

Drontin tuomio ja psykoterapiatutkimus

Nils Holmberg & Jari Lahti

Psykoterapian vaikutusten tutkimustapoja

1950-luvulta lähtien aina 1980-luvun alkuun käytiin kiivasta väittelyä siitä, onko psykoterapia tehokas hoitomuoto, vai oliko Hans Eysenck oikeassa väittäessään, ettei psykoterapia ole tehokkaampi kuin spontaani paraneminen (Clarkin & Levy, 2003). Sen jälkeisen tutkimuksen antamat vastaukset ovat selvästi olleet psykoterapiaa hoitomuotona tukevia. Tarkastellessaan 302 meta-analyysia (lähes 1000 tutkimusta) Lipsey ja Wilson (1993) totesivat psykoterapian olevan tehokas hoitomuoto. Vaikka psykoterapiatutkimus onkin tämän jälkeen tuottanut vaihtelevia tuloksia psykoterapian vaikuttavuudesta, mikä johtunee sofistikoituneemmista ja tarkemmista meta-analyyseista, tulokset tukevat myös nykyään käsitystä psykoterapiasta tehokkaana hoitomuotona (Lambert & Ogles, 2003). Meta-analyysilla tarkoitetaan menetelmää, jossa yhdistellään kvantitatiivisesti aikaisempien alkuperäistutkimusten tuloksia tarkoituksena tehdä päätelmiä tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Meta-analyysissa alkuperäistutkimusten aineistot yhdistetään tilastollisesti ja näin saadaan arvio hoidon vaikuttavuudesta monien erillisten tutkimusten valossa. Näin saadaan *vaikuttavuusaste* (effect size), joka kuvastaa tehokkuutta koko aineistossa ja antaa jokaiselle erilliselle tutkimukselle sille kuuluvan painoarvon (Kähkönen, 2008).

Psykoterapiatutkimus sisältää joukon toisiaan täydentäviä metodeja, jotka pyrkivät vastaamaan eri kysymyksiin. Kaikkein ankarin tuloksellisuustutkimuksen muoto ovat satunnaistetut, kontrolloidut hoitotutkimukset (RCT-tutkimukset). Arpomalla potilaat hoitoryhmiin ja kontrolliryhmään, nämä ryhmät tasavertaistetaan muita hoitotulokseen vaikuttavia syytekijöitä ajatellen kuin itse hoitoa. Näin halutaan vähentää vaihtoehtoisten syytekijöiden (kuten ns. Hawthorne-vaikutus, terapeutin innostus ja karisma, demografiset tekijät jne.) merkitystä. Nämä tutkimukset auttavat myös sulkemaan pois esim. spontaanin paranemisen ja sattumasta johtuvat muutokset. Tästä seuraa, että suuremmalla varmuudella voi olettaa, että ne muutokset, jotka tapahtuvat hoidon alusta hoidon päättymiseen todella johtuvat hoidosta. Jotta varmistetaan, että hoito, joka on testattu tiukan kokeellisissa puitteissa (ns. hoidon tehokkuuden eli ”efficacy”-tutkimus) toimii myös kliinisessä kontekstissa, tehdään naturalistisia hoidon ns. vaikuttavuuteen liittyviä ”effectiveness”-tutkimuksia. Tavallisin tulos on, että jälkimmäiset todentavat kokeellisen ”efficacy”-tutkimuksen tuloksia (Lambert & Ogles, 2003). On siis muistettava, että jälkimmäisissä tarkoin suunnitelluissa hoitokokeissa potilaat poikkeavat arkisessa kliinisessä työssä hoidetuista potilaista, joilla on usein samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä, kuten ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöitä (Kähkönen, 2008).

Toinen yleisesti käytössä oleva menetelmä on korrelaatioasetelman käyttö hoitotulosten ennustajien etsinnässä, kuten pohdittaessa missä määrin esim. *terapeuttinen allianssi* korreloi hoitotuloksen kanssa. Koska samankaltaisia kysymyksenasetteluja sisältäviä tutkimuksia on jo nyt iso liuta, on myös mielekästä tehdä meta-analyyseja, joissa erilaisten tutkimusten tuloksista tehdään kvantitatiivisia yhteenvetoja. Tämän lisäksi on olemassa myös kvalitatiivisia metodeja, jotka ovat tärkeitä, mutta toistaiseksi liian vähän käytetty menetelmä erilaisten psykoterapiassa esiintyvien prosessien tutkimisessa. Laadullisen tutkimuksen Clara Hill (2006) pitää kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimuksia toisiaan täydentävinä, toista ei voi korvata toisella.

Epäspesifit vai spesifit tekijät terapian vaikutusten aiheuttajina

Rosenzweig muotoili 1930-luvulla käsityksen, että kaikki terapiamuodot ovat periaatteessa samanarvoisia. Tämä on tullut tunnetuksi ”*Drontin tuomiona*” (englanniksi ”Dodo-bird

verdict”). Lewis Carrollin ”Liisa ihmemaassa” –sadussa iso ja kömpelö drontti -lintu toteaa mielivaltaisesti keskeytetyn kilpajuoksun päätteeksi: ”kaikki voittivat ja kaikkien kuuluu saada palkinto” (drontti-lintu esiintyy sadussa nimellä Dodo). Leiman (2006) kuvaa Rosenzweigiin viitaten ekvivalenssiparadoksin: terapiasuuntaukset näyttävät työmenetelmiensä erilaisuudesta huolimatta tuottavan ryhmävertailuissa samankaltaisia tuloksia. Tätä hän pitää osoituksena siitä, että vaikutus syntyy terapeutin ja potilaan yhteistoiminnasta ja että terapeutin taito tuon yhteistoiminnan virittämisessä on ensiarvoisen tärkeää työmenetelmistä riippumatta.

Yleisesti voitaneen sanoa, että terapeutit, jotka käyttävät samaa menetelmää, kuitenkin soveltavat sitä eri tavalla. Hyvän terapeutin tunnusmerkkejä ajatellaan usein olevan kyky noudattaa menetelmää riittävässä määrin, mutta kuitenkin huomioon ottaen yksittäisen potilaan erityispiirteitä. Sekä jäykkä menetelmän orjamainen seuraaminen että menetelmän puute voi vaikuttaa kielteisesti hoitotulokseen. Tätä tukevat myös tutkimustulokset, jotka osoittavat, että terapeutit, jotka jäykästi jatkavat manuaalin tekniikoiden soveltamista vaikka allianssiin ilmestyy kupruja, menestyvät huonommin kuin ne terapeutit, jotka silloin keskittyvät allianssissa ilmenneisiin ongelmiin (Barber ym., 2006; Vocisano ym., 2004).

Psykoterapiatutkimuksessa on ajateltu jo pitkään, että nämä terapeuttiseen yhteistoimintaan liittyvät ns. *epäspesifit tekijät* ovat terapian tuloksellisuuden kannalta huomattavasti tärkeämpiä kuin spesifiset, erityisiin menetelmiin liittyvät tekijät. Tämä johtopäätös on vaatinut kosolti tutkimusta, vaikka toisaalta joku voisi väittää, että sehän on itsestään selvää, etteivät menetelmät toimi ihmisistä, siis potilaasta ja terapeutista, riippumatta.

Usein keskeisenä epäspesifinä tekijänä pidetään *terapeuttista allianssia* eli terapeutin ja potilaan liittoutumista potilaan auttamiseksi. Allianssin syntymisen edellytyksenä pidetään yleensä, että 1) terapeutti ja potilas ovat samaa mieltä terapian tavoitteista, 2) työtavoista ja 3) että heidän välille on syntynyt positiivinen tunneside (Bordin, 1979). Joskus allianssin käsite käytetään kapeasti ja se liitetään vain kolmanteen kohtaan. Mutta kokonaisvaltaisesti määriteltynä se ei merkitse, että menetelmä on vähemmän tärkeä, vaan että terapeutin ja potilaan on neuvoteltava yhdessä tavoitteista ja menetelmistä niihin pääsemiseksi (Safran & Muran, 2001). Psykoterapiatutkijat ovat osoittaneet asiakkaan ja terapeutin yksimielisyyden

terapiasuhteen tärkeistä tapahtumista olevan yhteydessä hyviin hoitotuloksiin (Kivlighan & Arthur, 2000).

Zurhoff ja Blatt (2006) ovat erotelleet neljä suhtautumistapaa allianssiin. Voidaan ensinnäkin ajatella, että allianssi on tarpeellinen mutta ei riittävä tekijä. Käyttäytymisterapian edustajat ajattelevat usein, että hyvää yhteistyötä edellytetään ennen kuin spesifejä tekijöitä voidaan panna täytäntöön, mutta että allianssilla yksinään ei ole kantavuutta. Toisena näkökulmana on ns. rogersilainen kanta, että hyvä terapiasuhte on suoraan yhteydessä terapiatulokseen (Rogers, 1995). Kolmas näkökulma on psykodynaaminen, missä allianssia pidetään muutosprosessin osana sikäli, että allianssi muodostaa olennaisen edellytyksen erilaisten tekniikoiden käytölle. Sekä vapaa assosiaatio, tulkinnat että tunteen siirrot saavat ravintonsa terapiasuhteesta. Neljäs näkökulma on skeptisempi ja väittää, että spesifit tekijät yksinään ovat riittäviä terapian viemiseksi eteenpäin (koska nämä edesauttavat ja tukevat terapeuttista allianssia). Psykoanalyttiseen viitekehykseen siirtyneet Safran ja Muran (2000) eivät näe terapeuttista allianssia vain epäspesifinä, terapiaa edesauttavana tekijänä, vaan jokainen terapeuttinen väliintulo tapahtuu allianssin sisällä ja vaikuttaa siihen. Samoin allianssin laatu on yhteydessä potilaan kokemukseen menetelmästä. Linehan (1993) mielestä teraputin tulee tasapainoilla sen mukaan, milloin terapiasuhte itsessään on terapiaa, ja milloin terapia tapahtuu terapiasuhteen kautta.

Eri psykoterapiamuotoja koskevat taustateoriat fokusoivat yleensä em. *spesifeihin* tekijöihin, kuten menetelmiin ja prosesseihin, jotka näiden teorioiden mukaan ovat spesifisti vaikuttavia tekijöitä, ja jotka toimivat näiden eri terapiasuuntausten toiminnan koordinaatteina. Spesifisten tekijöiden tutkimuksessa on etupäässä käytetty ns. RCT -paradigmaa, koska terapiamenetelmät ovat vakioitavissa, ainakin näennäisesti. Yhteisten, epäspesifien tekijöiden vakiointi sen sijaan on monesti miltei mahdotonta, minkä vuoksi niitä on enimmäkseen tutkittu muilla keinoilla.

