

Jonathan Shedler

Löytyykö ”näyttöön perustuvalla” psykoterapialle näyttöä?

”Näyttöön perustuvasta psykoterapiasta” on tullut muotitermi. Käsite ”näyttöön perustuva” tulee alun perin lääketieteestä, jossa se nousi esiin 1990-luvulla. Silloin se yhdistyi kriittiseen ajatteluun. Ymmärrettiin, että jos asiat on aina totuttu tekemään tietyllä tavalla, tämä ei ole vielä riittävä syy jatkaa asioiden tekemistä jatkossakin samalla tavalla. Lääketieteellisten ratkaisujen pitäisi perustua kliiniseen päätöksentekoon, potilaiden arvoihin ja valintoihin sekä olennaisiin tieteellisiin tutkimustuloksiin.

Näyttöön perustuvuus on kuitenkin alkanut tarkoittaa psykoterapian maailmassa jotain hyvin erilaista alkuperäiseen tarkoitukseen nähden. Näyttöön perustuvuus on alkanut muistuttaa ideologiaa ja ohjelmajulistusta. Siitä on tullut synonyymi käsikirjan mukaiselle hoidolle, useimmiten lyhyelle, tarkasti strukturoidulle kognitiivis-behavioraaliselle terapialle. Käsikirjan mukainen tarkoittaa terapiamuotoa, jossa kirjaimellisesti noudatetaan ohjekirjaa ja jossa hoidon kulku on ennalta määritetty niin, että siinä jää vain vähän tilaa asiakkaiden ymmärtämiselle yksilöinä.

”Näyttöön perustuvan” terapialiikkeen taustalla piilee nähdäkseni suuri kertomus, joka dominoi mielenterveyskentän maaperää. Kertomus menee suurin piirtein näin: ”Menneinä pimeinä aikoina terapeutit harjoittivat testamatonta, epätieteellistä terapiaa. Tiede on kuitenkin sittemmin osoittanut, että näyttöön

perustuvat hoidot ovat parhaimpia.” Tämä narratiivi oikeuttaa kaikenkattavat hyökkäykset perinteistä, esimerkiksi psykodynaamista, terapiaa kohtaan – siis sellaista terapiaa, johon kuuluu itseymmärryksen ja oivalluskyvyn kehittäminen merkityksellisen ja pitkäkestoisen psykoterapiasuhteen kontekstissa.

”Näyttöön perustuvan” terapian kannattajat ovat sanoneet julkisesti: ”Empiirisesti perusteltuja näyttöön perustuvia hoitomuotoja ei vielä harjoiteta laajasti. Tämän seurauksena monet potilaat eivät saa asianmukaista hoitoa” (Hollon ym. 2002; korostus kirjoittajan lisäämä). Huomioi kielellinen silmänpääntötempu: jos hoito ei ole näyttöön perustuvaa (siis käsikirjan mukaista), se ei ole asianmukaista. Walter Mischel Columbian yliopistosta on kirjoittanut: ”Yhteyden puute kliinikojen tekemän työn ja tieteellisten tutkimustulosten välillä on *anteeksiantamattoman kiusallista*” (Mischel 2008; korostus kirjoittajan lisäämä).

Kun tämä kertomus pääsee mediaan, asiat pahenevat entisestään. Arvostetussa *Washington Post* -sanomalehdessä julkaistiin kirjoitus otsikolla ”Onko terapeuttisi jäljessä aikaansa?” (Baker ym. 2009), jossa perinteinen (siis psykodynaaminen) terapia rinnastettiin esitieteelliseen lääketieteeseen, jossa ”parantajat tyypillisesti käyttivät tehottomia ja usein vahingollisia menetelmiä, kuten paastoamista ja kuppautta”. *Newsweek* oli samoilla linjoilla julkaistes-

saan artikkelin otsikolla ”Todisteita sivuutetaan: miksi psykoterapeutit hylkäävät tieteen?” (Begley 2009.)

Huomioi, kuinka kuvio muuttuu luonteeltaan McCarthy-maiseksi.¹ Koska lyhyiden, käsikirjan mukaisten terapioiden kannattajat ovat omineet ”näyttöön perustuvan” terminologian omaan käyttöönsä, on vaikea saada aikaan älyllistä keskustelua siitä, minkälaista on hyvä terapia. Jos kyseenalaistaa ”näyttöön perustuvaa” terapiamuotoa, samalla saa helposti epätieteellisen leiman otsaansa.

Saatat ajatella, että ”näyttöön perustuvien” terapioiden eduista täytyy olla olemassa vahvoja todisteita, koska niiden väitetään niin suureen ääneen olevan näyttöön perustuvia hoitomuotoja ja koska samalla psykodynaamisia tai oivallukseen perustuvia terapeutoita mustamaalataan. Oletetun vahvuisia näyttöä ei kuitenkaan löydy. Sen välillä, mitä tieteen väitetään näyttävän toteen ja mitä tutkimustulokset todella osoittavat, on ammottava aukko.

Todellisuudessa empiirinen tutkimus osoittaa, että ”näyttöön perustuvat” hoitomuodot ovat *tehottomia* suurimmalle osalle ihmisistä suurimman osan aikaa. Osassa I valaisen, mitä tieteellinen tutkimus todella osoittaa. Osassa II tarkastelen lähemmin ”näyttöön perustuvan” terapiatutkimuksen ongelmakohtia.

