

KONSENSUSLAUSUMA

Psykotterapia

18.10.2006

SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIM
SUOMEN AKATEMIA

KONSENSUSLAUSUMA

Psykoterapia

18.10.2006

JOHDANTO

Konsensuskokoukset ovat avoimia ja julkisia kokouksia, joissa arvioidaan lääketieteellisiä toimintatapoja olemassa olevaan tutkimusnäyttöön perustuen. Konsensuskokousten tarkoituksena on laatia lausuma suositeltavasta käytännöstä sekä luoda suuntaviivoja alan tutkimukselle. Konsensuslausuma on sen laatimishetkellä käytettävissä oleviin tutkimustuloksiin perustuva suositus, jota voidaan myös käyttää pohjana yksityiskohtaisemmalle Käypä hoito -suositukselle. Tiedon arvioinnin ja synteesin lisäksi konsensuskokouksen ja sen pohjalta laadittavan lausuman tarkoituksena on levittää asianmukaista ja ajantasaista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, päättäjille, tutkijoille, tiedotusvälineille, suurelle yleisölle ja potilaille. Asiantuntijoiden ja tiedotusvälineiden rooli on erittäin tärkeä tutkimustulosten tulkinnan välittäjinä. Hoitokäytäntöihin ja eri hoitomenetelmien rahoitukseen vaikuttavat myös yhteisön arvot. Onkin tärkeää että myös päättäjät tuntevat psykoterapian hyödyt ja mahdolliset haitat mahdollisimman hyvin. Konsensuslausumassa ei ole mahdollista ottaa kantaa yksittäisten potilaiden hoitoon ja hoitoa koskevat ratkaisut ovat viime kädessä potilaan ja hoitavan henkilön välisiä päätöksiä.

Aikaisemmin psykiatriaan liittyviä konsensuskokouksia on pidetty skitsofrenian hoidosta (1987), depression tunnistamisesta ja hoidosta (1994), huumeriippuvuuden hoidosta Suomessa (1999) ja paniikkihäiriöstä (2000). Psykoterapian valinta 18. konsensuskokouksen aiheeksi on hyvin perusteltu. Psykoterapialla on vuosisatainen historia ja sen rooli monien psykiatristen sairauksien hoidossa on edelleen merkittävä. Psykoterapiatutkimus on kuitenkin maassamme ollut suhteellisen

vähäistä. Psykoterapian kenttä on aikaisempina vuosikymmeninä ollut hajanainen mutta tässä suhteessa on tapahtunut myönteistä kehitystä.

Tämän konsensuslausuman on laatinut paneeli, johon kuuluivat:

- Puheenjohtaja, professori Hasse Karlsson, Helsingin yliopisto
- Sihteeri, LT Tarja Melartin, Kansanterveyslaitos
- Kansanedustaja Tuija Brax, Eduskunta
- Terveyspalvelujen johtaja Tuula Heinänen, Espoon kaupunki
- Psykiatri, psykoterapeutti Kirsi Jänkälä, Helsingin psykiatrinen avohoito
- Yliopistonlehtori, FT Hely Kalska, Helsingin Yliopisto, Psykologian laitos
- Lääninlääkäri Helena Kemppinen, Itä-Suomen Lääninhallitus
- Lääkintöneuvos Sakari Lankinen, Sosiaali- ja terveysministeriö
- Tutkimuspäällikkö, PsL Olavi Lindfors, Biomedicum Helsinki -säätiö, Psykoterapiaprojekti
- Professori Mauri Marttunen, Kuopion yliopisto, nuorisopsykiatria
- Päätoimittaja Maija Toppila, Hyvä Terveys
- Ylilääkäri Maria Vuorilehto, Vantaan sosiaali- ja terveyskeskus

Kokouksen järjestäjät, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, asettivat paneelin vastattavaksi seuraavat kysymykset:

Konsensuskysymykset:

1. Mitä psykoterapia on?
2. Onko psykoterapia vaikuttavaa?
3. Mikä on psykoterapian tarve ja tarjonta?
4. Miten psykoterapiapalveluja tulisi kehittää Suomessa?
5. Miten psykoterapian tutkimusta tulisi edistää?

Kokouksen luennoitsijoita pyydettiin hakemaan luotettavin käytettävissä oleva tieto luentonsa aiheesta. Paneeli pyrki kriittisesti tarkastelemaan tehtäviksi saamiaan kysymyksiä ja rakentamaan niihin perusteltuja ja tasapainoisia vastauksia. Tämän konsensuslausuman painopiste on julkisessa terveydenhuollossa ja sen rahoituksen piirissä olevassa psykoterapiassa.

Paneeli laati konsensuslausuman luennoitsijoiden toimittaman materiaalin, esitelmien sekä kokouksessa käytyjen keskustelujen pohjalta. Lisäksi käytettiin täydentävää kirjallisuutta.

