

Psykoteroapioiden vaikuttavuus masennukseen pitkissä seurannoissa

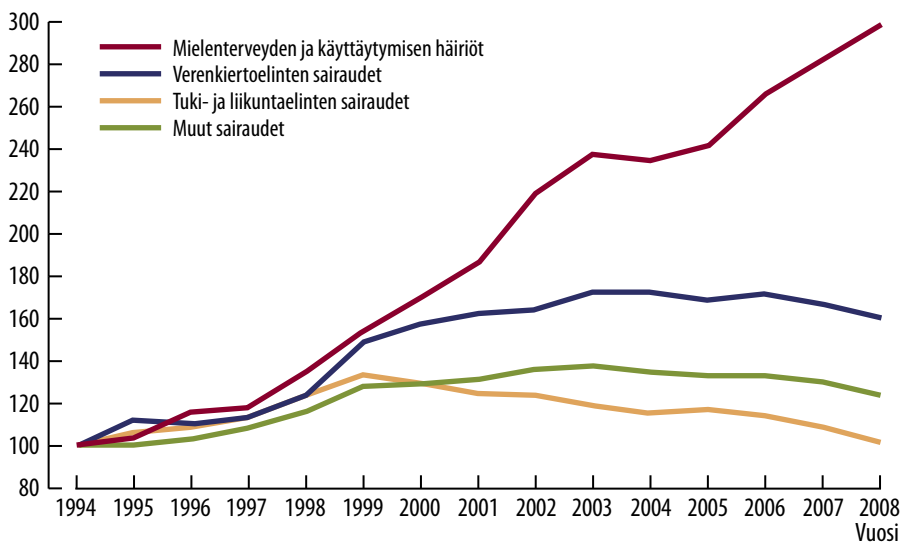
Pääosin lyhyiden seurantojen pohjalta arvioituna erilaiset lyhytterapiat näyttävät keskenään yhtä vaikuttavilta mielialahäiriöiden hoidossa. Helsingin psykoterapiatutkimus on toistaiseksi ainoa julkaistu satunnaistettuun koeasetelmaan perustuva lyhytterapioiden ja pitkän terapian vaikuttavuutta pidemmässä seurannassa selvittänyt tutkimus. Siinäkään ei viiden vuoden seurannassa havaittu mainittavia eroja kahden lyhytterapian vaikuttavuudessa. Pitkässä terapiassa potilaat toipuivat oireista paremmin ja myös heidän työkykynsä palautui paremmin kuin lyhytterapioissa. Pitkien terapioiden suurten hoitokustannusten vuoksi lyhyet terapiat olivat kuitenkin niitä kustannusvaikuttavampia. Huomattava määrä potilaita ei silti toipunut lyhytterapian turvin. Tarvitaan siis lisää pitkään seurantaan pohjautuvia kliinisiä kokeita ja kohorttitutkimuksia, joissa arvioidaan pitkän ja lyhyen terapian vaikuttavuutta sekä terapioiden riittävyttä ja soveltuvuutta eri potilaille.

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä, usein uusiutuvia ja kroonistuvia mielenterveyden häiriöitä, jotka paitsi heikentävät elämänlaatua ja toimintakykyä, myös aiheuttavat yhä kasvavia kustannuksia yhteiskunnalle (Knekt ym. 2010). Näiden häiriöiden aiheuttamat vuosittaiset kokonaiskustannukset ovat yli miljardi euroa. Erityisesti mielialahäiriöt aiheuttavat yhä enemmän työ- ja toimintakyvyttömyyttä. Vuosittain noin 200 000 suomalaista sairastaa masennusta ja 400 000 käyttää masennuslääkkeitä. Lisäksi masennuksesta aiheutuu joka vuosi yli 30 000 sairauspäivärahaa. Mielenterveyden häiriöihin liittyvän hoidon ja kuntoutuksen tarve on lisääntyneet merkittävästi viimeisten 15 vuoden aikana.

Esimerkiksi kuntoutuspsykoterapiaan ja muuhun mielenterveyskuntoutukseen ohjattujen määrä on yli kolminkertaistunut (KUVA 1).

