

Hoitomuotojen yhdistäminen parantaa tehokkuutta

Psykoterapian ja psyykenlääkkeiden vastakkainasettelu on turhaa

Viime vuosina meta-analyysien perusteella masennuksen hoito ei ole niin tehokasta kuin aiemmin on otaksuttu. Tämä on palauttanut mieliin psykoterapian ja lääkehoidon välisen vastakkainasettelun. Moni asiantuntija saattaa pitää tätä asetelmaa aikansa eläneenä, mutta suuren yleisön käsitys on toisenlainen. Maailman psykiatriyhdistyksen (WPA) laajassa stigmatutkimusta koskevassa katsauksessa, jossa selvitettiin myös hoitojen leimautumista, kävi ilmi, että väestö suhtautuu selvästi varautuneemmin lääkehoitoihin kuin psykoterapiaan (Sartorius, suullinen tiedonanto 2011).

Viime syksynä julkaistussa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 11 % väestöstä käyttää jotakin masennuslääkettä (Pratt ym. 2011). Kyseisen tutkimuksen mukaan 60 % masennuslääkkeitten käyttäjistä otti valmistetta yli kahden vuoden ajan mutta vain alle kolmannes oli tavannut viimeisen vuoden aikana mielenterveysalan ammattilaisen. Depressiolääkkeiden käyttö on nelinkertaistunut väestötasolla vuodesta 1988. Käyttö vaihtelee eri väestöryhmien kesken huomattavasti, mikä viittaa hoidon tarpeiden ja hoidon kohtaamisen merkittäviin ongelmiin (Pratt ym. 2011). Samaan aikaan psykoterapian saanti hoitomuotona on vähentynyt ja masennuslääkkeitten käyttö lisääntynyt niiden keskuudessa, joiden tila ei täytä psykiatrisen häiriön kriteereitä (Mojtabai ja Olfson 2011).

Psykoterapia on kuitenkin monessa mielessä lääkehoidon kanssa samassa veneessä. Psykoterapiatutkimusten julkaisuharha on ollut esillä vähemmän kuin lääketutkimuksia koskeva vastaava havainto. Julkaisuharhan on arvioitu pienentävän psykoterapian vaikutuksen suuruutta masennuksen hoidossa jopa runsaalla kolmanneksella (Cuijpers ym. 2010a). Lisäksi psykoterapioita koskevat me-

ta-analyysit näyttävät yliarvioineen huomattavasti psykoterapioiden vaikutuksen suuruutta masennuksen hoidossa (Cuijpers ym. 2010b).

Psykoterapioita ja lääkehoitoja vertailevia tutkimuksia on tehty etenkin masennuksen, pitkäaikaisen masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Cuijpers ym. 2008, Imel ym. 2008, Spielmans ym. 2010, Roshanaei-Moghaddam ym. 2011). Kolmessa meta-analyysissä ei havaittu eroja masennuksen hoidon tehossa, mutta kahdessa lääkehoitojen todettiin olevan psykoterapioita tehokkaampia pitkäaikaisessa masennuksessa (Cuijpers ym. 2008, Imel ym. 2008). Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja lääkehoidon kokoavassa analyysissä masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöitten hoidossa ei havaittu merkitseviä eroja lukuun ottamatta sitä, että kognitiivinen terapia oli lääkehoitoa tehokkaampaa paniikkihäiriössä (Roshanaei-Moghaddam ym. 2011). Persoonallisuushäiriöiden samanaikaisen esiintymisen on esitetty heikentävän esimerkiksi masennuksen ennustetta. Hiljattain havaittiin, että alustavissa analyysissä tämä näyttikin pitävän paikkansa hoidettaessa potilaita samanaikaisesti psykoterapialla ja lääkkeellä. Kun tulokset vakioitiin lääkehoitoa määränneen ja terapiaa antaneen psykiatrin mukaan, ei persoonallisuushäiriödiagnoosilla ollutkaan enää merkitystä (de Bolle ym. 2011).

Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistäminen lisää hoidon kokonaistehokkuutta ja hoitoon sitoutumista (Cuijpers ym. 2009a, Østergaard ja Møldrup 2011). Psykoterapian aloittaminen lääkehoidon aikana ja sen jatkaminen lääkehoidon päättymisen jälkeen näyttää ehkäisevän sairauden uusiutumista paremmin kuin lääkehoidon päättäminen ilman psykoterapiaa. Psykoterapian etuna saattaakin olla oireitten palaamisen tehokkaampi esto

(Spielmanns ym. 2011). On saatu viitettä siitä, että psykoterapia saattaa kohentaa lääkettä tehokkaammin kykyä selviytyä arjen paineissa (Hawley ym. 2007).

Lumevaikutus on pitkäaikaisessa masennuksessa viidenneksen pienempi kuin akuutissa masennuksessa (Levkovitz ym. 2011). Depression hoitotutkimuksissa lumevaikutus on suuri kohdeväestön ja tutkimusasetelmien vuoksi lääketieteellisestä hoitomenetelmästä riippumatta (Benedetti 2009, Brunoni ym. 2009). Toisaalta tutkittaessa mäkikuismaa, välttämättömiä rasvahappoja tai muuta lisäainetta masennuksen hoidossa, on lumevaikutus pieni (Freeman ym. 2010). Tämä kertoo siitä, että virallisina pidettyihin hoitoihin voi kohdistua positiivisia ennako-odotuksia, jotka aktivoivat sisäisiä toipumista edistäviä prosesseja (Benedetti 2009). Odotukset vaihtelevat häiriön mukaan. Vaikka hoitotutkimuksissa on kyettävä hallitsemaan lumevaikutusta, on sitä pystyttävä myös hyödyntämään kliinisessä työssä.

Tutkimustieto viittaa siis edelleen siihen, että kumpikin hoitomuoto puolustaa paikkaansa ja molemmilla on omat etunsa. Hoitojen teho ja vaikuttavuus ovat edelleen vaillinaisia. Lisäksi käytännön toteutus on puutteellista ja hoito alkaa liian usein turhan myöhäisessä vaiheessa. Vastakkainasettelu on myös sikäli turhaa, että näiden kahden hoitomuodon ohella on olemassa muitakin keinoja auttaa potilaita. Tulevaisuuden moninapaisessa maailmassa tulee huomioida muun muassa potilaan riittävä oman avun saanti (Anderson ym. 2005), häiriön kanssa pärjäämiseen tähtäävä psykoedukaatio (Cuijpers ym. 2009b), tietoisuustaitojen opettaminen (Hofmann ym. 2010) sekä erilaiset positiivisen psykologian uudet interventiot (Sin ja Lyubomirsky 2009). ■



JYRKI KORKEILA, psykiatrian professori, ylilääkäri
Turun Yliopisto
ja Harjavallan sairaala

SIDONNAISUUDET

Asiantuntijapalkkio (GSK, BMS), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (GSK, Pfizer, Lundbeck)

KIRJALLISUUTTA

- Anderson L, Lewis G, Araya R, ym. C. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *Br J Gen Pract* 2005;55:387–92.
- Benedetti F. Placebo effects. Understanding the mechanisms in health and disease. Oxford: Oxford University Press 2009.
- Brunoni AR, Lopes M, Kapthuk TJ, Fregni F. Placebo response of non-pharmacological and pharmacological trials in major depression: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2009;4:e4824.
- Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009(a); 70:1219–29.
- Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later. *Clin Psychol Rev* 2009(b);29:449–58.
- Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010(a);196:173–8.
- 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(b);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.
- De Bolle M, De Fruyt F, Quilty LC, Rolland JP, Decuyper M, Bagby RM. Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression? A multi-level analysis. *J Pers Disord* 2011;25:1–15.
- Freeman MP, Mischoulon D, Tedeschi E, ym. Complementary and alternative medicine for major depressive disorder: a meta-analysis of patient characteristics, placebo-response rates, and treatment outcomes relative to standard antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2010;71:682–8.
- Hawley LL, Ringo Ho MH, Zuroff DC, Blatt SJ. Stress reactivity following brief treatment for depression: differential effects of psychotherapy and medication. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:244–56.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:169–83.
- Levkovitz Y, Tedeschi E, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:509–14.
- Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:1434–42.
- Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005–2008. *NCHS Data Brief* 2011, nro 76. www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db76.htm
- Roshanaei-Moghaddam B, Paulty MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety* 2011;28:560–7.
- Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 2009;65:467–87.
- Spielmanns GI, 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.
- Østergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2011;131:24–36.