1. MITÄ PSYKOTERAPIA ON?

Psykoterapiaa tarkastellaan tässä konsensuslausumassa terveydenhuollon tavoitteellisena ammatillisena toimintana, joka tähtää psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn lisäämiseen ja jota ohjaavat asiakas- ja potilastyötä koskevat lait, asetukset ja ammattikäytännöt sekä eettiset periaatteet. Koska psykoterapian määrittely kytkeytyy läheisesti kysymykseen siitä, kuka on psykoterapeutti, myös tämä asia nostetaan esille. Tarkastelun ulkopuolelle rajataan muu auttamis- ja hoitotyössä tapahtuva psykoterapeuttinen työ.

Psykoterapiassa on kyse jäsenelystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen uusissa psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteissa (16.12.2005) on muokattu aiempia psykoterapian määritelmiä seuraavaan muotoon:

- 1. Psykoterapialla hoidetaan henkilöitä,** joilla on psyykkinen häiriö tai psykoterapian keinoin autettavissa oleva muu ongelma. Häiriöllä tai ongelmalla saattaa olla psyykkisten ilmenemismuotojen lisäksi ruumiillisia, vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia ilmenemismuotoja.
- 2. Psykoterapian tavoitteena on** poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan.
- 3. Psykoterapiasuuntauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun yhtenäiseen psykologiseen teoriaan,** joka auttaa ymmärtämään sekä ihmisen normaalia kehitystä että psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Psykoterapiasuuntauksen ja -menetelmän valinnassa

tulee ottaa huomioon sen soveltuvuus potilaan häiriön hoitoon. Esimerkkejä tällaisista teorioista ovat psykoanalyttinen, ryhmäpsykoanalyttinen, perheterapeuttinen ja kognitiivinen teoria sekä niistä johdetut menetelmät.

Terveydenhuollossa käytetään sellaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista saattaa olla hyötyä mutta joita ei kuitenkaan esimerkiksi niiden soveltamisalan suppeuden, teorian kapeuden tai tutkimusnäytön puutteen vuoksi voi pitää itsenäisinä psykoterapioina. Näitä menetelmiä voidaan kuitenkin käyttää osana eri psykoterapioita. Samoin sinänsä hyödyllinen asiakkaille annettava neuvonta ja ohjaus sekä monet kuntouttavat ja muut toiminnot, joita voidaan pitää vaikutuksiltaan psykoterapeuttisina, eivät kuitenkaan yleensä täytä psykoterapialle asetettavia vaatimuksia. Psykoterapiatutkimus ja kliinisten käytäntöjen kehittyminen saattavat tulevaisuudessa johtaa tarpeeseen muuttaa psykoterapioiden kriteerejä.

Psykoterapian tarkka määrittely ja rajaaminen suhteessa muihin hoito- ja/tai auttamismuotoihin on jossain määrin ongelmallista. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetuksen terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) mukaan psykoterapeutti on yksi terveydenhuollon nimikesuojatuista ammateista. Lain lähtökohtana on potilasturvallisuuden edistäminen mm. varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet.

Psykoterapian vaikuttamiskeinot ovat psykologisia, mikä edellyttää psykoterapeutilta riittäviä perustietoja ihmisen normaalista ja häiriintyneestä psykologisesta kehityksestä, kliinisestä psykologiasta ja psykiatriasta. Koska psykoterapeutti on määritelty Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöksi, häntä sitovat samat yleiset ja erityiset hoitotoimintaa koskevat vaatimukset kuin muitakin terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) myöntää hakemuksesta psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden ja valvoo sen käyttöä. TEO on vuonna 2005 laatinut yksityiskohtaiset ohjeet psykoterapeuttikoulutusten minimikriteereiksi. Kriteerien keskeiset yleisperiaatteet ovat (1) potilasturvallisuusnäkökulma keskeisenä periaatteena kaikissa psykoterapeuttikoulutuksissa; (2) koulutusyhteisöjen vastuullisuuden korostaminen; (3) koulutusohjelmien tarkkuusvaatimus; (4) koulutuksen tieteellisyysnäkökulman korostuminen ja (5) aikaisempaa suurempi koulutettavakeskeisyys koulutusvolyymien määrittelyssä.

2. ONKO PSYKOTERAPIA VAIKUTTAVAA?

Psykoterapioiden vaikuttavuutta on selvitetty lukuisissa tutkimuksissa, joiden tuloksista on tehty myös meta-analyseja. Psykoterapia on vaikuttava hoitomuoto. Psykoterapialla hoidettujen potilaiden tilanne hoidon jälkeen on parempi kuin 80 %:lla hoidotta jääneistä. Psykoterapia tuottaa tavallisesti vähintään yhtä hyviä tuloksia kuin aktiivinen vertailuhoito (esim. lääkehoito). Psykoterapia helpottaa toipumista oireilusta, parantaa toimintakykyä ja antaa potilaalle välineitä selviytyä myöhemmistä ongelmista.

