

Markus Majanen, PSM, psykologi, psykoterapeutti, kouluttaja-psykoterapeutti

Suurpellon puistokatu 14 L 6  
S-posti: Acz7@protonmail.com

Martti T. Tuomisto, Ph.D.,  
BCBA-D, professori emeritus,  
psykoterapeutti (VET), kouluttaja-psykoterapeutti  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta (psykologia), Tampereen yliopisto  
S-posti: martti.tuomisto@tuni.fi

## **PSYKOTERAPIAN TARVE YLITÄÄ TARJONNAN — RATKAISUNA EDULLISET TUTKIMUKSEEN PERUSTUVAT HOIDOT**

### **TIIVISTELMÄ**

Olemme yhteisen haasteen edessä. Mielenterveysongelmien kasvun myötä psykoterapiapalveluiden tarve on suurempi kuin tarjonta. Nykyinen terveydenhuollon rakenne ei riitä vastaamaan tähän tarpeeseen. Vastausta tähän kysymykseen voidaan hakea psykoterapiaa koskevasta tieteellisestä kirjallisuudesta. Psykoterapian kirjallisuus tarjoaa laajaan vahvaan tieteelliseen näyttöön perustuvia menetelmiä (kuten vaikutehallinta, käyttäytymisen aktivointi ja KKT yleisesti) ja lupaavaan näyttöön perustuvia uusia menetelmiä (kuten Bergenin neljän päivän hoitomalli, Barlown yhtenäistetty hoito sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia). Kirjallisuudesta nostetaan myös esiin tehokkaita ja edullisia tietokonepohjaisia hoito-ohjelmia. Lopuksi pohditaan miten psykoterapian kirjallisuudesta löytyneitä tehokkaita hoitomenetelmiä tulisi soveltaa ja mihin tutkimusresursseja tulisi tulevaisuudessa suunnata ongelman ratkaisemiseksi.

*Avainsanat:* psykoterapia, saatavuus, tutkimus, tehokkuus

*Keywords:* psychotherapy, access, research, effectiveness

### **Ongelma**

#### **Olemme yhteisen haasteen edessä**

Mielenterveysongelmat ovat nousussa viimeisimpien yhteiskuntaa ravis-

telleiden vastoin käymisten johdosta. Covid-19-pandemia sulki monelta pääsyn mielenterveyden palveluihin. Venäjän ja Ukrainan sodan vaikutukset luovat varjon talouteemme, mikä lisää henkistä painetta yhteiskunnassamme. Mielenterveyden palveluiden tarve on suurempi kuin tarjonta. Olemme yhteisen haasteen edessä. Miten ratkaisemme tämän ongelman? Tässä kirjoituksessa etsimme vastausta tähän nykypäivän ongelmaan psykoterapiaa koskevasta kirjallisuudesta.

### **Kallis lasku yhteiskunnalle**

Masennus on tunnetusti yleisin mielenterveyden ongelma. Se ilmenee maailmanlaajuisesti ja sen yleisyys vaihtelee, vaikkakin korkeimmat ilmenemisluvut ovat maailman rikkaimpiin valtioihin kuuluvien joukossa. Tästä huolimatta valtion hyvinvointi ja vauraus ei näytä selittävän masennuksen ilmenemistä maailmanlaajuisesti. Masennus ei koske vain köyhempää väestön osaa, vaan se on uhka koko väestölle (Bromet ym., 2011). Maailman terveysjärjestö arvioi n. 5 %:n aikuisista maailmanlaajuisesti kärsivän masennuksesta (Maailman terveysjärjestö, 2021). Masennus aiheuttaa kuolemia, toimintakyvyn laskua ja heikentää elämänlaatua (Üstün & Kessler, 2002).

Maailman terveysjärjestö tutki 90-luvulla 107 sairauden aiheuttamaa kuormitusta maailmanlaajuisesti. Tällä tutkimuksella haettiin tietoa terveydenhuoltoon koskevaa poliittista päätöksentekoa ja terveydenhuollon suunnittelua varten. Tässä Maailman terveysjärjestön julkaisussa kaikkein kuormittavimmista häiriöistä masennus sijoittui neljänneksi. Tutkimus osoitti masennuksen aiheuttavan valtavan taakan yhteiskunnalle (Üstün & Kessler, 2002). Maailman terveysjärjestön tutkimuksen pohjalta päättäjät ovat tienneet jo pitkään, että yksistään masennuksen hoidon kustannukset ovat merkittävä erä valtioille.

OECD:n (2018) tuottaman tilastotiedon valossa on laskettu, että Suo-

messa mielenterveyden hoidon kokonaiskustannukset olivat n. 11 miljardia vuodessa. Covid-19-pandemian terveydenhuollolle aiheuttaman kuormituksen vuoksi ja lähikontaktin välttämiseksi monia kiireettömiä hoitoja peruttiin sekä lykättiin. Mielenterveysongelmiin tämä vaikutti dramaattisesti. Liikkumisrajoitusten vallitessa hoitoon hakeutuminen oli vaikeata. Ihmiset eivät uskaltaneet lähteä kodeistaan. Koulutuksessa lähiopetuksesta etäopetukseen siirtyminen ja työelämässä vahva ohjaus etätööhön saivat ihmiset pysymään kodeissaan, mikä kuormitti kohtuuttomasti monia perheitä. Tämä näkyi kasvavana kuormituksena lastensuojelussa kuten lastensuojeluasiakkaiden ja lastensuojeluilmoitusten määrän kasvuna (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 21.4.2021). Se näkyi myös maailmanlaajuisesti merkittävänä mielenterveysongelmien kasvuna, erityisesti masennus ja ahdistuneisuushäiriöt kasvoivat merkittävästi (Santomauro ym., 2021).

Masennuksen tiedettiin jo ennen covid-19-pandemiaa aiheuttavan yhteiskunnille merkittäviä kuluja (Bromet ym., 2011). Viimeistään covid-19-pandemia aiheuttama henkinen pahoinvointi (Santomauro ym., 2021) on nähdäkseni saanut terveydenhuollon päättäjät miettimään kuumeisesti, miten huutavaan avuntarpeeseen vastataan ja millä tämä lasku katetaan. Mielenterveyspalvelujen kysynnän huippua ei ole mielestämme vielä nähty, sillä nykyinen maailman taloustilanne ja Venäjän hyökkäyssota Ukrainaa vastaan todennäköisesti lisäävät monien kotitalouksien taloudellista ahdinkoa. Ruuan, öljyn ja sähkön kustannukset ovat nousussa. Lisäksi korkojen nousu on vääjäämätön ja inflaatio on nousussa. Aikaisemmista talouden kuopista, kuten 90-luvun lamasta tiedetään taantumien lisäävään mielenterveysongelmia. Tänä vuonna Mieli ry:n teettämään kyselytutkimukseen (Mieli Suomen mielenterveys ry, 1.4.2002) vastasi noin 1000 ihmistä helmikuun ja maaliskuun aikana. Kyselytutkimuksesta ilmenee, että

viime vuoteen verrattuna suomalaisten kokema kuormitus on selkeästi kasvanut. Tässä tutkimuksessa nuorten aikuisten tilanne oli hälyttävä. Nuorista kuormitusta kertoi kokevansa jopa 77 % vastanneista. Tästä voi päätellä, että kansallisella ja kansainvälisellä tasolla kysyntä mielenterveyspalveluita kohtaan on kasvanut ja todennäköisesti jatkaa kasvuaan. Tällöin on myös todennäköistä, että kysyntä psykoterapiaa kohtaan on kasvussa.

### **Kysyntä ylittää tarjonnan**

Yhä useampi etsii apua mielenterveysongelmiinsa psykoterapiasta. Tähän viittaavat mm. Kelan tilastot (ks. kuvio 1), joiden mukaan kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä on kaksinkertaistunut vuosina 2011–2017 (Kela, 2018). Tässä ilmiössä kysymys ei mitään ilmeisimmin ole psykoterapian suosion kasvusta vaan nimenomaan ihmisten mielenterveysongelmien lisääntymisestä, mitä edellä on kuvattu.

Hoidon piiriin pääseminen mielenterveysongelmissa ei ole vaikeata vain Suomessa, vaan kysymys on maailmanlaajuisesta ongelmasta. Maailman terveysjärjestö on esittänyt huolen siitä, että erityisesti matalan tulotason maissa hoitoja ei ole saatavilla. Maailman terveysjärjestön arvion mukaan kyseisissä maissa jopa 75 % mielenterveysongelmista kärsivistä ei saa tarvitsemaansa apua (Maailman terveysjärjestö, 2021).