OSA I: Mitä tutkimustulokset todella osoittavat?

Tutkimustulosten mukaan ”näyttöön perustuvat” terapiat ovat heikosti toimivia hoitomuotoja. Niiden hyödyt ovat triviaalisia. Useimmat asiakkaat eivät parannu. Edes triviaaliset hoitotulokset eivät ole pitkäkestoisia.

Tämä voi kuulostaa hyvin erilaiselta kuin mitä olet kuullut muualta. Saatat ajatella: kuka ihmeessä on tämän tekstin kirjoittaja ja miksi ihmeessä uskoisin juuri häneen? Palaan näihin kysymyksiin kirjoitukseni johtopäätöksissä. En pyydä sinua uskomaan minuun. Tästä syystä viittaan alkuperäislähteisiin.

”Näyttöön perustuvan” psykoterapiatutkimuksen kultainen standardi näytön kokoamisessa on satunnaistettu kokeellinen tutkimusasetelmä. Tietyn diagnoosin saaneet potilaat jaetaan

satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toiselle annetaan hoitoa ja toinen toimii kontrolliryhmänä, ja näitä kahta ryhmää verrataan toisiinsa.

Satunnaistettujen koeasetelmien esikuvana psykoterapiatutkimuksen alalla toimii Yhdysvaltojen kansallisen mielenterveysinstituutin (National Institute of Mental Health, NIMH) masennuksen hoidon tutkimusohjelma, joka toteutettiin yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa (Treatment of Depression Collaborative Research Program) ja joka oli ensimmäinen suuri monella taholla toteutettu näyttöön perustuvia terapeutoita koskeva tutkimus. Tutkimuksessa oli mukana kolme aktiivista hoitoa saanutta ryhmää: käsikirjan mukaista kognitiivis-behavioraalista terapiaa saaneet, käsikirjan mukaisia interpersoonallista terapiaa saaneet ja masennuslääkitystä käyttäneet. Kontrolliryhmä sai lumelääkettä ja asiantuntijan toteuttamaa ohjausta, joka kuitenkin ei ollut psykoterapiaa. Tutkimus aloitettiin 1970-luvun puolivälissä, mutta ensimmäiset merkittävät julkaisut siitä kirjoitettiin vasta 1990-luvun alussa.

Viimeisen 25 vuoden aikana meille on kerrottu, että yllä mainittu tutkimus osoitti, että kognitiivis-behavioraalinen terapia, interpersoonallinen terapia ja masennuslääkitys ovat empiirisesti validoituja hoitomuotoja masennukseen. Meille on kerrottu, että näiden hoitomuotojen on tieteellisesti todistettu olevan tehokkaita ja vaikuttavia. Keskityn jatkossa kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan, koska se on näistä hoitomuodoista saanut kaikkein eniten huomiota.

Kognitiivis-behavioraalisen terapian etujen korostaminen perustuu tutkimustulokseen, jonka mukaan kognitiivis-behavioraalinen terapia on tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampaa kuin lumehoito. Tilastollinen merkitsevyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, mitä useimmat ihmiset luulevat. Unohdetaan hetkeksi ”merkitsevä”-sana ja ajatellaan sen sijaan todellista eroa kognitiivis-behavioraalista terapiaa saaneen ja kontrolliryhmän välillä.

Pääasiallinen terapian tuloksellisuusmittari NIMH-tutkimuksessa oli 54-kohtainen Hamiltonin masennuskysely (Hamilton Depression Rating Scale). Ero tällä asteikolla kognitiivis-behavioraalista terapiaa saaneen ryhmän ja kontrolliryhmän välillä oli 1,2 pistettä.

1,2 pisteen ero on triviaalinen ja kliinisesti merkityksetön. Se herättää lähinnä "Entä siten?", "Onko sillä väliä?" tai "Miksi kukaan välittäisi tästä?" -kysymyksiä.

Miten kuilu voi olla niin iso sen välillä, mitä meille on kerrottu asiasta ja mitä tutkimuksessa itse asiassa havaittiin? Saatat ajatella, että alkuperäiset tutkijat eivät ehkä esittäneet tutkimustuloksiaan selvästi. Näin ei ole. Ensimmäinen varsinainen NIMH-tutkimusraportti julkaistiin vuonna 1989 *Archives of General Psychiatry* -lehdessä (Elkin ym. 1989). Siinä todettiin: "Interpersoonallisen terapian saama näyttö on rajallista, eikä kognitiivis-behavioraaliselle terapialle löydy näyttöä lainkaan" (korostus kirjoittajan lisäämä). Näin siis alkuperäisessä tutkimusraportissa sanotaan.

Vuonna 1994 tutkimusprojektin vastuuhenkilö kirjoitti kattavan yhteenvetoden tutkimusprojektin annista, jonka otsikko oli "Kansallisen mielenterveysinstituutin masennuksen hoidon yhteistoiminnallinen tutkimusohjelma – mistä lähdimme ja missä nyt olemme".