Kaikista yleisesti käytetyistä psykoterapiamuodoista ei ole olemassa kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia. Tutkimustietoa on lähinnä lyhytkestoisista psykoterapioista. Niiden vaikuttavuudesta on runsaasti näyttöä, mutta erityyppiset lyhytterapiat eivät juuri eroa toisistaan tuloksiltaan. Lyhytkestoisissa psykoterapioissa noin puolet psyykkisistä häiriöistä kärsivistä potilaista toipuu ja vielä useampi hyötyy hoidosta. Monet potilaat tarvitsevat kuitenkin lyhytkestoisen terapian rinnalla tai sen jälkeen muita hoitomuotoja, kuten lääkehoitoa, uusia lyhyen terapian jaksoja tai pidempikestoista psykoterapiaa.

2.1 Psykoterapian vaikuttavuuden tutkimus

Vaikuttavuusarvioinnin kohteena tulisi olla potilaan psyykkisen toiminnan kannalta keskeiset ulottuvuudet, joita ovat mm. toimintakyky, oireet kuten masennuksen tai ahdistuksen lieventyminen, ihmissuhde- ja muut psykososiaaliset ongelmat, elämänlaatu, itsehavainnoinnin ja – ilmaisun kehittyminen sekä terveystalvelujen käyttö.

Psykoterapian vaikuttavuutta voidaan arvioida satunnaistettuihin, kontrolloituihin koeasetelmiin ja terapiamenetelmän tarkkaan ohjeistukseen perustuvilla tutkimuksilla (teho; 'efficacy') ja todellisiin terveydenhuollon hoitotilanteisiin kohdistuvilla tutkimuksilla (vaikuttavuus; 'effectiveness'). Myös vaikuttavuuden ja käytettyjen voimavarojen suhteen arviointi on osa vaikuttavuustutkimusta (tehokkuus; 'efficiency'). Satunnaistettujen kokeiden avulla pyritään osoittamaan tietyn terapiamuodon tai menetelmän teho valikoidussa, usein tiettyyn häiriöryhmään kuuluvassa potilasaineistossa, jota hoidetaan tarkkaan määritellyllä ja käsikirjan mukaan toteutetulla

terapiamuodolla. Satunnaistetun tutkimuksen ja tiedon laadun arvioinnin menetelmät ovat vakiintuneet näyttöön perustuvan lääketieteen vaikuttavuustiedon tuottamisen ohjenuoraksi.

Psykoterapian tehon osoittaminen koeolosuhteissa ei kuitenkaan vielä takaa, että se on vaikuttava myös tavanomaisten, valikoimattomien potilaiden hoidossa ja normaalien kliinisten käytännön mukaisesti toteutettuna. Tarvitaan siten lisäksi muuta vertailuasetelmaan perustuvaa näyttöä psykoterapian vaikuttavuudesta terveydenhuollon arjessa, erityisesti monihäiriöisillä potilailla. Edellisten lisäksi tarvitaan psykoterapian prosessitutkimusta, kun pyritään selvittämään tarkkaan, minkälaiset hoitoprosessin tekijät vaikuttavat tulokseen.

2.2 Eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuus mielenterveyshäiriöissä

Eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta vertailevat tutkimukset eivät yleensä osoita merkittäviä eroja. Lyhytkestoisen kognitiivisen ja kognitiivis-behavioraalisen terapian vankka tutkimusnäyttö on tuonut niille keskeisen aseman hoitosuosituksissa. Joistakin uudemmissa terapiasuunnista, kuten interpersoonallisesta psykoterapiasta on myös kohtalaisesti tutkimusnäyttöä. Lyhytkestoista psykodynaamista psykoterapiaa on tutkittu etupäässä joko pienissä aineistoissa tai tavallisissa mielenterveyden häiriöissä niitä riittävästi täsmentämättä, ja näyttö vaikuttavuudesta suhteessa muihin hoitomuotoihin on vähäisempää.

