

## Pääkirjoitus

### Onnistumisia ja epäonnistumisia

*Lääkärilehdessä* (36/2016) dosentti Tero Taiminen ennustaa, että masennuksen hoidon tulevaisuus on neuromodulaatiohoidoissa, jotka ovat tulossa lääkehoidon ja psykoterapian rinnalle, ”joissa hoitojen teho ei ole parantunut vuosikymmeniin”. Optimaalisena visiona hän esittää, että masennuspotilas saisi heti käteensä lääkereseptin, ohjauksen nettiterapiaan ja tasavirtastimulaatiolaitteen kotiin. Aiemmin lehdessä linjajohtaja Jan-Henry Stenberg ja joukko maan keskeisiä psykiatreja kuvasivat yhtenä ratkaisuna kasvaneeseen psykoterapian tarpeeseen etäterapiat ja HUS:n Mielenterveystalon verkkopalvelut (jota ne toki ovatkin); kasvokkain tapahtuvista terapi-oista poiketen nettiterapiassa hoitosuhde on suurelta osin sisäänrakennettuna automatisoituun ohjelmaan, eikä sen vaikuttavuus juuri eroa perinteisestä (lyhyt)terapiasta. Perinteisemmän psykoterapian edustajana pohdiskelen, miltä sen tilanne näyttää, kun sitä katsotaan onnistumisten ja epäonnistumisten kannalta. Tutkimuksen vähäisyydestä johtuen ei ole tietoa, missä määrin nämä näkökohdat saattaisivat soveltua myös etäterapioihin.

Mitä ylipäätään tarkoitamme, kun puhumme hoidon onnistumisesta ja epäonnistumisesta? Mitkä potilas-, terapeutti- ja prosessitekijät myötävaikuttavat siihen, että lopputulos jää merkittävästi vaillinaiseksi, että mikään ei oikeastaan ole muuttunut potilaan tilassa tai että tilanne on terapian jälkeen vielä huonompi kuin sitä aloitettaessa? Ja miten onnistuisimme kehittämään psykoterapiaa vielä useammille hyödylliseksi?

Psykiatrinen hoitojärjestelmä arvioi hoidon onnistumista sen kautta, minkälaisen avun potilas saa häiriöön, joka on hoitoon hakeutumisen syynä. Esimerkiksi depression hoidossa ensisijaisena tavoitteena pidetään toipumista masennustilasta, joka hoitoon tulon hetkellä diagnosoitiin. Vaikka käytetään vaikuttavaksi osoittautuneita (A-näytönasteen) lääkkeellisiä tai psykoterapeuttisia menetelmiä, keskimäärin alle puolet potilaista toipuu (saavuttaa remission) depressiosta lyhyen hoitajakson jälkeen. Valtaosalla tavoitteen mukaista remissiota ei saavuteta. Vielä pienempi osa tervehtyy masennuksesta niin, ettei lähivuosina ilmene uutta masennusjaksoa. Onko hoitojärjestelmä siis tässä onnistunut vai epäonnistunut? On varmaan kohtuullista arvioida, että onnistumme usein osittain tai jossain määrin ja toisinaan aika hyvin tehtävässämme auttaa ja lievittää potilaiden oireita ja ongelmia ja edistää psyykkistä kasvua.

On myös syytä tarkastella sitä, kuka psykoterapiasta hyötyy ja kuka ei. Tällöin olemme kiinnostuneita erilaisista potilaiden profiileista, tuloksellisuuden ennustetekijöistä ja vaikutusta muokkaavista tekijöistä. Esimerkiksi käyköön Rob Saundersin tutkijaryhmän ns. latentteihin profiileihin perustuva tutkimus yli 16 000:n masennus- ja ahdistuneisuushäiriöpotilaan aineistolla. Erilaisia lyhytterapioita saaneiden potilaiden taustatietoja ja oirekyselyitä hyödyntäen muodostui kahdeksan potilasryhmää, joilla oli mittavia eroja hoidosta hyötymisessä: toipuneiden määrä vaihteli 15–74:n prosentin välillä (viisinkertainen ero), psyykkisen tilan paheneminen vaihteli viidestä prosentista 20:een (nelinkertainen ero) ja hoidon keskeyttäneiden määrä 17–40:een prosenttiin (2,5-kertainen ero). Eniten hoidollisia epäonnistumisia havaittiin ryhmässä, jota luonnehti samanaikainen mittava masennus- ja ahdistuneisuusoireilu, muita runsaampi psyykenlääkkeiden käyttö ja saatu sosiaaliapu. Miten me Suomessa, näin Sote-suunnitelmien alla, onnistumme tavoittamaan hoidon piiriin ja auttamaan niitä väestöryhmiä, jotka mitä ilmeisimmin tarvitsevat sekä lääketieteellistä, psykologista, sosiaalista apua ja ammatillista kuntoutusta? Miten onnistumme arvioimaan paremmin jo ennen hoitoon ohjaamista yksilöllisiä tarpeita ja vastaamaan

niihin riittävän monimuotoisesti? Keitä palvelevat etäterapiat ja milloin tarvitaan intensiivisempiä hoitoja ja yhteistyötä eri toimijoiden kesken?