Huolellisella yliopistokielellä tutkimusprojektin vastuuhenkilö toteaa: "Kaikkein hämmästyttävintä seurantatutkimustuloksissa on se, että suhteellisen pieni prosentuaalinen osuus hoidossa pysyvistä potilaista paranee täysin ja säilyy hyvävointisina 1,5 vuoden seurannassa." Näiden potilaiden prosentuaalinen osuus on niin pieni, että se "herättää kysymyksiä siitä, ovatko masennuksen lyhytterapeuttiset hoidot ylimainostettuja" (Elkin 1994, 131).

Mikä parantuneiden ja hyvävointisena pysyneiden potilaiden prosentuaalinen osuus itse asiassa oli? Osoittautui, että vain 24 prosenttia tutkimuksessa mukana olleista potilaista parantui ja pysyi terveinä. Toisin sanoen noin 75 prosentin selvä enemmistö ei parantunut. Miten tämä on mahdollista? Viimeisen 25 vuoden aikana olemme kuulleet aivan päinvastaista sanomaa. Meille on kerrottu, että käsikirjan mukainen kognitiivis-behavioraalinen terapia on tehokasta ja vaikuttavaa.

Palatkaamme käsitteeseen *merkitsevä*. Yleiskielessä merkitsevä tarkoittaa samaa kuin tärkeä tai merkityksellinen. Tilastotieteessä se tarkoittaa kuitenkin jotain aivan muuta. Tilastotieteessä sanalla on erityismerkitys. Se tar-

koittaa, että tutkimustulos ei todennäköisesti ole sattumaa. NIMH-tutkimuksessa havaittiin 1,2 pisteen ero kognitiivis-behavioraalisen ja konrolliryhmän välillä, mikä on kliinisesti merkityksetön lukema kenen tahansa mielestä. Ero on kuitenkin "tilastollisesti merkitsevä", mikä tarkoittaa sitä, että tutkimustulos ei ole sattumanvarainen löydös.²

Harvalla muulla alalla kuin psykoterapiatutkimuksessa puhutaan "merkitsevistä eroista" sen sijaan että puhuttaisiin todellisista eduista. Kun tutkija korostaa "tilastollista merkitsevyyttä", jotakin häivytetään näkyvistä. Jos hoidolla saavutetaan merkittävää etua, puhutaan edusta eikä "merkitsevyydestä". Jos on löydetty verenpainetta alentava lääke, puhutaan, kuinka paljon lääke alentaa verenpainetta. Jos on kehitetty tehokas laihdutusohjelma, raportoidaan, että keskimääräinen osallistuja laihtui kymmenen kiloa tai viisitoista kiloa. Jos olisi kehitetty kolesterolia alentava lääke, puhuttaisiin, kuinka paljon se alentaa kolesterolia.

Emme puhuisi tällöin "tilastollisesta merkitsevyydestä". Kun tutkijat korostavat "tilastollista merkitsevyyttä", jotakin peitetään näkyvistä.

Yhdysvaltojen kansallisen mielenterveysinstituutin tutkimustulokset julkaistiin yli 25 vuotta sitten. Luulisi kognitiivis-behavioraalista terapiaa puoltavien tutkimustulosten parantuneen sen jälkeen. Siirtykäämme siis eteenpäin kaikkein uusimpaan ja nykyaikaisimpaan masennuksen satunnaistettuun kontrollikoe-tutkimukseen (Driessen ym. 2013). Tähän viimeaikaiseen tutkimukseen osallistui 341 masentunutta potilasta, jotka satunnaisesti jaettiin käsikirjan mukaiseen kognitiivis-behavioraaliseen terapiaryhmään ja käsikirjan mukaiseen psykodynaamisesti orientoituneeseen terapiaryhmään. Molemmat hoidot sisälsivät 16 tapamiskertaa. Tutkimuksen tulokset julkaistiin vuonna 2013 *American Journal of Psychiatry* -lehdessä.

Tutkijat kirjoittivat: "Huomionarvoinen löydös oli, että vain 22,7 prosenttia potilaista saavutti oireettomuuden" (Driessen ym. 2013, 1047). He jatkoivat: "Tutkimustulosten mukaan merkitsevä osa potilaista – tarvitsee enemmän kuin aikarajallisen terapian saavuttaakseen oireettomuuden." Toisin sanoen 75 prosenttia potilaista

ei parane. Kyseessä on oleellisilta osin samanlainen tutkimustulos kuin 25 vuotta sitten julkaistut löydökset.

Kohtuullinen johtopäätös näistä suuren luokat tutkimusprojekteista on se, että lyhyet käsikirjan mukaiset hoitomuodot ovat tehottomia useimmille masentuneille potilaille suurimman osan aikaa.

Olen nyt käynyt läpi sekä varhaisimman että uusimman suuren luokan tutkimuksen aiheesta. Entä tutkimustulokset näiden välissä? Tutkimustulokset ovat kauttaaltaan samankaltaisia. Drew Westenin tutkimusryhmä on tehnyt yhteenvetoartikkelin tutkimuskirjallisuudesta (Westen ym. 2004). Artikkelii on yksityiskohtainen ja kattava katsaus käsikirjaa noudattavasta kognitiivis-behavioraalista terapiasta masennuksen ja ahdistuksen hoidossa.