Näkökulmassa, jossa korostetaan yhteisten tekijöiden roolia, logiikka kulkee yleensä seuraavasti: koska suuri osa psykoterapioiden tulosten varianssista johtuu yhteisistä tekijöistä (30%) ja erityisesti johtuu terapeuttisen allianssin merkityksestä, ja koska menetelmälliset tekijät vastaavat paljon pienemmästä varianssin osuudesta (15%), on tilastotieteen kannalta

hyvin todennäköistä että ns. drontin tuomio pitää paikkansa (Asay & Lambert, 1999). Yhdysvaltalaisen tutkijan Michael Lambertin mukaan potilaisiin (ja heidän ympäristöönsä) liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat riippumatta potilaan osallistumisesta terapiaan, ns. ”extratherapeutic change”, selittäisi jopa 40 % terapeuttisesta muutoksesta; tämä malli on esitetty ensi kerran kirjassa ”Psychotherapy relationships that work” (Lambert & Barley, 2002) mutta se löytyy myös kuuluisassa psykoterapian käsikirjassa ”Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change” viidennessä painoksessa (Lambert, 2003).

Lambertin mallin suurimpana ongelmana saattaa olla se, että se johdattaa meitä uskomaan, että psykoterapian vaikutukset voidaan selittää kokonaan. Malli perustuu kuitenkin arvauksiin ja arviointiin tukenaan ”suuri joukko tutkimuksia” (Lambert & Barley, 2002). Psykoterapian mitattavissa olevat tekijät (kuten menetelmälliset ja terapiasuhteeseen liittyvät) voivat olla päällekkäisiä ja varianssi, jota ei voida selittää (mitä Lambert kutsuu nimellä ”extratherapeutic change”) on varsin merkittävä (yli 40 %!). Martin ym. (2000) totesivat laajassa tuloksellisuuden meta-analyysissään että allianssin ja hoitotuloksen välinen korrelaatio oli keskimäärin $r = .22$, mikä selittää noin 4 % varianssista. Tämä on varsin kaukana Lambertin esittämästä luvusta 30 %. Yhdysvaltalainen psykoterapian tutkija Larry E. Beutler (2004) pitää Lambertin johtopäätöksiä hieman yliampuvina ja korostaa, että jako suhde- ja tekniikkatekijöihin antaa virheellisen kuvan siitä, mistä psykoterapiassa on kyse.

Viime aikoina on meta-analyysien avulla yritetty löytää eroja eri psykoterapiamuotojen tehokkuudesta, mutta laihoiin tuloksiin. Sopusoinnussa em. Michael Lambertin mallin kanssa on viime vuosina esitetty, että epäspesifit tekijät ovat ainoat (tai ainakin eniten) merkittävät hoitotulokseen vaikuttavat tekijät. Ehkä tunnetuin tämän näkökulman esittäjä on Bruce Wampold (2001), joka tunnetaan tekemästään 114 satunnaistetun, kontrolloidun vähintään kahta psykoterapiamuotoa käsittelevän hoitotutkimuksen meta-analyysistä. Meta-analyysissään Wampold ei löytänyt mitään tukea väitteelle, että olisi olemassa vaikuttavuuseroja eri psykoterapiamuotojen välillä. Wampoldin ajatuksesta, että allianssi on paljon tärkeämpi hoitotulosta määräävä tekijä kuin hoitomuoto, on tullut lähes yleisesti hyväksytty: hyvä terapiasuhte takaa terapian tuloksellisuuden riippumatta hoitomuodosta.

Edellä mainitun Wampoldin tekemään johtopäätökseen sisältyy joidenkin tutkijoiden mielestä ongelma, sillä hoitotutkimus on niin vinoutuneesti jakautunut eri hoitomuotojen kesken (esim. Westling, 2004). Valtaosa psykoterapiatutkimuksista koskee kognitiivisen käyttäytymisterapian eri muotoja (Lambert & Ogles, 2003). Voihan olla, että yhä useampi psykodynaamista psykoterapiaa koskeva satunnaistettu kontrolloitu hoitotutkimus näkee päivänvalon, mutta tällä hetkellä ehdoton enemmistö psykoterapiatutkimuksesta koskee erilaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian muunnelmia. Tätä taustaa vasten onkin erityisen ilahduttavaa, että äskettäin on julkaistu laaja meta-analyysi psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta (Leichsenring & Rabung, 2008).

Wampoldin meta-analyysia on kritisoitu siitä, että 79 näistä 114 käsitellyistä hoitotutkimuksista vain vertailee erilaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian muunnelmia – vain neljä (4) sisältää vertailuja psykodynaamisen terapian kanssa (esim. Andersson, 2005). On ilmeistä, että saadaan vain pieniä eroja eri hoitomenetelmien välillä, jos vain arvioidaan sokin sokin erilaisia käyttäytymisterapian ja kognitiivisen terapian muotoja (esim. Wampold ym., 1997). Se, että meta-analyysista poimitaan pois tutkimuksia, jotka eivät tue hypoteesia eri terapiamuotojen vähäisistä eroista tehokkuuden suhteen on sekin arveluttavaa (esim. Wampold ym., 2002), vaikka on tietysti hyvä, että kirjoittajat ilmoittavat, milloin he näin tekevät. Kyseisestä meta-analyysista puuttui lähes kokonaan Suomessakin hyvin edustettu psykodynaaminen terapia (vain 3.5% tutkimuksista koski tätä terapiamuotoa).

Wampoldin argumentti, että terapioidella on oltava vakaa pyrkimys auttaa (oltava *bona fide*), voidaan nähdä myös epäsuorana argumenttina terapeuttisten tekniikoiden merkityksen puolesta. Terapian, jonka tarkoituksena todella on auttaa masennuspotilasta, tulee pitää sisällään menetelmiä, joista on osoitettu olevan hyötyä depression hoidossa. Kun keskeisiä ongelmia akuutissa masennuksessa on toimintatason lasku, on luonnollisesti hyvä, jos hoitoon liittyy käyttäytymisen aktivoitua (Dobson ym., 2008; Gortner ym., 1998). Käyttäytymisen aktivointi (behavioral activation) on kahden vuoden seurannassa (Jacobson ym., 1996) osoittautunut yksinään yhtä tehokkaaksi depression hoidossa kuin perinteinen ”beckiläinen” kognitiivinen terapia (Beck ym., 1979). Samoin jos potilaalla on paniikkihäiriö, niin terapeutin on hyvä ymmärtää, että altistus on keskeisiä menetelmiä paniikkireaktioita muokattaessa (Barlow ym., 2005; Clark, 2004; Öst ym., 2004). Entäpä jos potilas kärsii

vaikeasta pakko-oireisesta häiriöistä? Voisi kuvitella että hoidossa olisi tällöin hyvä olla altistusta yhdistettynä reaktion eston harjoitteluun (joka on toistaiseksi ainoa näyttöön perustuva pakko-oireisen häiriön hoitomenetelmä, Foa & Franklin, 2001). Kun epävakaita potilaita hoidetaan dialektisen käyttäytymisterapian avulla hoidossa painottuvat tietoisuustaitojen ja tunteiden säätelyn oppiminen, kuten myös muiden keskeisten taitovajeiden muokkaaminen (Holmberg & Kähkönen, 2008). Mutta myös edellä mainittuja menetelmiä soveltavan on nähtävä aikaa ja vaivaa terapeutin allianssin kehittämiseen. Persoonallisuushäiriöpotilaiden kanssa työskentely on vaikeaa ilman toimivaa yhteistyöallianssia (Dimaggio ym., 2007; Dimaggio & Norcross, 2008; Kåver & Nilsson, 2004) ja altistusta soveltavan terapeutin on vaikea kannustaa potilasta kokeilemaan altistusta ilman sitä (Ledley ym., 2006).

Tutkimus ei ole pystynyt osoittamaan merkittäviä eroja allianssin laadun suhteen kun on verrattu kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja psykodynaamista terapiaa (Krupnick, 1996; Salvio ym., 1992). Joissakin tutkimuksissa sen on nähty olevan korkeampi kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (Raue ym., 1993; Sloane ym., 1975). Jälkimmäisessä tutkimuksessa arvioijat huomasivat, että psykodynaamisilla terapeuteilla on laadun suhteen suurempi vaihtelu. Allianssilla voi myös ajatella olevan erilainen merkitys eri terapiamuodoissa. Voi olla, että se on välttämätön mutta ei riittävä käyttäytymisterapiassa. On myös mahdollista, että se rogersilaistyyllisessä asiakaskeskeisessä terapiassa on riittävä toivotun muutoksen aikaan saamiseksi ja että se psykodynaamisessa terapiassa on nähtävä enemmän tekniikkana itsessään.

Lambert ja Ogles (2003) näyttävät laajentaneen yhteisten, epäspesifien tekijöiden määritelmäänsä sisällyttäen siihen nyt sellaista mitä käyttäytymisterapiassa ja kognitiivisessa terapiassa kutsutaan tekniikoiksi (kuten esim. asialistan eli agendan käyttö, altistuksen käyttö ym.). Tällaisella laajentuneella määritelmällä on ehkä helppo häivyttää eroja, joita todella on olemassa eri terapiamuotojen välillä. Monelle psykoterapiamenetelmälle on tunnusomaista, ettei käytetä kotitehtäviä tai käyttäytymisen aktivointia, ei laadita asialistaa (agendaa), tai että keskeytetään altistus heti kun se muuttuu työteliäämmäksi jne. (ks. Blagys & Hilsenroth, 2002).

Mutta onko edes niin, että Lambert ja Ogles (2003) todella toteavat, että puuttuu evidenssiä siitä, että jotkut psykoterapiamuodot ovat tehokkaampia kuin toiset? Ne, jotka haluavat korostaa epäspesifien tekijöiden merkitystä, viittaavat usein heidän em. lukuunsa siteeraamalla seuraavaa kappaletta:

”To advocate empirically supported therapies as preferable or superior to other treatments would be premature. Not only is this endeavour impractical, but research is lacking. Advocating at this level is not supported by past or current research evidence” (Lambert & Ogles 2003, 180).

Mikäli sitaatti todella lopetetaan tähän, näyttää siltä, että Lambert ja Ogles (2003) antavat tukea käsitykselle, että kaikki psykoterapiamuodot ovat yhtä hyviä. Ehkä on hyvä katsoa mitä muuta seuraa sen jälkeen:

”Although there is little evidence of one form of psychotherapy having clinically significant superiority to another form with respect to moderate outpatient disorders, behavioral and cognitive methods appear to add a significant increment of efficacy with respect to a number of problems (e.g. panic, phobias, and compulsion) and to provide useful methods with a number of non-neurotic problems with which traditional therapies have shown little effectiveness (e.g. childhood aggression, psychotic behavior, and health-related behaviours)” (Lambert & Ogles 2003, 180).

