintakykyä hoidon tuloksellisuuteen liittyen.

Katsaus antoi näyttöä psykologisen joustavuuden merkityksestä terapian aikana ahdistuneisuushäiriön oireissa ja elämänlaadussa tapahtuvan myönteisen muutoksen kannalta. Tulokset tukevat sen roolia muutoksen mekanismina hyväksymis- ja omistautumisterapiassa, mutta se voi olla myös yhteinen mekanismi kognitiiviselle käyttäytymisterapialle, mikä on linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa (Arch ym., 2012). Esimerkiksi kielellisen kontrollin heikentämisen on havaittu lisääntyvän sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiassa että kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ja medioivan terapian tuloksellisuutta, kun tarkasteltiin ahdistuneisuushäiriöihin liittyvää huolta, elämänlaatua, välttämiskäyttäytymistä sekä masennusoireita (Arch ym., 2012). Katsauksessa hyväksyntä ja kielellisen kontrollin heikentäminen osoittautuivat merkityksellisiksi prosesseiksi, kun taas mindfulnessia, havainnoivaa minäkäsitystä sekä arvoja ja arvojen mukaista toimintaa on tutkittu vähemmän ja tulokset ovat olleet osin ristiriitaisia.

On syytä pohtia, missä määrin näiden osa-alueiden erottaminen toisistaan on käytännön kannalta järkevää ja tutkimuksellisessa mielessä perusteltua, sillä psykologisen joustavuuden ajatellaan muodostuvan näiden taitojen vuorovaikutuksessa. Kuitenkin myös niissä tutkimuksissa, missä useaa psykologisen joustavuuden osa-aluetta on tutkittu kokonaisuutena samassa tutkimuksessa, hyväksyntä ja kielellisen kontrollin heikentäminen selittivät parhaiten terapiassa tapahtuvaa myönteistä muutosta (Ritzert ym., 2020; Swain ym., 2015). Kun esimerkiksi arvoja on tutkittu yksinään, lisääntyneen arvojen mukaisen toiminnan ja niiden tärkeyden on havaittu olevan yhteydessä parempaan toimintakykyyn (Wersebe ym., 2017). Toisaalta esimerkiksi nuorten ryhmämuotoisen hyväksymis- ja omistautumisterapian aikana arvoissa tai niiden mu-

kaisissa toiminnassa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta (Swain ym., 2015). Mielienkiintoinen havainto on myös se, että verrattaessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, käyttäytymisen aktivointia ja transdiagnostista kognitiivista käyttäytymisterapiaa, hyväksyntä ja psykologinen joustavuus liitettiin vähentyneisiin emotionaalisiin oireisiin sekä hoito- että epäaktiivisessa kontrolliryhmässä, mutta merkityksellisintä tuloksellisuuden kannalta oli käyttäytymisen aktivaatio (Fernández-Rodríguez ym., 2023). Tämä kuitenkin vaikuttaisi tukevan palkitsevien toimintojen lisäämisen merkitystä myönteisten muutosten aikaansaamiseksi (Fernández-Rodríguez ym., 2023). Voidaan siis pohtia, ovatko tutkimukset tavoittaneet riittävällä tasolla toiminnassa tapahtuneen muutoksen. Esimerkiksi nuorten kohdalla merkitsevien muutosten puute voisi selittyä heidän tuohon ikään liittyvällä rajoittuneella toimijuudella sekä mahdollisuuksilla vaikuttaa ympäristöönsä (Swain ym., 2015). Lisäksi tutkimusten aikaikkuna voi olla liian lyhyt tavoittamaan arvoissa ja niiden mukaisessa toiminnassa tapahtuvaa muutosta.