Westenin tutkimusryhmän mukaan keskimääräinen kognitiivis-behavioraalista terapiaa saanut masennuspotilas pysyy kliinisesti masentuneena hoidon jälkeen (saaden Beckin depressioasteikolla pistemäärän 11).³ Entä minkälainen tilanne on muiden häiriötilojen, esimerkiksi paniikkihäiriön, kohdalla? Paniikkihäiriö saattaa olla kaikista häiriötiloista parhaiten reagoiva lyhyeen, käsikirjaa noudattavaan kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan. Kuitenkin keskimääräinen näyttöön perustuvaa hoitoa saanut potilas koki hoidon jälkeen edelleen paniikkikohtauksia melkein viikoittain ja todisti neljän DSM-IV-diagnostiikkakirjassa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mainitun paniikkihäiriöoireen täyttymistä seitsemästä mahdollisesta oireesta. Paniikkihäiriöpotilaat eivät siis myöskään parantuneet.

Tutkimustulosten mukaan käsikirjan mukaisen näyttöön perustuvien hoitomuotojen hyödyt jäävät lyhytaikaisiksi. Enemmän kuin puolet näyttöön perustuvia hoitoja saavista potilaista hakeutuu saman ongelman takia hoidon pariin uudestaan puolen vuoden tai vuoden kuluessa. Olisi myös virhepäätelmä ajatella, että kaikki ne, jotka eivät hae hoitoa uudestaan, olisivat parantuneet. Jotkut heistä saattavat olla, mutta toiset taas ovat voineet todeta, ettei psykoterapia ole heitä varten, ja siksi ovat luopuneet avun hakemisesta psykoterapian kautta.

OSA II: Tarkempi katsaus tutkimuskäytäntöihin

Tässä osiossa käsittelen joitakin tutkimuskäytäntöjä, joiden välityksellä väitteitä käsikirjan mukaisten ”näyttöön perustuvien” hoitomuotojen puolesta rakennetaan. Pureudun seuraaviin teemoihin: ensinnäkin, suurinta osaa potilasjoukosta ei oteta mukaan tieteellisiin tutkimuksiin. Toiseksi, kontrolliryhmät ovat harhaanjohtavia. Kolmanneksi, käsikirjaa noudattava ”näyttöön perustuva” terapia ei ole osoittautunut paremmaksi kuin mikä muu tahansa pätevä terapia-muoto. Neljänneksi, kaikkea tutkimusdataa ei julkaista.

Suurinta osaa potilasjoukosta ei huomioida tuloksissa

Tyypillisessä näyttöön perustuvien terapioiden satunnaistetussa kontrollikokeessa potilasta kahta kolmasosaa ei *a priori* hyväksytä koeseen mukaan ollenkaan. Tämä joukko on diagnosoitu hoitoa tarvitsevaksi ja he etsivät itselleen apua, mutta tutkimuksen valinta- ja poissulkukriteerien perusteella heitä ei hyväksytä osallistujiksi. Tyypillisesti poissuljettavat potilaat täyttävät enemmän kuin yhden DSM-diagnoosin kriteerit, heillä on persoonallisuuspatologiaa, heidän tilannettaan pidetään jollain lailla epävakana tai he ovat itsetuhoisia. Toisin sanoen terapiatutkimuksesta poissuljettavat potilaat ovat kuitenkin sen kaltaisia, joita reaali-maailmassa kohdataan.

Kaksi kolmesta hoitoa hakevasta potilaasta poissuljetaan tutkimuksista ennen niiden alkamista. Niistä yhdestä kolmasosasta, jotka pääsevät mukaan, noin puolen tilanne kohenee. Tämä tarkoittaa alun perin hoitoa hakeneista potilaista noin 16 prosenttia, mutta tässä on kyse vain niistä potilaista, joissa näkyy parane-misen merkkejä. Jos huomioimme sen joukon potilaista, jotka oikeasti *paranevat*, päädymme vain 11 prosenttiin alkuperäisestä apua hake-neesta joukosta. Jos huomioimme ainoastaan ne, jotka *paranevat* ja *pysyvät* parantuneina, vain 5 prosenttia alkuperäisestä joukosta täyt-tää nämä kriteerit.

Toisin sanoen tieteellinen tutkimus osoittaa,

että näyttöön perustuvat hoidot ovat tehokkaita pitkäkestoisesti vain viidelle prosentille potilaita, jotka alun perin hakevat apua. Vertauskvaliteettiä voisi ajatella jäävuoren edustavan kaikkia apua hakea ihmisiä mikä ikinä sitten heidän ongelmansa onkaan: masennus, ahdistus tai jokin muu. Veden pinnalla oleva jäävuoren huippu kuvaa niitä potilaita, joista kuulemme tutkimustuloksia lukiessamme. Kaikista lopuista – valtavasta jäävuoren osasta veden alla – emme kuule mitään. Heitä ei oteta mukaan laskuihin, he ovat näkymättömiä.

Kontrolliryhmät ovat harhaanjohtavia

Mitä tarkoitan sillä, että kontrolliryhmät ovat yleensä harhaanjohtavia? Tarkoitan sitä, että ”näyttöön perustuvia” terapioita ei lähes koskaan verrata muihin asianmukaisiin terapioihin. Kontrolliryhmä on yleensä pintasilous, jonka kognitiivis-behavioraalisen terapian eduista kiinnostuneet tutkijat ovat kehittäneet. Toisin sanoen kontrolliryhmä saa pseudohoitoa, joka on suunniteltu epäonnistumaan.

