

Eila Sailas, Mikko Heimola ja Jan-Henry Stenberg

Psykoterapian haitat – ei vain ruusutarhaa

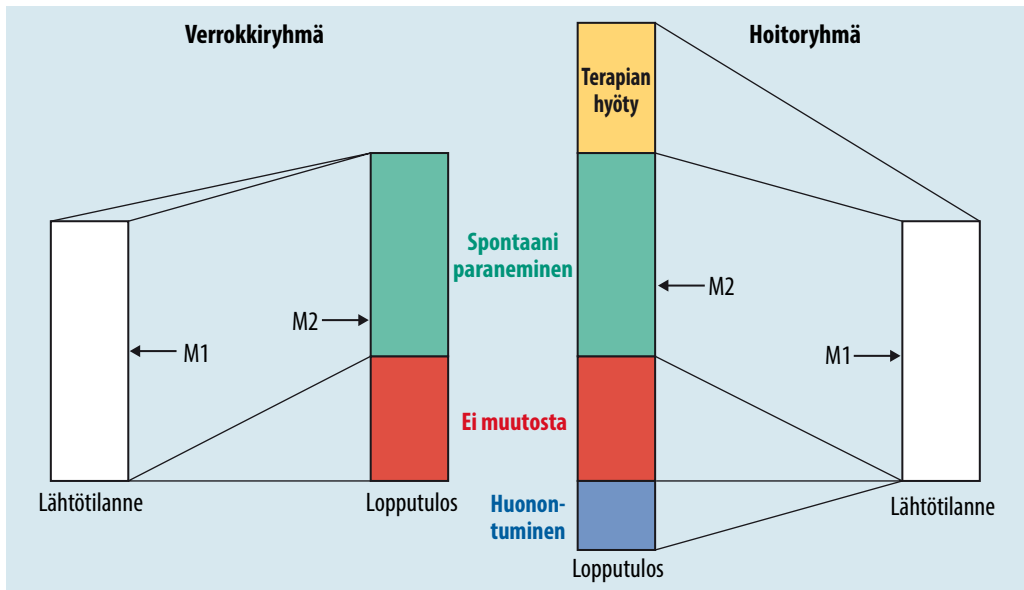
Psykoterapia on tutkitusti hyödyllinen ja riittämättömästi käytetty hoito useissa psykiatrisissa sairauksissa. Sitä tulee arvioida samoin kuin kaikkia muitakin hoitoja ja ymmärtää myös hoidon rajoitteet sekä hoidon aiheuttamat mahdolliset haittatapahtumat. Tietämättömyys psykoterapiatutkimuksen tuloksista voi johtaa psykoterapian idealisointiin hoitomuotona. Psykoterapiaan, kuten kaikkiin tehokkaisiin hoitoihin, liittyy myös haittavaikutuksia, joiden laatu vaihtelee vähäisistä vakaviin. Haittavaikutuksia ei tunnetta, ja niiden luokitteluun ja arviointiin ei ole vielä olemassa kansainvälisesti hyväksyttyä toimintamallia. Hoitojen tuloksellisuuden seuranta vain kliinisesti ja laadullisesti arvioiden ei ole asianmukaista. Psykoterapioiden seurantaan on nyt avautunut psykoterapian laaturekisteri, johon jatkossa tulee saada potilas- ja terapeuttikohtainen tieto kaikista yhteiskunnan tukemista psykoterapiamuodoista.

Vaikka psykoterapiaa saavien määrät ovat kasvaneet vuosi vuodelta, on mielen-terveyden häiriöiden hoidoksi tarjolla voittopuolisesti lääkettä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vuodesta 1998 vuoteen 2007 yli puolet psykiatrisen avohoidon potilaista sai pelkkää lääkettä (1). Vaikka kaikista yleisesti käytetyistä psykoterapiamuodoista ei ole olemassa kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia, on sekä lyhyiden että pitkien psykoterapioiden vaikuttavuudesta eri mielen-terveyden häiriöiden hoidossa näyttöä; edelleen erot psykoterapiamuotojen välillä ovat yleisesti tarkastellen suhteellisen vähäisiä, mutta eri häiriöiden hoitoon voi eri menetelmillä olla tehoeroja (2). Psykoterapia on osoitettu useissa psykiatrisissa häiriöissä lääkkeiden veroiseksi hoitomuodoksi (3). Lisäksi lääke- ja terapioiden yhdistäminen on yleensä tuloksellisempaa kuin jompikumpi yksin (4). Kiistely aivottoman ja mielettömän psykiatrian välillä on häviämässä, kun sekä psykoterapian että lääkehoidon osin samanlaisia ja osin eroavia vaikutuksia aivoihin on voitu kuvantaa (5). Toisaalta kaikki eivät hyödy psykoterapiasta (6), ja psykoterapialla voi olla myös haittavaikutuksia, jotka tulee hoitomuotoja valittaessa ja hoidon tehoa seuratesa huomioida.