Mielenterveyden häiriöihin käytetään sekä biokemiallisin että psykologisin mekanismein vaikuttavia hoitomuotoja: lääkehoitoa ja erityyppisiä ja eripituisia psykoterapioita. Psykoteroapioiden vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on toistaiseksi tutkittu kliinisissä kokeissa vain lyhytterapioiden osalta. Useimmiten aineistoon on kuulunut vain masennuspotilaita, ja seurannat ovat olleet pääasiassa lyhyitä, hoidon päättymiseen asti kestäviä tai alle vuoden pituisia. On osoitettu, että yleisimmin käytössä olevilla terapioilla (kognitiivisella, psykodynaamisella, interspersonallisella ja ongelmanratkaisuterapialla) on suotuisampia vaikutuksia potilaiden vointiin verrattuna hoidon odottamiseen tai tavanomaiseen psykiatriseen avohoittoon (Cuijpers ym. 2010). Lyhytterapioiden vaikuttavuus on samaa suuruusluokkaa kuin psykyenlääkehoidolla (Cuijpers ym. 2008, Spielmans ym. 2011).

Tieto lyhytterapioiden vaikuttavuuden pysyvyydestä pitkällä aikavälillä on puutteellista, ja vaikuttavuutta on tarkasteltu lähinnä oireiden näkökulmasta. Koska ei ollut näyttöä pitkän psykoterapian vaikuttavuudesta, lyhyiden psykoteroapioiden vaikutuksen pysyvyydestä eikä lyhyiden ja pitkien psykoteroapioiden vaikuttavuuseroista, näitä asioita ryhdyttiin selvittämään Helsingin psykoterapiatutkimuksessa. Kyseessä on satunnaistettu kliininen koe, jossa verrataan lyhyen (LPD) ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian (PPD) ja lyhyen voimavarasuuntautuneen terapian (VAT) vaikuttavuutta sekä vaikutusten pysyvyyttä mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa kymmenen vuoden seurannassa.



KUVA 1. Kuntoutujat mielenterveyden häiriöiden ja muiden sairauksien perusteella 1994–2008 (indeksi 1994 = 100) (KELA 2010).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on meta-analyysissä yhdistää tähänastisen tutkimuksen tuloksia psykoterapioiden vaikuttavuudesta masennukseen pitkällä aikavälillä ja verrata tuloksia Helsingin psykoterapiatutkimuksen tuloksiin.

Kirjallisuuskatsaus

Aineistot ja menetelmät. Systemoidun katsauksen aineistoksi poimittiin satunnaistettuihin kokeisiin pohjautuvat alkuperäistutkimukset psykoterapioiden vaikuttavuudesta masennukseen pitkällä aikavälillä TAULUKOSSA esitetyin kriteerein. Kaiken kaikkiaan löydettiin vain kymmenen kriteerit täyttävää tutkimusta (INTERNET-OHEISAINESTON TAULUKKO). Näissä tutkimuksissa tarkasteltiin kolmea erilaista lyhytterapiaa: kognitiivis-behavioraalista (CBT, CBASP) (7 tutkimuksessa), interpersonallista (IPT) (5 tutkimuksessa) ja psykodynaamista (PDP) (1 tutkimuksessa). Näitä terapioiden verrattiin toisiinsa (3 tutkimusta), käyttäytymisterapiaan (1 tutkimus), lääkehoitoon (6 tutkimusta) tai tavanomaiseen hoitoon (4 tutkimusta). Tavanomaisen hoidon ryhmä koostui perusterveydenhuollon lääkärin tai psykiatrin toteuttamasta, useimmiten

harvajaksoisesta, muutaman käyntikerran tukea antavasta seurannasta ja tarkemmin määrittämättömästä lääkehoitosta; yhdessä tapauksessa siihen sisältyi lumelääkehoito. Terapiat koostuivat 8–22 terapiatunnista, ja ne kestivät enintään kahdeksan kuukautta. Seurannan pituus hoidon alusta oli 12–28 kuukautta. Pitkien terapioiden vaikuttavuudesta pitkässä seurannassa ei löytynyt tutkimuksia. Potilaiden iän keskiarvo vaihteli 33 vuodesta 42 vuoteen, ja valtaosa potilaista (70 %) oli naisia. Kaikilla potilailla oli masennushäiriö, useimmiten vakava masennustila, lukuun ottamatta yhtä tutkimusta, jossa kolme neljästä kärsi masennuksesta (King ym. 2000). Kahdessa tutkimuksessa (Browne ym. 2002, Schramm ym. 2011) kaikilla oli pitkäaikainen masennus. Vain yhdessä tutkimuksessa oli kokonaan suljettu pois samanaikaiset muut kuin masennushäiriödiagnoosit (Blackburn ja Moore 1997). Tutkimuksissa käytettiin vain rajallista määrää vastemuuttujia. Vastemuuttujina oli kaikissa tutkimuksissa jollakin masennusoiremittarilla (MADRS, BDI, SCL-90-Dep, HDRS ja RDS) saatu tulos, kolmessa tutkimuksessa yleinen oireilevyys (SCL-90-GSI, BSI), kahdessa psykiatrinen diagnoosi (LIFE-II) ja viidessä jokin sosiaalisella toimintakyky- tai ihmishuh-

TAULUKKO. Meta-analyytiin sisällytettyjen tutkimusten valintakriteerit.