Tutkimusnäytön pohjalta tällä hetkellä vaikuttaviksi osoitettuja psykoterapiamuotoja ovat erilaiset lyhytkestoiset terapiat: masennustiloissa kognitiivis-behavioraaliset terapiat, interpersoonallinen terapia ja vaillinaisemman näytön pohjalta myös lyhyt psykodynaaminen psykoterapia. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä näyttö on vaillinaisen kaikkien psykoterapiamuotojen osalta, mutta lupaavia menetelmiä vaikuttavat olevan psykoedukaatio ja interpersoonallinen terapia sekä perheinterventiot. Aikuisten, lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöissä valtaosa päteviksi osoittautuneista menetelmistä kuuluu kognitiivis-behavioraalisten terapioiden ryhmään. Syömishäiriöissä hyvä näyttö on kognitiivis-behavioraalista ja interpersoonallisista terapioiden. Skitsofrenian hoidossa on näyttöä kokonaisvaltaisista perhekeskeisistä interventio-ohjelmista. Persoonallisuushäiriöiden hoidossa tutkimusnäyttöä on epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon tarkoitettujen dialektisen käyttäytymisterapian ja psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudesta. Päihdehäiriöissä ja seksuaalisissa toimintahäiriöissä paras näyttö on olemassa kognitiiviseen traditioon perustuvista terapioiden. Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoidossa on osoitettu

toimiviksi multisysteeminen terapia, vanhempainohjaus ja käyttäytymishäiriöiden kognitiivis-behavioraalinen terapia.

Pitkäkestoisten psykoterapioiden ja psykoanalyysin, samoin kuin pari- ja perheterapioiden näyttö, pohjautuu lähes pelkästään tavanomaisessa hoitokäytännössä toteutettuihin ei-kokeellisiin tutkimuksiin. Näyttöön pohjautuvan tutkimuksen puuttumisesta ei kuitenkaan voi päätellä etteivätkö nämä hoitomuodot voisi olla tehokkaita. Eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuuden eroihin perustuviin hoitosuosituksiin onkin suhtauduttava varauksella. Niiden soveltamisessa on turvaututtava myös muihin kliinisiin näkökohtiin, kuten yksilölliseen potilaan hoidon tarpeen arviointiin.

2.3 Psykoterapian keston merkitys

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa tarvitaan sekä lyhyt- että pitkäkestoisia psykoterapioita. Monille potilaille lyhytkestoiset terapiat ovat riittävä apu. Vaikeiden ihmissuhdeongelmien, heikentyneen sosiaalisen toimintakyvyn ja persoonallisuushäiriöiden korjaantuminen vaatii yleensä huomattavasti pidemmän ajan. Yleisen kliinisen käsityksen mukaan vaikeiden persoonallisuushäiriöiden hoidossa pitkäkestoiset terapiat ovat usein perusteltuja.

Korkeatasoisia, riittävän suuriin aineistoihin ja riittävän pitkään seuranta-aikaan perustuvia, kontrolloituja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuus- ja tehokkuustutkimuksia ei ole juuri tehty.

2.4 Psykoterapia osana yhdistelmähoitoja

Psykoterapiaa toteutetaan osana hoitokokonaisuutta. Etenkin psykiatrisesti monitahoisissa ongelmissa tarvitaan usein laaja-alaista ja monimuotoista hoitoa, johon voi kuulua mm. lääkehoitoa, päiväosastohoitoon kuuluvia yhteisöllisiä ja ryhmämuotoisia elementtejä ja perheinterventioita. Tällaisia häiriöitä, joiden hoidossa yhdistelmähoitomalliin perustuvat psykoterapiat on osoitettu vaikuttaviksi, ovat mm. vaikea epävakaata persoonallisuushäiriö (dialektinen käyttäytymisterapia tai epävakaan persoonallisuushäiriön psykodynaaminen psykoterapia), nuorten käytöshäiriöt (multisysteeminen terapia ja käyttäytymishäiriöiden kognitiivis-behavioraalinen terapia) sekä skitsofrenia (perheinterventiot).

Psykoterapian yhdistäminen johonkin muuhun hoitomenetelmään on yleistä kaikissa mielenterveyden häiriöryhmissä. Lääkehoidon ja psykoterapian yhdistelmähoitojen paremmasta hyödyistä suhteessa siihen, että käytettäisiin vain jompaa kumpaa, on olemassa näyttöä mm. vaikeiden masennustilojen hoidossa.

2.5 Psykoterapioissa vaikuttavat tekijät

Kaikilla psykoterapioilla on yhteisiä tekijöitä, joilla on vaikutusta hoitotulokseen. Keskeisimpänä näistä pidetään terapeuttista vuorovaikutusta ja yhteistyösuhdetta. Yhteisiin tekijöihin kuuluvat myös psykoterapeutin kyky toimia tietyn psykologisen käsitejärjestelmän puitteissa uskottavasti, vahvistaa potilaan myönteisiä odotuksia ja aktiivista osallistumista hoitoprosessiin, edistää luottamuksen tunnetta, antaa tukea, jäsentää potilaan elämäntilannetta ja lisätä hänen itsehavainnointikykyään ja helpottaa muutoksen toteutumista.