## **5.1 Katsauksen vahvuudet ja rajoitukset**

Yhtenä tämän katsauksen vahvuutena voitaisiin pitää sitä, että tiedonhaussa käytetyt hakutermit sisälsivät paitsi psykologisen joustavuuden niin myös sen eri osa-alueiden käsitteet. Näin oli mahdollista tavoittaa laajempi kirjo tutkimuksia ja havaita, että yksittäisiä psykologisen joustavuuden osa-alueita tai sen kokonaisuutta muutoksen mekanismina oli tutkittu vielä varsin vähän. Katsauksen vahvuus on myös pyrkimys koko prosessin mahdollisimman läpinäkyvään kuvaukseen sekä asetettujen kriteerien systemaattiseen noudattamiseen. Myös aineiston analyysi pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman systemaattisesti esimerkiksi kooten yhteen tutkimuksista oleellista tietoa taulukoiden avulla. Aiemmasta kokemuksesta hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta työskentelystä tai perehtyneisyydestä terapiatutkimukseen olisi ollut hyötyä tutkimustulosten tulkinnassa. Katsaus on toteutettu tutkijan sen hetkisen tiedon varassa ja sen avulla oli mahdollista saavuttaa paljon uutta osaamista aiheeseen liittyen. Tutkimustulosten laadullinen tarkastelu on voinut myös johtaa subjektiivisiin tulkintoihin, mutta toisaalta tutkimusten heterogeenisyys ei olisi mahdollistanut tulosten kvantitatiivista synteisiä esimerkiksi meta-analyysin muodossa.

Katsaus sisältääkin siis myös useita rajoituksia, joihin on syytä kiinnittää huomiota sen tuloksia tarkasteltaessa. Yhtenä katsauksen rajoitteena voitaisiin pitää sisällytettyjen tutkimusten laatua. Suurin osa tutkimuksista oli toteutettu osana satunnaistettua kontrolloitua koetta, jota itsessään

voidaan pitää hyvänä tutkimusmetodina terapiatutkimuksessa tarkasteltaessa hoidon ja sen tuloksellisuuden välistä suhdetta (Kazdin, 2007). Kuitenkin analyysihin oli usein sisällytetty vain sellaiset henkilöt, joilta oli riittävästi dataa saatavilla eli jotka olivat käyneet hoidon läpi. Myös esimerkiksi työkirjajamuotoisen ahdistuksen omahoitointervention kohdalla otoskato oli suurta, jopa 67.6 % (Ritzert ym., 2020). Useat tutkimukset sisälsivät aktiivisen verrokkiryhmän, mutta eivät kaikki epäaktiivista kontrolliryhmää tai niitä ei ollut sisällytetty analyysihin. Tutkimusten otoskoot olivat myös usein varsin pieniä, mikä on voinut vaikuttaa tutkimusten tilastolliseen voimaan eli kykyyn havaita olemassa olevia efektejä. Koska valitut tutkimukset olivat vertaisarvioituja ja Jufo-luokitukseltaan vähintään tason 1 julkaisukanavassa ilmestyneitä artikkeleita, voidaan niitä sinänsä kuitenkin pitää laadukkaina ja luotettavina.

Yksi mekanismille asetetuista kriteereistä on se, että muutoksen aikajana on osoitettavissa eli muutoksen mediaattorissa tulisi tapahtua ennen havaittua efektiä lopputuloksessa (Kazdin, 2007). Pelkkä mediaatio tai muuttujien välinen yhteys ei vielä itsessään ole osoitus mekanismista vaan ajallisen edeltävyyden osoittamiseksi sekä oletettua mediaattoria että muutosta oireissa tulisi mitata paitsi ennen ja jälkeen hoidon, myös hoidon aikana ideaalitapauksessa useita kertoja (Kazdin, 2007). Kaikissa tutkimuksissa muuttujia oli mitattu ennen ja jälkeen hoidon ja mahdollisesti seurantamittauksissa, mutta ei välttämättä kertaakaan hoidon aikana. Mikäli muutos prosessimuuttujassa ei tapahdu ennen esimerkiksi oireiden laskua, ei voida tehdä päätelmiä siitä, onko kyseessä syy vai seuraus (Kazdin, 2007). Vaikka osa tutkimuksista antoi näyttöä tämän kriteerin täyttymisen puolesta, mittauskertojen vähyys nousi useissa tutkimuksissa esille niiden rajoitteena.

Lisäksi esimerkiksi mindfulness-taitojen ja sosiaalisen ahdistuksen osalta yhdessä tutkimuksessa havaittiin LDS-analyysiä käyttäen, että parhaiten niiden välistä yhteyttä kuvasi malli, missä ne ennustavat toisiaan molemmin suuntaisesti (Kocovski ym., 2015). Yhteydet voivat olla myös epälineaarisia. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa havaittiin kokemuksen välttämisen laskevan voimakkaammin hoidon alussa, mikä ennusti suurempaa muutosta ahdistusoireissa hoidon loputtua (Niles ym., 2014). Useissa tutkimuksissa ehdotettiin useampien mittauskertojen lisäksi hienostuneempien tilastollisten menetelmien käyttöä jatkossa. Näin voitaisiin mahdollisesti saada tietoa siitä, missä vaiheessa terapiaa muutos tapahtuu ja mitä menetelmiä terapiassa silloin on käytössä. Tutkimustiedon karttuessa aiheesta olisi hyvä tehdä myös meta-analyysyjä.