Psykoterapioiden tuloksellisuus

Psykoterapia on tavoitteellista, mielen-terveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Psykoterapioilta edellytetään myös psykologiseen ja psykiatriseen tutkimukseen perustuvaa tietopohjaa ja teorianmuodostusta, jotka auttavat ymmärtämään ihmisen normaalia kehitystä ja psyykkisten häiriöiden eri muotoja (7). Psykoterapia on osa psykiatrian hoitovalikkona siinä missä muutkin hoidot. Siten psykoterapiatutkimuksen erityispiirteistä huolimatta (8) tulee psykoterapiaa arvioida sairauksien hoidon kontekstissa, tieteellisten tutkimusten perspektiivissä ja kliinisessä arjessa samoilla kriteereillä kuin muitakin vastaavien häiriöiden hoidossa käytettyjä hoitoja. Terapiakentälle on ajoin syntynyt myös hoitomalleja, jotka on todettu potilaille vain haitallisiksi (9). Kultakin tiettyyn häiriöön käytettävältä hoidolta tulisi edellyttää tutkimusperusteinen näyttö.

Jo vuonna 1966 Allen Bergin kuvasi, että osa psykoterapian tehosta liittyy spontaaniparanemiseen ja osalla potilaista oireilu vaikeutuu psykoterapian aikana (KUVA 1) (10). Terapian näennäisen hyödyn on kuvattu liittyvän kolmeen erityyppiseen havaitsemiserheeseen.



KUVA 1. Psykoterapiahoitojen tehon arvioiminen hoito- ja verrokkiryhmän välillä (10). M1 = lähtötilanteen testimuuttujien keskiarvo, M2 = lopputilanteen testimuuttujien keskiarvo. Berginin kuvaaja ei huomioi spontaania huonontumista, jota voi tapahtua verrokkiryhmässäkin.

Ensimmäisiä ovat tilanteet, joissa terapian tulkitaan auttaneen, vaikka muutosta parempaan ei ole tapahtunut (esimerkiksi muistinvarainen arvio hoitoa edeltäneistä oireista on liioiteltu, tai potilas sietää oireitaan paremmin, vaikka niissä ei ole tapahtunut muutosta). Toisekseen terapian hyötynä saatetaan pitää seikkoja, jotka tosiasiaa liittyvät terapian ulkopuolisiin seikkoihin (kuten spontaaniparanemiseen tai joidenkin psykiatristen sairauksien sykliseen luonteeseen). Kolmanneksi hyöty saatetaan erheellisesti liittää epäspesifisiin vaikutuksiin, joita ovat esimerkiksi terapian tulkinta väistämättä hyödylliseksi, koska siihen on käytetty runsaasti aikaa, rahaa ja ponnistelua (11). Hoitotutkimuksille tyypillisesti psykoterapiatutkimuksen lisääntyessä arviot terapioiden tehosta pienenevät, mikä ei sinällään vähennä terapioiden arvoa hoitovalikossa mutta tulee huomioida hoitoja potilaalle suositellessa (12). Psykoterapiatutkimuksen tuloksiin vaikuttavat ongelmat ovat hyvinkin tuttuja lääketutkimuksista (13,14). Samoin terapian hyödyn mittaaminen terapeutin itsearviointiin perustuvalla kliinisellä silmällä on vaarallista: Walfishin ja kumppaneiden (9) tutkimuksessa psykoterapi-

peutit arvioivat itse, että noin 85 %:lla potilaisista oireet lievittyvät tai potilaat paranevat, mikä on selvästi tutkimuksia ja kliinistä seuranta suurempi luku. Edelleen, kun terapeutit vertasivat itseään muihin terapeuteihin, noin 90 % arvioi kuuluvansa tuloksiltaan parhaimpaan neljännekseen eikä kukaan pitänyt itseään keskiarvoa heikompana.