Eri terapiamuodoille yhteisten tekijöiden merkitys psykoterapian vaikuttavuuteen on huomattavan suuri, kun taas terapeutekniikoiden merkitys on selvästi vähäisempi. Yhteisiä tekijöitä ja psykoterapiasuuntauksen erityisiä menetelmiä ei kuitenkaan voida erottaa toisistaan vaan ne kietoutuvat toisiinsa psykoterapeuttisessa vuorovaikutussuhteessa. Psykoterapian aikana tapahtuvasta muutoksesta osa voi selittyä terapian ulkopuolisilla tekijöillä, kuten muutoksilla potilaan elämäntilanteessa.

Vakuuttavaa tutkimustietoa, joka osoittaisi jonkun tietyn 'ainesosan' välttämättömyyden hoitotuloksen aikaansaamiseksi, ei ole. Ei esim. ole osoitettu, että kognitiivisen terapian vaikutus depression lieventymiseen välittyisi juuri kognitioiden muuttumisen kautta tai psykodynaamisen terapian vaikutukset osuvien tulkintojen ansiosta.

Useimmissa kliinisissä kokeissa ei ole tutkittu yksittäisten terapeuttien vaikutusta tulosten vaihteluun. Terapeuttien väliset erot on arvioitu tärkeäksi tulosta muokkaavaksi tekijäksi. Tällaisina tekijöinä on esitetty mm. terapeutin tarkkaa empatiaa, luottamusta omaan työtapaan, kykyä luoda struktuuria ja käyttää joustavasti erilaisia terapeutekniikoita potilaan tarpeiden mukaan, ja taitoa saada potilas sitoutumaan yhteistyösuhteeseen.

Vaikka terapeutilla on keskeinen merkitys suotuisan psykoterapiaprosessin luomisessa, prosessin kulku ei ole yksin hänen vallassaan. Psykoterapeutin voidaan katsoa toiminnallaan luovan

edellytykset potilaan muutokselle, mutta hänen taitamattomasta toiminnastaan voi aiheutua haittaa. Psykoterapian kielteisinä vaikutuksina voidaan pitää potilaan tilan merkittävää heikentymistä hoidon tehottomuuden tai toteutukseen liittyvien ongelmien vuoksi. Tämänäyttöisiä haittoja ilmenee suhteellisen harvoin.

3. PSYKOTERAPIAN TARVE JA TARJONTA

3.1 Psykoterapian tarve

Työikäisistä suomalaisista arviolta 3-4 % hakee apua terveydenhuoltojärjestelmästä sellaisen depression tai ahdistuneisuushäiriön vuoksi, jossa psykoterapia on tutkimusnäytön perusteella mahdollinen hoitovaihtoehto. Psykoterapiasta voi olla hyötyä myös persoonallisuushäiriöistä kärsiville ihmisille, joita väestötasolla arvioidaan olevan 6-15%. Luotettavaa tietoa ei kuitenkaan ole siitä, kuinka suuri osa heistä tarvitsisi psykoterapiaa. Psykoterapia voi lisäksi olla osa muidenkin häiriöiden, kuten kaksisuuntaisen mielialahäiriön, päihdeongelmien tai psykoosien hoitoa. Yli 65-vuotiaiden psykoterapiatarpeesta ja tarjonnasta puolestaan ei ole käytettävissä luotettavia arvioita. Tämän ikäryhmän osuuden kasvu väestössä saattaa lisätä myös palvelun tarvetta.

Lapsilla vakavia mielenterveyshäiriöitä on 5-9%:lla. Avun hakeminen niihin on lisääntynyt viime vuosina, mutta edelleenkin osa vaikeimmin häiriintyneistä on hoitojärjestelmän ulkopuolella. Lasten mielenterveyshäiriöiden hoito on useimmiten monimuotoista yhdistelmähoitoa, jossa pyritään vaikuttamaan myös perheen olosuhteisiin. Varsinaisen psykoterapian tarve osana näitä yhdistelmähoitoja vaihtelee. Yhdessä suomalaistutkimuksessa on todettu viitteitä 8-vuotiaiden tyttöjen masennusoireilun yleistymisestä. Lasten depressioita hoidetaan pääsääntöisesti psykoterapialla, joten psykoterapian tarve lienee lisääntynyt.

Nuoruudessa mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on noin kaksinkertainen lapsuuteen verrattuna. Kouluterveystutkimuksen mukaan on viitteitä myös nuoruusikäisten tyttöjen masennusoireilun yleistymisestä. Yksilöpsykoterapian tarve korostuu kehityksen myötä nuoruusikäisten hoidossa.