Yksi psykoterapiapalveluiden tarjontaa rajoittava ongelma on psykoterapian saatavuus. Maailmanlaajuisesti psykoterapiapalveluiden saatavuudessa on maittain suuria eroja (Maailman terveysjärjestö, 2021). Suomessa psykoterapiapalveluiden saatavuus vaihtelee alueittain. Tietyillä paikkakunnilla psykoterapiapalveluita tarjoavia psykoterapeutteja ei ole juuri saatavilla, ja toisilla puolestaan psykoterapeutteja löytyy paremmin (Kaleva 27.7.2020). Lisäksi alueilla, joilla terapeutteja löytyy runsaammin, terapeuttia etsivät joutuvat odottamaan hyvin pitkiä aikoja (7–12

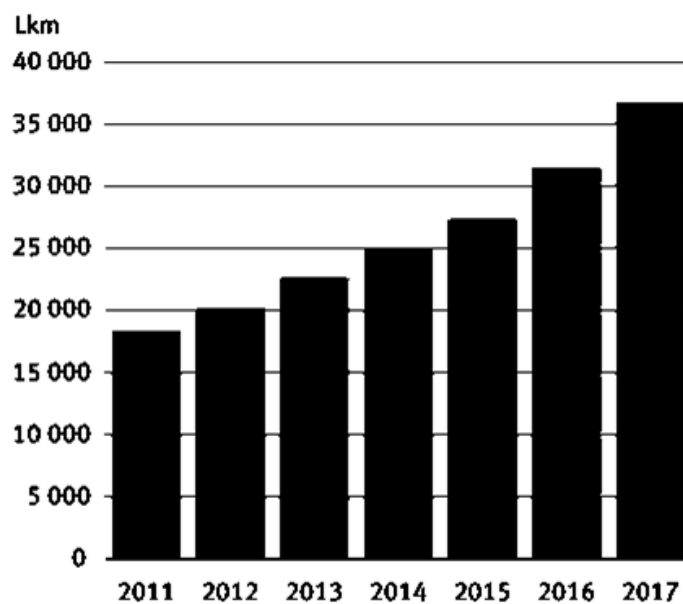
kk) ennen kuin saavat avun (Yle, 20.4.2022). Tässä ajassa mielenterveysongelmat vaikeutuvat ja osa psykoterapiaa hakevista luovuttaa. Näin ollen on todennäköistä, että osa apua hakevista jää ilman apua.

Terapiatakuu-kansalaisaloite on hyvä esimerkki kansan tahdosta ja siitä kuinka merkittävästä yhteiskunnallisesta ongelmasta on kysymys. Helmi-kuussa 2019 tehty terapiatakuu-kansalaisaloite sai nopeasti kannatusta kansan keskuudessa edeten lakiehdotusasteelle saman vuoden puolella heinä-kuussa. Kansalaisaloitteen tarkoitus oli nopeuttaa kansalaisten pääsyä mielenterveyspalveluihin. Aloitteen peruste- luissa korostetaan, että psykoterapiaan pääsyä pitää nopeuttaa ja helpottaa. Li-

säksi psykoterapiaan tulisi ohjata perus- terveydenhuollossa hyvin varhaisessa vaiheessa. Lisäksi aloitteen peruste- luissa todetaan, että jos esimerkiksi Ke- lan kuntoutuspsykoterapiaa ei voida suositella taloudellisista syistä kansalai- selle, tulee hänelle antaa muuta vastaa- vaa hoitoa sen sijaan (Kansalaisaloite, 20.2.2019). Tällä hetkellä mielenter- veyden järjestötasolla ollaan huolissaan siitä, toteutuuko terapiatakuu kansalais- aloite luvutulla tavalla. Mielenterveys- järjestöjen yhteisen Mielenterveyspoo- lin kannanoton mukaan psykoterapiaan pääseminen saattaa jopa vaikeutua enti- sestään terapiatakuu-kansalaisaloitteen pohjalta tehtyjen poliittisten päätösten takia (Mielenterveyspooli, 13.5.2022).

### Kuvio 1

*Kuntoutuspsykoterapian saajat 2011–2017.*



Suomessa on uutisoitu, etteivät psykoteriapalvelut ole jakautuneet tasaisesti ympäri Suomea (Kaleva, 27.7.2020). Uutisotsikoissa on ollut myös esillä huolestuttavan pitkät odotusajat psykoteriapalveluihin pääsemisessä (Yle, 20.4.2022). Huoli on aito ja ongelmaan tulisi hakea aktiivisesti ratkaisua. Tarve psykoterapiaa kohtaan on kasvanut, mutta psykoteriapalveluiden tarjonta ei ole lisääntynyt.

### **Voisiko ratkaisuna toimia tehokkaat lyhytaikaiset hoidot?**

Sote uudistuksessa siirretään päätäntävaltaa rahoituksesta ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä vanhoilta toimijoilta uudelleen nimetyille hyvinvointialueille. Nyt covid-19-pandemian jälkeen terveydenhuoltomme ollessa Sote-uudistuksen murroksessa, on mielenkiintoista nähdä, miten psykoteriapalvelut järjestetään.

Psykoterapian järjestämisestä Suomessa on ollut pääasiassa vastuussa Kela. Kela on ollut lakisääteisten kuntoutuspsykoterapioiden myöntäjä ja rahoituksesta vastaava jo pitkän aikaa. Kelan kuntoutuspsykoterapiajärjestelmä on saanut kiitosta ja kritiikkiä osakseen. Se on nähty edullisena, toimivana ja ihmisten työkykyä ylläpitävänä. Toisaalta järjestelmää on kritisoitu siitä, ettei se kohtele tasa-arvoisesti kaikkia (Seppänen, 2021). Kela kuntoutuspsykoterapia ei ole ilmaista, sillä psykoterapiaa käyvän tulee itse maksaa osa terapiakuluista. Näin ollen, pienituloiset kansalaiset eivät pysty kustantamaan Kelan kuntoutuspsykoterapiaa itselleen.

Todennäköisesti Kelan monikanava-rahoitukseen pohjautuva kuntoutuspsykoterapiajärjestelmä puretaan ja vastuu psykoterapioiden rahoituksesta sekä järjestämisestä siirtyy hyvinvointialueille. Vaikka sote-uudistus on käynnissä ja uudet hyvinvointialueet ovat jo aloittaneet toimintansa, ei Kelan kuntoutuspsykoterapiajärjestelmää ole vielä purettu. Hallitus on antanut Kelan kuntoutuspsykoterapialle jatkoaikaa. Hallitus on linjannut, että Kelan kuntoutus-

psykoterapia-järjestelmä uudistetaan aikaisintaan 2025. Uuden järjestelmän pilotointi on suunniteltu aloitettavaksi 2024. Tässä vaiheessa voidaan ennustaa, että intensiiviset pitkät valtion rahoittamat psykoterapiat vähenevät tai poistuvat kokonaan tulevaisuudessa (Varmavuori, 2022). Yksi syy tähän on terveydenhuollon alan kovat säästöpainet (Seppänen, 2021). Viime vuosikymmeninä näyttöön perustuvat hoidot ovat alkaneet lisääntyä (Behenck ym., 2017; Borkovec & Costello, 1993; Dutra ym., 2008; Fisher & Durham, 1999; Hansen ym., 2019; Tolin, 2010; Öst ym., 2015). Tätä kehityssuuntaa päättäjät eivät voi olla huomaamatta säästöpainneiden alla, kun terveydenhuoltoa nyt osana sote-uudistusta muokataan.

Nykyinen hoitorakenne Suomessa on riittämätön vastaamaan kasvavaan mielen-terveysongelmien tarpeeseen. Tähän viittaavat psykoterapeuttipula ja psykoterapiaan pääsyn vaikeus. Viitettä hoitorakenteen toimimattomuudesta antaa myös nykytilanne, jossa yli puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielen-terveyden häiriöistä ja joka kolmas sairauspäiväraha on mielen-terveysperusteinen (Eduskunta, 24.3. 2022). Heikko ja toimimaton hoitorakenne näkyy miljardiluokan kustannuksina (*Health at a Glance: Europe, 2018*), josta iso osa koostuu sairasetuismaksuista ja sairauspoissaolokustannuksista. Mielen-terveyden hoitorakennetta korjaamalla voitaisiin säästää huimia summia sairasetuuskäytön ja sairauspoissaolojen vähentyessä.

Psykoterapiassa on kaksi oleellista asiaa, jotka tarvitsevat rakenteellista muutosta. Psykoterapeuttipula tulisi ratkaista ja lopettaa tehottomien hoitojen julkinen rahoittaminen. Näiden muutosten avulla voitaisiin tehostaa hoitoa ja säästää kustannuksissa.

Yksi ratkaisu psykoterapeuttipulaan voisi olla psykoterapeuttien määrän kasvattaminen kouluttamalla heitä lisää. Psykoterapeutin työssä työtyytyväisyys on korkea, palkka hyvä ja työ koetaan mielenkiintoiseksi. Miksi sitten psykoterapeuteista on pula? Yksi syy miksi vain harva kouluttaa

itsensä psykoterapeutiksi, on kouluttautumisen kallis hinta. Psykoterapeutin pätevyyden antava koulutus on yksi harvoista maksullisista terveydenhuollon ammatillisista tutkinnoista. Psykoterapeutiksi kouluttautuminen maksaa noin 20 000–60 000 € psykoterapiasuuntauksen mukaan (Kansalaisaloite, 15.9.2020). Psykodynaamiseksi psykoterapeutiksi kouluttautuminen on usein kalliimpaa kuin esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutus. Monella ei ole halua tai maksukykyä kustantaa näin kallista koulutusta. Suomessa tämä epäkohta on hyvin kansan keskuudessa tiedossa. Hyvä osoitus halukkuudesta korjata tämä epäkohta, on kansalaisaloite asian puolesta.

Syyskuussa 2020 tehty kansalaisaloite ”psykoterapian puolesta -kansalaisaloite psykoterapiakoulutuksen muuttamisesta maksuttomaksi” rikkoi 50 000 kannatusilmoitusrajan tammikuussa 2021 ja saman vuoden huhtikuussa se siirtyi eduskunnan käsiteltäväksi. Kansalaisaloitteessa ehdotetaan lakimuutosta, jonka myötä valtio ottaisi täyden vastuun psykoterapeuttikoulutuksen kustannuksista (Kansalaisaloite, 15.9.2020). On hyvin todennäköistä, että maksuton psykoterapeuttikoulutus houkuttelisi monia kouluttautumaan ammattiin. Jos päättäjät valitsevat tämän vaihtoehdon on mielenkiintoista seurata, miten koulutus toteutetaan.