Ei voida kieltää, että vaikkapa depression kohdalla löytyy *enemmän* tukea kognitiiviselle käyttäytymisterapialle (KKT) kuin psykodynaamiselle lyhytterapialle – ts. on olemassa enemmän hoitotutkimuksia, jotka osoittavat hyviä tuloksia kognitiivisen lähestymistavan kohdalla. Sitä vastoin ei todennäköisesti voida sanoa että KKT on tehokkaampaa kuin psykodynaaminen terapia depression hoidossa – se edellyttäisi, että samassa satunnaistetussa, kontrolloidussa hoitotutkimuksessa olisi osoitettu että KKT -ryhmällä olisi paremmat hoitotulokset kuin psykodynaamisella ryhmällä.

Kun hoidon sisältöä operationalisoidaan tekniikoiksi (jotka on johdettu potilaan ongelman määritelmästä), sinänsä tarpeellista allianssia täydennetään (ongelmasta riippuen) esim. mieltämistaitojen harjoittelulla, käyttäytymisen aktivoinnilla tai portaittaisella altistuksella. Jos terapialla on vakaa pyrkimys auttaa, ja potilas kärsii esim. pakko-oireista (potilaan mielestä oireet = ongelma) niin silloin tekniikat, joiden on osoitettu lievittävän oireita, ovat tarkoituksenmukaisia. Toisesta näkökulmasta katsova voi taas uskoa oireiden johtuvan X:stä, jolloin avun kohdistaminen X:n muuttamiseen (jolloin oireet muuttuisivat X:n muuttuessa) olisi hänen mielestään perusteltua. Kyse on pitkälti siitä, mikä katsotaan ongelmaksi ja miten määritellään terapian fokus – tapahtuuko tämä tutkivassa yhteistyössä potilaan kanssa terapiaprosessin edetessä vai siten, että terapeutti ikään kuin ”ajattelee asian valmiiksi” taustateoriansa mukaiseksi ja toimii tämän mukaisesti.

Voiko hoito olla haitallista?

Jos pitää lähtökohtanaan teoriaa epäspesifeistä tekijöistä, voisi ajatella, että riski aiheuttaa haitallisia vaikutuksia terapeutin hoidon seurauksena olisi minimaalinen, *niin kauan kuin hoitosuhde on hyvä*. Lumevaikutuksiaahan on kaikissa hoidoissa ja ns. Hawthorne – vaikutuksella viitataan siihen, että jo tutkittavan pelkkä kiinnostuksen ja väliintulon kohteena olemisen johtavat positiivisiin tuloksiin.

Mutta huolimatta epäspesifisten tekijöiden ja lumevaikutuksen olemassaolosta, on dokumentoitu varoittavia esimerkkejä erilaisista hyvää tarkoittavista hoidoista, joista on ollut kielteisiä seurauksia. Lääketieteen piiristä voisi lyhyestä mainita taannoin tehdyt kaksi laajaa satunnaistettua tutkimusta (50.000 osallistujaa), joissa testattiin betakaroteenin käytön seurauksia. Betakaroteeni on A-vitamiiniaine, jota käytettiin syövän ehkäisykeinona (Goodman ym., 2004). 1980-luvun alussa julkaistiin sekä epidemiologisista tutkimuksista että eläinkokeista merkkejä, joista saattoi päätellä, että betakaroteeni voisi ehkäistä keuhkosityöpää. Sen takia käynnistettiin kaksi suurta kansainvälistä tutkimusprojektia, joihin osallistui henkilöitä, joilla oli kohonnut riski sairastua syöpään tupakoinnin tai asbestityön vuoksi.

Molemmissa tapauksissa tutkimusprojekti keskeytettiin ennenaikaisesti, koska osallistujille jotka saivat kyseistä vitamiinilisää, kehittyi enemmän keuhkosityöpäsairauksia. Kyseisten osallistujien kuolleisuusfrekvenssi todettiin myös suuremmaksi kuin lumehoitoa saaneiden ryhmässä. Tämä kehityssuunta jatkui vielä sen jälkeen kun hoito oli lopetettu. Vitamiini – käsite on hyvä esimerkki positiivisesti ladatusta käsitteestä, joka luo positiivisia odotuksia ja lumevaikutuksia ja silti vaikutus oli päinvastainen. Kaikkein tärkein havainto oli tietysti se, että ilman satunnaistettua, kontrolloitua tutkimusta, jossa tutkittavat jaettiin hoito- ja koeryhmiin, tätä havaintoa ei olisi tehty. Tästä olisi todennäköisesti seurannut, että tätä haitallista hoitoa olisi jatkossakin suositeltu lukuisille riskiryhmässä oleville potilaille.

Onko RCT -paradigman käyttö myös psykososiaalisten hoitojen tutkimuksessa toivottavaa? Onko se edes tarpeen? Eivätkö kvalitatiiviset prosessitutkimukset tai tiettyjen hoitojen teoreettiset perustelut ole riittäviä? Seuraavat hoitotutkimukseen liittyvät esimerkit pyrkivät valaisemaan tähän liittyviä ongelmia.

Uusintarikollisuuden ehkäisyn tutkimuksesta löytyy esimerkkejä psykososiaalisista hoitoprojekteista, joista on ollut kielteisiä seurauksia (Dishion ym., 1999). Klassinen esimerkki on Cambridge-Somerville Youth Study, joka käynnistettiin 1939 ja jonka kohteena olivat riskiympäristöissä elävät 10-vuotiaat pojat. Hoito kesti kaikkiaan viisi vuotta ja siihen sisältyivät säännölliset sosiaalityöntekijöiden tekemät kotikäynnit, joiden tarkoituksena oli antaa sosiaalista tukea, ohjausta ja kannustaa sosiaaliin aktiviteetteihin, antaa mahdollisuus kesäleireihin, ym. Tarkalla hoito- ja kontrolliryhmän yhteensovittamisella ja satunnaistamisella haluttiin varmistaa tutkimusprojektin metodologista laatua.

Kun yhdysvaltalainen tutkija Joan McCord 35-40 vuotta myöhemmin systemaattisten väestörekisteritietojen avulla tutki tutkimusprojektiin osallistuneiden kuolleisuutta, uusintarikollisuutta, alkoholismia ja psykoosidiagnoseja indikaattoreina kielteisestä lopputuloksesta, hän huomasi, että hoitoryhmä oli selvästi yllidustettuna kielteisten lopputulosten kohdalla. Oletus, että hoidossa todella oli jotakin haitallista, sai vahvistusta kahdesta muusta tuloksesta: 1) kielteinen lopputulos esiintyi ainoastaan niiden perheiden pojilla, jotka olivat tehneet hyvää yhteistyötä tutkimuksen toteuttajien kanssa. 2) Oli olemassa myös selvä annosvaste – vaikutus, siten, että mitä enemmän kotikäyntejä sosiaalityöntekijät

olivat tehneet, sitä huonompi vaikutus hoidolla oli. Kiinnostava lisähavainto oli, että kesäleireillä näytti olevan tärkeä osuus haitallisesta vaikutuksesta. Niiden poikien kohdalla, jotka saivat viettää aikaa kesäleireillä kahdesti, kielteisen lopputuloksen riski aikuisiässä kymmenkertaistui. McCordin teoria (jota tukee myös muu tutkimus) on, että riskiryhmän nuoret, jotka kokoontuvat näihin hoidollisiksi tarkoitettuihin ympäristöihin, vahvistavat toistensa epäsosiaalista käyttäytymistä (McCord, 1978; 2003).

Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös Yhdysvalloissa 70-luvulla käyttöön otetusta ”Scared straight” -ohjelmasta, jonka tarkoitus oli realistisilla vankila-elämän kuvauksilla ja vankilavierailuilla pelästyttää riskiryhmään kuuluvia nuoria kaidalle tielle. Ohjelman vaikutukset osoittautuivat satunnaistetussa tutkimuksessa päinvastaisiksi, uusintarikollisuus lisääntyi kohderyhmässä, vaikutukset olivat enemmän haitallisia kuin olemattomia. Tästä huolimatta ohjelma on edelleen käytössä (Petrosino, 1997; Petrosino, Turpin-Petrosino, & Buehler, 2002).

Tilanne psykoterapian kentällä on edelleen se, että on olemassa satoja erilaisia psykoterapian muotoja, joista suuri enemmistö ei ole koskaan ollut tieteellisen arvioinnin kohteena. Osa näistä on luultavasti vailla vaikutusta, kun taas jotkut saattavat olla suoranaisesti haitallisia (Lilienfeld, 2007) – mutta yleinen käsitys psykoterapeuttien keskuudessa on pitkään ollut, että psykoterapeuttisen hoidon positiivisia seurauksia pidetään itsestään selvänä. Näin varsinkin, jos terapian sisältämiä menetelmiä voi perustella teoreettisesti. Mutta vaikka esim. kiintymisterapialle (attachment therapy), kuten rebirthing –hoidolle ja holding –terapialle, löytyy teoreettisia perusteita, ei ole olemassa tutkimusta joka tukisi näiden käyttöä. Ensiksi mainitusta terapiamuodosta on päinvastoin raportoitu hoidosta seuranneita tukehtumisesta johtuvia kuolemantapauksia (Kennedy ym., 2000). Kyseinen terapia perustuu ajatukseen, että käytöshäiriöisiä lapsia tai nuoria, jotka osoittavat liian vähän kiintymystä vanhempinsa, käärätään huopiin, jonka jälkeen aikuiset painautuvat huopia vasten ja aiheuttavat lapsen pakoyrityksen myötä oletetun parantavan uudelleen syntymisen kokemuksen. Holding-terapiassa lasta taas pidetään tiukasti sylissä tämän rimpuilusta ja temppuilusta huolimatta ja vahvistetaan lapselle koko ajan rauhallisesti, kuinka paljon hänestä pidetään, huolimatta siitä, että hän rähjää ja huutaa ja kertoo inhoavansa äitiä/isää/kaikkia. Tausta-ajatuksena on, että hoito vapauttaa tukahdutettuja tunteita ja tekee lapselle helpommaksi ottaa haltuun

vanhempiin kohdistuvia positiivisia tunteita. Kummankaan hoidon tuloksellisuudesta ei ole näyttöä (Chaffin ym., 2006; Mercer, 2002).

Esimerkkinä debriefing eli psykologinen jälkipuinti

Koska psykoterapiatutkimus on niin epätasaisesti jakaantunut eri psykoterapiamuotojen kesken, tiedämme varsin vähän siitä, onko olemassa psykoterapeuttisen auttamisen muotoja, jotka ovat haitallisia. Mahdollinen esimerkki on kuitenkin yhden istunnon debriefing – malli (ns. Critical Incident Stress Debriefing, CISD, joka tunnetaan Suomessa psykologisena jälkipuintina) jota kehitettiin Jeffrey Mitchellin toimesta 80-luvulla, ja joka nopeasti sai suosiota trauma- ja kriisityössä. Mitchell itse ei nähnyt mitään syytä siihen, että tätä hoitomallia olisi alistettu satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten kohteeksi. Terapeuteilla oli hyvin positiivisia kokemuksia jälkipuinnista ja kyselyissä oli todettu, että useimmat osallistujat olivat tyytyväisiä saamansa apuun.