Ilmestymisvuosi	Vuodesta 1980 eteenpäin
Tutkimusasetelma	Satunnaistettu kliininen koe, jossa verrataan lyhyttä tai pitkää yksilöterapiaa lyhyeen tai pitkään yksilö- tai ryhmäterapiaan, lääkehoitoon tai tavanomaiseen hoitoon
Seurannan pituus	Vähintään vuosi hoidon alkamisen jälkeen
Potilasaineisto	Normaaliväestön avohoitopotilaita
Terapiat	Yleisesti tunnetut yksilöpsykoterapiat; ei yhdistelmähoitoja
Terapeutit	Asianmukaisen terapeuttikoulutuksen saaneet terapeutit
Potilaan ikä	Aikuinen (ei pelkkiä nuoria tai vanhuksia)
Diagnoosi	Pääasiallinen diagnoosi masennus
Vastemuuttuja	Oireet, hoidon tarve, työkyky, toimintakyky, persoonallisuustekijät, kustannusvaikuttavuus, terveyskäyttäytyminen
Tutkimusote	Tulokset on raportoitu numeerisesti

demittarilla (SAS, SASS, FFI, IIP) saatu tulos. Tulokset esitettiin joko vastemuuttujan keskiarvona tai toipuneiden osuutena eri interventioryhmissä hoidon päätyttyä tai seurannan lopussa. Kolmeen tutkimukseen sisältyi kustannusten vertailu.

Tutkimusten soveltuvuus meta-analyytiin.

Kirjallisuushaussa löydettiin yli sata psykoterapioita johonkin toiseen hoitomuotoon vertailevaa tutkimusta. Kymmenessä pöimintakriteerit täyttäneessä tutkimuksessa pisimmät seuranta-ajat niissä olivat vain vähän yli kaksi vuotta (INTERNET-OHEISAINIESTON TAULUKKO). Tutkimusten tulokset olivat osin ristiriitaiset, ja vain muutama tutkimus täytti hyvän tutkimuksen kriteerit. Muissa esiintyi vaihtelevasti erilaisia metodologisia puutteita: satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa käytettävää lähtöryhmien mukaista analyysia (intention-to-treat analysis) ei sovellettu, tutkimusasetelma tai tutkimusotos oli epätarkasti kuvattu, tutkimusasetelmat oli yksinkertaistettu ja toistomittauksia tehtiin vain vähän, osallistumisosuus oli pieni, tietojen puuttumista ei käsitelty riittävästi, tutkittujen psykoterapioiden ohella käytetyn muun terapian tai lääke- tai sairaalahoidon vaikutuksia tuloksiin ei ollut huomioitu tai tuloksia oli analysoitu tai raportoitu puutteellisesti. Esiteltyjen kymmenen tutkimuksen lisäksi tunnistettiin neljä tutkimusta, joissa tarkasteltiin terapian vaikutta-

vuotta pitkässä seurannassa mutta joissa tuloksia ei esitetty numeerisessa muodossa tai hoitoryhmien välisinä vertailuina (Ross ja Scott 1985, Simons ym. 1986, McLean ja Hakstian 1990, Shapiro ja Firth-Cozens 1990). Lisäksi kaikkiaan seitsemän tutkimusta karsiutui, koska pitkäaikaisseuranta kohdistui vain potilasiin, jotka olivat toipuneet jo akuuttivaiheessa (Evans ym. 1992, Thase ym. 1992, Jarrett ym. 2000, Klein ym. 2004, Hollon ym. 2005, Segal ym. 2006, Ellison ym. 2009). Mainittujen seikkojen takia ei ollut perusteita suorittaa formaalista meta-analyysia.