Hoidollinen epäonnistuminen vaikuttaa haitallisesti potilaisiin, heidän läheisiinsä, terapeutteihin, hoitojärjestelmään ja koko yhteisöön. Osa potilaista lannistuu ja kokee olevansa synnä epäonnistumiseen, keskeyttää terapian ennenaikaisesti eikä enää hae muuta apua. Jännösoireet ja toimintakyvyn osittainenkin heikentyminen ovat riskitekijöitä ongelmien uusiutumiselle, mutta osaa potilaista tilanne motivoi hakemaan parempaa, itsellensä sopivampaa apua.

Hoidon onnistumista arvioitaessa väliä on myös sillä, minkälaisia muutoksia oireilun helpottamisen lisäksi on tapahtunut: parantuivatko reflektiokyky ja puoliensa pitämisen kyky, onko henkilö enemmän sinut itsensä kanssa ja ihmissuhteissaan, selviytykö hän paremmin uusissa vastoinkäymisissä, vähentykö hänen häpeäalttiutensa tai perfektionistiset pyrkimyksensä... Näin on totuttu ajattelemaan etenkin psykoanalyttisten terapioiden alueella. Kun hoitoon kohdistuvat odotukset ovat laaja-alaisemmat ja ongelmat syvemmällä mielen kerroksissa ja kietoutuneita itselle vahingollisten toimintamallien sisäistymiseen, on perusteltua harkita alun perin pitkäkestoisempaa psykoterapiaa – jolla tosin myös on paljon haasteita. Myös sen jälkeen osa potilaista oireilee ja kärsii toimintakyvyn vajauksesta. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen 10 vuoden seurannassa 80 % pitkään psykodynaamiseen terapiaan ohjatuista ei enää kärsinyt kliinisen asteisista oireista. Lyhyeen terapiaan ohjatuista tähän pääsi 2/3 ja useammilla oli ollut tukeaan erilaisia lisähoitoja. Jo ennen terapian alkua on tunnistettavia potilastekijöitä, jotka ovat yhteydessä hoidon onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Toistaiseksi ei ole pystytty luomaan näistä kattavaa kokonaiskuvaa, mutta se tarkentunee uuden, sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen myötä.

Määrittelemme aina onnistumisiamme suhteessa niihin odotuksiin ja tavoitteisiin, joita asetamme. Jos potilaan odotukset psykoterapiassa ovat realistisia ja terapeutti ja potilas jakavat ne, onnistumisen mahdollisuudet ovat paremmat kuin jos ne jäävät epämääräisiksi tai jos yhteistä näkemystä tavoitteista ja toimintatavoista ei synny. Lukuisia muita hyvän ennusteen merkkejä tiedetään, mm. terapeutin yhteistyösuhteen laatu ja sen katkosten onnistunut korjaaminen, terapeutin myönteellisyys kyky ja taito sovittaa toimivat vuorovaikutukselliset käytännöt omaan erityiseen lähestymistapaansa. Psykodynaamisten terapioiden kohdalla haitallisia menettelyitä on esitetty olevan mm. liiallinen menetelmäuskollisuus, huonosti pohjustettujen ja ajoitettujen, erityisesti transferenssitulkintojen käyttö, väärinymmärretty neutraliteetin tulkinta ja erilaiset ongelmat rajakysymyksissä.

Vaikka psykoterapian selvästi haitalliset vaikutukset ovat harvinaisia, tyypillisesti 5–7 prosentin luokkaa terapiamuodosta riippumatta, niitä voidaan vähentää, jos tunnistamme paremmin, milloin ja minkälaisen vuorovaikutustilanteiden/potilaiden parissa riski on olemassa. Tarvitaan aktiivista oman työotteen arviointia, palautetta potilaalta ja työnohjauksen kautta. Monissa maisa jo käytössä olevien, lähinnä lyhytterapian alueella käytettyjen palautejärjestelmien rinnalle tarvitsemme ideoita siitä, miten huomattavasti moniulotteisempien pitkien terapiaprosessien etenemistä kannattaisi monitoroida, jotta yhä useampi potilas niistä hyötyisi.

Lopuksi: virheiden tekemisen pelko ei edistä hyvää terapeutista vuorovaikutusta eikä virheettömänä voi toimia psykoterapeutina. Ammatillisesti eettiseen toimintaan kuuluu kuitenkin se, että pyrkii tekemään parhaansa, oppimaan virheistä ja olemaan avoin uusille lähestymistavoille. On tarpeen myös suhteuttaa psykoterapian saavutuksia (jotka aina jäävät rajallisiksi) siihen, mistä alkujaan on liikkeelle lähdetty. Potilaan kannalta katsottuna se, että jotain merkittävää saavutettuaan on työtä vielä jäljellä ja että löytyy halua sitä tehdä itsensä ja muiden hyväksi, ei ole epäonnistumisen vaan elämän merkki.

*Olavi Lindfors*

*Toimitusneuvoston puheenjohtaja*