Sivistysvaliokunta näkee tärkeäksi psykoterapeuttien riittävän saatavuuden ja palveluiden saatavuuden turvaamisen. Valiokunta kehottaa tiedotteessaan siirtymään nopeasti toimiin asian korjaamiseksi selvitystyön jälkeen. Tiedotteessa todetaan psykoterapiakoulutuksen olevan kohtuuttoman kallis yksittäisen opiskelija kustannettavaksi. Valiokunta näkee psykoterapioiden kuuluvan julkisen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden alle. Valiokunta ei näe psykoterapeuttikoulutuksen maksuttomuutta suoraan ratkaisuna. Sen sijaan valiokunta korostaa, että on tärkeä muuttaa psykoterapeuttikoulutuksen asemaa koulutusjärjestelmässä. Tätä varten sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuri-

ministeriö ovat asettaneet yhdessä hankkeen, jonka tehtävä on sosiaali- ja terveysalan tutkintorakenteen ja sitä täydentävän koulutuksen kehittäminen (Sivistysvaliokunnan tiedote, 24.3.2022).

Tällä hetkellä psykoterapeutin ammattiin ei voi suoraan valmistua. Psykoterapeutti koulutukseen osallistumisen vaatimuksena on terveydenhuollon tai vastaavan ammatillinen pätevyys ja työkokemus. Terveydenhuoltoalla on muutenkin pulaa työntekijöistä kuten sairaanhoitajista. Vaikka psykoterapeuttikoulutus olisi maksuton, on syytä kysyä, riittäisikö koulutukseen tulijoita. Tästä syystä valtiovalta voi uudistaa kauttaaltaan psykoterapeuttikoulutuksen integroimalla sen osaksi eri terveydenhuollon alojen perusopintoja. Näin psykoterapeutiksi voisi valmistua suoraan. Juuri tätä asiaa, sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuriministeriö ilmeisesti selvittelevät nykyisessä hankkeessaan.

Uusien psykoterapeuttien kouluttaminen kattamaan kysyntä ei todennäköisesti toimi yksin ratkaisuna psykoterapian saatavuusongelmaan. Psykoterapeuttikoulutuksen muuttaminen maksuttomaksi tarkoittaisi terveydenhuolto kustannusten nousemista. Lisäksi psykoterapeuttikoulutuksen maksuttomuuden toteuttaminen on aikaa vievä prosessi, koska se todennäköisesti vaatii laaja-alaisia muutoksia terveydenhuollon koulutussisällöissä. Psykoterapeuttien määrän kasvattaminen kouluttamalla ei vaikuta realistiselta vaihtoehdolta nykytilanteessa psykoterapeuttikoulutuksen maksullisuudesta johtuen. Jos psykoterapeutteja ei lähivuosina kouluteta enempää tarpeeseen nähden, pitää miettiä miten psykoterapeutit voisivat tehostaa työtään, jotta he voisivat palvella yhä useampia asiakkaita.

Mielenterveyden palveluille on tilausta. Nykyinen terveydenhuollon rakenne ei kuitenkaan riitä vastaamaan tähän tarpeeseen. Olemme yhteisen haasteen edessä. Hoitoon pitäisi päästä nopeasti. Hoidon tulisi olla tehokasta eli edullista ja lyhytkestoisista. Miten tämä tikittävä aikapommi puretaan? Tässä artikkelissa käsitellään tätä

ongelmaa ja etsitään siihen ratkaisua psykoterapiaa koskevasta kirjallisuudesta.

### **Dodo-lintu<sup>1</sup> -vertaus**

Psykoterapian kirjallisuudessa monen vuosikymmenen ajan on ollut vallalla käsitys, että kaikki psykoterapian muodot ovat yhtä päteviä. Tämä ilmiötä alettiin kutsua dodo-vertaukseksi (Budd & Hughes, 2009). Tämä dodo-vertauskuva sai nimensä kirjailijan Lewis Carrollin kuuluisasta teoksesta Liisa ihmemaassa, jossa juoksukilpailussa järven ympäri Dodo-lintu julistaa kaikki osallistujat voittajiksi. Tämän näkemys mukaan kaikki terapiamuodot ovat keskenään yhtä tehokkaita (Rosenzweig, 1936). Näin ollen, sillä mitä menetelmiä psykoterapeutti käyttää hoidossa ei olisi merkitystä. Osa tutkijoista on esittänyt tuloksia, jotka osoittavat dodo-vertauksen todeksi (Leichsenring, 2001; Luborsky ym., 2002; Wampold, 2001). Toinen osa tutkijoista on puolestaan saanut tuloksia, jotka osoittavat dodo-vertauksen vääräksi (Carrol & Rounsaville, 2010; Marcus ym., 2014; Tolin, 2010; Öst, 2008). On vielä erityisesti huomattava, että Rosenzweig esitti käsityksensä aikana, jolloin nykyiset eniten tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvat terapiamenetelmät eivät vielä olleet kehittyneetkään.

Psykoterapiatutkimuksen kirjallisuudessa dodo-väittekustelusta voidaan erottaa kaksi eri puolta. Yleensä psykodynaamista puolta edustavat tutkijat ryhmänä ovat ottaneet kannan, jonka mukaan kaikki psykoterapiamuodot ovat tehokkuudeltaan samankaltaisia. He perustelevat väitteensä sillä, että kaikki psykoterapiamuodot jakavat keskenään samat elementit. Näitä elementtejä ovat terapeutin allianssi, uuden moraalisen näkökulman omaksuminen, toiveikkuuden lisääminen asiakkaassa, stressaavien kokemusten normalisointi ja merkityksellisen selityksen antaminen asiakkaan kärsimykselle. Heidän mukaansa

nämä elementit selittävät sen muutoksen, joka kaikissa terapioissa tapahtuu (Budd & Hughes, 2009).

Osa tutkijoista on korostanut terapeutista allianssia yhtenä tärkeimmistä psykoterapeuttisen hoidon vaikuttavuutta selittävästä tekijöistä (Muran & Barber, 2010; Norcross, 2002). Terapeuttisessa allianssissa terapeutti pyrkii luomaan läheisen luottamuksellisen suhteen asiakkaaseen olemalla lämmin ja empaattinen häntä kohtaan. Terapeuttisen luottamuksen vallitessa terapiasuhteessa asiakas on todennäköisemmin myöntyväisempi ottamaan apua vastaan sekä ilmaisee itseään avoimemmin ja rohkeammin. On luonnollista, että suhteen toimivuus ja laatu vaikuttavat terapian lopputulokseen. Terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen merkitystä ei voi siis kiistää, mutta se ei yleensä ole riittävä saamaan aikaan muutosta asiakkaan voinnissa. On liioittelua pitää terapeutista allianssia tehokkaan psykoterapian avaintekijänä. Tästä hyvä esimerkki on tietokonepohjaiset hoidot, joista asiakkaan ja terapeutin suhde puuttuu kokonaan tai on vähäinen hoidossa. Titov ym. (2009) tutkimuksessaan tutki kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) internet-hoito-ohjelmaa sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa. Tutkittavia oli yhteensä 211, joiden oireet täyttivät DSM-IV:n diagnostiset kriteerit. Tutkittavien muut diagnoosit otettiin myös huomioon tutkimuksessa. Tutkittavat jaettiin neljään eri ryhmään 1) vain sosiaalisesta pelosta kärsivät, 2) sosiaalisesta pelosta kärsivät, joilla on myös masennuksen oireita, 3) sosiaalisesta pelosta kärsivät, joilla on myös yleistyneen ahdistuneisuuden oireita ja 4) sosiaalisesta pelosta kärsivät, joilla ilmeni masennuksen ja yleistyneen ahdistuneisuuden oireita. Tuloksen mukaan KKT:n internet-hoito-ohjelma lievensi tutkittavien sosiaalista pelkoa kaikissa ryhmissä. Näin ollen hoito-ohjelmalla pystyttiin hoitamaan myös tutkittavien masennusta ja yleistynyttä ahdistuneisuutta.

---

<sup>1</sup> Dodo-lintu tunnetaan suomeksi myös nimellä drontti.

Tutkijat, jotka ovat osoittaneet dodovertauksen vääräksi, kuuluvat usein KKT:n piiriin. Heidän kantansa mukaan on olemassa hoitomenetelmiä, jotka ovat tehokkaita tiettyihin häiriöihin. He usein perustelevat väitettä viittaamalla tieteellisiin tutkimuksiin. Tämän näkökulman mukaan yksi tai tietyt hoitomenetelmät eivät palvele kaikkia psykoterapia-asiakkaita. Tarvitaan häiriökohtaisia tutkimusnäyttöön perustuvia hoitomenetelmiä. Näin ollen tällä tutkijaryhmällä on eriävä näkemys dodo-väitteestä. Tämä tutkijaryhmä ei pyri täysin kumoamaan psykodynaamisen ryhmän näkemystä. Tässä piirissä pidetään näitä psykodynaamisten terapeuttien korostamia terapioita yhdistäviä tekijöitä merkityksellisinä, mutta ei riittävinä muutoksen aikaansäämiseksi. Toisin sanoen näiden elementtien lisäksi tarvitaan häiriökohtaisia tai transdiagnostisia tutkimukseen perustuvia hoitomenetelmiä, jotta hoito olisi tehokasta (Budd & Hughes, 2009). Vain lievissä ongelmissa voivat useat eri terapiamuodot olla likimain yhtä tehokkaita.