Nyt on tehty kymmenkunta satunnaistettua tutkimusta yhden istunnon jälkipuinnista (Rose ym., 2003). Nämä osoittavat, että lyhyen aikavälin seurannassa hoidolla ei näytä olevan positiivisia vaikutuksia. Kahdessa tutkimuksessa, joissa käytettiin pitkän aikavälin seurantaa (n. 1 v. ja 3 v.) havaittiin, että jälkipuintiryhmällä oli huonompi tulos kuin kontrolliryhmällä. Useimmat yhden istunnon jälkipuinnissa olleista kehittivät traumaperäisiä stressireaktioita (PTSD) enemmän kuin kontrolliryhmän jäsenet. Palovammahreja seuranneessa tutkimuksessa huomattiin, että 13 kk:n seurannassa oli jälkipuintiryhmästä 26 % kehittänyt posttraumaattisia oireita, kontrolliryhmässä sen sijaan 9 % (Rose ym., 2002; 2003; Wessely 2000).

Tässä meillä saattaa olla esimerkki hoitomuodosta, jolla näyttää olevan haitallisia vaikutuksia, vaikka enemmistö osallistujista arvioi sen hyväksi ja kokee saaneensa siitä apua. Toistaiseksi ei osata varmuudella sanoa sitä, miksi CISD saattaa olla haitallista, mutta spekulatiota voidaan esittää: voiko kyse olla siitä, että ihmisen ”luonnolliseen” trauman työstämiseen sisältyy prosesseja, jotka häiriintyvät, jos tilalle tulee kaikki samaan muottiin pakottavia menetelmiä? Onko niin, että joillekin ihmiselle tilanteen jälkipuinnista on välittömiä

positiivisia seurauksia, mutta pitkällä tähtäimellä tämä hidastaa toipumista? Vai onko ongelmana yksi istunto – ts. että käynnistetään prosessi, joka katkeaa liian varhaisessa vaiheessa? (tästä pohdinnasta puolesta ja vastaan, ks. esim. Wessely, 2003).

Koska on mahdollista, että jälkipuintiprosessilla saattaa olla pitkällä tähtäimellä kielteinen vaikutus osallistujiin, Suomessakin kouluttanut norjalainen kriisiterapeutti Atle Dyregrov (1997) on jo 10 vuotta sitten esittänyt, että on tarpeen analysoida jälkipuinnin ryhmäprosessia perusteellisemmin kiinnittäen huomiota ryhmän koostumuksen suunnitteluun, ohjaajan johtamistaitoihin, jälkipuinnin ajoitukseen, siihen mihin tilanteisiin ja kenelle se soveltuu jne. Psykologista jälkipuintia tulisi harjoittaa huolehtivassa ympäristössä ja osana strategiaa, jonka keskeisenä piirteenä on sosiaalisen yhteenkuuluvuuden luominen yrityksessä tai paikallisyhteisössä.

Psykologista jälkipuintia on Suomessa arvioinut Kristian Wahlbeck (2005a; 2005b), joka toteaa, että auttamisessa tulee keskittyä käytännön toimenpiteisiin. Valtaosa trauman kokeneista on psyykkisesti terveitä, ja tämän takia meidän tulee olla äärimmäisen varovaisia ennen kuin suosittelemme heille hoitoa psykologisin keinoin. Joillekin traumauhreista saattaa kehittyä psyykinen häiriö ja näitä henkilöitä voidaan auttaa kognitiivis-behavioraalilla psykoterapialla. Tämänkään psykoterapian ajankohta ei ole heti tapahtuman jälkeen, koska suurin osa oireilevista paranee ilman erityisiä toimenpiteitä. Wahlbeckin tuomio on varsin selkeä: terveyspalveluiden piirissä toteutetun ehkäisyn tai hoidon tulee perustua tutkittuihin ja hyväksi havaittuihin menetelmiin ja näihin psykologinen jälkipuinti ei enää kuulu.

Wahlbeckin arvio on sopusoinnussa norjalaisen terveydenhuollon arviointien menetelmäyksikön NOKC:n v. 2007 julkaistun arvioinnin kanssa. Meta-analyysi tehtiin vain satunnaistetuista kokeista, koska järjestelmällisten katsausten laatu oli huono. Satunnaistamattomia tutkimuksia ei hyväksytty analyysiin, koska relevantteja satunnaistettuja kokeita löytyi riittävästi. Muuttujina olivat traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), traumaperäiset stressioireet, ahdistuneisuus ja masentuneisuus 3-6 kk:n ja 1-3 vuoden kuluttua. Analyysin mukaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneiden riski saada PTSD -diagnoosi oli noin puolet verrattuna kontrolliryhmään 3-6 kk:n jälkeen, noin kolmannes 9 kk:n jälkeen ja neljännes 3-4 vuoden jälkeen. Psykologinen jälkipuinti ei ollut

vaikuttava verrattuna siihen, ettei tehty mitään interventiota. Debriefing toteutettiin yhdessä tai kahdessa kriisi-istunnossa kolmen viikon kuluttua traumaattisesta tapahtumasta (näitä olivat mm. tulipalot, väkivalta ja odottamattomat kuolemantapaukset). Kognitiivinen käyttäytymisterapia toteutettiin 4-14 istunnossa kuuden kuukauden kuluttua traumasta (raportti luettavissa nettiversiona:

www.kunskapssenteret.no/filer/Psykososiale_tiltak_ved_kriser_og_ulykker_netversion.pdf

Satunnaistetut kontrolloidut hoitotutkimukset ovat näin johtaneet siihen, että jälkipuinnin ympärillä käydyn keskustelun tuloksena on noussut esiin useita tekijöitä, joista ei oltu aiemmin riittävän tietoisia. Tulevaisuudessa tehtävät tutkimukset auttavat parantamaan psykologisen jälkipuinnin laadunvalvontaa.

Tämä on varmaan voimakkain argumentti sille, että satunnaistetut kontrolloidut hoitotutkimukset ovat tarpeellinen osa hoitotutkimusta: on yksinkertaisesti epäeettistä jättää arvioimatta käyttämiämme terapeuttisia menetelmiä, koska on olemassa riski, että tiettyihin menetelmiin, jotka vaikuttavat intuitiivisesti järkeville, todella voi liittyä kielteisiä seurauksia. Ovatkohan debriefing –käytännöt sitten muuttumassa alkuperäisen mallin julkistamisen jälkeen? Voisi toivoa, että tehotutkimuksista saatu näyttö johtaa käytäntöjen muokkaamiseen ja että uudistetulla mallilla syntyy uutta jälkeä myös pitkällä aikavälillä.

Näytön haku ja sen merkitys

Monet suomalaiset psykoterapian edustajat ovat olleet vakuuttuneita oman psykoterapiamuotonsa hyödyllisyydestä. Jotkut ovat pohjanneet tämän päätelmänsä siihen, että ovat omin silmin nähneet potilaiden toipuvan. Ongelmana tällaisessa ajattelussa kuitenkin on, että verrokkiryhmän puuttuessa terapeutit eivät voi tietää, miten potilaiden olisi käynyt ilman hoitoa tai toisenlaisen hoidon seurauksena (Karlsson, 2006). Ns. kliiniseen kokemukseen perustuva todistusaineisto (clinical wisdom) oletetaan näissä mielipiteissä antavan näyttöä menetelmän vaikuttavuudesta, vaikka se antaa enemmän näyttöä uskosta siihen, että kliinisellä kokemuksella on todistusvoimaa. Perusteluissa on monia ongelmia: 1)

ehkä kyseinen terapeutti vain on niin hyvä, mutta kertooko saavutettu muutos silloin viitekehystä vai terapeutista itsestään; 2) eri ihmiset pitävät onnistumisena erilaisia tuloksia; 3) mikä on seuranta-aika? Terapeutti harvoin tietää mitä tapahtuu viimeisen käynnin jälkeen; 4) potilaita ei ole satunnaistettu vaan he valikoituvat sopiville terapeuteille ja heidät valikoidaan; 5) täydellinen läpinäkyvyyden puute ja sitä kautta arvioinnin mahdottomuus (Fisher & Donohue, 2006).

Psykodynaamisten psykoterapioiden hyödyistä on kiistelty Suomessa ja muualla maailmassa vuosien ajan. Lehtosen (2006) mielestä tutkimukset ovat osoittaneet dynaamisen psykoterapian tuloksellisuuden useissa häiriöryhmissä. Hän viittaa Saksassa ilmestyneisiin Marianne Leuzinger-Bohleber ym. (2003) sekä Falk Leichsenring ym. (2005) psykodynaamisen terapian naturalistisiin vaikuttavuustutkimuksiin, jotka molemmat koskivat diagnooseiltaan hyvin heterogeenista potilasjoukkoa. Molemmat ovat hyvä alku vaikuttavuustutkimukselle, mutta ovat metodologisesti valitettavan rajallisia (esim. miten on arvioitu hoidon tulos).

Näihin viitaten Lehtonen kirjoittaa ”psykoanalyttisissa terapioiden olleista potilaista 70-80 % on hyötynyt hoidosta merkittävästi”. Lehtonen kirjoittaa myös Leichsenring (2005) katsauksesta psykodynaamisten terapioiden tehosta viittaamalla ”22 tutkimukseen, joissa on käytetty satunnaistettua vertailuasetelmaa”. Lukija voi saada käsityksen, että hoidosta hyötynneiden tulokset on johdettu RCT – tutkimuksista. Näinhän ei ole. Katsauksessahan mainitaan kyllä montakin RCT - tutkimusta, kuten seuraavassa kappaleessa todetaan, mutta tuollainen vaikuttavuusprosentti mainitaan katsauksen osassa, joka *ei* käsittele RCT – tutkimuksia.