Psykoterapian haittavaikutukset

Vaikka psykoterapia on yleisesti ottaen hyödyllistä, liittyy siihen yksilötasolla myös haittavaikutuksia ja ei-toivottuja tapahtumia (15,16). Mikään hoito ei voi olla samaan aikaan pelkätään hyödyllinen ja täysin haitaton (17). Psykoterapiatutkimus huomioi psykofarmakologista tutkimusta harvemmin hoidon haittavaikutuksia, mitä on selitetty muun muassa psykoterapian hyötyjen todistamiseen keskittymisellä (18) ja kliinikkojen tietämättömyydellä psykoterapian mahdollisista haitoista tai vaikeudella uskoa, että niitä ylipäättään voisi esiintyä (19). Ruotsalainen katsausartikkeli keräsi vuodelta 2010 kaikki englanninkieliset psykologisia interventioita käsittelevät satunnaistetut kliini-

set tutkimukset, ja niistä vain viidenneksessä seurattiin mahdollisia potilashaittoja (20). On myös ajateltu, että epämiellyttävät tuntemukset psykoterapian aikana ovat välttämättömiä hyötyjen saavuttamiseksi, esimerkiksi altistusharjoituksissa (21). Kahdeksankymmenenviiden pakko-oireista häiriötä (OCD) sairastavan potilaan tutkimuksessa psykoterapian toivottujen vaikutusten todettiin kuitenkin olevan käänteisessä yhteydessä kielteisiin haittavaikutuksiin, ja noin 40 % altistusharjoituksia tehneistä kertoi niiden tuottaneen uusia oireita (22). Tutkimus oli anonymi verkkovälitteinen kyselyaineisto. On kuitenkin pohdittava, voitaisiinko samoihin tai jopa parempiin tuloksiin päästä, jos erilaiset psykoterapian toimet ja tekniikat suunnitellaan ja toteutetaan niin, etteivät ne tuottaisi epätoivottuja haittavaikutuksia ja näin heikentäisi terapian tehoon yhteydessä olevaan allianssia.

Crawfordin ym. (23) Britanniassa tehdyssä psykologisia hoitoja saaneen 14 587 potilaan kyselytutkimuksessa 5,2 % kertoi saaneensa hoidostaan pitkäaikaisia haittoja. Informaation puute hoidon luonteesta tai tavoitteista lisäsi haittojen esiintyvyyttä, samoin kuuluminen etnisiin tai seksuaalisiin vähemmistöihin. Haittavaikutusten raportoinnissa esiintyy vaihtelua myös potilasryhmittäin: saksalaistutkimuksissa esimerkiksi sairaalapotilaat kokivat enemmän haittoja kuin avohoitopotilaat (24,25). Eri tutkimuksissa noin 3–15 % psykoterapiahoidossa olevista saa haittavaikutuksia (15). Näiden tunnistaminen kliinisessä arjessa on riittämätöntä. Tämä voi johtua muun muassa psykoterapian erityisluonteesta, jossa hoitoa antava terapeutti ja sitä saava potilas arvioivat pitkälti keskenään hoidon vaikutuksia. Edelleen psykoterapian haittavaikutukset voivat olla esimerkiksi lääkehaittavaikutuksia vaikeammin havaittavia tai laajempia ja näyttäytyä myös sosiaalisten suhteiden alueella. Haittavaikutusten, riittämättömän hoitovasteen ja psykoterapeutin virheellisen toiminnan erottelu voi olla vaikeaa, ja edelleen voi olla epäselvää, mikä ylipäättään on haitallista. Haittavaikutusten arviointiin ja raportointiin ei ole yhteisesti hyväksytyjä mittareita, malleja eikä käytänteitä (26). Psykologisten hoitojen erityispiirre verrattuna esimerkiksi

TAULUKKO. Haitalliset tapahtumat psykoterapiassa (21).