Tulokset. Vastemuuttujien arvot muuttuivat merkittävästi lähes kaikkien tutkimusten kaikissa interventioryhmissä hoitajakson päättyessä 4–6 kuukautta intervention alusta (INTERNET-OHEISAINIESTON TAULUKKO). Yhdessä tutkimuksessa lääkehoito oli vaikuttavampi masennusoireiden vähentämisessä kuin IPT hoitojen ja seurannan päättyessä (Browne ym. 2002), ja toisessa tutkimuksessa CBT oli hoitojen päättyessä lääkehoitoa vaikuttavampi mutta ei enää seurannassa (Kovacs ym. 1981). Kahdessa tutkimuksessa kognitiivinen terapia oli hoidon loppuessa tavanomaista hoitoa tai vertailuterapiaa vaikuttavampi oireiden vähentämisessä, mutta ero hävisi seurannan aikana (King ym. 2000, Schramm ym. 2011). Yhdessä tutkimuksessa vastaava etu ilmeni vain seurannassa (Shapiro ym. 1995). Muissa



YDINASIAT

- » Psykoterapian tiedetään olevan vaikuttava masennuksen hoitomuoto, mutta hoitovaikutuksen pysyvyydestä on niukasti tietoa.
- » Ensimmäisessä pitkän terapian vaikuttavuutta tutkivassa kliinisessä kokeessa pitkällä psykodynaamisella psykoterapialla saavutettu vaikutus osoitautui kohtalaisen pysyväksi.
- » Pitkä terapia näyttäisi olevan pitkällä aikavälillä lyhytterapiaa vaikuttavampi ja lyhytterapia runsaasta muusta hoidosta huolimatta pitkää terapiaa kustannusvaikuttavampi.
- » Optimaalisen hoitomuodon valinta edellyttää tietoa siitä, kenelle lyhytterapia sellaisenaan on riittävä ja kuka tarvitsee pitkää terapiaa.
- » Tarvitaan lisää tietoa erilaisten terapioiden vaikuttavuudesta, riittävydestä ja soveltuvuudesta erityyppisille potilaille pitkässä seurannassa.

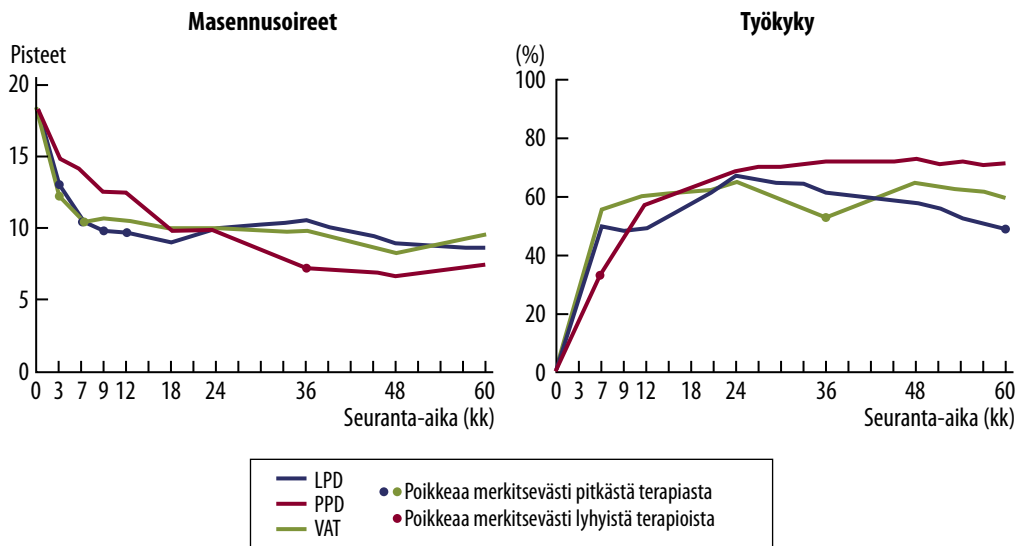
tutkimuksissa ei havaittu eroja interventio-ryhmien välillä hoidon tai seurannan aikana muuten kuin kustannusten osalta 12 kuukauden seurannassa. Nämä tutkimukset osoittivat IPT:n joko edullisemmaksi verrattuna lääkehoitoon (Browne ym. 2002) tai yhtä kalliiksi kuin lääkehoito mutta kustannusvaikuttavammaksi verrattuna tavanomaiseen hoitoon (Lave ym. 1998).

Tämän aineiston perusteella näyttää siltä, että 1–2,5 vuoden seurannassa ei vaikuttavuudessa ollut merkittäviä eroja eri lyhytterapiamuotojen, lääkehoidon tai tavanomaisen hoidon välillä. Tulos poikkeaa lyhyemmällä seurannoilla tehtyjen tutkimusten tuloksista, joiden mukaan lyhytterapiat ja lääkehoito ovat vaikuttavampia kuin tavanomainen hoito (Wolf ja Hopko 2008). Koska kyseinen tulos pohjautuu vain muutamaan tuloksiltaan osin ristiriitaiseen ja edellä mainittuja metodologisia heikkouksia sisältävään tutkimukseen, se saattaa olla epäluotettava.