Nuorista aikuisista korkeakouluopiskelijoiden psykoterapian tarve tunnetaan paremmin. Yliopisto-opiskelijoista 20 - 25 % kärsii jostain mielenterveyshäiriöstä ja 10 - 15 %:n on arvioitu tarvitsevan psykiatrista hoitoa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluihin oikeutetuista opiskelijoista noin 6 % hakee vuosittain apua YTHS:n mielenterveyspalveluista, pääasiassa

sellaisiin oireisiin, joissa psykoterapiaa voidaan harkita. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden ja muiden nuorten aikuisten tarvetta ei ole kartoitettu.

Iso osa mielenterveyshäiriöistä jää edelleen tunnistamatta terveydenhuollossa, eivätkä läheskään kaikki hae oireisiinsa apua. Monissa häiriöissä tunnistamisen tehostamista riskiryhmiin kohdennetulla seulonnalla on pidetty aiheellisena. Väestön tietoisuuden lisääntyminen ja häiriöiden parempi tunnistaminen saattaa ajan myötä paljastaa myös lisää hoidon tarvetta.

3.2 Psykoterapian tarjonta

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) rekisterissä on noin 4000 psykoterapeuttia. Heistä noin neljäsosa on julkisen terveydenhuollon palveluksessa, mutta tietoa puuttuu siitä miten muut sijoittuvat työmarkkinoilla. Perheterapeuteista suurin osa sijoittuu julkiselle sektorille. Psykoterapian tarjonta keskittyy Etelä-Suomeen ja yliopistokaupunkeihin. Korkeakouluopiskelijoiden psykoterapian tarve lienee parhaiten katettu, mutta muuten tarjonta todennäköisesti ei vastaa tarvetta.

Psykoterapiatarjonnasta on parhaiten dokumentoitu se osuus, jonka Kela kustantaa kuntoutuksena. Vuosittain Kelan tukemaa harkinnanvaraista kuntoutuspsykoterapiaa saa noin 10 000 henkilöä. Heistä kolmannes on nuoria ja loput työkäisiä aikuisia. Kelan tukema psykoterapia on pääosin kolmevuotista; uusia alkavia psykoterapioita on noin 3000 vuodessa. Kysyntä näihin psykoterapioihin on suurempi kuin tarjonta ja hakemuksista noin kuudennes hylätään vuosittain. Tämän lisäksi Kela korvaa sairausvakuutuksesta vuosittain yli 100.000 psykoterapiakäyntiä lääkäriellä ja kustantaa psykoterapiaa 500:lle vaikeavammaiselle henkilölle. Toisena ryhmänä on sairaanhoitopiirien ja kuntien yksityissektorilta ostamat psykoterapiat, joiden määrästä ei ole kattavaa tietoa; se on kuitenkin murto-osa Kelan tukeman psykoterapian määrästä. Kolmas ryhmä on julkisen sektorin omana toimintana tuottama psykoterapia, josta myöskään ei ole käytettävissä lukuja. Lasten ja nuorten julkisen sektorin mielenterveyspalveluissa tarjottavasta psykoterapiasta ei ole kattavaa tietoa.

4. MITEN PSYKOTERAPIAPALVELUITA TULISI KEHITTÄÄ

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen (ml. psykoterapia) on lainsäädäntömme mukaan kuntien ja kuntayhtymien vastuulla. Hoitotakuu koskee luonnollisesti myös mielenterveyspalveluita.

Yksityissektori täydentää julkista palvelujärjestelmää. Tässä käsitellään julkisrahoitteisten palvelujen kehittämistä mielenterveyden häiriöiden näkökulmasta.

Psykoterapiakoulutuksen järjestäminen tulee siirtää korkeakoulujärjestelmään. Mielenterveyspotilaiden porrasteista hoitojärjestelmää tulee edelleen kehittää siten että psykoterapeuttisia palveluja on tarjolla myös perustasolla. Lisäksi tulee perustaa korkeatasoisia alueellisia psykoterapian arviointiyksiköitä.

4.1 Psykoterapiakoulutus

Koulutus tulee siirtää yliopistojen ja korkeakoulujen vastuulle. Opetusministeriön ja Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdotti v. 2003 psykoterapiakoulutuksen siirtämistä korkeakoulujärjestelmään. Ajatusta ovat kannattaneet myös TEO, useat kouluttajatahot, yliopistot ja ammattikorkeakoulut. Järjestely luo koulutukseen yhtenäisen rakenteen ja tuo tieteellisen näkökulman tiiviimmin mukaan koulutukseen.

Koska tutkimusten valossa yhteisten tekijöiden merkitys on suuri, tulisi kaikissa koulutusohjelmissa olla sellainen osa, jossa perehdytään eri psykoterapiasuuntausten ja menetelmien teoreettisiin perusteisiin sekä psykoterapioille yhteisiin tekijöihin.