### **Vahvaa tieteellistä näyttöä kognitiivisen käyttäytymisterapian puolesta**

Viime vuosikymmenellä on kertynyt paljon tutkimusnäyttöä KKT:n tehokkuudesta eri mielenterveysongelmien hoidossa. KKT on osoittautunut toimivaksi lasten, nuorten ja aikuisten hoidossa.

Aikuisten ahdistushäiriöiden hoidossa KKT on osoittautunut tehokkaaksi kuten sosiaalisen tilanteiden pelon (Marom ym., 2009; McEvoy ym., 2012), paniikkihäiriön (Hedman ym., 2013; Heldt ym., 2007), yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (Borkovec & Costello, 1993; Fisher & Durham, 1999) ja pakko-oireisen häiriön hoidossa (Cabedo ym., 2018).

Eryityisesti pakko-oireisen häiriön hoidossa KKT on osoittautunut tehokkaaksi verrattuna muihin psykoterapiamuotoihin. Pakko-oireisen häiriön hoidossa on paljon näyttöä KKT:n tehokkuudesta. KKT on tutkimuksen valossa ylivoimainen pakko-oireisuuden hoidossa silloin, kun se sisältää

reagoinnin ehkäisy- ja altistushoitomenetelmät (Öst ym., 2015). Lisäksi KKT:llä saavutetut tulokset näyttävät säilyvän hyvin hoidon jälkeen, mikä viittaisi siihen, että terapian avulla asiakas voi muuttaa hyvinvointia tukevaa käyttäytymistä pysyvästi. Aikaisemmissa tutkimuksissa KKT:llä saavutetut tulokset ovat pysyneet yhden vuoden (Olatunji ym., 2013), kahden vuoden (Whittal ym., 2008) ja viiden vuoden seurannassa (van Oppen ym., 2005) pakko-oireisuuden vaikeusastetta mittaavalla kyselyllä Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS) mitattuna.

Cabedo ym. (2018) selvittivät seurantatutkimuksessaan KKT:n vaikuttavuutta pakko-oireisen häiriön hoidossa. Heidän tutkimuksensa koostui julkisen sektorin psykiatrian poliklinikan asiakkaista. Hoidon suoritti loppuun asti 43 asiakasta, joista yhden vuoden seurantatulokset saatiin 41 asiakkaalta ja 10 vuoden seuranta tulokset 29 asiakkaalta. KKT:n myötä pakko-oireinen häiriö lieventyi, mieliala koheni, pakonomaisia ajatuksista koskevat haitalliset ajatukset vähenivät kuten myös taipumus pakonomaisien ajatusten välttelyyn. Tämä edellä mainittu tulos säilyi heti tutkimuksen jälkeen, yhden vuoden seurannassa ja kymmenen vuoden seurannassa. Kaikista KKT:tä saaneista 58,6 % parantui, ja tämä tulos säilyi myös kymmenen vuoden seurannassa.

Cabedon ym. (2018) tutkimus on aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna (Olatunji ym., 2013; van Oppen ym., 2005; Whittal ym., 2008) erittäin merkittävä, sillä siinä mitattiin KKT:n tulosten säilyvyyttä ajan kuluessa monella mittarilla yhden sijaan. Tutkimuksessa käytettiin pakko-oireisuuden vaikeusastetta mittaavaa kyselyä (Y-BOCS), masennuksen vakavuutta mittaavaa kyselyä Beck Depression Inventory (BDI) ja pakko-oireisuuteen liittyvien haitallisten ajatusten arviointiin tarkoitettua kyselyä Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised (OBSI-R). Lisäksi tutkimuksessa käytettiin kyselyä, jolla arvioitiin kuinka paljon pakko-oireisuudesta kärsivät tukahduttavat ei-haluttuja tai negatiivisia

ajatuksia (The White Bear Suppression Inventory, WBSI).

Suomessa terveydenhuollossakin on huomattu KKT:n tehokkuus. Tämä näkyy mm. Käypä hoito -suosituksissa (Käypä hoito -suositukset, 2022), joista esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöiden käypähoito suosituksessa mainitaan KKT:n vähentävän tehokkaasti paniikkikohtausten määrää ja julkisten paikkojen pelkoon liittyvää välttämiskäyttäytymistä. Unettomuuden Käypä hoito -suosituksissa todetaan KKT pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa tehokkaaksi keinoksi. Traumaperäisen stressioireyhtymän Käypä hoito -suosituksessa todetaan aikuisten hoidossa altistusta sisältävän KKT:n vähentävän traumaperäisen stressihäiriön oireita ja lisäävän parantumisen todennäköisyyttä. KKT:n yksi koulu-kunta (terapiamuoto) dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on tullut esiin erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriön hoidossa. Suosituksessa mainitaan, että lyhytkestoinen DKT tehoaa tyypillisiin epävakausoireisiin. KKT mainitaan masennuksen Käypä hoito -suosituksessa tulokselliseksi masennuksen akuuttivaiheen hoidossa.

### **Keskustelu Dodo-vertauksesta tulisi unohtaa**

Näkemyksemme mukaan dodo-väite tulisi unohtaa, syystä että se vie psykoterapian kehitystä väärään suuntaan. Tässä dodo-väite keskustelussa psykodynaamisen ryhmän edustajat ovat keskittäneet resurssinsa yhteisten elementtien löytämiseen ja väitteen ”kaikki psykoterapiamuodot ovat yhtä tehokkaita” perusteluun. Puolestaan käyttäytymistieteellisen ja kognitiivisen käyttäytymistieteen puolen edustajat ovat keskittyneet tuomaan esiin tuloksia, joissa heidän hoidolliset menetelmänsä näyttävät parempina kuin psykodynaamisen ryhmän hoidot. Tämä vastakkainasettelu ei kehitä psykoterapiaa. Resurssija voisi kohdentaa dodo-väite- keskustelun sijaan esimerkiksi siihen miten psykodynaamisia hoitoja voitaisiin kehittää.

Dodo-väitekeskustelussa erityisesti psykodynaamisen ryhmän näkemys on psykoterapian kehityksen näkökulmasta jopa haitallinen. Heidän väitteensä psykoterapioiden samankaltaisesta tehokkuudesta ei ohjaa kehittämään uusia hoitomenetelmiä, tehostamaan olemassa olevia hoitomenetelmiä ja psykoterapeutteja kehittämään työsäään. Miksi psykoterapioita pitäisi enää edes tutkia, jos ne olisivat yhtä tehokkaita? Tämän keskustelun sijaan resurssija tulisi suunnata esimerkiksi siihen mikä tekee mistäkin hoitomenetelmästä tehokkaan, kenelle psykodynaaminen hoito sopisi, miten psykodynaamisia hoitomenetelmiä voitaisiin tutkia paremmin ja uusien menetelmien kehittämiseen.

KKT:n ja psykodynaamisen suuntauksen tehokkuuden vertailu on hyvin vaikeata monesta eri syystä. Yksi syy on, että psykodynaamista psykoterapiaa koskevia tutkimusta on tehty vähän verrattuna käyttäytymistieteelliseen ja kognitiivisen käyttäytymistieteen tutkimukseen. Lisäksi psykodynaamista psykoterapiaa ei ole huolellisesti tieteellisesti käsitteellistetty, mikä vaikeuttaa sen tutkintaa ja myös olemassa olevien tutkimustulosten tulkintaa. Kognitiivisen käyttäytymistieteen psykoterapia on tieteellisesti käsitteellistetty, minkä vuoksi sitä voidaan tutkia ja myös tulkita tuloksia (Budd & Hughes, 2009). Edellä mainituista syistä näiden kahden psykoterapiasuuntauksen vertailu ei ole mielekäästä. Näin ollen, dodo-väitekeskustelun voisi sanoa olevan vain ajan ja voimavarojen haaskausta.

### **Tehokkaat menetelmät**

Dodo-väitekeskustelussa tutkijoiden huomio kohdistuu eri psykoterapiasuuntauksien vaikuttavuuteen. Psykoterapian parissa on tehty myös vaikuttavuustutkimusta yksittäisistä menetelmistä. Seuraavassa esitellään muutamia esimerkkejä yksittäisistä tehokkaista menetelmistä psykoterapian tutkimuskirjallisuudesta: käyttäytymisen aktivointia, vaikutehallintaa ja Bergenin neljän päivän hoitomallia.



## **Vaikuttehallinta päihdeongelmien hoidossa**

Vaikuttehallinta on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi päihdeongelmien hoidossa. Näyttöä vaikuttehallinnan toivuudesta on olemassa jo pitkältä ajalta (Dutra ym., 2008; Lussier ym., 2006). Vaikuttehallinta on käyttäytymistieteellinen menetelmä, jota on sovellettu DKT:ssa ja myös KKT:ssä. Vaikuttehallinta perustuu operanttiin ehdollistumiseen tai käyttäytymismuutokseen, jossa pyritään vahvistamaan toivottua käyttäytymistä. Päihdeongelmien hoidossa päihteiden käyttäjille tarjotaan rahakkeita, jos he toimivat psykoterapiaa tukevalla tavalla. Esimerkiksi päihteiden käyttäjä voi saada rahakkeen itselleen osallistumalla hoitotapaamisiin tai tekemällä hoidossa sovittuja asioita. Vaikuttehallinnassa päihteiden käyttäjille ei yleensä anneta suoraan rahaa väärinkäytön riskin takia vaan rahakkeita, joita he voivat käyttää hyödyllisten palveluiden tai hyödykkeiden ostamiseen (Higgins ym., 2008).