Helsingin psykoterapiatutkimus

Tausta. Jo 1990-luvun alkupuolella huomattiin mielenterveyspalveluiden kysynnän kasvu. Samalla todettiin tarve saada tutkimustietoa erilaisten psykoterapioiden vaikutuksista hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämisen tueksi. Helsingin psykoterapiatutkimus aloitettiin vuonna 1994. Siinä verrattiin ensimmäistä kertaa kliinisessä kokeessa lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuutta ja riittävyttä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Knekt ja Lindfors 2004). Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 326 iältään 20–46-vuotiasta mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää avohoitopotilasta Helsingin seudulta. Heistä 82 % kärsi masennushäiriöstä. Potilaat satunnaistettiin lyhyeen voimavaruusautuneeseen terapiaan (VAT), lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan (LPD) tai pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan (PPD). Heitä seurattiin kymmenen vuotta hoidon alusta psykiatristen oireiden, työkyvyn, hoidon tarpeen, sosiaalisen toimivuuden, terveystyötytymisen ja persoonallisuuden toimivuuden osalta. Myös terapioiden kustannusvaikuttavuus arvioitiin.

Oireet ja työkyky. Tutkimuksen viiden vuoden seuranta osoitti, että oireiden määrä väheni (Knekt ym. 2008a, Knekt ym. 2010) ja työkyky parani (Knekt ym. 2008b, Knekt ym. 2010) kaikissa kolmessa hoitoryhmässä (kuva 2). Lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian vaikutukset ilmenivät kuitenkin eri aikoina. Yhden vuoden seurannassa, jolloin molemmat lyhyet terapiat olivat päättyneet ja pitkä terapia oli vielä käynnissä, lyhyisiin terapioihin ohjatuilla potilaille oli keskimäärin vähemmän oireita ja parempi työkyky kuin pitkään terapiaan ohjatuilla potilaille. Kolmen vuoden jälkeen, kun lähes kaikki pitkät psykoterapiat olivat päättyneet, tämä hoitomuoto oli keskimäärin vaikuttavampi kuin lyhyet terapiat. Viiden vuoden seurannassa havaittiin työkyvyn osalta edelleen enemmän vaikuttavuutta pitkissä kuin lyhyissä terapioissa, mutta oireiden osalta ryhmien välillä ei ollut enää eroja. Tämän tutkimuksen löydökset osoittavat siten, että psykoterapian pituus on tärkeä



KUVA 2. Masennusoireiden pistemäärän (BDI, Beck ym. 1961) väheneminen ja työkyvyn (WAI, Tuomi ym. 1998) palautuminen Helsingin psykoterapiatutkimuksen viiden vuoden seurannassa. Työkyky on kuvattu prosenttiosuutena niistä, joiden työkykyindeksi > 36. Lyhenteet: LPD = lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PPD = pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = lyhyt voimavaruusautunut terapia.

sen tuloksellisuuden arvioinnin kannalta.

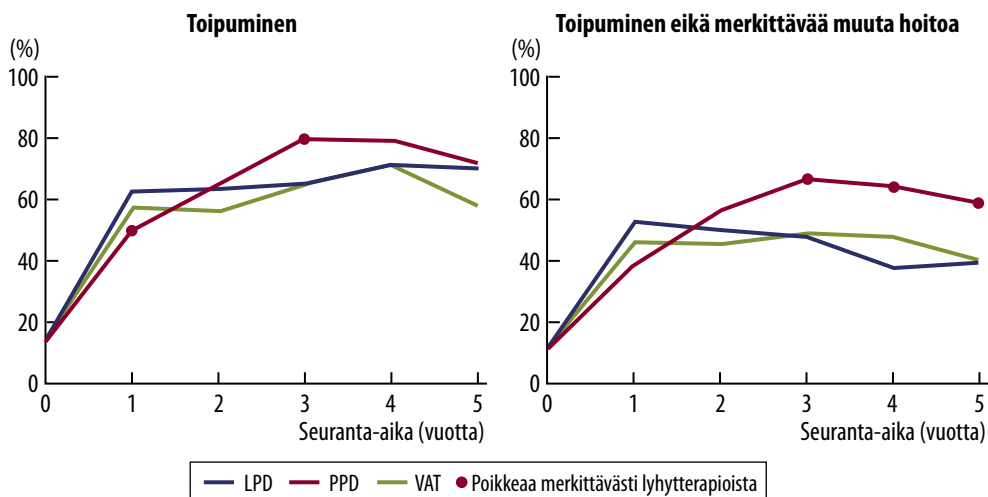
Eri viitekehuksesta tulevien kahden lyhytterapian LPD:n ja VAT:n vaikuttavuudessa ei sen sijaan havaittu mainittavia eroja missään vaiheessa viiden vuoden seuranta. Tulos on siten sopusoinnussa kirjallisuuskatsauksessa esitettyjen aikaisempien lyhytterapioiden vaikuttavuutta alle kolmen vuoden seurannassa arvioineiden tutkimusten tulosten kanssa.