Ei-toivottu tapahtuma	Kaikki negatiiviset tapahtumat terapian aikana tai heti sen jälkeen
Terapialähtöiset ei-toivotut tapahtumat	Ei-toivotut tapahtumat, jotka liittyvät terapiaan
Haitta-tapahtumat	Ei-toivotut tapahtumat, jotka mahdollisesti liittyvät asianmukaiseen hoitoon
Hoitovirhe-reaktiot	Ei-toivotut tapahtumat, jotka mahdollisesti liittyvät väärään tai väärin tai puutteellisesti annettuun hoitoon
Hoitovasteen puuttuminen	Hoidon vasteen puute on ei-toivottu tapahtuma ja voi olla haittatahtuma tai hoitovirhereaktio mutta ei välttämättä ole sitä
Sairauden vaikeutuminen	Voi olla haittatahtuma tai hoitovirhereaktio, mutta ei välttämättä ole sitä

psykofarmakologisiin hoitoihin onkin niiden tehon yhteys psykoterapeutin taitoon, ja tässä psykologiset hoidot kuten psykoterapiat muistuttavat enemmän kirurgiaa tai toimenpiteitä kuin muuta lääketiedettä (17).

Haitalliset tapahtumat psykoterapiassa

Haitalliset tapahtumat psykoterapiassa voidaan erotella esimerkiksi ei-toivottuihin tapahtumiin, hoitovirheisiin liittyviin tapahtumiin, hoidon tehottomuuteen ja sairauden vaikeutumiseen (21) (**TAULUKKO**). Haitat voivat vaihdella hyvin vakavista (esimerkiksi itsemurha), vakaviin (esimerkiksi sairauspoissaolo), keskivaikeisiin (esimerkiksi poikkeuksellinen ja hankala riita puolison kanssa) ja vähäisiin (esimerkiksi lisääntynyt itkuisuus terapiassa). Haittavaikutuksia voivat olla myös uusien oireiden ilmeneminen, aikaisempien oireiden paheneminen, hoidon etenemättömyys tai pitkittyminen, hoitoon sitoutumattomuus, vaikeudet potilas-terapeutti-suhteessa, terapiariippuvuus, vaikeudet perhe- tai työelämässä, tai jotkin muut haitalliset elämäntapahtumat (26). Psykoterapeuttien ilmeiset väärinkäytökset (kuten potilaiden kanssa suhteisiin ryhtymiset) ovat harvinaisia, mutta arviointia vaikeuttaa se, että niistä ei läheskään aina saada julkista tietoa.

Haittavaikutusten taustalla olevia asioita voidaan jaotella potilaan ja terapeutin väliseen va-

hingoittavaan vuorovaikutukseen, terapeuttiin liittyviin seikkoihin (esimerkiksi riittämätön koulutus, virheet), potilaaseen liittyviin seikkoihin, jotka altistavat iatrogeenisille haitoille (esimerkiksi taipumus riippuvaisiin ihmissuhteisiin), potilaan ja terapeutin yhteensopimattomuuteen (esimerkiksi terapeutin vaikeus työskennellä tiettyjen potilasryhmien kanssa), tiettyihin psykoterapiamuotoihin liittyviin riskeihin ja terapiaa tuottavaan organisaatioon liittyviin ongelmiin (17). Laadukkaassa psykoterapiassa hoidolta edellytetään tutkimukseen ja teoriaan perustuvaa tietopohjaa (7). Toimimattomassa terapiassa terapeutin indusoimista teorioista voi tulla uusi potentiaalisesti haitallinen uskomusjärjestelmä tai jopa potilaan uusi identiteetti tai leima (27).

Potilaan, terapeutin ja yhteiskunnan näkökulmasta eri asiat voivat olla haittavaikutuksia (28). Potilaan oma kokemus terapiasta voi olla hyvin negatiivinen (esimerkiksi epärealististen odotusten vuoksi), vaikka terapeutin ja ulkopuolisen seurannan silmissä edistymistä tapahtuisi (17,18). Potilaan näkökulmasta epämiellyttävien tunnereaktioiden herättäminen terapiatyöskentelyn aikana voi olla haittavaikutus, vaikka terapeutin mielestä sellainen olisi välttämätöntä muutoksen aikaansaamiseksi pidemmällä aikavälillä (21). Terapeutin näkökulmasta taas terapian ennenaikainen päättäminen esimerkiksi näiden epämiellyttävien tunteiden vuoksi voi olla haittavaikutus – etenkin, jos potilas on sen jälkeen haluton hakeutumaan uudestaan hoitoon (29). Yhteiskunnan ja läheisten näkökulmasta haittavaikutuksia voivat olla riippuvuussuhteen kehittyminen terapeuttiin, tai rajoittavaan ”sairaana rooliin” asettuminen, mutta potilas tai hänen terapeuttinsa eivät välttämättä koe asiaa näin (16,30). Toisaalta muut voivat kokea myös terapeutin ja potilaan näkökulmasta tuloksellisen hoidon lopputuloksen haitallisena, jos aiemmin ujo ja vetäytyvä potilas on terapiassa muuttunut vaativammaksi ja omaehtoisemmaksi (21,28).