Dutran ym. tutkimusryhmän meta-analyysiartikkelissa (2008) vertailtiin psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuutta päihteiden käyttöön. Oros sisälsi 2340 asiakasta, joista osa käytti kannabista, kokaiinia ja opiaatteja. Myös päihteiden sekakäyttäjät oli otoksessa mukana. Tutkimuksessa vertailtiin psykososiaalisia hoitoja kuten vaikuttehallintaa, retkahduksen ehkäisyä, DKT:tä, vertaistukiryhmää, motivaatiohaastattelua ja ns. 12-askeleen ohjelmaa. Lisäksi mukana vertailussa oli hoitono ja tavanomainen polikliininen hoito. Psykososiaalisia hoitoja saaneista päihteiden käyttäjistä 31 % onnistui pysymään päihteistä erossa. Vertailuryhmässä olevista 13 % onnistui pysymään päihteistä erossa. Vertailuryhmä koostui odotuslistalla olevista ja tavanomaista polikliinistä hoitoa saavista päihteiden käyttäjistä. Tämä tulos osoittaa, että hoitomenetelmiä käyttämällä saadaan parempia tuloksia. Tutkimuksessa seurattiin, kuinka moni lopettaa hoidon kesken. Osallistuneista 44,6 % jätti hoidon kesken. Tässä suhteessa parhaaksi hoitomenetelmäksi

osoittautui vaikuttehallinta (29,4 % jätti hoidon kesken), seuraavaksi KKT ilman vaikuttehallintaa (35,3 %) ja kolmanneksi KKT vaikuttehallinnan kanssa (44,5 %). Tutkimuksessa todetaan vaikuttehallinta tehokkaimpana hoitomenetelmänä.

## **Käyttäytymisen aktivointi masennuksen hoidossa**

Masennuksen Käypä hoito -suosituksissa (Käypä hoito -suositukset, 2022) mainitaan käyttäytymisen aktivointi tieteelliseen näyttöön perustuvana hoitona. Käyttäytymisen aktivointi on käyttäytymistieteellinen menetelmä, jossa käyttäytymistä aktiivimalla pyritään muuttamaan asiakkaan mielialaa. Käyttäytymisen aktivoinnissa taustalla on ajatus mielialan yhteydestä elämän muutokseen ja ympäristöön. Asiakkaan ympäristön eli elämän muuttuessa enemmän hänen toivomakseen mieliala kohenee. Näin ollen käyttäytymisen aktivoinnissa pyritään tunnistamaan asiakkaalle merkityksellinen mielialaa tukeva muutos sekä määrittelemään käyttäytymisen, joka johtaa kohti tätä muutosta. Tämän jälkeen muutokseen johtavaa käyttäytymistä pilkotaan ja eritellään pieniin osiin, jotta löydettäisiin käyttäytyminen, jonka asiakas kykenee tekemään alhaisesta motivaatiosta huolimatta. Kun asiakas kykenee tekemään asioita, kyseinen käyttäytyminen vahvistuu ja pienin askelin ympäristö alkaa muuttua (Martell, 2022).

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin masennuksen hoidossa käyttäytymisen aktivointia ja KKT:tä vaikuttavuudeltaan ja kustannuksiltaan. Nämä molemmat näyttöön perustuvat hoidot eroavat sisällöltään. KKT on sisällöltään laajempi ja raskaampi kuin käyttäytymisen aktivointi, joka on sisällöltään suppeampi ja kevyempi. Näin ollen KKT nähtiin lähtökohtaisesti käytännössä hankalampana menetelmänä. Tulosten mukaan käyttäytymisen aktivointi oli hoidollisesti yhtä tehokas kuin KKT. Käyttäytymisen aktivointi puolestaan osoittautui selvästi edullisemmaksi. Oros koostui 440 masentuneesta, joiden voimia

arvioitiin seuraavilla mittareilla: Masennuksen vakavuutta mittaavalla kyselytutkimuksella (Patient Health Questionnaire PHQ-9); laskettiin päivien määrä, jolloin masennusta ei ilmennyt; terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavalla 36 kysymystä sisältävällä kyselyllä; ahdistusta mitattiin kyselyllä Generalized Anxiety Disorder-7. Hoidon kustannuksia arvioitiin ottamalla huomioon asiakkaiden suorat hoidolliset kulut ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon kulut. Tämä tulos on vaikuttava, kun ottaa huomioon, että käyttäytymisen aktivoimisen hoidon tekivät mielenterveyden työssä vasta uransa alussa olevat työntekijät, kun puolestaan KKT:stä vastasivat koulutetut terapeutit (Richards ym., 2017). Tästä nousee esiin kysymys edellyttääkö tehokas hoito pitkää kouluttautumista terapeutilta vai onko terapeutin koulutuksellista pätevyyttä tärkeämpää, mitä menetelmää käytetään. Tutkimuksessa otetaan kantaa osittain tähän kysymykseen. Tutkimus kannustaa eri maiden terveydenhuoltoa ottamaan huomioon tulevaisuudessa vaihtoehto tuottaa psykoterapeuttista hoitoa masennukseen ilman tarvetta luoda laajaa ja kallista ammatillista infrastruktuuria (Richards ym., 2017). Tavallisen masennuksen hoitoon ei tarvita pitkää ja kallista psykoterapeuttikoulutusta, vaan käyttäytymisen aktivoimisen opettaminen osana esimerkiksi jonkin muun ammatillisen alan ammatillista tutkintoa riittää.

### **Bergenin neljän päivän hoitomalli pakko-oireisuuden hoidossa**

Bergenin neljän päivän hoitomalli on luoto pakko-oireisen häiriön -hoitoon. Bergenin malli perustuu intensiiviseen altistus- ja reagoimisen ehkäisy -hoitoon, jota tehdään neljänä peräkkäisenä päivänä. Bjarne Hansen ja Gerd Kvale kehittivät tämän hoidon Norjassa 2010-luvulla.

Ensimmäinen hoitomuotoa koskeva tutkimus julkaistiin 2014, jossa otos koostui 35 pakko-oireisuudesta kärsivästä. Heistä 23:n pakko-oireisuus oli luokiteltu vakava-asteiseksi ja 74 % oli aikaisemmin saanut

hoitoa pakko-oireisuuteen. Kuuden kuukauden seurannassa 77 % osallistujista luokiteltiin parantuneiksi. Lisäksi heidän masentuneisuutensa oli helpottanut ja monella myös työllisyystilanne parantunut (Havnen ym., 2014).

Vuonna 2017 tehtiin toinen vastaava tutkimus 40 henkilön otoksella lähes samalla tutkimusasetelmalla. Tästä tutkimuksesta saatiin samankaltainen tulos. Kuuden kuukauden seurannassa 60 % osallistujista luokiteltiin parantuneiksi (Havnen ym., 2017).

Myös myöhemmin Bergenin malli on saanut vahvaa tutkimusnäyttöä. Bergenin neljän päivän intensiivistä altistus- ja reagoimisen ehkäisymallin tehokkuutta tutkittiin hyvin tuloksin Oslossa. Tutkimukseen osallistui 90 pakko-oireisuudesta kärsivää (ks. taulukko 1). Hoito toteutui kahden viikon aikana ryhmissä. Yhdessä ryhmässä oli aina kuusi pakko-oireisuudesta kärsivää ja saman verran psykoterapeutteja. Psykoterapeutit osallistuivat tutkimukseen Norjan eri puolilta pakko-oireisuuteen erikoistuneista hoitotiimeistä. Psykoterapeuteista 44 % ei ollut aikaisempaa kokemusta kyseisestä hoidosta. Tulosten mukaan pakko-oireisuus väheni merkittävästi 91,1 %:lla ja 72,2 % asiakkaista toipui kokonaan. Kolmen kuukauden seurannassa pakko-oireisuuden oireet olivat pysyneet vähäisempinä 84,4 %:lla ja puolestaan 67,7 % asiakkaista oli edelleen oireettomia (Kvale ym., 2018).

Toisessa Bergenin mallia koskevassa tutkimuksessa vertailtiin Bergenin neljän päivän intensiivistä hoitoa, itseapuhitoa ja hoitojonoa keskenään. Otos koostui 48 pakko-oreisuudesta kärsivästä, joita mitattiin pakko-oreisuuden astetta arvioivalla kyselyllä (Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale, Y-BOCS). Tulosten mukaan pakko-oreisuus lieveni merkittävästi 93,8 %:lla Bergenin hoitomallissa, 12,5 % itseavulla ja 0 % hoitojonossa. Puolestaan hoidon myötä oireettomuuden saavutti 62,5 % Bergenin hoitomallilla, 6,3 % itseavun ryhmässä ja 0 % hoitojonossa olleista (Launes ym., 2019).

Bergenin hoitomallin tutkimustulosten pysyvyyttä pakko-oireisuuden hoidossa on arvioitu 12 kuukauden seurannassa, jossa 83,1 %:lla osallistuneista oirehdinta oli edelleen lievää ja 67,7 % oli edelleen täysin toipunut pakko-oireisuudesta

(Hansen ym., 2018). Näiden tutkimustulosten pohjalta voi todeta, että Bergenin neljän päivän intensiivinen altistus- ja reagoinehkeäisyhoito on erittäin tehokas menetelmä pakko-oireisuuden hoidossa.