Hoidon tarve ja kustannusvaikuttavuus.

Viiden vuoden seurannan vaikuttavuustuloksia tarkasteltaessa ei voida suoraan tehdä luotettavia päätelmiä tarkastelun kohteena olevien terapioiden tehosta sen takia, että osa potilaista käytti tutkimuksessa annettujen hoitojen ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita psykiatrisia hoitoja. Havaittu vaikuttavuus voi siten johtua osin tutkimusterapiasta ja osin muista hoidoista. Osoittautui, että kolme tarkastelun kohteena ollutta hoitomuotoa eivät olleet riittäviä kaikille potilaille. Noin puolet masennuksesta kärsivistä potilaista toipui viiden vuoden seurannan aikana. Samana aikana yli puolet potilaista käytti muuta hoitoa – psyykenlääkkeitä, psykoterapiaa tai psykiatrista sairaalahoitoa. Lyhyisiin terapiaryhmiin

kuuluneet potilaat käyttivät enemmän muita hoitoja kuin pitkään terapiaryhmään kuuluneet. Lyhytterapiaan ohjatut potilaat saivat 12 (VAT) tai 20 (LPD) tuntia tutkimusterapiaa. Kun muun terapian käyntimäärät liitettiin tutkimusterapioiden käyntimääriin, kävi ilmi, että lyhyiden terapioiden ryhmissä potilaat olivat keskimäärin saaneet keskipitkää terapiaa, VAT-ryhmässä 60 ja LPD-ryhmässä 70 tuntia.

Muun hoidon vaikutuksen eliminoimiseksi Helsingin psykoterapiatutkimuksessa käytettiin vastemuuttujana myös toipumista, joka edellytti, että potilas tarkasteluaikana täytti toipumiskriteerit (50 %:n muutos vastemuuttujassa tai vastemuuttujan normaalirajan alitus), eikä saanut merkittävää muuta psykiatrista hoitoa (vähintään 20 tuntia psykoterapiaa, kuusi kuukautta lääkehoitoa tai sairaalahoito). Osoittautui, että näin muodostetun toipumista kuvaavan muuttujan perusteella lyhytterapiat olivat vaikuttavampia ensimmäisen vuoden aikana ja pitkä terapia vaikuttavampi kolmannelta seurantavuodesta viidennen seurantavuoden loppuun (KUVA 3). Lyhytterapioiden vaikuttavuudessa ei havaittu eroja. Tuloksia ei voitu verrata kirjallisuuteen



KUVA 3. Toipuminen masennusoireista (BDI, Beck ym. 1961) Helsingin psykoterapiatutkimuksen viiden vuoden seurannassa. Y-akselilla toipuneiden potilaiden %-osuus.

sen takia, että muun hoidon tiedot ja raportointi on valtaosassa aikaisempia tutkimuksia laiminlyöty.

Siitä huolimatta, että lyhyiden terapia-ryhmien potilaat käyttivät enemmän muita hoitoja kuin pitkän terapiaryhmän potilaat, psyykkisistä häiriöistä johtuvat keskimääräiset suorat kokonaiskustannukset viiden vuoden seurannassa olivat pitkän terapian ryhmässä suuremmat (19 813 euroa PPD-ryhmässä, 6 505 euroa LPD-ryhmässä ja 7 299 euroa VAT-ryhmässä) (Knekt ym. 2010). Kustannusvaikuttavuus molemmissa lyhyissä terapioiden oli samanlainen, mikä korostaa edelleen samanpituisten terapioiden yhtäläisiä vaikutuksia.

Tutkimuksen arviointi. Helsingin psykoterapiatutkimukseen liittyy useita vahvuuksia, jotka korostavat sen merkitystä. Kyseessä on ensimmäinen satunnaistettu koe, jossa verrataan lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuutta. Toistomittausasetelma, pitkä seuranta-aika ja kattava mittaristo takaavat laajamittaisen vaikuttavuuden arvioinnin useasta eri näkökulmasta (Knekt ym. 2010). Potilaiden saamien muiden hoitojen selvittämiseen perustuva hoidon riittävyden arviointi sekä hoitomuotojen kustannusvaikuttavuuden arviointi ovat uusia hoitomuotojen vaikuttavuuden

den näkökulmia psykoterapiatutkimuksessa. Tutkimus on kuitenkin yhä meneillään, joten tässä esitetyt viiden vuoden seurantatulokset antavat vasta alustavan ja osittaisen kuvan mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytettyjen erimuotoisten ja -pituisten terapioiden vaikuttavuudesta. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset täytyy myös vielä toistaa muissa laajamittaisissa satunnaistetuissa koeasetelmissa, kohorttitutkimuksissa ja meta-analyysissä ennen kuin varmoja johtopäätöksiä voidaan tehdä.