Erotukseksi esim. Ruotsin SBU – arvioinnista (SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering) Saksan tiedeakatemia ei ole tehnyt mitään itsenäistä arviota psykoterapiatutkimuksesta vaan tyytynyt ”puolueellisiin asianomistajakirjelmiin” (mm. Hau & Leuzinger-Bohleber, 2006). Saksan tiedeakatemian käsitys on luettavissa katsauksena netti-osoitteessa www.wbpsychotherapie.de (Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen) ja siinä luetellaan yhdeksän diagnoosiryhmän kohdalla saatua näyttöä psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisuudesta. Epäselväksi kuitenkin jää,

mihin tämä luettelo perustuu. Onko niin, että Saksan psykoanalyttinen yhdistys on tehnyt joitakin vaikuttavuusseurantoja (ei siis tehon tutkimuksia) vai onko kyse Leichsenringin katsauksen pohjalta tehdystä yhteenvedosta? Tämä näkemys on sitten päässyt Saksan tiedeakatemian kannanottoon psykoterapioiden tehokkuudesta, ja tätä näkemystä nyt sitten muut – kuten Lehtonen (2006) - käyttävät osoittaessaan psykodynaamisen saamaa näyttöä. Vaikka lyhytkestoisella psykodynaamisella terapialla alkaa olla Leichsenringin (2005) katsauksen mukaan joidenkin häiriöryhmien kohdalla näyttöä muutamista RCT tutkimuksista, joissa se on todettu yhdenveroiseksi KKT:n kanssa (esim. masennuksen hoidossa neljä RCT tutkimusta, joiden yhteenlaskettu psykodynaamista hoitoa saaneiden N= 130; 33/tutkimus), niin edelleen - runsaan sadan vuoden historian jälkeen - on useita potilasryhmiä, joiden kohdalla joko RCT tutkimuksia ei ole ollenkaan (esim. psykoottiset häiriöt) tai niitä on vain yksi, joka sekin on tyypillisesti kovin pieni (esim. sosiaalinen fobia; psykodynaamisen terapian ryhmän N=27, PTSD; psykodynaamisen terapian ryhmän N=29 ja klusteri C persoonallisuushäiriöiset; psykodynaamisen terapian ryhmän N=25). Mikäli Saksan tiedeakatemian näkemys perustuu Leichsenringin (2005) katsaukseen, niin näiden yksittäisten pienten tutkimusten perusteella muodostuu kansallisen tiedeakatemian käsitys tehokkaasta hoidosta?

Näistä lähteistä voi todeta, että vaikka niitä käytetään psykoanalyttikkojen keskuudessa psykoanalyttisen psykoterapian tuloksellisuuden evidenssinä, tätä evidenssiä ei mainita kahdessa psykoterapiatutkimuksen tämän vuosikymmenen perusteoksessa: Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapeutic Change (Lambert 2003) ja What works for whom (Roth & Fonagy, 2005). Olisi ehkä ollut tässä yhteydessä mielekkäämpää nojautua em. "What works for whom" -katsaukseen, jossa käydään systemaattisesti läpi eri diagnooseja koskevia hoitotutkimuksia. Niistä ei kuitenkaan löydy Leichsenringin ja Lehtosen mainitsemia lukuja.

Leichsenring ja Rabung (2008) ovat aivan äskettäin julkaisseet oman kaivatun katsauksensa pitkäkestoisten (yli yksi vuosi tai 50 tapaamista) psykodynaamisten psykoterapioiden tehosta ja vaikuttavuudesta. Katsauksen tuloksiin viitattaessa onkin hyvä pitää mielessä, että osa tuloksista nojaa vahvasti vaikuttavuustutkimuksiin. Tästä esimerkkinä laskelmat siitä, kuinka monta tutkimusta tarvittaisiin kumoamaan meta-analyysin löydökset (ns. pöytälaatikkoefekti). Perustuen 12 seurantatutkimukseen, katsauksessa todetaan pitkäkestoisen psykodynaamisen

psykoterapian helpottavan monenlaisia vaikeita psykiatrisia ongelmia. Sen sijaan tehokkuustutkimuksia (RCT) on mukaan löytynyt kahdeksan. Kun meta-analyysejä tehdään pienestä määrästä tutkimuksia, merkittäväksi tulee se, millä kriteereillä tutkimukset valitaan. Tässä yhteydessä merkillepantavaa on mm. se, että esimerkiksi Giesen-Bloo ym. (2006) tutkimus ei ole mukana analyyseissä. Katsauksessa todetaan pitkäkestoisen psykodynaamisten psykoterapioiden olevan keskimäärin tehokkaampia kuin lyhyemmät vertailuterapiat. Katsaus on hyvä alku pitkäkestoisten psykodynaamisten psykoterapioiden tehon tutkimiselle, mutta se sisältää myös ongelmakohtia. Tämän meta-analyysin perusteella on mahdotonta päätellä aiheutuuko havaittu ero tehokkuudessa spesifeistä tekijöistä liittyen psykodynaamiseen työskentelyyn vai siitä, että vertailuryhmissä saatu terapia on huomattavasti vähemmän intensiivistä (pitkäkestoisten psykodynaamisten terapioiden keskimääräinen tapaamismäärä oli 103 kun se vertailuterapioissa oli 33). Vaikuttavan elementin päättelystä vaikeuttaa myös se, että vertailuterapiat edustavat laajaa ja heterogeenista joukkoa interventioita, joista esimerkkeinä ravitsemusneuvonta (!), tavanomainen psykiatrisen hoito, kognitiivis-analyttinen terapia, dialektinen käyttäytymisterapia, perheterapia, kognitiivinen terapia ja vähemmän tapaamisia sisältävä psykodynaaminen psykoterapia. Toiseksi huomiota kiinnittää tutkimusten otosten suhteellisen pieni koko. Läpikäytyjen RCT tutkimusten pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian ryhmään osallistui tutkimusten alussa 237 tutkittavaa, mikä tekee noin 30 tutkittavaa / tutkimus. Analyysistä ei käy ilmi kuinka moni lopulta oli mukana analyyseissä. Kolmanneksi meta-analyysin perusteella ei voi päätellä minkälaisille potilaille pitkäkestoinen psykoterapia voisi olla tehokasta, koska alkuperäistutkimuksista viidessä käsitellään persoonallisuushäiriöisiä, kahdessa syömishäiriöisiä ja yhdessä heterogeenista joukkoa erilaisia psykiatrisia häiriöitä.

Toinen ongelma liittyy yleistämiseen: vaikka on saatu näyttöä lyhytkestoisen psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa, voidaanko tätä tulosta yleistää sanomalla, että psykodynaaminen terapia yleensä on vaikuttava ja että ”psykoanalyttisissä terapioiden olleista potilaista 70-80 % on hyötynyt hoidosta merkittävästi” (Lehtonen, 2006). Tuskinpa vaan. On selvittävää minkä spesifin häiriön suhteen se on tehokas, ja minkälaisena sovelluksena. Tehokkuuden osalta näyttö ei toistaiseksi koske kuin masennusta ja epävakaita persoonallisuutta, ja menetelmä *ei ole psykodynaaminen terapia yleensä*, vain näihin häiriöihin sovitettavat muokkaukset psykodynaamisesta terapiasta, eli epävakaita persoonallisuuden kohdalla mentalisaatioon

perustuva terapia (MBT) ja masennuksen kohdalla lyhytkestoinen psykodynaaminen terapia (STPP: short-term psychodynamic psychotherapy; Fonagy ym., 2005b). Jälkimmäisen kohdalla Roth ja Fonagy tosin esittävät varauksia:

”...overall, support for brief dynamic therapy is sparse and at best equivocal. No study favors dynamic therapy over other therapies, and some suggest that it performs more poorly. Firm conclusions regarding the efficacy of brief dynamic techniques still require further and better designed research.” (Roth & Fonagy, 2005, 106-107).

Psykodynaamisen psykoterapian näytöstä yleensä Fonagy ym. ihmettelevät: ”notwithstanding a history of over 100 years, psychoanalytically informed psychological therapies has a poor evidence base” (s. 367) tähdentäen, että “this review clearly illustrates that STTP is very unlikely to be effective as a generic treatment” (s. 373). Eli psykodynaamisesta lyhytterapiastakaan ei tiedetä, onko se välttämättä tehokas muun kuin masennuksen hoidossa. Ahdistuksen psykodynaamisen hoidon tuloksellisuudesta Fonagy (2006) taas toteaa: ”it is striking that little research has been done to establish the pertinence of psychodynamic approaches to anxiety, which is so central to both psychoanalytic theory and practice”. Poikkeuksen tarjoaa viime vuonna julkaistu RCT-tutkimus psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisesta sovelluksesta paniikkihäiriön hoidossa (Milrod ym., 2007). Niinpä laajassa katsauksessa (Connolly Gibbons ym., 2008) todetaan että mikäli lähtökohtana pidetään useita tasokkaita RCT- tutkimuksia psykodynaaminen terapia saa empiiristä tukea vain masennuksen hoidossa (ja silloin yhdistyneenä lääkehoitoon): em. mentalisaatio-hoidon ja paniikkihäiriön arviointi on toistaiseksi jäänyt yhteen tutkimukseen.

Vastaavalla tavalla kognitiivinen terapia ei ole yleislääke mihinkään: mutta spesifien häiriöiden käsitteellistämiseen perustuvat kognitiivis-behavioraaliset sovellukset ovat näyttäneet toimivilta tiettyjen häiriöiden (kuten mielialahäiriöiden, fobioiden, pakko-oireisen häiriön jne.) hoidossa (Butler ym., 2006; Nathan & Gorman, 2007; Roth & Fonagy, 2005). Jopa niin hyvin, että muun kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian suositteluun esim. spesifisten fobioiden, yleistyneen ahdistuneisuuden ja pakko-oireiden hoitoon kaipaavien perusteluja (Chambless & Ollendick, 2001; Hunsley & DiGuilio, 2002). Kuitenkin myös kognitiivisen käyttäytymisterapian kohdalla on syytä varoa edellä mainitun kaltaisia

yliampuvia johtopäätöksiä. Emmelkamp (2003) toteaa kyseisen terapiamallin tehokkuuden lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa, mutta tuo myös esiin korkeaa repsahdusriskiä. Jos repsahdusriskiä lisäävin tekijöihin (kuten haitalliseen vuorovaikutustapaan, informaation käsittelyongelmiin ja stressiä ylläpitäviin toimintatapoihin) ei kyetä vaikuttamaan riittävästi hoidon aikana, ne selvästi myötävaikuttavat masennuksen uusiutumiseen (Pettit & Joiner, 2006; Riso & Klein 2004). Näihin tekijöihin vaikuttaminen kognitiivisen terapian avulla on siis ensiarvoisen tärkeää, mikä on todettu kuuden vuoden seurantatutkimuksessa, missä kognitiivinen terapia selvästi pienensi lääkehoitoa saaneiden masennuspotilaiden repsahdusriskiä (Fava ym., 2004).