## Taulukko 1

*Otoksen (N = 90) demografinen ja diagnostinen kuvaus.*

Demografiset tiedot	n (%) / M (SD)	Samanaikaiset diagnoosit	
Ikä	32,7 (9,7)	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	27 (30,0 %)
Koulutusvuodet	12,6 (3,5)	Masennus	20 (22,2 %)
Sukupuoli: naiset	51 (56,7 %)	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	1 (1,1 %)
Naimaton	52 (57,8 %)	Paniikkihäiriö	14 (15,5 %)
Työssä	51 (56,7 %)	Tourette	2 (2,2 %)
Opiskelija	19 (21,1 %)	Määräkohteinen pelko	4 (4,4 %)
Sosiaalituki	20 (22,2 %)	Sosiaalisten tilanteiden pelko	11 (12,2 %)
Aikaisempi hoito	79 (87,8 %)	Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö	1 (1,1 %)
Mielenterveys lääkitys	40 (44,4 %)	Terveyttä koskeva ahdistus	2 (2,2 %)
GAF-S (0-100)*	51,7 (5,5)	Anoreksia	1 (1,1 %)
GAF-F*	57,5 (10,0)	Bulimia	2 (2,2 %)
OCD:n alkamisikä**	15,5 (6,6)	Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö	1 (1,1 %)
OCD vuodet**	16,1 (10,4)		

Huom: \*yleisen toimintakyvyn arvio GAF\*\* OCD = pakko-oireinen häiriö

## Tietokonepohjaiset hoidot

Aikaisemmin tekstissä mainittiin tutkimus, jossa yksinkertaisempi suppeampi hoito (käyttäytymisen aktivointi) toimi yhtä hyvin kuin monipuolisempi laajempi hoito (KKT). Merkille pantavaa tässä tutkimuksessa oli, että tätä suppeampaa hoitomuotoa antoi tutkimuksessa vähemmän koulutusta ja työkokemusta omaava terveydenhuollon henkilökunta verrattuna laajempaan hoitoon. Tämä tulos kyseenalaistaa työntekijän kokemuksen ja koulutuksen merkityksen. Voiko psykoterapeuttinen hoito sitten olla tehokasta, jos psykoterapeutin rooli on hyvin pieni tai olematon hoidossa? Tähän kysymykseen haetaan vastausta tietokonepohjaisesta psykoterapiasta.

## Voiko KKT toimia tietokonepohjaisena?

Perinteisen KKT:n näyttö mielenterveyden hoidossa on kiistaton. Entä toimiiko

KKT asiakkailta, kun hoito tapahtuu täysin tietokoneen välityksellä?

Titov ym. (2009) tutkivat KKT:n internet-hoito-ohjelmaa sosiaalisen tilanteiden pelon hoidossa. Tutkittavia oli yhteensä 211. Tutkittavien muut diagnoosit otettiin myös huomioon tutkimuksessa. Tutkittavat jaettiin neljään eri ryhmään: 1) vain sosiaalisesta pelosta kärsivät, 2) sosiaalisesta pelosta kärsivät, joilla on myös masennuksen oireita, 3) sosiaalisesta pelosta kärsivät, joilla on myös yleistyneen ahdistuneisuuden oireita 4) sosiaalisesta pelosta kärsivät, joilla ilmeni masennuksen ja yleistyneen ahdistuneisuuden oireita. Tuloksen mukaan KKT:n internet-hoito-ohjelma lievensi tutkittavien sosiaalista pelkoa kaikissa ryhmissä. Ohjelmalla pystyttiin hoitamaan myös tutkittavien masennusta ja yleistynyttä ahdistuneisuutta.

Paniikkihäiriön hoidossa verrattiin internet-pohjaista ja perinteistä ryhmämuotoista KKT:tä keskenään. Tutkittavia oli

113, jotka satunnaistettiin kahteen ryhmään. Molempien hoitojen kesto oli 10 viikkoa. Tuloksia arvioitiin paniikkihäiriön astetta mittaavalla kyselyllä (Panic Disorder Severity Scale, PDSS). Tulosten mukaan molemmat hoitomuodot olivat yhtä toimivia paniikkihäiriön hoidossa heti hoidon jälkeen ja kuuden kuukauden seurannassa.

Tutkimuksen mukaan internet-pohjainen KKT osoittautui merkittävästi edullisemmaksi hoitomuodoksi perinteiseen KKT:hen verrattuna (ks. taulukko 2). Tämä on merkittävä tulos, koska vertailun kohteena oli ryhmämuotoinen psykoterapia, joka on yksilöterapiaa edullisempi terapia-muoto (Bergström ym., 2010).

## Taulukko 2

*Kustannustehokkuus hoidon jälkeen ja seuranta ajankohtana.*

	Ryhmä-KKT		Internet-KKT	
	Hoidon jälkeen	Seuranta 6 kk	Hoidon jälkeen	Seuranta 6 kk
Terapeuttikulut € $\alpha$		260		21
Psykiatrin kulut € $\alpha$		65		65
Kulut yhteensä € $\alpha$		325		86
Hoidosta hyötyneet*	0,63	0,65	0,60	0,71
Kulu-hyöty -suhde** €	516	500	143	121

Huom.  $\alpha$  Kulut yhtä asiakasta kohden euroissa.

\* Kaikista hoidon loppuun asti suorittaneista paniikkihäiriömittarilla PDSS mitattuna hoidosta hyötyneet.

\*\* Hoidosta hyötyneiden kulut yhtä asiakasta kohden euroissa.

Näiden tutkimusten pohjalta voi tehdä seuraavanlaisia päätelmiä. Psykoterapeutin korvaaminen tietokonepohjaisella hoito-ohjelmalla on mahdollista. Tietokonepohjaisilla hoito-ohjelmilla saavutetaan yhtä hyviä tuloksia kuin kasvokkain tapahtuvalla psykoterapialla. Lisäksi tietokonepohjaiset hoito-ohjelmat ovat kustannustehokkaita.

## Uudet tuulet

Psykoterapian kirjallisuudessa puhutaan KKT:n ensimmäisen, toisen ja kolmannen aallon menetelmistä (Harris, 2019). Ensimmäisen aallon psykoterapiamenetelmiin liitetään usein käyttäytymisterapeuttiset menetelmät, toisen aallon psykoterapioihin liitetään kognitiiviset menetelmät ja kolmannen aallon psykoterapioihin liitetään usein esim. hyväksymis- ja omistautumisterapeuttiset menetelmät. Ensimmäisen ja toisen aallon tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä on sivuttu aikaisemmin tekstissä. Tässä tarkastellaan,

olisiko psykoterapian kolmannella aallolla tarjota tutkimusnäyttöön perustuvia lyhytkestoisia, tehokkaita tai edullisia hoitomenetelmiä. Tämän lisäksi tarkastellaan prosessipohjaisia hoitoja esitellen Barlow'n yhtenäistetyn hoito-ohjelman (unified protocol, UP).

## Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Yksi uusista psykoterapian tulokkaista on hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT). HOT on käyttäytymistieteellinen terapiamuoto, jonka tarkoituksena on lisätä ihmisen psykologista joustavuutta. HOT nähdään myös yhtenä KKT:n muotona. HOT:ssa opetetaan miten vähentää tuskallisten ajatusten ja tunteiden valtaa hyväksyntäpohjaisilla menetelmillä. HOT:ssa terapeutti auttaa tärkeiden omien elämän arvojen kirkastamisessa. Arvot sisältävät sen, mitä ihminen pitää tärkeänä, kuten minkä takana hän haluaa seisoa, millä loppujen lopuksi on merkitystä, miten ihminen haluaa kohdella itseään/muita/maailmaa ympärillä

tai miten ihminen haluaa itsensä muistettavan. Terapiaan kuuluu omien arvojen mukaisten tekojen lisääminen päivittäisessä elämässä, jotta elämästä tulisi rikasta ja merkityksellistä. HOT:iin kuuluu myös vahvasti tietoisuus hetkestä ja omasta toiminnasta (Harris, 2019).

Meta-analyysiartikkelissa verrattiin HOT:ia vertailuryhmään ja muihin psykososiaalisiin hoitoihin (Powers ym., 2009). Tässä tutkimuksessa todettiin HOT vertailuryhmiä tehokkaammaksi, mutta ei muita psykososiaalisia hoitoja tehokkaampana. Vertailuryhmät koostuivat hoitojonosta, tavanomaisesta hoidosta ja psykologisesta luhoidosta.

Östin tekemässä 60 tutkimuksen meta-analyysissä HOT ei osoittautunut vahvasti tutkimusnäyttöön perustuvaksi mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Öst, 2014). Myöhemmin tehdyissä meta-analyysissä on saatu lupaavampia tuloksia.

Toisessa meta-analyysiartikkelissa arvioitiin ryhmämuotoisen HOT:in toimivuutta masennuksen ja ahdistuksen hoidossa (Ferreira ym., 2022). Analyysi sisälsi 48 tutkimusta. Tulosten mukaan HOT vähensi masennus- ja ahdistusoireita merkittävästi. HOT:sta on myös näyttöä kroonisen kivun hoidossa (Hughes ym., 2017). Sama pätee myös tinnitukseen, psykoottisiin oireisiin, pakko-oireisiin, sekamuotoiseen ahdistuneisuuteen, huumeiden käyttöön ja työstressiin jo Östin meta-analyysin mukaan.