Lopuksi

Helsingin psykoterapiatutkimuksen tulosten valossa eripituiset psykoterapiat ovat vaikuttavia mutta eivät riittäviä kaikille potilaille. Siitä huolimatta, että pitkä terapia on vaikuttavampi kuin lyhytterapia viiden vuoden seurantapisteessä, pitkä terapia ei keskimäärin tällä aikavälillä tarkasteltuna ole yhtä kustannusvaikuttava kuin lyhyt terapia. Vain kustannusvaikuttavuuden kannalta tarkasteltuna tämä merkitsisi sitä, että taloudellisesti kannattavin ratkaisu olisi antaa kaikille potilaille lyhytterapiaa. Tämä kuitenkin johtaisi siihen, että ne potilaat, joille lyhytterapia ei ole riittävä hoito, eivät toipuisi (Knekt ym.

2011). Potilaiden ohjaaminen optimaaliseen hoitoon edellyttäisi, että löydetään kriteerit sille, kenelle sopii lyhytterapia, kuka tarvitsee pitkää terapiaa ja milloin tarvitaan yhdistelmähoitoja tai muita hoitoja. Tämä puolestaan edellyttää vielä viittäkin vuotta pidempää hoitojen tuloksellisuuden seuranta, mikä saattaa muuttaa käsitystä kustannusvaikuttavuudesta. Yhtä lailla on tärkeää arvioida potilaiden tilaa ja tarkkailla hoidon sujumista ja muutoksia hoidon tarpeessa hoitojen alettua ja kunkin hoitojakson päättyessä (Fava ja Tomba 2010, Fonagy 2010, Shimokawa ym. 2010). Ongelmana on, että nykyisin ei ole olemassa mitään yleisesti hyväksyttyä menetelmää tai ohjeistoa potilaiden ohjaamiseksi joko lyhyeen tai pitkään terapiaan, vaikka tätä pidetäänkin yhtenä tärkeimmistä masennuksesta kärsivien potilaiden hoitoon ja sen onnistumiseen vaikuttavista päätöksistä.

Hoitojen riittämättömyyteen ja eripituisten hoitojen soveltuvuuteen vaikuttavia tekijöitä voidaan kuitenkin mitä ilmeisimmin tunnistaa. Helsingin psykoterapiatutkimuksessa on jo löydetty sellaisia potilastekijöitä, esimerkiksi

potilaan persoonallisuuteen ja ihmissuhdetoihin liittyviä seikkoja, joiden avulla voidaan jo ennen terapian alkua ennustaa tarvittavan hoidon määrää (Laaksonen ym. 2012, julkaisematon tieto). Näitä eripituisten terapioiden tuloksellisuutta ennustavia potilaaseen, terapeuttiin tai terapiaan liittyviä soveltuvuustekijöitä tulisi tutkia entistä kattavammin ja niiden suhteellista merkitystä tulisi arvioida. Tavoitteena olisi tällöin saada aikaiseksi kompakti, tärkeimmät tekijät kattava lyhyiden ja pitkien terapioiden soveltuvuus-kriteeristö hyödynnettäväksi potilaiden hoitoonohjauksessa. Tämän asian selvittäminen lieneekin psykoterapiatutkimuksen keskeisimpiä haasteita lähitulevaisuudessa. Tätä korostavat psykoterapioiden edelleen lisääntyvä kysyntä ja tarve arvioida valtakunnallisesti erilaisten ja eripituisten psykoterapiapalveluiden tarjonnan tarkoituksenmukaisuutta. Psykoterapiakoulutusten uudelleen organisoiminen yliopistojärjestelmän piiriin tarjoaa myös hyvät lähtökohdat näiden näkökohtien huomioimiseksi kehitettäessä psykoterapioita yhä toimivammiksi potilaiden pitkäaikaisen toipumisen kannalta. ■

PAUL KNEKT, professori, yksikön päällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Väestön terveydentila -yksikkö

**OLAVI LINDFORS, PsL, psykoterapeutti (VET),
kehittämispäällikkö**
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