Viimeaikainen Yhdysvaltojen kansallisen mielen-terveysinstituutin (NIMH) rahoittama post-traumaattisen stressireaktion (PTSD) tutkimus tarjoaa hyvän esimerkin siitä, mitä tarkoitan harhaanjohtavalla kontrolliryhmällä (Gilboa-Schechtman ym. 2010). Tutkimuksessa keskityttiin yksittäisen traumaattisen tapahtuman aiheuttamiin oireisiin. Tutkitut potilaat olivat siis aikaisemmin terveitä henkilöitä, jotka olivat saaneet PTSD-oireita koettuaan selvästi identifi-oitavissa olevan traumaattisen asian.

Tutkimuksessa väitetään, että siinä verrataan psykodynaamista terapiaa kognitiivis-behavioraaliseen terapiamuotoon nimeltä viivästetty altistusohito (prolonged exposure). Tutkimuksen mukaan kognitiivis-behavioraalinen terapia osoittautui tehokkaammaksi kuin psykodynaaminen terapia. Tutkimusraportin yhteenvedossa lukee näin: ”Kognitiivis-behavioraalinen terapia osoittautui tehokkaammaksi kuin psykodynaaminen terapia PTSD-oireiden ja masennuksen vähentämisessä sekä toimintakyvyn parantamisessa (Gilboa-Schechtman ym. 2010, 1040).

Näin tutkimuksesta kommunikoitiin medialle, suurelle yleisölle ja päättäjille. Jos luet tarkkaan

tutkimuksen pikkuprätin ja tutkit asiaa hiukan tarkemmin, asiat alkavat näyttää toisenlaisilta.

Keitä olivat ”psykodynaamista” terapiaa tarjonneet terapeutit tutkimuksessa? Olivatko he kokeneita ja päteviä psykodynaamisia terapeuteja? Eivät. He olivat maisteritutkintoa suorittavia yliopisto-opiskelijoita. Heillä oli taustalla tasan kahden päivän psykodynaamisen terapian koulutus, jonka he olivat saaneet toiselta, kognitiivis-behavioraaliseen terapiasuuntaukseen sitoutuneelta tutkimuslaboratoriossa työskentelevältä opiskelijalta. Kognitiivis-behavioraalista hoitoa antaneet ”terapeutit” olivat sen sijaan harjoitelleet viiden päivän ajan maailmankuulun kliinikon ja tutkijan Edna Foan johdolla. Terapiamuodoilla ei voi sanoa olleen tasa-arvoisia mahdollisuuksia onnistua.

Tähän asti kerrottu on kuitenkin tutkimuksen vähäisimpiä ongelmia. Niin kutsutuilta psykodynaamisilta terapeuteilta *kiellettiin tämän lisäksi keskustelemasta traumasta, joka oli tuonut asiakkaan terapiaan*. Kuvittele, että haet hoitoa PTSD-oireisiin, koska olet kokenut traumaattisen tapahtuman, eikä terapeutillasi ole lupaa keskustella kanssasi siitä. Kun asiakkaat toivat traumamateriaalia esiin, terapeutteja oli neuvottu vaihtamaan puheenaihetta.

Jos joku harjoittaisi terapiaa tällä tavoin tosielämässä, häntä syytettäisiin epäammattillisesta toiminnasta. Tutkimusmaailmassa tätä pidetään sopivana kontrolliryhmänä, jonka perusteella kognitiivis-behavioraalisen terapian voi väittää olevan tehokkaampaa kuin psykodynaamisen terapian.

”Näyttöön perustuvan” terapian paremmuus on myytti

Jos ajattelet, että yllä esitelty PTSD-tutkimus on poikkeus – ikään kuin rusinan poiminen pullasta – asian ytimen selventämiseksi, näin ei ole. Psykoterapiatutkimuskirjallisuudesta on tehty kattava katsaus, joka osoittaa samaan suuntaan (Wampold ym. 2011). Siinä keskityttiin masennuksen ja ahdistuksen hoitoa selvittäneisiin satunnaistettuihin kontrollikoetutkimuksiin. Tutkijat ottivat tarkastelun kohteeksi tutkimukset, joissa väitettiin verrattavan ”näyttöön perustuvaa” terapiaa vaihtoehtoiseen terapiamuotoon.

Tutkimuksessa lähtökohtana oli 2 500 tiivistelmää aikaisemmista tutkimuksista. Tarkemmin katsoen kuitenkin näistä vain 149 vaikutti olevan sellaisia, joissa todella verrattiin ”näyttöön perustuvaa” terapiaa toiseen asianmukaiseen terapiamuotoon. Näistä vain neljässätoista tutkimuksessa verrattiin ”näyttöön perustuvaa” terapiaa sellaiseen kontrolliryhmään, jonka saama hoito muistutti oikeaa psykoterapiaa.