Psykoterapeuttisten taitojen koulutusta tulisi lisätä nykyisestä sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien perusopetuksessa sekä jatko- ja täydennyskoulutuksessa.

4.2 Hoitojärjestelmän kehittäminen ja resurssien riittävyys

Suomessa mielenterveysalan ammattilaisten määrä on jo nyt hyvää eurooppalaista tasoa. Koska suunnitelmallisesta psykoterapiasta hyötyvien potilaiden määrän arvioidaan selvästi ylittävän käytössä olevan psykoterapiapalvelun tarjonnan, tulee hoitojärjestelmää kehittää niin, että hoito kohdennetaan tehokkaasti.

Lasten tunne-elämän ja käytösongelmien varhaisen tunnistamisen (esim. lastenneuvoloissa sekä myöhemmin kouluterveydenhuollossa) tulee johtaa nykyistä järjestelmällisemmin myös alkuvaiheen interventioihin. Perhe- ja kasvatusneuvoloiden asemaa osana lasten

mielenterveyspalvelujen järjestelmää tulee selkiyttää. Ikääntyvien psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä tulee kehittää.

Hoitojärjestelmän kehittämisen kannalta suuri haaste on löytää kullekin potilaalle tarkoituksenmukainen hoitokokonaisuus. Resurssien järkevän käytön näkökulmasta psykoterapeuttinen hoito on syytä aloittaa pääsääntöisesti lyhyellä hoitomuodolla ja kohdentaa pitkät hoidot niille potilaille, joiden toipuminen ammattilaisen ja potilaan arvion mukaan edellyttää pidempää terapeuttista työskentelyä. Tarvitaan kuitenkin lisää tietoa siitä, milloin potilaan toipuminen edellyttää pitempää hoitoa ja milloin lyhyempi interventio riittää.

4.3 Porrastettu järjestämismalli

Tässä ehdotettu porrastettu psykoterapiapalvelujen järjestämismalli ja periaatteet ovat sovellettavissa sekä lasten, nuorten että aikuisten hoitoon.

4.3.1 Perustaso

Potilaat ohjautuvat hoitoon pääsääntöisesti julkisen sektorin perusterveydenhuollon palveluiden kautta (terveyskeskus, neuvola, työterveyshuolto). Osa potilaista voi valita ensisijassa yksityisen ammatinharjoittajan palvelut. Valtaosa mielenterveyden häiriöistä voidaan hoitaa perustasolla hoitosuositukseen perustuen, mutta se edellyttää tuekseen tehokasta erikoissairaanhoidon konsultaatiotoimintaa. Lasten ja nuorten hoidossa hoitavan tahon tulee tehdä tiivistä yhteistyötä mm. perheiden, päivähoiton, koulun tai lastensuojelun kanssa. Perustasolla tulee olla tarjolla myös varsinaista psykoterapiaa kevyempiä, vuorovaikutteisia hoitoja (esim. psykoedukatiiviset ryhmät, lasten ja lapsiperheiden ryhmäinterventiot, kognitiiviset ja interpersoonalliset ryhmäinterventiot kouluissa). Systemaattiset hoito- ja seurantajärjestelmät parantavat potilaiden ennustetta.

4.3.2 Erikoissairaanhoito

Mikäli perustason hoito ei riitä, potilas ohjataan psykiatrisen konsultaation perusteella erikoissairaanhoitoon arvioon. Erikoissairaanhoidossa potilaan kanssa tehdään hoitosuunnitelma. Psykoterapia voi olla osa potilaan hoitosuunnitelmaa ja se toteutetaan joko erikoissairaanhoidon toimintana tai ostopalveluna. Psykoterapiatarpeen arviointia tulee kehittää alueellisesti.

4.4 Alueelliset arviointiyksiköt

Jotta hoidon tarve voitaisiin arvioida väestötasolla ja kohdentaa psykoterapiapalvelut yhdenmukaisen arvioinnin pohjalta, paneeli suosittaa perustettavaksi alueellisia korkean asiantuntemuksen psykoterapian arviointiyksiköjä yhteistyössä Kelan kanssa. Näiden yksiköiden vastuulla on seurata alueensa psykoterapiapalvelujen käyttöä, kustannuksia ja vaikuttavuutta sekä määritellä psykoterapiatarpeen arvioinnin kriteerit. Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian ja muun pitkäkestoisen psykoterapian tarvearviointi tulisi myös keskittää näihin alueellisiin yksiköihin.