Tutkimusten rajoitteet voivat myös liittyä käytettyihin mittareihin. Kuten todettu, kokemuksellista välttämistä oli lähes kaikissa sitä tarkastelleista tutkimuksista mitattu käyttäen AAQ-mittaria. Myös se, että kyseisestä mittarista oli käytetty vaihdannaisesti sekä hyväksynnän ja kokemuksellisen välttämisen, mutta myös psykologisen joustavuuden käsitettä hankaloittaa tulosten tulkintaa, sillä osaltaan se kartoittaa myös kykyä arvojen mukaiseen toimintaan (Bond ym., 2011). Tämän katsauksen synteessissä päädyin kuitenkin käyttämään tutkimuksissa käytettyjä termejä, sillä oli myös tutkimuksia, missä oli tarkasteltu useampaa psykologisen joustavuuden osa-alueita ja kyseistä mittaria käytetty vain yhtenä muuttujana. Lisäksi esimerkiksi mindfulnessia oli jokaisessa tutkimuksessa mitattu eri mittarilla. Voi olla, että ristiriitaiset tulokset mindfulnessin kohdalla liittyvät käytettyihin mittareihin. Mindfulnessin todetaan olevan moniulotteinen ilmiö, mistä käytetyt mittarit ovat mahdollisesti tavoittaneet vain yhden ulottuvuuden (Kocovski ym., 2015; Ritzert ym., 2020; Swain ym., 2015). Tutkimuksissa oli myös tukeuduttu ainoastaan itsearviointimenetelmiin, mikä oli useissa yksittäisissä tutkimuksissa nostettu esiin niiden rajoitteena. Vaihtoehtoisiksi menetelmiksi ehdotettiin esimerkiksi käyttäytymisen havainnointia ja aivokuvantamista. On myös pohdittu, että terapian tuloksellisuutta tarkasteltaessa tulosmuuttujiin tulisi sisällyttää laajemminkin hyvinvointia kuvaavia muuttujia, mikä olisi myös perusteltua sen kannalta, ettei oireiden väheneminen itsessään ole HOT:n ensisijainen tavoite. Esimerkki tällaisesta on elämänlaatu, mitä olikin osassa tutkimuksista käytetty ahdistuneisuushäiriön oireiden lisäksi mittaamaan hoidon tuloksellisuutta.

Kaikki tutkimukset yhtä lukuun ottamatta oli toteutettu aikuisväestössä. Myös Swain ja kollegat (2015) toteavat, että hyväksymis- ja omistautumisterapiaa nuorten keskuudessa on tutkittu vielä varsin vähän. Katsauksen tuloksia ei voida näin ollen yleistää koskemaan kaikkia ikäluokkia ja esimerkiksi terapian soveltuvuutta ja mekanismeja olisi hyvä tutkia myös muissa ikäryhmissä, paitsi nuorten myös esimerkiksi ikääntyneiden keskuudessa. Katsaus kohdistui ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon, eikä sen tuloksia voi näin ollen yleistää koskemaan muita kohderyhmiä. Esimerkiksi tiedonhakuvaiheessa kävi ilmi, että tutkimusta on tehty paljon myös krooniseen kipuun tai syöpäsairauksiin liittyvän ahdistuksen sekä yleisesti esimerkiksi opiskelijoiden hyvinvoinnin tukemiseen liittyen, joten katsaus olisi voinut olla mielekäästä laajentaa koskemaan myös näitä kohderyhmiä, jotta saadaan lisää tutkimustuloksia mekanismin yhdenmukaisuuskriteerin varmistamiseksi. Voi olla niinkin, että muutoksen prosessi on mahdollisesti erilainen ahdistuneisuushäiriöihin verrattuna. Käytetyt interventiot olivat toteutukseltaan sekä yksilö-, ryhmä- että omahoitomuotoisia ja jatkossa voisi olla myös syytä selvittää, onko näiden välillä mahdollisesti eroavaisuuksia.