Monissa tutkimuksissa väitetään, että kontrolliryhmä sai ”tavanomaista hoitoa”. Kuitenkin ”tavanomainen hoito” osoittautui ”valtaosin sellaiseksi hoidoksi, joka ei sisälttänyt psykoterapiaa” (Wampold ym. 2011, 1310, korostus kirjoittajan lisäämä). En tulkitse tai kerro omin sanoin. Yllä oleva on suora siteeraus artikkelista. Toisin sanoen niin sanottuja näyttöön perustuvia psykoterapioita ei ole verrattu toisiin psykoterapiamuotoihin, vaan tilanteeseen, jossa ei tehty mitään psykoterapeuttista asiakkaan eteen.

Vaihtoehtoisesti on käytetty harhaanjohtavia kontrolliryhmiä, joissa terapeuttien kädet ovat olleet sidotut – niin kuin yllä kuvatussa PTSD-tutkimuksessa.

Wampoldin ym. (2011) kirjallisuuskatsaus julkaistiin konservatiivisessa teoreettisesti orientoituneessa tieteellisessä aikakauslehdessä, jossa kirjoittajien täytyy ilmaista johtopäätöksensä huolellisella akateemisella kielellä. Heidän johtopäätöksensä oli: ”Tällä hetkellä näyttää siltä, että ei ole riittävää todistetta sen puolesta, että näyttöön perustuva terapia parantaisi palvelun laatua silloin, kun käytössä oleva hoito jo sisältää psykoterapiaa” (Wampold ym. 2011, 1311).

Selkeämmin sanottuna: tieteellisen kirjallisuuden mukaan ”näyttöön perustuvat” psykoterapiat eivät ole osoittautuneet tehokkaammiksi kuin mitkä muut tahansa asianmukaiset psykoterapiat. Tämä ei ole vain yksittäisen kirjoittajan mielipide, vaan Yhdysvaltojen psykologiyhdistyksen virallisesti päättämä ja tieteellisesti perusteleva linjaus (American Psychological Association, 2013).

Kaikkea tutkimusdataa ei julkaista

”Julkaisuharha” on hyvin tunnettu ilmiö tieteellisessä tutkimuksessa. Käsitteellä viitataan

siihen tosiasiaan, että positiiviset tutkijoiden toivomat tulokset tyypillisesti julkaistaan. Tutkimukset, joissa ei ilmene odotettua yhteyttä, jäävät sen sijaan helposti julkaisematta.

Tästä syystä julkaistusta tutkimuskirjallisuudesta saattaa löytyä väritetty tai vinoutunut kuva todellisista tutkimuslöydöksistä. Voisi puhua ”pöytälaatikkoefektistä”: kuinka monta negatiivista tutkimustulosta mahtaa olla piilossa tutkijoiden pöytälaatikoissa jokaista positiivista tutkimustulosta kohden? Kuinka voisi osoittaa sen, että tutkijoiden pöytälaatikoista todella löytyy roppakaupalla negatiivisia tuloksia? Tähän itse asiassa on keino. Tilastollisen menetelmän avulla voidaan arvioida, kuinka monta julkaisematonta negatiivisen tuloksen saanutta tutkimusta on piilossa julkisuudelta.

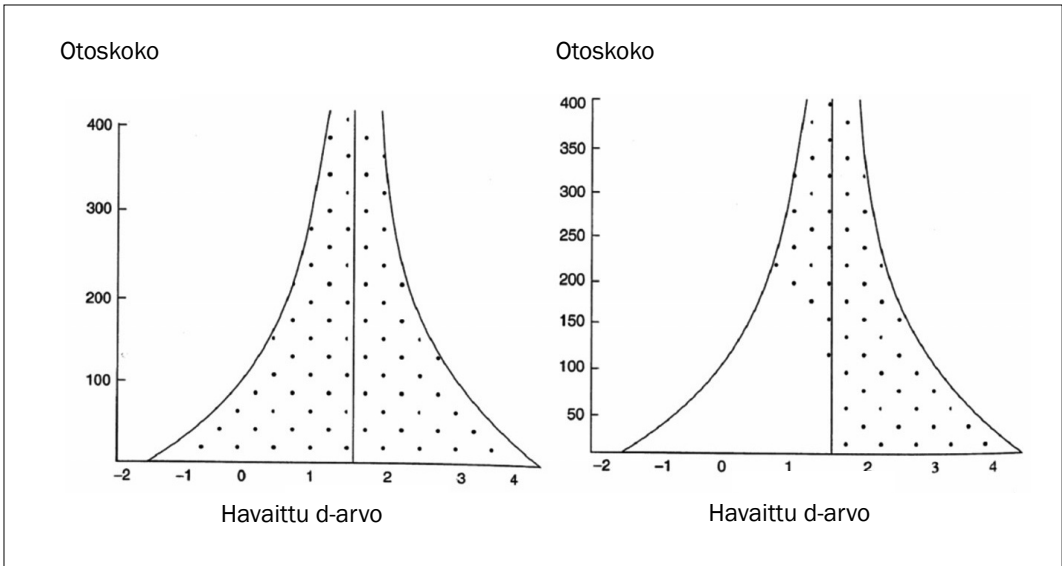
Masennuksen kognitiivis-behavioraalisen hoidon osalta eräs tutkimusryhmä on tarttunut tähän kysymykseen (Cuijpers ym. 2010). Heidän mukaansa tieteellisistä julkaisuista löytyvät kognitiivis-behavioraalisen terapian edut ovat julkaisuharhan takia 75-prosenttisesti liioiteltuja. Toisin sanoen potilaan todennäköisesti kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta saama hyöty on vain neljänneksen siitä, mitä tutkimuskirjallisuus antaa olettaa.