Tuloksellisuustutkimukset ovat olleet keskeinen osa kognitiivisen psykoterapian kehitystyötä ja jo ensimmäiset tutkimukset osoittivat, että kognitiivinen psykoterapia voi olla yhtä tehokasta masennuksen hoidossa kuin masennuslääke (Rush ym., 1977). Tämän jälkeen Gloaguen ym. (1998) kokosivat meta-analyysiin yhteensä 78 tutkimusta (2655 potilasta), joiden tutkittavat kärsivät lievästä tai keski-vaikeasta depressiosta. Tulokset osoittivat, että kognitiivinen terapia oli merkittävästi tehokkaampaa kuin lumehoito tai hoitoon jonottaminen. Kognitiivinen terapia voi olla tehokasta myös vaikea-asteisilla depressiopotilailla (DeRubeis ym., 2005) ja estää masennuksen uusiutumisista yhtä tehokkaasti kuin masennuslääkkeet (Hollon ym., 2005; Thase ym., 2007), ja näitä yhdistettäessä tehon on aiemmin todettu paranevan entisestään (Bockting ym., 2005; Hollon ym., 2005; Paykel ym., 2005). Kognitiivinen terapia voi myös toimia silloin, kun lääkehoito ei ole auttanut ja päinvastoin (Schatzberg ym., 2005).

Pitkään ajateltiin, että persoonallisuushäiriöiden psykoterapeuttisen hoidon ennuste yleensä oli varsin huono. Uudet pitkiin seuranta-aikoihin perustuvat tutkimukset osoittavat, että persoonallisuushäiriöiden hoidon ennuste on paljon aikaisemmin luultua suotuisampi (Leichsenring & Leibling, 2003; Perry ym., 1999). Englantilaiset tutkijat Peter Fonagy ja Anthony Bateman (Fonagy & Bateman, 2006) ovat pääkirjoituksessaan pohtineet psykoterapian merkitystä epävakaa persoonallisuuden hoidossa. Kirjoittajien yksi keskeinen päätelmä on, että jotkut psykoterapeuttiset lähestymistavat ovat saattaneet hidastaa potilaiden toipumista. Tilanne on kuitenkin kovasti muuttumassa, kun terapeuttien käyttöön on tullut nykyaikaisia ja tutkittuja menetelmiä. Näin päästään lähemmäksi tilannetta, jossa terapeutit

soveltavat metodeja ja terapiamuotoja, joilla on laaja teoreettinen perusta, joilla selitetään eri ongelmien taustaa, kehitystä ja hoitoa.

Näistä nykyaikaisista menetelmistä tutkituin on Marsha Linehanin työryhmineen kehittämä dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) joka on alun perin itsetuhoisille, epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville naisille kehitetty hoito-ohjelma. Suurimmat erot tavanomaiseen käyttäytymisterapiaan ovat hoitomallin dialektinen viitekehys ja zenbuddhalaisuudesta lainattujen tietoisuustaitojen integrointi behavioraaliseen terapiaan (Robins & Chapman, 2004). Kolmantena erottavana tekijänä ovat erilaiset hyväksymisstrategiat, kuten validointi, vastavuoroinen kommunikaatiotyyli ja ympäristöinterventiot, joita käytetään tasapainottamaan muutosstrategioita (Linehan, 1993). Mallissa painotetaan myös terapiasuhteen merkitystä. Zen -buddhalaisuudesta lainattuja tietoisuustaitoja on hyödynnetty muissakin hoitomenetelmissä (esim. Hayes ym., 1999; Kabat-Zinn 2004; Segal ym., 2002), ja ne ovat saaneet empiiristä tukea (Baer, 2003). DKT on osoittautunut tehokkaaksi yli yhdeksässä satunnaistetussa hoitokokeessa, jotka on suorittanut viisi toisistaan riippumatonta tutkimusryhmää (Koerner & Dimeff, 2007). Näissä tutkimuksissa itsetuhoajatukset ja -itsemurhayritykset, depressio, toivottomuus, ja buliminen käyttäytyminen ovat merkittävästi vähentyneet. Tulokset ovat säilyneet 2 vuoden seurannan ajan (Linehan ym., 2002; Linehan ym., 2006; Verheul ym., 2003). Oiretason muutokset ovat tosin pisimpien - kahden vuoden mittaisten - kontrolloitujen tutkimusten perusteella olleet vain osin pysyviä hoitojakson päättymisen jälkeen.

Tulosten pysyvyydestä on saatu osittain erilainen tulos kahdessa tutkimuksessa (Linehan ym., 1991; Linehan ym., 2006). Ensimmäisen aineiston seurantatutkimuksessa (Linehan ym., 1993) havaittiin, että ensimmäisen puolen vuoden aikana hoidon päättymisen jälkeen DKT-ryhmäläisillä oli edelleen merkitsevästi vähemmän itseään vahingoittavia tekoja ja sairaalahoitopäiviä kuin TAU-ryhmäläisillä. Sen sijaan jälkimmäisen puolen vuoden seurantajakson aikana eroja ei ollut enää itsensä vahingoittamisessa, mutta hoitopäivien suhteen havaittu ero säilyi.

Uudemmassa seurantatutkimuksessa (Linehan ym., 2006) todettiin, että koko terapiavuoden ja seurantavuoden ajan DKT-ryhmäläisillä on ”puolet pienempi todennäköisyys” tehdä

itsemurhayritys ja puolet pienempi tarve sairaalahoidoille. DKT-ryhmäläisillä oli myös vähemmän hoidon keskeyttämisää.

Muita tutkittuja uusia epävakaaan persoonallisuushäiriön hoitomenetelmiä ovat psykodynaaminen, yksilö- ja ryhmäterapiaa yhdistelevä päiväsairaalahoido (ns. mentalisaatio -hoito; Bateman & Fonagy, 2001) ja Kernbergin kehittämä psykodynaaminen *transferenssikeskeinen psykoterapia* (Clarkin ym., 2007). Jälkimmäisen tuloksellisuutta on myös arvioitu hollantilaisessa, satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa ja verrattu sitä kognitiivista psykoterapiaa edustavan Jeffrey Youngin kehittämään *skeematerapiaan* (Giesen-Bloo ym., 2006). Kolmivuotisessa monikeskustutkimuksessa satunnaistettiin 86 potilasta saamaan jompaakumpaa terapiaa kahdesti viikossa. Kolmen vuoden hoito osoittautui tulokselliseksi molemmissa ryhmissä, mutta skeematerapia osoittautui kaksi kertaa tehokkaammaksi kuin transferenssikeskeinen terapia ja skeematerapiassa keskeyttäminen oli merkitsevästi vähäisempää (27 %) kuin transferenssikeskeisessä (50 %).

On merkille pantavaa, että skeematerapia koostui ainoastaan yksilöpsykoterapiasta ja tehoi kaikkiin oireulottuvuuksiin. Skeematerapian tuloksellisuuden on arveltu liittyvän 1) mallin avoimuuteen ja läpinäkyvyyteen, 2) osittaisen vanhemmoinnin (limited reparenting) ja huolenpidon tarjoamiseen terapeutin taholta, 3) lukuisiin struktuuria tuottaviin menetelmiin ja strategioihin sekä 4) mahdollisuuteen ottaa yhteyttä terapeuttiin istuntojen välillä (Giesen-Bloo ym., 2006). Terapeuttinen allianssi oli merkitsevästi parempaa skeematerapiassa. Terapian keskeyttäminen oli merkitsevässä yhteydessä yhteistyösuhteen heikkoon laatuun. Positiivisen yhteistyösuhteen kehittyminen oli skeematerapiassa myös merkitsevästi nopeampaa. Lopuksi näkyi, että terapeuttien turhautuminen väheni skeematerapiassa ja lisääntyi transferenssifokusoituneessa terapiassa (Spinhoven ym., 2007).

Kun skeematerapiapotilaista 45 prosenttia voitiin katsoa ”hoidetuiksi” kolmen vuoden tutkimusjakson aikana, eli he eivät saisi enää diagnoosia, taas transferenssikeskeisen terapian käyneistä vastaava luku oli 25 prosenttia. Tutkijat arvioivat, että 66 prosenttia skeematerapiapotilaista ja 42 prosenttia psykodynaamisen terapian potilaista hyötyivät terapiahoidosta merkittäväällä tavalla, heidän oireilunsa lieventyi ja elämänlaatunsa koheni. Hollantilaisen tutkimusryhmän vetäjän Arnould Arntzin suullisen tiedonannon mukaan

psykodynaamiseen terapiaryhmään kuuluneista jatkoivat terapiaa skeematerapiaryhmään kuuluneita useammin vielä 3 vuoden jälkeen. Arntz on myös käynnistänyt skeematerapian ja rogersilaisen terapian tuloksellisuustutkimuksen, jonka on tarkoitus päättyä v. 2009 (skeematerapiasta, ks. Karila, 2008).

Edellä mainitun *mentalisaatiohoidon* (MBT) kliinisessä tutkimuksessa hoitojakso kesti 18 kk ja potilaita tavattiin 2-5 kertaa viikossa. Puolitoista vuotta hoidon päättymisen jälkeen MBT-potilaiden itsemurhien määrä sekä itsetuhokäyttäytymisen ja sairaalahoitojen määrä olivat verrokkiryhmään nähden merkitsevästi pienemmät (Bateman & Fonagy, 2001). Tänä vuonna julkaistiin myös kyseisen tutkimuksen 8 vuoden seuranta (Bateman & Fonagy, 2008), jossa todettiin MBT -ryhmän edistymisten säilyneen, tosin yleinen sosiaalinen suoritustaso pysyi edelleen rajoittuneena.

Sekä skeemakeskeinen terapia että MBT perustuvat osin kiintymyssuhdeteoriaan. Linehanin hoitomallin taustalla on teoria invalidoivan kasvu ympäristön ja emotionaalisen yliherkkyyden välisen vuorovaikutuksen merkityksestä epävakaan persoonallisuuden kehityksessä. Näiden tutkimusten seurauksena käsitys epävakaan persoonallisuuden luonnollisesta kehityksestä ja häiriön hoitomenetelmistä ovat kovaa vauhtia muuttumassa.

On paljon mitä emme vielä tiedä psykoterapiassa vaikuttavista tekijöistä, kuten mikä vaikuttaa eri ongelmien ja eri potilaiden kohdalla. On myös otettava huomioon, miten jonkin ongelman tai häiriön määrittelyn olisi oltava yhteydessä käytettyihin menetelmiin (Kähkönen, 2008). On eduksi, jos käytettävistä menetelmistä voi rakentaa linkin häiriön käsitteellistämisestä sen hoitoon tarkoitettuun menetelmään ja päinvastoin. Jos jokin menetelmä ei toimi tietyn potilasryhmän kohdalla, se voi merkitä, että potilasryhmän problematiikan käsitteellistämisestä puuttuu jotakin olennaista. Näin ollen sekä ongelman käsitteellistäminen että siihen perustuvat menetelmät kaipaavat jatkokehittelyä vastatakseen eri diagnoosiryhmien erilaisiin tarpeisiin, aivan kuten on tehty dialektisessa käyttäytymisterapiassa ja psykodynaamisessa ns. mentalisaatioterapiassa. Larmon (2004) mielestä on kiintoisaa, että kaikki tutkitut epävakaan persoonallisuuden tulokselliset hoidot pyrkivät erilaisista teoreettisista lähtökohdista huolimatta aktiivisesti samaan lopputulokseen, potilaan mentalisaatiokyvyn kehittämiseen (mikä on keskeinen tavoite MBT:ssä).