## 5.2 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta katsauksen tukevan teoriaa siitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapiassa muutos tapahtuu lisääntyneen psykologisen joustavuuden kautta. Psykologisen joustavuuden mekanismi vaikuttaisi osin olevan myös kognitiivisen käyttäytymisterapian suunnauksille yhteinen, vaikka terapiat hyödyntäisivät eri menetelmiä ja niiden ajateltaisiin lähtökohtaisesti vaikuttavan eri mekanismien kautta. Muutoksen mekanismien tarkastelu edellyttää kuitenkin useita tutkimuksia ja toistettuja tuloksia. Näin ollen voidaan todeta, että aiheesta tarvitaan vielä lisää tutkimusta sisältäen esimerkiksi useampia mittauksia ja luotettavampia mittareita sekä käyttäen hienostuneempia tilastollisia menetelmiä. Tutkimusta olisi syytä myös laajentaa eri ikäluokkiin ja kohdentaa erilaisiin mielenterveyden haasteisiin. Perusteltua olisi jatkossa tutkia lisää psykologisen joustavuuden prosessimallia kokonaisuutena sen yksittäisten osa-alueiden sijaan. Vaikuttaisi kuitenkin siltä, että erityisesti hyväksyntä ja kielellisen kontrollin heikentäminen ovat merkityksellisiä taitoja edistämään myönteistä muutosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa.

## Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 3.5.2024). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263–279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 469–478. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.007>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Publishing.
- Boland, A., Cherry, M. G., Dickson, R., & Beale, S. (2017). *Doing a systematic review : a student's guide* (2nd edition). SAGE Publications.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & 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>
- CRD Center for Reviews and Dissemination. (2009). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking systematic reviews in health care. [https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)

- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders : a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
- \* Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 188–195. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.012>
- \* Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., & Cuesta, M. (2023). Is activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior Modification*, 47(1), 3–45. <https://doi.org/10.1177/01454455221083309>
- Fink, A. (2020). *Conducting research literature reviews : from the Internet to paper* (Fifth edition). SAGE.
- \* Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.-P., Schreurs, K. M. G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: a review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jenum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718–779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials.

*Journal of Affective Disorders*, 190, 551–565.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>

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., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V, Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>

\* Hayes-Skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2015). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 395–404. <https://doi.org/10.1037/a0038305>

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>

Isometsä, E. (2023). (2023). Mitä ahdistuneisuus on? Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen, V. Aalberg & O. Seppälä (toim.), *Psykiatria* (15., [uudistettu] painos.) (s. 364). Duodecim.

Isometsä, E., Koponen, H. & Taiminen, T. (2023). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen, V. Aalberg & O. Seppälä (toim.), *Psykiatria* (15., [uudistettu] painos.) (s. 363-401). Duodecim.

- Kansaneläkelaitos. (19.1.2024). Tietopaketti: sairauspoissaolot. <https://tietotarjotin.fi/tietopaketti/2699253/tietopaketti-sairauspoissaolot>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- \* Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Ho, M. H. R., & Antony, M. M. (2015). Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: mechanisms of change. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.005>
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.10.877>
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70–74. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004>
- Lappalainen, R. (2020). Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, M. Koivisto, N. Holmberg, R. Aalto-Setälä, T. Juvakka & O. Seppälä (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (9., uudistettu painos.) (s. 568-584). Kustannus Oy Duodecim.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., Afari, N., & McCurry, S. M. (2009). *Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä = Applying acceptance and commitment therapy (ACT) : a clinical manual* (6. p.). Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT : an acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists* (Second edition). New Harbinger Publications, Incorporated.

- \* Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, *45*(5), 664–677. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.04.006>
- OECD (2023), Well-being in Finland: Bringing Together People, Economy and Planet © OECD 2023, <https://doi.org/10.1787/ecf06a58-en>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *27*(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- \* Ritzert, T. R., Berghoff, C. R., Tiffit, E. D., & Forsyth, J. P. (2020). Evaluating ACT processes in relation to outcome in self-help treatment for anxiety-related problems. *Behavior Modification*, *44*(6), 865–890. <https://doi.org/10.1177/0145445519855616>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(3), 333–357. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84867649760&partnerID=40&md5=b0764e73d30f254f2fc48afe445e1e81>
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson.
- Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S. I., Perälä, J., Schreck, M., Castaneda, A., Hintikka, J., Kestilä, L., Lähteenmäki, S., Latvala, A., Koskinen, S., Marttunen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (2009). Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine*, *39*(2), 287–299. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003632>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, *33*(8), 965–978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>
- \* Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*(1), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.001>

Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>

\* Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H.-U., & Gloster, A. T. (2017). Changes of valued behaviors and functioning during an acceptance and commitment therapy intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.005>

Synteesiin sisällytetyt artikkelit merkitty tähdellä (\*).