Psykoterapian aikana tapahtuneista itsemurhista on niukasti tietoa. Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa vain 1,1 % potilaista oli ollut itsemurhaa edeltäneiden kolmen kuukauden aikana koulutetun psykoterapeutin vähintään

kerran viikossa antamassa yksilöpsykoterapiassa. Psykologisessa ruumiinavauksessa näissä tilanteissa ongelmista keskeisimmiltä vaikuttivat psykoterapiapotilaiden vaikeus tai haluttomuus kommunikoida välittömistä itsemurhasuunnitelmistaan, puutteet lääkehoidon toteutumisessa sekä psykoterapeuttien ja muiden tahojen yhteistyön ongelmat hoidon koordinoinnissa (31).

Psykoterapiasta puuttuu romantiikka, mutta harvoin sitä on muissakaan hoidoissa

Vaikka psykoterapiassa ei Joanne Greenbergin vuonna 1964 julkaistun omasta psykoterapiastaan kertovan kuuluisan kirjan ”I never promised you a rose garden” nimen mukaan luvatakaan ruusutarhaa, liittyä terapioihin edelleen sekä potilaiden että ammattilaisten ajatuksissa ylimitoitettuja odotuksia ja romantisoitua mystiikkaa. Vuosien takaisessa elokuvassa Noiduttu (Spellbound, 1945) Gregory Peckin esittämä muistinsa menettänyt sankari näkee Salvador Dalin kuvittamaa psykoanalyysin keinoin avautuvaa unta, ja murhaaja paljastuu. Samaa toivetta, modernimmin sanoitettuna, kuulee edelleen. Psykoterapiassa käyminen edellyttää potilaalta omaa psyykkistä työtä, ja joka tapauksessa se vie aikaa, ja usein myös aiheuttaa kuluja. Tietämättömyys psykoterapian käytännöistä ja liialliset toiveet sen vaikutuksista voivat vääristää arvioita siitä, milloin ja minkälaiseen psykoterapiaan potilas kannattaa ohjata. Jos psykoterapiassa käyminen on potilaalle niin energiaa kuluttavaa, että hän tarvitsee siellä käydäkseen sairauspäivärahaa, ei psykoterapia liene asianmukainen hoitomuoto. Suomessa Kelan lääkinnällisenä kuntoutuksena tukemat psykoterapiat ovat tavallinen tapa käydä pidemmässä terapiassa. Tämänkin terapian pituus on rajattu kolmeen vuoteen. Siksi on tähdellistä, että terapia aloitetaan oikea-aikaisesti ja sen rajallisuus on huomioitu. Kliininen kokemuksemme julkisen sektorin tehtävistä on osoittanut, että hoitojärjestelmästä löytyy runsaasti potilaita, joiden kohdalla kolmen vuoden terapiajakso on ollut riittämätön mutta jatkohoidon toteutumista ei ole suunniteltu. Pahimmillaan potilas jää (siinä

onnistumatta) anomaan yhteiskunnalta lisärahoitusta hoidolle uskoen, että hoidon jatkaminen on tervehtymisen ainoa mahdollisuus. Tällaisessa tilanteessa on kyse taidottomasta hoidosta, jossa terapeutti ei ole nähnyt potilaan parasta. Sanomattakin on selvää, että on myös tilanteita, joissa henkilöt tarvitsevat oireidensa takia monivuotista psykiatrista tukea ja käyntejä, mutta tällöin tilannetta tulee arvioida huolellisesti ulkopuolisten kontrollikäyntien ja säännöllisten hoitosuunnitelmien kautta.

Psykoterapian, kuten muidenkin lääketieteellisten hoitojen, aloittaminen edellyttää potilaan tietoista harkintaa ja suostumusta; ilman tätä pitkäkestoisen hoidon aloittaminen on epäeettistä (32). Kun psykiatrisista hoidoista kerrotaan yleisölle ja potilaille, lääkehoitojen hyödyistä ja haittavaikutuksista yleensä aina mainitaan. Psykoterapioiden suhteen näin ei ole, vaan haitat esitetään tyyppillisesti epärealistisen positiivisessa sävyssä (33). Itselleen sopivaa hoitomuotoa valitessaan potilaan tulee olla kuitenkin tietoinen myös psykoterapian mahdollisista haitoista ja sillä todennäköisesti ja realistisesti saavutettavissa olevista hoitutuloksista.