Miten tällaisen voi saada selville? Mistä voi tietää, mitä pöytälaatikoissa on piilossa? Tämän saa selville tutkimalla niin sanottua suppilokuvaiota. Kuulostaa monimutkaiselta, mutta itse asiassa kyseessä on varsin yksinkertainen idea. Oletetaan, että olet tekemässä kyselytutkimusta aiheesta ”Ovatko ihmiset eri vai samaa mieltä tietystä toimintatavasta?” ja sinulla on kolmesta henkilöstä koostuva pieni otos. Tulokset voivat olla minkälaisia tahansa. Riippuen siitä, keitä olet onnistunut saamaan otokseen, 100 prosenttia tutkittavista saattaa suhtautua myönteisesti kysymääsi asiaan tai 100 prosenttia saattaa suhtautua kielteisesti. Pienen otoskoon kanssa tulokset hajaantuvat milloin mihinkin suuntaan alueelle. Kun otoskokoa kasvatetaan, tulokset vakiintuvat samansuuntaisiksi.

Jos tuloksista piirretään kuvio – tässä tapauksessa otoskoon ja hoidosta saadun hyödyn yhteyttä kuvaava – saadaan suppilon näköinen kuvio (kuvio 1 vasemmalla). Pienemmän

otoskoon tutkimuksissa tutkimustuloksissa on enemmän hajontaa, kun taas suuremman otoskoon tutkimuksissa tutkimustulokset samankaltaistuvat. Tältä tilanteen pitäisi näyttää, jos kaikki tutkimustulokset julkaistaan.

Todellisuudessa julkaistuista tutkimustuloksista saadaan oikealla olevan kuvion kaltainen tulos. Alavasemmalla olevat datapisteet puuttuvat tästä kuviosta.



Kuvio 1. Efektikoon d -arvo otoskoon funktiona odotetussa ja julkaisuharhaa sisältävässä tutkimuskirjallisuudessa.⁴



Kuvio 2. Näyttöön perustuva lääketiede (NPL) Sackettin ym:den (1996) mukaan.

Mitä näyttöön perustuvuuden pitäisi tarkoittaa?

Kerroin aikaisemmin, että näyttöön perustuvuuden käsite on peräisin lääketieteestä. Näyttöön perustuva lääketiede (evidence-based medicine, EBM) edustaa kolmen näkökulman yhtymistä: oleellisten tieteellisten tutkimustulosten, potilaiden arvojen ja valintojen sekä asiantuntijan kokemuksen ja kliinisen päätöksenteon (Sackett 1996, 71–72).

Mitä tälle mallille on tapahtunut psykoterapian kentällä? Oleelliset tieteelliset tutkimustulokset eivät enää ole merkityksellisiä, koska niin sanottujen ”näyttöön perustuvien” terapioiden kannattajat jättävät huomiotta näytön toisenlaisten terapiamuotojen toimivuudesta. Vuonna 2010 kirjoitin *American Psychologist* -lehteen artikkelin otsikolla ”Psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisuus” (Shedler 2010). Artikkelissa osoitin, että psykodynaamisen terapian edut ovat ainakin yhtä suuret kuin niin kutsutun ”näyttöön perustuvan” terapian – ja ennen kaikkea psykodynaamisen terapian hoitotulokset ovat pitkäkestoisia. ”Näyttöön perustuvan” terapian kannattajat tyypillisesti jättävät huomioimatta nämä tutkimustulokset.

Potilaiden arvoilla ja valinnoilla ei myöskään ole merkitystä silloin, kun heitä ei informoida hoitovaihtoehtoista ja heille ei tarjota merkityksellisiä valinnanvaihtoehtoja. Potilaille saatetaan tarjota ainoastaan lyhyitä käsikirjaa noudattavia hoitomuotoja ja kertoa heille, että kyseessä on hoitosuosituksen mukainen linjaus. Asiantuntijan kliinisellä päätöksenteolla ei ole enää merkitystä, kun asiantuntijoiden oletetaan seuraavan käsikirjoja ennemmin kuin harjoittavan merkityksellistä kliinistä harkintaa. Asiantuntijoita houkuteltaan toimimaan kuten teknikot, ei niin kuin kliinikot.

Voisi väittää, että näyttöön perustuvuus, siinä merkityksessä kuin sitä nykyisin käytetään psykoterapiakentällä, vääristää jokaista peruseriaatetta, jonka varassa näyttöön perustuva lääketiede seisoo.

Johtopäätökset

Kuka on tämä Jonathan Shedler -niminen henkilö? Miksi minun pitäisi uskoa häntä? Kaikki se

mitä olen lukenut arvostetuista tieteellisistä lähteistä vaikuttaa olevan ristiriidassa sen kanssa, mitä hän sanoo.