5. MITEN PSYKOTERAPIATUTKIMUSTA TULISI EDISTÄÄ?

Kontrolloidut psykoterapiatutkimukset ovat olleet pääsääntöisesti psykoterapioiden tehoa koskevia tutkimuksia, joiden tulokset eivät aina ole yleistettävissä terveydenhuollon arkeen. Tämä tutkimustapa ei myöskään tavallisesti pysty vastaamaan kysymyksiin, jotka koskevat hoitojen aikaansaamien muutosten mekanismeja. Siksi tulee lisätä ja tukea julkisen terveydenhuollon tarpeisiin paremmin vastaavaa psykoterapioiden vaikuttavuustutkimusta. Psykoterapian tarvetta ja toteutumista Suomessa tulisi selvittää epidemiologisissa tutkimuksissa.

5.1 Vaikuttavuus- ja prosessitutkimus

Psykoterapian tehoa koskevat tutkimukset viittaavat siihen, että eri psykoterapiamenetelmille yhteiset tekijät ovat psykoterapiamenetelmien erityisiä tekijöitä tärkeämpiä ja että eri psykoterapiamenetelmien välillä on vain vähäisiä eroja. Psykoterapiatutkimuksessa tulisi nykyistä perusteellisemmin selvittää sitä, mikä psykoterapioissa vaikuttaa. Siksi tulee tukea psykoterapian vaikuttavuus- ja tehokkuustutkimusta, prosessitutkimusta ja naturalistisia tutkimuksia. Nämä tutkimuslinjat eivät ole ristiriidassa keskenään vaan täydentävät toisiaan.

5.2 Pitkien psykoterapioiden vaikuttavuus ja psykoterapioiden ennustetekijät

Tällä hetkellä suuri osa Suomessa harjoitetuista psykoterapioista on pitkäkestoisia. Meneillään olevaa Helsingin psykoterapiatutkimusta lukuun ottamatta pitkien psykoterapioiden vaikuttavuutta

ei juuri ole tutkittu. Pitkien psykoterapioiden vaikuttavuustutkimusta tuleekin lisätä. Lisäksi on tutkittava, mitkä potilaaseen, hänen sairauteensa ja ympäristöönsä liittyvät piirteet tai ominaisuudet liittyvät psykoterapian hyvään tai huonoon hoitotulokseen.

5.3 Lasten ja nuorten psykoterapiat

Aikuisten psykoterapiatutkimusten tulokset ovat harvoin suoraan sovellettavissa lasten tai nuorten hoitoon, koska sekä lasten että nuorten psykoterapioissa ja niiden tutkimuksessa tulee ottaa huomioon näiden kehitysvaiheiden erityispiirteet.

Lasten perhekeskeisten psykoterapioiden tai yksilö- ja perheterapian yhdistämisen tehosta on tutkimusnäyttöä. Nykytiedon perusteella yhdistelmähoidot ovat tehokkaita nuorten vaikeiden häiriöiden (kuten päihde- ja käytöshäiriöt) hoidossa, ja tietyt yksilö- ja ryhmäterapiat lievemmissä häiriöissä (kuten ahdistus- ja masennushäiriöt). Koska pääasiassa Yhdysvalloissa tehtyjä lasten ja nuorten psykoterapiatutkimusten tuloksia ei voida suoraan soveltaa Suomen olosuhteisiin, tulee näiden psykoterapioiden vaikuttavuustutkimusta maassamme tukea.

5.4 Psykoterapian tutkijakoulutus

Psykoterapiatutkimuksen laajentamiseksi ja vahvistamiseksi tulee alan tutkijakoulutusta tukea. Siinä on tarpeen luoda psykoterapiatutkimuksen opintokokonaisuuksia, joissa tutkijakoulutettava saa tiedot psykoterapiatutkimuksen menetelmistä. Lisäksi on selvitettävä mahdollisuudet perustaa eri yliopistojen ja eri tieteenalojen yhteistyönä psykoterapian tutkijakoulutusohjelmia. Myös psykoterapiakoulutusten siirtäminen yliopistoihin todennäköisesti lisää ja vahvistaa psykoterapiatutkimusta.

5.5 Psykoterapiatutkimuksen rahoitus

Psykiatriset sairaudet, erityisesti depressiot ovat kansansairauksina merkittäviä työkyvyttömyyden aiheuttajia. Psykoterapialla voidaan vähentää näiden sairauksien oireita ja haittoja. Koska psykoterapiatutkimuksen rahoitus on nykyisellään vähäistä, tämä tutkimusalue tarvitsee nykytilanteessa erityistä tukemista. Siksi ehdotamme Suomen Akatemian Terveiden tutkimuksen ja Kulttuurin ja yhteiskunnan tutkimuksen toimikuntien suunnattua hakua psykoterapian tutkimuksen alueelle. Psykoterapiapalvelujen kohdentumista ja toteutumista tulee tutkia myös

palvelujärjestelmään kohdistuvalla tutkimuksella, jonka luontevia rahoittajatahoja olisivat STAKES, Kela sekä osaltaan EVO-rahoitus.