Psykoterapioihin tarvitaan seurantaa

Psykoterapian ollessa todennetusti vaikuttava hoito- ja kuntoutusinterventio erityisesti moiniin lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin, tulisi sitä tarjota nykyistä useammalle ja ennen kaikkea nykyistä aikaisemmin. Psykoterapioiden laatua kehitetään samoin kuin terveydenhuollonkin laatua: kohentamalla sekä hoidon rakenteeseen liittyviä asioita (esimerkiksi henkilöstön koulutus, organisaation rakenne) että itse hoitojen prosessia (33). Hoitojen vaikuttavuuden seuraaminen on tulevaisuudessa yksi keskeisistä seurattavista laatu-mittareista (34). Riittävä, hyvin koulutettujen ammattilaisten antama, strukturoitu ja tuloksiltaan seurattava psykoterapiatarjonta on osa hyvää psykiatrista terveydenhuoltoa.

Hoitojen tuloksellisuuden ja haittojen tunnistamisessa järjestelmällinen arviointi on todettu toistetuksi kliinistä arviointia tarkemmak-

Ydinasiat

- ▶ Psykoterapia on tutkimuksissa osoitettu hyödylliseksi hoitomuodoksi, mutta kaikki psykoterapiat eivät ole kaikille hyödyllisiä.
- ▶ Psykoterapiaan liittyy myös haittavaikutuksia, joita ei riittävästi tunnisteta.
- ▶ Psykoterapioiden hyötyjen ja haittojen seuraamiseksi tarvitaan kansallinen kattava psykoterapioiden laaturekisteri.

si. Se huomioi sekä positiiviset että negatiiviset muutokset ja antaa tietoa hoitaville henkilöille, potilaille ja hoitojen kustannuksista vastaaville (35). Hyvänä psykoterapioiden tuloksellisuutta arjessa arvioivana mittarina on esitelty esimerkiksi Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM), joka on sekä standardoitu että suhteellisen helppokäyttöinen, usein käytetty mittari tutkittaessa psykiatrisen hoidon tuloksellisuutta nimenomaan potilaan kokemana. Se on laajasti käytössä esimerkiksi Britanniassa (36). Psykoterapian osalta tarvitaan toimintakyvyn lisäksi tietoa hoidon kohteena olleiden vaikeuksien tai oireiden muutoksista sekä terapiasuhteen laadusta.

Tällä hetkellä psykoterapioiden tuloksia ei systemaattisesti eikä potilaskohtaisesti seurata juuri missään. Esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapian saajien määrä on kolminkertais- tunut vuodesta 2007 (12 553 terapia-asiakasta) vuoteen 2017 (36 654 terapia-asiakasta), ja vuonna 2017 kuntoutuspsykoterapioiden kokonaiskustannukset olivat noin 67,4 miljoonaa euroa (37). Näiden potilaiden psykoterapioiden potilaskohtaista onnistumista Kela, kuten pääosin muutkin Suomessa psykoterapiaa kustantavat tahot, on seurannut psykoterapeuttien kirjoittamien laadullisten ja narratiivisten lausuntojen muodossa. Sen sijaan systemaattista ja vertailukelpoista potilaskohtaista seurantaa ei tietääksemme millään taholla ole ollut. Mitään potilaskohtaiseen seurantaan perustuvia lukuja esimerkiksi potilaiden kuntoutumisesta takaisin työelämään ei ole tietääksemme olemassa.



KUVA 2. Laaturekisterin käytön prosessi.