Miksi sinun tulisi uskoa minua? Sinun ei itse asiassa tule uskoa minua. Sinun ei tule omaksumi mitään minun esittämääni tai kenenkään muunkaan esittämää. Jätän harkittavaksi kolme helppoa kehotusta, jotka saattavat auttaa erottamaan todenmukaisuuden liioittelusta. Kun jostakin hoitomuodosta väitetään olevan hyötyä, mietipä näitä kolmea yksinkertaista askelmaa:

Askelma 1: ”Näytä minulle tutkimustulos”: lähdemerkintä, sitaatti tai pdf-tiedosto. Anna tutkimus käteeni. Joskus sitä ei ole olemassa.

Askelma 2: jos tutkimustulos löytyy, lue se – pikkuteksteineen.

Askelma 3: vedä omat johtopäätöksesi. Kysy itseltäsi: antavatko tutkimuksen metodit ja löydökset aihetta niille johtopäätöksille, joita niihin vedoten olet kuullut?

Jos seuraat näitä askelmia, saatat tehdä yllättäviä havaintoja.

Viitteet

1. Suom. huom. McCarthyn kaudella amerikkalaisessa politiikassa vain tietyt, ylhäältä käsin sanellut käsitykset suhteessa valtaideologian vastaiseen kommunismiin olivat sallittuja.
2. Suom. huom. Ei-sattumanvarainen löydös tarkoittaa sitä, että tutkimusta toistettaessa vastaava tutkimustulos todennäköisesti saataisiin uudestaan. Saman tutkimustuloksen toistuminen ei kuitenkaan automaattisesti tee siitä merkityksellistä todellisessa elämässä.
3. Suom. huom. Beckin depressioasteikolla (BDI = Beck Depression Inventory) pisteitä voi saada asteikolla 0–63. Pistemäärät 10:stä ylöspäin indikoivat vähintään lievää masennusta.
4. Suom. huom. Tilastotieteessä ryhmien välisen efektin kokoa voidaan mitata Cohenin d-arvolla, joka lasketaan ryhmäkeskiarvojen erotuksena jaettuna yhdistetyllä keskihajonnalla. Mitta-asteikko on sama kuin normaalijakaumassa. Kuvioissa efektikoon keskiarvo ei ole normitetun normaalijakauman tapaan nollan kohdalla, koska terapialla on yleensä jonkinlais-

ta positiivista vaikutusta. Kuviot ovat kuitenkin yksinkertaistettuja esityksiä eivätkä lukuarvojen osalta täsmällisiä. Cuijpers ym. (2010) artikkelin mukaan psykoterapian keskimääräinen efektikoko on 0.67, ja jos julkaisuharha otetaan huomioon, se on 0.42. Alle 0.2:n efektikokoa pidetään pieneenä, 0.50:n efektikokoa keskimääräisenä ja yli 0.80:n efektikokoa suurena. 0.50:n efektikokolla koeryhmä poikkeaa keskimäärin puolen keskihajonnan verran kontrolliryhmästä.

Alkuperäinen julkaisu: Where is the Evidence for "Evidence-Based" Therapy? The Journal of Psychological Therapies in Primary Care, Vol 4, May 2015: pp. 47–59. © Jonathan Shedler 2015. www.jonathanshedler.com

Suomentanut Kristiina Lindfors.

Kirjallisuus

American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102–109.

Baker, Timothy, McFall, Richard, Shoham, Varda (2009). Is your therapist a little behind the times? *The Washington Post*, 15 November 2009.

Begley, Sharon (2009). Ignoring the evidence: why do psychologists reject science? *Newsweek*, 154(15), 30.

Cuijpers, Pim, Smit, Filip, Bohlmeijer, Ernst, Hollon, Steven D., Andersson, Gerhard (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173–178. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001.

Driessen, Ellen, Van, Henricus L., Don, Frank J., Peen, Jaap, Kool, Simone, Westra, Dieuwertje, Hendriksen, Mariëlle, Schoevers, Robert A., Cuijpers, Pim, Twisk, Jos W. R., Dekker, Jack J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041–1050.

Elkin, Irene (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. Teoksessa Bergin, Allen E. & Garfield, Sol L. (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed., 114–139. New York: Wiley.

Elkin, Irene, Shea, M. Tracie, Watkins, John T., Imber, Stanley D., Sotsky, Stuart M., Collins, Joseph F., Glass, David R., Pilkonis, Paul A., Leber, William R., Docherty, John P., Fiester, Susan J., Parloff, Morris B. (1989). Na-

tional Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–982. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110013002.

Gilboa-Schechtman, Eva, Foa, Edna B., Shafraan, Nanna, Aderka, Idan M., Powers, Mark B., Rachamim, Liliach, Rosenbach, Lea, Yadin, Elna, Apter, Alan (2010). Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034–1042.

Hollon, Steven D., Thase, Michael E., Markowitz, John C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39–77.

Mischel, Walter (2008). Editorial: Connecting clinical practice to scientific progress. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), i–ii.

Sackett, David L., Rosenber, William M. C., Gray, J. A. Muir, Haynes, R. Brian, Richardson, W. Scott (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71–72.

Shedler, Jonathan (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. doi: 10.1037/a0018378.

Wampold, Bruce E., Budge, Stephanie L., Laska, Kevin M., Del Re, A. C., Baardseth, Timothy P., Flückiger, Christoph, Minami, Takuya, Kivlighan II, D. Martin, Gunn, Wade (2011). Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: a meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 31, 1304–1312.

Westen, Drew, Novotny, Catherine M., Thompson-Brenner, Heather (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.631.