## **Tietoiseen läsnäoloon pohjautuva terapia**

Tietoisen läsnäolon terveysvaikutuksia on tutkittu. Lisäksi jonkin verran tutkimusta on kertynyt myös tietoiseen läsnäoloon pohjautuvista hoito-ohjelmista kuten tietoiseen läsnäoloon pohjautuvasta kognitiivisesta terapiasta (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) ja tietoiseen läsnäoloon pohjautuvasta stressin vähentymisestä (mindfulness-based stress reduction, MBSR) (Hofmann ym., 2010). Tietoinen läsnäolo on tuomitsematonta tai arvottama-

tonta havainnointia tässä hetkessä. Tietoinen läsnäolo on tietoisuutta, joka on avointa, uteliasta, ystävällistä ja myötätuntoista. Tietoisen läsnäolo on tunnetuimmissa sovelluksissaan lähtöisin itämaisen uskonnon filosofiasta ja uskonnon harjoittamisesta kuten buddhalaisuudesta.

Meta-analyysiartikkelissa tutkittiin kyseisten tietoiseen läsnäoloon pohjautuvien hoito-ohjelmien vaikuttavuutta syvän, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen hoidossa (Hofmann ym., 2010). Tietoiseen läsnäoloon pohjautuva terapia vaikutti lieventäen mieliala- ja ahdistuneisuusoireita. Tutkimukset osoittavat tietoisen läsnäolon harjoittamisen vaikuttavan positiivisesti terveyteen vähentämällä psykologista oireilua, vähentämällä tunteellista reagoitua ja parantamalla käyttäytymisen säätelyä (Keng ym., 2011).

## **Transdiagnostinen hoito**

Psykoterapiassa on luotu hoitomenetelmiä pitkän aikaa diagnostiikan pohjalta. On pyritty löytämään tehokkaita menetelmiä yksittäisen diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Transdiagnostisen ja prosessipohjaisen ajattelun mukaan tämä ei ole viisasta, sillä vain harvoin psykoterapia-asiakkailta on vain yksi diagnoosi. Yleensä diagnoseja on kaksi tai kolme ja tämän lisäksi muihin diagnoseihin viittavia piirteitä. Näin ollen, diagnosikohtaisten menetelmien vaikuttavuustutkimusotokset eivät ole millään tavalla homogeenisiä. On siis vaikea sanoa, mihin tutkittavana oleva menetelmä vaikuttaa, kun tutkittavia on kirjava joukko. Prosessipohjaisessa ajattelussa uskotaan mielenterveyden ongelmien taustalla olevan samankaltaisia niitä yhdistäviä taustaprosesseja. Transdiagnostisilla hoidoilla viitataan menetelmiin, joilla pyritään hoitamaan monen diagnossin yhdistelmää. Esimerkiksi ahdistus- ja masennusdiagnoosin saaneita voitaisiin hoitaa menestyksekkäästi yhdellä hoidolla (Barlow, 2010).

Transdiagnostisen hoitomallin vaikuttavuutta verrattiin muihin tutkimusnäyt-

töön perustuviin yhden diagnoosin hoitoon tarkoitettuihin menetelmiin ahdistushäiriöiden hoidossa (Barlow ym., 2017). Otos koostui 223 asiakkaasta, jotka ohjattiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Heistä 88 ohjattiin saamaan transdiagnostista hoitoa, 91 saamaan diagnoosikohtaista hoitoa tai 44 pysymään hoitojonossa. Heidän joukossaan oli paniikkihäiriöstä kärsiviä julkisenpaikan pelon kanssa ja ilman, yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsiviä, pakko-oireisesta häiriöstä kärsiviä ja sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsiviä. Hoidon kesken jättäneiden määrä oli pienin transdiagnostisessa hoidossa. Molemmat hoidot olivat hoitojonoa tehokkaampia. Molemmat, transdiagnostinen hoito ja diagnoosikohtainen hoito, osoittautuivat yhtä tehokkaiksi ahdistushäiriöiden hoidossa. Tämän tuloksen johdosta tutkimuksessa suositeltiin transdiagnostisten hoitojen suosimista tulevaisuudessa, koska yhdellä hoitomallilla monen diagnoosin hoitaminen on käytännöllisempää ja tehokkaampaa.

### **Pohdinta**

Kysyntä mielenterveyspalveluille on kasvussa Suomessa (Mieli Suomen mielenterveys ry, 1.4.2002) ja maailmanlaajuisesti (Santomauro ym., 2021) johtuen osittain covid-19-pandemian vaikutuksista ja synkistä talousnäkyistä. Nykyinen terveydenhuollon rakenne ei kuitenkaan riitä vastaamaan tähän tarpeeseen. Olemme yhteisen haasteen edessä. Miten ratkaista tämä yhteiskunnallinen ongelma? Lähdimme hakemaan vastausta tähän kysymykseen psykoterapiaa koskevasta tieteellisestä kirjallisuudesta.

Ratkaisuna tähän ongelmaan toimisi psykoterapian tehostaminen. Näin ollen esittelemme tässä artikkelissa erilaisia näyttöön perustuvia hoitomalleja, jotka ovat lyhytkestoisia, hoidollisesti tehokkaita sekä edullisia. Psykoterapian tehokkuutta koskevassa tieteellisessä kirjallisuudessa ja keskustelussa törmätään usein dodo-vertaukseen, jonka mukaan kaikki psykoterapeuttiset hoidot ovat yhtä tehokkaita

(Rosenzweig, 1936). Dodo-vertauksen ympärille kiertynyt tieteellinen tutkimus vie psykoterapian tieteellistä tutkimusta väärään suuntaan. Sen lisäksi – miksi yli päänsä pitäisi tehdä psykoterapiatutkimusta, jos muka psykoterapiat on todettu yhtä tehokkaiksi? Sen sijaan, että käytettäisiin resursseja löytämään näyttöä jonkin psykoterapeuttisen suuntauksen ylivoimaisuudesta tai päinvastoin kaikkien olevan tasavertaisia, resursseja tulisi suunnata tutkimukseen, joka selvittää mikä tekee tehokkaiksi osoittautuneesta hoidosta tehokkaan. Osa tutkijoista on jo varhain ollut kiinnostunut tästä kysymyksestä kuten yksi maailman etevimmistä psykoterapiatutkijoista, Neil S. Jacobson. Jacobson vietti tutkijauransa etsien tehokasta hoitomuotoa masennukseen. Hänen läheinen tutkijakollegansa Sona Dimidjian kirjoittaa Jacobsenin kunniaksi julkaistussa muistoartikkelissaan vuonna 2000 kuvaillen Jacobsenia skeptikoksi, joka ei hyväksynyt teoriaa, hoitomallia, oletusta ilman, että se oli asetettu tiukan ja systemaattisen empiirisen tarkastelun kohteeksi. Hänen aikansa Aaron T. Beckin kehittämä kognitiivisen psykoterapian nähtiin olevan tehokas hoitomuoto masennuksen hoidossa. Näyttöä kognitiivisen psykoterapian toimivuudesta on kertynyt merkittävästi masennuksen hoidossa. Tämä tulos ei riittänyt Jacobsenille, hän halusi tietää mikä tarkemmin kognitiivisessä psykoterapiassa nimenomaan auttaa asiakkaita. Jacobson vertaili tutkimuksessaan kognitiivisen psykoterapian eri hoidollisia elementtejä kuten käyttäytymisen aktivointia, käyttäytymisen aktivointia ja ajatusten uudelleenmuotoilua koskien automaattisia ajatuksia, käyttäytymisen aktivointia sekä ajatusten uudelleenmuotoilua sekä ydinuskomusten uudelleenmuotoilua. Tulos oli yllättävä, sillä kaikilla näillä elementeillä oli samankaltainen vaikuttavuus. Tästä tutkimustuloksesta tekee erityisen mielenkiintoisen, se että tutkimuksessa hoitavien psykoterapeuttien tiedettiin suosivan täyttää kognitiivisen terapian hoitokokonaisuutta ja usko van sen olevan vaikuttavin (Martell, 2022). Jacobsonin kaltaisia tutkijoita tarvitaan.

Tarvitaan tutkijoita, jotka asettavat näyttöön perustuvat psykoterapia ankaran empiirisen tutkimuksen alaiseksi, jotta muutoksen aikaan saavat elementit löytyvät. Vain näin voidaan tehostaa nykyisiä psykoterapioita.

### **Näyttöön perustuva psykoterapia välittömästi käyttöön**

Psykoterapia kirjallisuudesta löytyy laajaan tieteelliseen näyttöön perustuvia menetelmiä kuten vaikutehallinta (Dutra ym., 2008; Higgins ym., 2008) ja käyttäytymisen aktivointi (Martell, 2022; Richards ym., 2017). Psykoterapia suuntauksista laajaa tieteellistä näyttöä on kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (Borkovec & Costello, 1993; Cabedo ym., 2018; Fisher & Durham, 1999; Froushani ym., 2011; Honyashiki ym., 2014; Marom ym., 2009; Shafran ym., 2009; Smith ym., 2015; Öst, 2008; Öst ym., 2015). Lisäksi kirjallisuudesta löytyy menetelmiä, joista on tieteellistä näyttöä kuten Bergenin neljän päivän hoitomalli (Hansen ym., 2018, 2019; Kvale ym., 2018; Launes ym., 2019), joka pohjautuu altistus ja reagoinnin ehkäisy -menetelmäpariin on kehitetty viime vuosikymmenen aikana.

Näitä edellä mainittuja ja muita vahvaa näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä sekä psykoterapiasuuntauksia psykoterapeuttien tulisi välittömästi ottaa käyttöön hoidossa. Terveystieteiden tulisi ohjata asiakkaita vain psykoterapeuteille, jotka ovat sitoutuneet käyttämään terapiassa tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä. Toivottavasti sote-uudistus tuo tässä suhteessa toivotun muutoksen.