Psykoteraapioiden laadun seuranta on keskittämisasiänsä myötä annettu yliopistosairaaloitten tehtäväksi, ja tämän vuoksi HUS on syksyllä 2018 ottanut käyttöön psykoterapian laaturekisterin, johon on alettu kerätä seurantatietoa kaikista HUS-alueen aikuispsykiatrian ostopalveluterapioista (KUVA 2). Toimintaa ollaan laajentamassa niihin Kelan kuntoutuspsykoteraapioihin, joissa potilas on myös HUS:n hoidossa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä laaturekisteriin otettiin aluksi itse tuotetut psykoterapiat. Seuranta perustuu sekä toimintakyky- ja oiremittareihin, jotka määrittävät osin diagnosoitavasti, että strukturoidusti psykoterapeutilta kerättävään laadulliseen tietoon terapian kulusta (esimerkiksi terapian riskeistä ja tavoitteista sekä niiden toteutumisesta). Ensimmäistä kertaa systemaattista tietoa kerätään myös suoraan potilaalta itseltään, muun muassa terapisuhteen laadusta, terapiaan sitoutumisesta ja terapian vaikutusten näkymisestä. Potilaalla on siis mahdollisuus viestittää arvioitaan ja kokemuksiaan suoraan laaturekisteriin, niin hyötyjen kuin haittojenkin osalta. Psykoterapian laaturekisterin voikin toivoa mahdollisimman nopeasti laajentuvan koko Suomen kattavaksi, ja sen käytön edellytykseksi saada yhteiskunnalta tukea psykoterapiaan.

Lopuksi

Potilaita psykoterapiaan ohjaavilla ja sitä tekevillä työntekijöillä tulee olla kykyä arvioida psykoterapiatutkimuksesta kertyvää tietoa. Arjessa täytyy arvioida, miten kukin psykoterapiamenetelmä soveltuu erilaisten potilaiden ja ongelmien tai häiriöiden hoitoon. Näiden useissa yhteyksissä mainittujen tekijöiden lisäksi olisi nykyistä enemmän kiinnitettävä huomiota siihen, että psykoterapia on aivoihin ja mieleen vaikuttava hoito, jonka vaikutukset eivät ole joko pelkästään hyviä tai olemattomia vaan ne voivat olla myös monin tavoin haitallisia. Nyt tähän kiinnitetään liian vähän huomiota, eikä psykoterapian kentällä vallitse sen enempää systemaattista seuranta hoitojen tehosta kuin haittavaikutusten ilmaantumisestakaan.

Psykoteraapia saavien potilaiden hoitojen vaikutusten arvioiminen ja kehittäminen edellyttävät luotettavaa ja todellista potilaskohtaista seuranta. Kaikkien tehokkaiden hoitojen vaikutuksia – myös mahdollisia haittavaikutuksia – tulee seurata, ja siksi myös psykoterapiaan tarvitaan kattava laaturekisteri. Yhteiskunta, sen hoitoa tarvitsevat ja sitä maksavat hyötyvät kaikki siitä, että hoito on laadukasta, sisältää mahdollisimman vähän haittoja ja perustuu

mahdollisimman vankkaan tutkimusnäyttöön, ja jossa vältetään vaikuttavuudeltaan heikoiksi osoittautuneita tai haitallisia menetelmiä, seu-

rataan potilaiden kokemusta hoidosta, ja otetaan huomioon hoidon kustannukset. ■

EILA SAILAS, LL, tulosyksikön johtaja

Psykiatrian tulosyksikkö, Hyvinkään sairaanhoitoalue, HUS

MIKKO HEIMOLA, FT, psykologi

Psykiatrian tulosyksikkö, Hyks-sairaanhoitoalue, HUS

JAN-HENRY STENBERG, FT, kouluttajapsykoterapeutti

(VET), linjajohtaja
HUS

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUDET

Eila Sailas: Luento-/asiantuntijapalkkio (Janssen-Cilag, Lilly)

Mikko Heimola: Muut sidonaisuudet (Orion- ja Oriola-osakkeiden omistaja)

Jan-Henry Stenberg: Luento-/asiantuntijapalkkio (Sanofi, Lundbeck)