LAURA SARES-JÄSKE, ETM, tutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

MAARIT LAAKSONEN, FT, YTM, erikoistutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

SIDONNAISUUDET

Paul Knekt: Ei sidonnaisuuksia
Olavi Lindfors: Ei sidonnaisuuksia
Laura Sares-Jäske: Ei sidonnaisuuksia
Maarit Laaksonen: Ei sidonnaisuuksia

Summary

The effectiveness of psychotherapy on depression in the long term

Different short-term therapies, mainly with short follow-ups, seem equally effective treatments of mood disorders. The Helsinki Psychotherapy Study is the only published randomized trial on the effectiveness of short-term and long-term therapies during a longer follow-up. During a 5-year follow-up, patients' recovery from symptoms and improvement in work ability were greater in long-term therapy than in two, equally effective, short-term therapies. The short-term therapies were, however, more cost-effective, but many patients in them did not recover. More randomized clinical trials and cohort studies with long follow-ups on the efficacy, sufficiency and suitability of short- and long-term therapy are thus needed.

KIRJALLISUUTTA

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
- Blackburn IM, Moore RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 1997;171:328–34.
- Bower P, Byford S, Sibbald B, ym. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness. *BMJ* 2000;321:1389–92.
- Browne G, Steiner M, Roberts J, ym. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002;68:317–30.
- Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2010;40:211–23.
- Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1675–85; quiz 1839–41.
- DiMascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Neu C, Zwilling M, Klerman GL. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1450–6.
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, ym. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971–82; discussion 983.
- Ellison JA, Greenberg LS, Goldman RN, Angus L. Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:103–12.
- Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, ym. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:802–8.
- Fava GA, Tomba E. New modalities of assessment and treatment planning in depression: the sequential approach. *CNS Drugs* 2010;24:453–65.
- Fonagy P. Psychotherapy research: do we know what works for whom? *Br J Psychiatry* 2010;197:83–5.
- Gortner ET, Gollan JK, Dobson KS, Jacobson NS. Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:377–84.
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, ym. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:417–22.
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, ym. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:295–304.
- Jarrett RB, Kraft D, Schaffer M, ym. Reducing relapse in depressed outpatients with atypical features: a pilot study. *Psychother Psychosom* 2000;69:232–9.
- Kelan sairausvakuustilasto. Helsinki: Kela 2010.
- King M, Sibbald B, Ward E, ym. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess* 2000;4:1–83.
- Klein DN, Santiago NJ, Vivian D, ym. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:681–8.
- Knekt P, Laaksonen MA, Härkänen T, ym. The Helsinki Psychotherapy Study: effectiveness, sufficiency, and suitability of short- and long-term psychotherapy. Kirjassa: Levy R, Ablon JS, Kächele H, toim. Evidence-based psychotherapy II. 2012 (painossa).
- Knekt P, Lindfors O, toim. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kansaneläkelaitos 2004.
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, ym. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008(a);38:689–703.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Helsingin Psykoterapiutkimus – psykoterapioiden vaikutavuus viiden vuoden seurannassa. 1. painos. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos 2010.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Jarvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2008(b);107:95–106.
- Kovacs M, Rush AJ, Beck AT, Hollon SD. Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. A one-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:33–9.
- Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:645–51.
- McLean PD, Hakstian AR. Relative endurance of unipolar depression treatment effects: longitudinal follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:482–8.
- Ross M, Scott M. An evaluation of the effectiveness of individual and group cognitive therapy in the treatment of depressed patients in an inner city health centre. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:239–42.
- Rush A, Beck A, Kovacs M, Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cogn Ther Res* 1977;1:17–37.
- Schramm E, Zobel I, Dykierck P, ym. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *J Affect Disord* 2011;129:109–16.
- Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, ym. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:913–9.
- Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:749–55.
- Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:522–34.
- Shapiro DA, Firth-Cozens J. Two-year follow-up of the Sheffield Psychotherapy Project. *Br J Psychiatry* 1990;157:389–91.
- Shapiro DA, Rees A, Barkham M, Hardy G, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:378–87.
- Shea MT, Elkin I, Imber SD, ym. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:782–7.
- Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:298–311.
- Simons AD, Murphy GE, Levine JL, Wetzel RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:43–8.
- Spielmanns G, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:142–9.
- Thase ME, Simons AD, McGeary J, ym. Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications for longer courses of treatment. *Am J Psychiatry* 1992;149:1046–52.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jähkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work Ability Index. 2. painos. Helsinki: Työterveyslaitos 1998.
- Ward E, King M, Lloyd M, ym. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321:1383–8.
- Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, Sholomskas D, Padian N. Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:51–5.
- Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2008;28:131–61.