Kognitiivisen psykoterapian näkökulmasta Kuusela (2003) toteaa näiden metakognitiivisten taitojen kehittyvän parhaiten yhteistyön tai myös kiintymyssuhteita koskevan motivaatiojärjestelmän toimiessa. DKT:n usean terapeutin malli ehkäisee kiintymyssuhteita koskevan järjestelmän ja ristiriitaisten, hajanaisten sisäisten mallien liian voimakkaan aktivoitumisen. Sama usean terapeutin malli (joka toimii ”yhtenä henkilönä”) on käytössä myös mentalisaatiohoidossa. Näin varmistetaan, ettei hoidosta tule liian intensiivistä, mikä olisi epävakaalle potilaalle ahdistavaa, ja vaikeuttaisi metakognitiivisten taitojen oppimista. Sekä DKT että MBT: n hoitomallit todentavat näin Orlinskyn ym. (2003) esille tuoman viisauden, että psykoterapiassa on hyvä suhteuttaa intensiivisyys ja terapian pituus potilaan problematiikkaan. Usean terapeutin malli tarjoaa molemmissa hoitomuodoissa suojaa kiintymyssysteemin liian voimakkaan aktivoitumisen haitallisilta seurauksilta.

Onkohan tässä syy epävakaan persoonallisuuden heikohkoon ennusteeseen aiemmin? Olihan jo DKT:n taustalla Linehanin 80-luvun epäonnistunut yritys hoitaa nuoria itsetuhoisia naisia pelkän käyttäytymisterapian avulla. Vastaavasti Fonagyn ja Batemanin kehittämän MBT:n edeltäjiä olivat monivuotiset psykoanalyttiset intensiiviset yksilöterapiat. Fonagyn mukaan epävakaa potilas ei kuitenkaan kestä sen tulkittamista, mitä hän tuntee, mitä hänessä tapahtuu – raja itsen ja toisen välillä on niin hauras. Epävakaiden potilaiden perinteinen psykoanalyttinen hoito on olettanut potilaalla olevan kykyä oman mielen tarkasteluun. Näin hoito on jopa saattanut pahentaa tilannetta. Hoitosuhde on uusi kiintymyssuhde, jollaisen solmimisessa potilaalla on erityisiä vaikeuksia. Liian intensiivinen hoitosuhde voi olla potilaalle riski.

Voidaan ajatella, että keskittyminen muutosstrategioihin (käyttäytymisterapiassa) tai psykodynaamiseen tulkintatyöhön (psykodynaamisessa terapiassa) on lisännyt epävakaan potilaan epätoivoa, kun hän ei ole saanut välineitä spesifien taitovajeittensa muokkaamiseen (Fonagy & Bateman, 2006). Myöskään perinteinen psykodynaaminen terapia ei ikään kuin ole ”osunut kohteeseen”, koska hoito on ehkä edellyttänyt potilaalta sellaista mitä hoidon tulisi hänelle ensin tarjota.

Tuloksetas terapia joutuu kulkemaan vaikeaa polkua potilaan kiintymystunteiden herättelyn ja mentalisaatiokyvyn säilyttämisen välillä. Fonagy esittää neurotieteiden tutkimustulosten

nojalla, että psykoterapian perustana on paradoksaalisesti yhtä aikaa kiintymyksen ja mentalisaation tarve. Mentalisaatioon perustuva psykoterapia ei siten ole vain yksi psykoterapiasuuntaus, vaan yksi tarjolla oleva näkökulma kaikkeen – ehkäpä yhteisin kaikista yhteisistä tekijöistä eri psykoterapiasuuntauksissa? (Allen ym., 2008). Ennen kaikkea MBT on kuitenkin innovatiivinen epävakaan potilaan tarpeista lähtevä psykodynaamisen terapian muokkaus. Mentalisaatiolla on paljon yhtymäkohtia DKT:n validointiin ja tietoisuustaitoihin (Rydén & Wallroth, 2008). Koska epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan oma ”mielenmalli” ja ”malli” muiden mielestä on vajavainen, hänellä on puutteellinen kyky tutkia ja arvioida omia tunteita ja ajatuksiaan. Näin hän ei hyödy strukturoimattomasta, pitkäkestoisesta ja intensiivisestä psykoterapiasta, missä nämä lähtökohdat ovat kuitenkin hyvin keskeisellä sijalla.

Miten sitten jatkossa?

Edellä on kuvattu psykoterapiatutkimukseen liittyviä poleemisia kysymyksiä ja myös pohdittu epäspesifisten ja spesifisten tekijöiden roolia. Lopuksi voisi ihmetellä mitä se merkitsisi, jos epäspesifit tekijät muodostaisivat *koko* totuuden psykoterapiassa vaikuttavista tekijöistä? Eikö se merkitsisi, että kaikki psykoterapeuttiset menetelmät – psykodynaamisesta ja kognitiivisesta terapiasta aina kristalliterapiaan ja reinkarnaatiohoitoihin – olisivat samanarvoisia? Ja että psykoterapiakoulutukset voitaisiin lopettaa tai korvata allianssi - koulutuksilla? Mutta miten moni haluaa viedä tämän teorian loppuun asti? Myös ne tutkijat ja psykoterapeutit, jotka eksplisiittisesti väittävät drontin tuomion olevan totta tai implisiittisesti kuulostavat siltä kuin uskoisivat drontin tuomioon, luottavat ehkä ainakin jossakin määrin (implisiittisesti) erilaisiin spesifeihin terapeuttisiin suhtautumistapoihin ja menetelmiin, joita opetetaan psykoterapiakoulutuksissa. On siis tärkeää kehittää psykoterapiatutkimusta niin, että se jatkaa vallitsevien hoitomuotojen tutkimista ja kehittämistä myös satunnaistettujen, kontrolloitujen hoitotutkimusten avulla ja näin edistää nykyisten psykoterapiateorioiden kehitystä (kuten edellä kuvatut skeemakeskeinen terapia, DKT ja MBT). Tutkimuksella ei vain pyritä löytämään vastauksia siihen, kuinka tehokasta tai vaikuttavaa jokin psykoterapia on, tai miten eri psykoterapiat pärjäävät suhteessa toisiinsa tai muihin hoitomuotoihin, vaan

sillä myös pyritään varmistamaan, etteivät psykoterapiat tuota haittaa ihmisille. Pelkillä haastatteluilla voidaan saada syvempää ymmärrystä kuin kvantitatiivisten tutkimusten avulla siitä miten psykoterapiaprosessi koetaan. Sitä vastoin on vaikea nähdä miten haastattelujen avulla voisi löytää evidenssiä siitä, mikä terapia on tehokas minkäkin häiriön kohdalla. Olisiko drontin tuomioon viitattaessa syytä muistaa, että dronttien hyväntahtoisuus ja pelottomuus olivat ensisijaisia syitä niiden sukupuuttoon kuolemiseen pian niiden ja ihmisen ensikohtaamisen jälkeen?

Kirjallisuus

- Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing 2008.
- Andersson G. Fakta och fiktion inom psykoterapiforskning. *Sokraten* 2005, 4.
- Asay TP, Lambert MJ. The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In Hubble MA, Duncan BL (eds.) *The Heart and Soul of Change*. Washington (DC): American Psychological Association 1999, s. 33-56..
- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Prac* 2003;10:125-43.
- Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM ym. A review of self-management interventions for panic disorder, phobia and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005, 111: 272-285.
- Barber J, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME ym. The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counselling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study: *Psychotherapy Research* 2006; 16: 229-240.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001, 158: 36-42.

- Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 631-638.
- Beck, AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford 1979.
- Beutler LE. The empirically supported treatments movement: A scientist-practitioner's response. *Clinical Psychology: Research and Practice* 2004; 11: 225-229.
- Blagys MD, Hilsenroth MJ. Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy. A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 671-706.
- Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J ym. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 78 –81.
- Bockting CLH, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MWJ ym. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *J Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73; 647-657.
- Bohart A, Tallman K. *What clients do to make therapy work*. Washington, D.C.: American Psychological Association 1999.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice* 1979; 16: 252-260.
- Bouchard S, Payeur R, Rivard V ym. Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior* 2000, 3: 999-1007.
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Côté, S., Robillard, G., & Renaud, P. (2003). Exemples de l'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des phobies / Using virtual reality in the treatment of phobias. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 8(4), 5-12.
- Bouchard, S. (2003). A taste of the diversity of research on VR in Canada. *CyberPsychology and Behavior*, 6(5), 455-457.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. *Clinical Psychology Reviews* 2006; 26: 17-31.

- Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C ym. Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment* Feb 2006; 11 (1): 76-89.
- Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 685-716.
- Christensen A, Jacobson NS. Who (or what) can do psychotherapy; The status and challenge of non-professional therapies. *Psychological Science* 1994; 5: 8-14.
- Clark DM. Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science, and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42 (10): 1089-1104.
- Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. Kirjassa: Lambert MJ, toim., Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change, 5. painos, New York: John Wiley & Sons 2003, s. 194-226.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 922-928.
- Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992; 112: 155-159.
- Connolly Gibbons MB, Crits-Christoph P, Hearon B. The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Rev of Clinical Psychology* 2008; 4 (1): 93-108.
- Cook JE & Doyle C (2002) Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior* 2002; 5: 95-105.
- DenBoer PCAM, Wiersma D, Griffiths KM. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine* 2004, 34: 959-971.
- DeRubeis RJ, Feeley M. Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 1990, 14 (5): 469-482.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC ym. Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 409-416.
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F.. When interventions harm. Peer groups and problem behaviour. *American Psychologist*, 1999; 54: 755-764.

- Dimaggio G, Norcross JC. Treating patients with two or more personality disorders: an introduction. *J Clin Psychol* 2008; 64 (2): 1-12.
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolo G ym. *Psychotherapy of personality disorders: metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge 2007.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg R J, Gallop RJ ym.. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult and Clin Psychology* 2008; 76(3), 468–477.
- Dyregrov, A. The process in critical incident stress debriefings. *Journal of Traumatic Stress* 1997; 10: 589-605.
- Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. Kirjassa: Lambert MJ, toim., Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change, 5. painos, New York: John Wiley & Sons 2003, s. 393-446.
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L ym. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1872-6.
- Feeley M, DeRubeis RJ, Gelf LA. The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999, 67: 578-582.
- Fisher JE, Donohue MT (toim.) *Practitioner's guide to Evidence-based Psychotherapy*. New York: Springer 2006.
- Foa EB, Franklin ME. Obsessive-compulsive disorder. Kirjassa: Barlow DH, toim., *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press 2001.
- Fonagy P, Bateman A: Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Brit J Psychiatry* 2006, 188: 1-3.
- Fonagy P, Roth A, Higgitt A. Psychodynamic therapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of Menninger clinic* 2005a; 69 (1): 1-58.
- Fonagy P, Roth A, Higgitt A. The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical neuroscience research* 2005 b; 4: 367-377.
- Frank JD. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken Books 1974.

- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W ym. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:649-658.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49: 59-72.
- Gold JR. When the patient does the integrating: Lessons for theory and practice. *Journal of Psychotherapy Integration* 1994; 4: 133-158.
- Goodman GE, Thornquist MD, Balmes J ym, The beta-carotene and retinol efficacy trial: Incidence of lung cancer and cardiovascular disease mortality during 6-year follow-up after stopping B-carotene and retinol supplements. *Journal of the National Cancer Institute* 2004; 96: 1743-1750.
- Gortner ET, Gollan JK, Dobson KS, Jacobson N. Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 377-384.
- Hau S, Leuzinge-Bohleber M (toim.) Position paper on psychoanalytic psychotherapy, www.dgpt.de 2006.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. New York: Guilford 1999.
- Hill C. Qualitative research. Kirjassa: Norcross J, Beutler LE, Levant RF, toim. Evidence-based practice in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, D.C.: APA 2005.
- Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive behavioural therapies. Kirjassa: Lambert MJ, toim., Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change, 5. painos, New York: John Wiley & Sons 2003, s. 447-492.
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD ym. Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 417-422.
- Holmberg N. Addiktioit. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim 2008, 3. uud. painos, s. 293-308.

- Holmberg N, Kähkönen S. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Kirjassa: S Kähkönen, Karila I, Holmberg N, (toim). Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim 2008, 3. uud. painos, s.222-244.
- Hunsley J, DiGuilio G. Dodo bird, phoenix, or urban legend? *Scientific Review of Mental Health Practice* 2002; 1: 11-22.
- Ilardi SS, Craighead WE. The role of non-specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1994, 1: 138-156.
- Jacobson NS, Dobson K, Truax P, Addis M ym. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 295-304.
- Jorm AF, Griffiths KM. Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression. *Psychological Medicine* 2006, 36: 3-6.
- Kabat-Zinn J. Olet jo perillä. Tietoisien läsnäolon taito. Helsinki: Basam Books, 2004.
- Kallio T. Onko hoitosuhteella merkitystä päihdehoidon tulostekijänä? *Psykologia* 2006; 3: 426-433.
- Karila I. Skeematerapia persoonallisuushäiriöissä. Kirjassa Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim 2008, 3. uud. Painos, s. 202-221.
- Karlsson H. Epävakaan persoonallisuuden psykoterapia saattaa olla haitallista. *Duodecim* 2006; 122: 1733.
- Kennedy SS, Mercer J, Mohr W, Huffine CW. Snake, oil, ethics, and the First Amendment: What's a profession to do? *Am J of Orthopsychiatry* 2002; 72 (1): 5-15.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books 1984.
- Koerner K, Dimeff LA. Overview of dialectical behavior therapy. Kirjassa: LA Dimeff, Koerner K, toim. *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings*. New York: Guilford 2007.
- Kuusela M. Linehanin dialektisen käyttäytymisterapian kiintymyssuhdeteoreettinen pohja. *Psykologia* 2002; 3: 196-203.

- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J ym. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64(3): 532-539.
- Kähkönen S. Kognitiivisen psykoterapian teho ja lääkehoidon yhdistäminen. Kirjassa Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim 2008, 3. uud. painos, s. 346-359.
- Lambert MJ. Psychotherapy outcome research. Kirjassa Norcross JN, Goldfried MR, toim. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992, s. 94-129.
- Lambert MJ, toim. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5. painos, New York: John Wiley & Sons 2003
- Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Kirjassa: Norcross JC, toim. *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press, 2002, s. 17-32.
- Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SL. Introduction and historical overview. Kirjassa: Lambert MJ, toim. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5. painos, New York: John Wiley & Sons, 2003, s. 3-15.
- Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Kirjassa: Lambert MJ, toim. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5. painos, New York: John Wiley & Sons, 2003, s. 139-193.
- Larmo A. Epävakaitten persoonallisuushäiriöiden hoito kannattaa. Toiminnasta mentalisaatioon ja suurempaan tunteiden hallintaan. *Duodecim* 2004; 120: 2861-3.
- Lasch C. *The Culture of Narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Warner 1979.
- Ledley DR, Marx BP, Heimberg RG. *Att lyckas med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber 2006.
- Lehtonen J. Psykoanalyttisen psykoterapian ajankohtaisia kysymyksiä. *Duodecim* 2006; 122 (6): 705-12.

- Leichsenring F, Leibling E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1223-1232.
- Leichsenring F, Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005;86:841–68.
- Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy: first results. *Int J Psychoanal* 2005;86:433–55.
- Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 2008; 300 (1): 1551-1565.
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M. How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 2003;84:263–90.
- Leiman M. Psykoterapiamuodot ja käypä hoito. *Duodecim* 2006; 122: 703-4.
- Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm 2007; 2 (1): 53-70.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:971-4
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR: Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67:13-26
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy versus therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:757-766

- Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational and behavioural treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist* 1993, 48: 1181-1209.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *J of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 3: 438-450.
- McCord J. A thirty-year follow-up of treatment effects. *American Psychologist* 1978; 33 (3): 284-289.
- McCord J. Cures that harm: unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* 2003; 587: 16-30.
- McCullough R. Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). New York: Guilford 2000.
- Mercer J. Attachment therapy: a treatment without empirical support. *Scientific Review of Mental Health Practice* 2002; 1: 105-112.
- Milrod B, Leon A, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, ym. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164: 265-72.
- Nathan PE, Gorman JM. *A Guide to Treatments that work*. 3. korj. painos. Oxford University Press 2007.
- Nilsson T, Svensson M. Skillnader mellan kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. En kvalitativ utfallsstudie (dissertation). Linköpings universitet, institutionen för beteendevetenskap 2003.
- Norcross JC, toim. *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 2002.
- Orlinsky DE, Rönneblad MH, Willutzki U. Fifty years of process-outcome research: continuity and change. Kirjassa: Lambert MJ, toim. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5. painos, New York: John Wiley & Sons, 2003, s. 307-389.
- Paykel ES, Scott J, Cornwall PL, Abbot R ym. Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of a controlled trial. *Psychological Medicine* 2005; 35 (1): 59-68.

- Pennebaker JW. Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy* 1993; 31: 539-548.
- Perry J, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999, 156: 1312-1321.
- Petrosino AJ. "What works?" Revisited again: A meta-analysis of randomized experiments in rehabilitation, deterrence and delinquency prevention (dissertation). Ann Arbor (MI): Rutgers University 1997.
- Petrosino AJ, Turpin-Petrosino C, Buehler J. "Scared straight" and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency. *Cochrane database of systematic reviews*, issue 4, 2002.
- Riso LP, Klein DN. Vulnerability to chronic depression. Kirjassa JE Alpert & M Fava (toim.) *Handbook of Chronic Depression: Diagnosis and Therapeutic Management* (pp. 49-72). New York: Marcel Dekker 2004.
- Pettit JW, Joiner TE. *Chronic Depression: Interpersonal sources, Therapeutic solutions*. Washington, D.C.: APA 2006.
- Raue PJ, Gastonguay LG, Goldfried MR. The working alliance: a comparison of two therapies. *Psychotherapy Research* 1993; 3: 197-207.
- Rennie DL. Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. Kirjassa G Lietaer, J Rombauts, R Van Balen (toim.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 155-172). Leuven, Belgium: Leuven University Press 1990.
- Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behaviour therapy: current status, recent development and future directions. *J Personal Disord* 2004; 18: 73-89.
- Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic change. *Journal of Consulting Psychology* 1957; 21: 95-103.
- Rogers CR. *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Mariner Books 1995.
- Rose S, Brewin CR, Andrews B, Kirk M. A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine* 1999; 29: 793-799.

- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
- Rose S, Bisson J, Wessely S: A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following Trauma. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2003;72:176-184
- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 1936; 6: 412-415.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom. A critical review of psychotherapy research. London: Guilford 2005.
- Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon SD. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognit Ther Res* 1977; 1: 7-37.
- Rydén G, Wallroth P. Mentalisering. Att leka med verkligheten. Natur & Kultur 2008.
- Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York: Guilford 2000.
- Salvio MA, Beutler LE, Wood JM, Engle D. The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research* 1992; 2(1): 31-36.
- Sandell R. Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi. *Läkartidningen* 2004; 101 (15-16): 1418-1422.
- Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow AB, Banks PLC ym. Chronic depression: medication (Nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 513-520.
- Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford 2002.
- Sloane RB. Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge MA: US: Harvard University Press 1975.
- Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman K, Arntz A. The therapeutic alliance schema-focused therapy and transference-focused therapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:104-15.

- Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wiesniewski SR ym. Cognitive therapy vs. medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: A STAR*D Report . *Am J of Psychiatry* 2007; 164:739–752
- Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, De Riddler MA, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003; 182:135-140.
- Vocisano C, Klein DN, Arnow B, Rivera C ym. Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2004; 41: 255-265.
- Wahlbeck K. Onko varhaisesta jälkipuinnista hyötyä vai haittaa. Kriittinen arviointi auttamishalun jaloissa. *Duodecim* 2005a; 121:241–3.
- Wahlbeck K, Churchill R, Wessely S, Bisson J, Rose S: Onko psykologinen jälkipuinti arvioinnin yläpuolella? *Duodecim* 2005b;121(22): 2461-3
- Wampold BE. *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum 2001.
- Wampold BE, Minami T, Baskin TW ym. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy vs. “other therapies for depression. *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 159-165.
- Wampold BE, Mondin GW, Moody M ym. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, “All must have prizes”. *Psychological Bulletin* 1997; 122: 203-215.
- Watson JC, & Rennie DL Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology* 1994; 41: 500-509.
- Wessely S. Psychological debriefing is a waste of time. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 12-14.
- Wessely, S., Bisson, J. & Rose, S. A systematic review of brief psychological interventions ('debriefing') for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. Kirjassa: *Depression, Anxiety and Neurosis Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (toim. M. Oakley-Browne, R. Churchill, D.Gill, *et al*). Oxford: Update Software 2000.

- Westling BE. Psykoterapins resultat är beroende av både teknik och relation. *Läkartidningen* 2004, 18: 1641-1642.
- Zurhoff, DC, Blatt SJ. The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006, 74 (1): 130-140.
- Öst LG, Thulin U, Ramnerö J. Cognitive behaviour therapy vs. exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia (corrected from agoraphobia). *Behaviour Therapy and Research* 2004; 42 (10): 1105-27.