KIRJALLISUUTTA

1. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010;167:1456–36.
2. Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJT, ym. Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy* 2013;50:98–101.
3. Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, ym. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;351:h6019. DOI: 10.1136/bmj.h6019.
4. Huhn M, Tardy M, Spineli LM, ym. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders. A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014;71:706–15.
5. Prosser A, Helfer B, Leucht S. Biological v. psychosocial treatments: a myth about pharmacotherapy v. psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2016;208:309–11.
6. Parker G, Graham R, Sheppard E. The treatment of nonmelancholic depression: when antidepressants fail, does psychotherapy work? *Can J Psychiatry* 2014;59:358–65.
7. Heinonen E, Kurri K, Melartin T. Sopiiko potilaalleni psykoterapia? *Suom Lääkäril* 2016;71:1072–6.
8. Keinänen M, Lahti I, Pylkkänen K. Psykoterapia ja näyttöön perustuva lääketiede – mielen vuorovaikutuksellinen tieteen-teoria. *Suom Lääkäril* 2006;61:1221–7.
9. Walfish S, McAlister B, O'Donnell P, ym. An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol Rep* 2012;110:639–44.
10. Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *J Abnorm Psychol* 1966;71:235–46.
11. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, ym. Why ineffective psychotherapies appear to work: a taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspect Psychol Sci* 2014;9:355–87.
12. Cristea I, Gentili C, Cotet C, ym. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319–28.
13. Hengartner M. Raising awareness for the replication crisis in clinical psychology by focusing on inconsistencies in psychotherapy research: how much can we rely on published findings from efficacy trials? *Front Psychol* 2018;9:256.
14. Cristea IA, Ioannidis JP. Improving disclosure of financial conflicts of interest for research on psychosocial interventions. *JAMA Psychiatry* 2018;75:541–2.
15. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci* 2007;2:53–70.
16. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:787–94.
17. Parry GD, Crawford MJ, Duggan C. Iatrogenic harm from psychological therapies – time to move on. *Br J Psychiatry* 2016;208:210–2.
18. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am Psychol* 2010;65:13–20.
19. Vaughan B, Goldstein MH, Alikakos M, ym. Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Compr Psychiatry* 2014;55:849–55.
20. Jonsson U, Alaie I, Parling T, ym. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemp Clin Trials* 2014;38:1–8.
21. Linden M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clin Psychol Psychother* 2013;20:286–96.
22. Moritz S, Fieker M, Hottenrott B, ym. No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *J Obsess-compuls Relat Disord* 2015;5:61–6.
23. Crawford MJ, Thana L, Farquharson L, ym. Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *Br J Psychiatry* 2016;208:260–5.
24. Rheker J, Beisel S, Kräling S, ym. Rate and predictors of negative effects of psychotherapy in psychiatric and psychosomatic inpatients. *Psychiatry Res* 2017;254:143–50.
25. Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y. What are the risks and side effects of psychotherapy? – Development of an inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie* 2014;24:252–64.
26. Linden M, Schermuly-Haupt, M. Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry* 2014;13:306–9.
27. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *Am J Psychother* 2002;56:244–59.
28. Stricker, G. The test of time: Strupp and Hadley's tripartite model of mental health (1977). *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012;17:631–7.
29. Bystedt S, Rozental A, Andersson G, ym. Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cogn Behav Ther* 2014;43:319–31.
30. Rozental A, Kottorp A, Boettcher J, ym. Negative effects of psychological treatments: an exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS One* 2016;11. DOI: 10.1371/journal.pone.0157503.
31. Pallaskorpi SK, Isometsä ET, Henriksson MM, ym. Completed suicide among subjects receiving psychotherapy. *Psychother Psychosom* 2005;74:388–91.
32. Blease CR, Lilienfeld SO, Kelley JM. Evi-

- dence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. *Front Psychol* 2016;7:1170.
33. Nutt DJ, Sharpe M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2008; 22:3–6.
34. Burnam MA, Hepner KA, Miranda J. Future research on psychotherapy practice in usual care. *Adm Policy Ment Health* 2016;43:492–6.
35. Torkki P, Leskelä R, Linna M, ym. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.
36. Boswell JF, Kraus DR, Miller SD, ym. Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res* 2015;25:6–19.
37. Suomen virallinen tilasto: Kelan kuntoutustilasto [verkköjulkaisu]. Taulukko: Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset. Helsinki: Kela [viitattu 8.10.2018]. http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFSenICT.

SUMMARY

The disadvantages of psychotherapy – not just a rose garden

Psychotherapy has proven to be a useful and inadequately utilized treatment for many psychiatric disorders. It should be evaluated in the same manner as all other treatments, also understanding the limitations of the treatment and possible adverse events brought about by the treatment. Unawareness of the results of psychotherapy research can lead to idealization of psychotherapy as a form of treatment. Psychotherapy, like all effective treatments, also has adverse effects that vary from minor to severe. The adverse effects are not known, and there is no internationally accepted approach to their classification and evaluation. Monitoring of the effectiveness of the treatments merely by clinical and qualitative assessment is not appropriate. A quality register for psychotherapy has now been opened for the monitoring of psychotherapy, later to be completed with patient-specific and therapist-specific information on all forms of psychotherapy supported by the society.