### **Syrjäyttävätkö tietokonepohjaiset hoito-ohjelmat perinteisen psykoterapian?**

Kun psykoterapiapulaan ei näytä löytyvän nopeata ratkaisua lähivuosina, tulisi resursseja suunnata tietokonepohjaisten hoitojen kehittämiseen ja käyttöönottoon. Tulokset tietokonepohjaisista hoidoista ovat lupaavia (Froushani ym., 2011;

Pennant ym., 2015; Smith ym., 2015). Tietokonepohjaiset hoidot ovat tutkitusti edullisia (Froushani ym., 2011; Pennant ym., 2015). Näin ollen tietokonepohjaiset psykoterapiamuodot todennäköisimmin valtaavan alaa ja korvaavan osittain perinteisen psykoterapian jo tämän vuosikymmenen aikana.

### **Psykoterapeutiksi opiskelusta**

Valtiovallalla on suunnitelmia uudistaa täysin psykoterapian koulutus rakenne tulevina vuosina. On mielenkiintoista nähdä, integroidaanko psykoterapeuttiopinnot osaksi monia terveydenhuollon ammatillisia opintoja, vai otetaanko käyttöön erillinen maksuton tutkinto, johon voi suoraan valmistua kenties ilman aikaisempaa työkokemusta tai terveydenhuollon ammatillista tutkintoa.

Nykyisen, osittain markkinavetoisen opetusjärjestelmän etuna on, että se suosii terapiamuotoja, joilla on vahvaa tieteellistä tutkimusnäyttöä, koska useimmat opiskelijat haluavat valita terapeuttikoulutuksen, jossa niitä opetetaan. Jos taas korkeakoulut päättäisivät, mitä terapeuttikoulutuksia toteutetaan, voitaisiin toteuttaa henkilökunnan omiin mieltymyksiin perustuvia terapeuttikoulutuksia. Tällöin helposti subventoitaisiin terapiamuotoja, joita ei ole kunnolla tutkittu tieteellisesti vahvoihin kriteereihin, koska korkeakouluissa tai niitä valvoivissa organisaatioissa ei ole elimiä tai mekanismeja, joilla opetuksessa turvattaisiin tieteellisen tutkimusnäyttöön perustuvien psykoterapiamenetelmien käyttö. Seurauksena voisi olla, että psykoterapia-asiakkaat joutuisivat testaamattomien psykoterapiamenetelmien koekaniineiksi. Mielestämme yhteiskunnalla ei ole enää varaa toteuttaa pitkiä ja/tai tehottomia psykoterapioita – niin suuri on psykoterapian tarve. Sen vuoksi pitäisi luoda järjestelmä, jonka avulla turvataan tehokkaiden ja tutkittujen psykoterapiamenetelmien käyttö haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden hoidossa.

## Lähdeluettelo

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, *74*(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D. & Heldt, E. (2017). Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(2), 142–146. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001>
- Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A., Carlbring, P., Andersson, E. & Lindfors, N. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: A randomised trial. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 54–54. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-54>
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 611–619. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.61.4.611>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C., (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, *9*(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Budd, R. & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict-controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*(6), 510–522. <https://doi.org/10.1002/cpp.648>
- Cabedo, E., Carrió, C. & Belloch, A. (2018). Stability of treatment gains 10 years after cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A study in routine clinical practice. *International Journal of Cognitive Therapy*, *11*(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0002-4>
- Carroll, K. M. & Rounsaville, B. J. (2010). Perhaps it is the dodo bird verdict that should be extinct. *Addiction (Abingdon, England)*, *105*(1), 18–20. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02833.x>
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(2), 179–187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. de, Caramelli, P. & Kishita, N. (2022). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *309*, 297–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>



- Fisher, P. L. & Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29(6), 1425–1434. <https://doi.org/10.1017/S0033291799001336>
- Foroushani, P. S., Schneider, J. & Assareh, N. (2011). Meta-review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression. *BMC Psychiatry*, 11(1), 131. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-131>
- Hansen, B., Hagen, K., Öst, L.-G., Solem, S. & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting: 12-month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 9(MAY), 639–639. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639>
- Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A. & Öst, L.-G. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: Four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(2), 89–105. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1478447>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Havnen, A., Hansen, B., Öst, L.-G. & Kvale, G. (2014). Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 319–324. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.08.002>
- Havnen, A., Hansen, B., Öst, L.-G. & Kvale, G. (2017). Concentrated ERP Delivered in a Group Setting: A replication study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(5), 530–536. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000091>
- Health at a Glance: Europe 2018*. OECD Publishing.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldö, V., Jansson, L., Andersson, E., Blom, K., el Alaoui, S., Falk, L., Ivarsson, J., Nasri, B., Rydh, S. & Lindefors, N. (2013). Effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 457–467. <https://doi.org/10.1111/acps.12079>
- Heldt, E., Blaya, C., Kipper, L., Salum, G. A., Otto, M. W. & Manfro, G. G. (2007). Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: One-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 540–543. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318064e7c4>
- Higgins, S. T., Silverman, K. & Heil, S. H. (2008). *Contingency management in substance abuse treatment* (S. T. Higgins, K. Silverman, & S. H. Heil, Eds.). Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Honyashiki, M., Furukawa, T. A., Noma, H., Tanaka, S., Chen, P., Ichikawa, K., Ono, M., Churchill, R., Hunot, V. & Caldwell, D. M. (2014). Specificity of CBT for depression: A contribution from multiple treatments meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 38(3), 249–260. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9599-7>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. & McMillan, D. (2017). Ac-

- ceptance and commitment therapy (ACT) for Chronic Pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568.  
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Keng, S.-L., Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kvale, G., Hansen, B., Björgvinsson, T., Børtveit, T., Hagen, K., Haseth, S., Kristensen, U. B., Launes, G., Ressler, K. J., Solem, S., Strand, A., van den Heuvel, O. A. & Öst, L.-G. (2018). Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: The bergen 4-day treatment. *BMC Psychiatry*, 18(1), 323–323.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1887-4>
- Launes, G., Hagen, K., Sunde, T., Öst, L.-G., Klovning, I., Laukvik, I.-L., Himle, J. A., Solem, S., Hystad, S. W., Hansen, B. & Kvale, G. (2019). A randomized controlled trial of concentrated ERP, self-help and waiting list for obsessive-compulsive disorder: The bergen 4-Day treatment. *Frontiers in Psychology*, 10, 2500–2500.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02500>
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401–419.  
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00057-4)
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology (New York, N.Y.)*, 9(1), 2–12.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.2>
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(2), 192–203.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x>
- Marcus, D. K., O’Connell, D., Norris, A. L. & Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519–530.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- Marom, S., Aderka, I. M., Hermesh, H. & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Social phobia: maintenance models and main components of CBT. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4), 264–268.
- Martell, C. R. (2022). *Behavioral activation for depression: A clinician’s guide* (S. Dimidjian & R. Herman-Dunn, toim.; 2. painos). Guilford Press.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., Rapee, R. M. & Campbell, B. N. C. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 50(4), 258–265.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.009>
- Muran, J. Christopher. & Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance an evidence-based guide to practice* (J. Christopher. Muran & J. P. Barber, toim.). Guilford Press.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work therapist contributions and responsiveness to patients* (J. C. Norcross, toim.). Oxford University Press.
- Olatunji, B. O., Rosenfield, D., Tart, C. D., Cottraux, J., Powers, M. B. & Smits,

- J. A. J. (2013). Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: An examination of outcome and mediators of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 415–428.  
<https://doi.org/10.1037/a0031865>
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S. & Kendall, T. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 67*, 1–18.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>
- Powers, M. B., zum Vörde Sive Vörding, M. B. & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*(2), 73–80.  
<https://doi.org/10.1159/000190790>
- Richards, D. A., Rhodes, S., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Barrett, B., Finning, K., Ganguli, P., Warren, F., Farrand, P., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E., Wright, K., Reed, N., Fletcher, E., Hollon, S. D., ... Woodhouse, R., (2017). Cost and outcome of behavioural activation (COBRA): a randomised controlled trial of behavioural activation versus cognitive-behavioural therapy for depression. *Health Technology Assessment (Winchester, England), 21*(46), 1–366.  
<https://doi.org/10.3310/hta21460>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415.  
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J., (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet (British Edition), 398*(10312), 1700–1712.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P. A., Hollon, S. D., Ost, L. G., Salkovskis, P. M., Williams, J. M. G. & Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 902–909.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
- Smith, P., Scott, R., Eshkevari, E., Jatta, F., Leigh, E., Harris, V., Robinson, A., Abeles, P., Proudfoot, J., Verduyn, C. & Yule, W. (2015). Computerised CBT for depressed adolescents: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 73*, 104–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.009>
- Titov, N., Gibson, M., Andrews, G. & McEvoy, P. (2009). Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 43*(8), 754–759.  
<https://doi.org/10.1080/00048670903001992>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710–720.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Üstün, T. B., & Kessler, R. C. (2002). Global burden of depressive dis-

- orders: The issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, 181(3), 181–183.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.181>
- van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., de Haan, E. & van Dyck, R. (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1415–1422.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.v66n1111>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum.
- Whittal, M. L., Robichaud, M., Thordarson, D. S. & McLean, P. D. (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1003–1014.  
<https://doi.org/10.1037/a0013076>
- Öst, L.-G. (2008). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(S47), 5–10.  
<https://doi.org/10.1080/08039480802315590>
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B. & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>