

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Paunio, Tiina; Lindfors, Olavi; Kaska, Hely; Karlsson, Hasse; Kurri, Katja; Lehtovuori, Pirjo; Melart, Paula; Melartin, Tarja; Näätänen, Petri; Pirkola, Sami; Wahlström, Jarl

Title: Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa

Year: 2012

Version: Published version

Copyright: © Suo-men Lää-kä-ri-liit-to, 2012

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Paunio, T., Lindfors, O., Kaska, H., Karlsson, H., Kurri, K., Lehtovuori, P., Melart, P., Melartin, T., Näätänen, P., Pirkola, S., & Wahlström, J. (2012). Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. Suomen Lääkärilehti, 67(37), 2547-2553.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/psykoterapiaprosessit-nyt-ja-tulevaisuudessa/>

TIINA PAUNIO

psykiatrian dosentti ja professori
HYKS, psykiatrian klinikka

OLAVI LINDFORS

psykologian lisensiaatti,
kehittämispäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

HELY KALSKA

FT, yliopistonlehtori
Helsingin yliopisto,
käyttäytymistieteiden laitos

HASSE KARLSSON

integratiivisen neurotieteen
professori
Turun yliopisto

KATJA KURRI

PsT, psykoterapian
erikoispsykologi
HYKS, psykiatrian klinikka

PIRJO LEHTOVUORI

PsL, psykoterapian
erikoispsykologi

PAULA MELART

asiantuntijalääkäri
Kelan terveysosasto

TARJA MELARTIN

psykiatrian dosentti,
osastonlääkäri
HYKS, psykiatrian klinikka

PETRI NÄÄTÄNEN

kehittämispäällikkö
HYKS, psykiatrian klinikka

SAMI PIRKOLA

professori
Oulun yliopisto, psykiatrian osasto

JARL WAHLSTRÖM

professori
Jyväskylän yliopisto, psykologian
laitos

Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa

- Psykoterapia on vuorovaikutuksellinen, teoreettiseen tietämykseen perustuva ja tehokas mielenterveyden häiriöiden ja psyykkisten ongelmien hoito- ja kuntoutusmuoto. Se täyttää näyttöön perustuvan hoidon kriteerit lähes kaikissa tärkeimmissä psykiatrisissa häiriöissä.
- Ammattinimikkeeseen tähtäävä psykoterapeuttikoulutus siirtyi asetusmuutoksella vuoden 2012 alussa yliopistojen järjestettäväksi.
- Kelan korvaama harkinnanvarainen psykoterapia muuttui vuoden 2011 alusta lakisääteiseksi kuntoutuspsykoterapiaksi.
- Psykoterapioiden lisääntynyt käyttö ja kysyntä asettavat hoitojärjestelmät uuden haasteen eteen.
- Psykoterapioiden saatavuutta tulisi parantaa hoitoon hakeutumista helpottavilla ohjautumisjärjestelmillä. Tarvitaan myös hoidon tuloksellisuuden seurantajärjestelmiä.

Psykoterapia on osoittautunut vaikuttavaksi terveydenhuollon hoitomuodoksi, ja tämä on nostanut sen psykiatrian reuna-alueilta mielenterveystyön keskiöön. Hoitojärjestelmälle tämä merkitsee uutta haastetta: kuinka vastataan lisääntyvään psykoterapian kysyntään, ohjataan oikeat potilaat oikeassa vaiheessa oikeanlaisen hoidon piiriin, taataan hoidon kohtuulliset kustannukset yksilöille ja tarjotaan kattava kirjo erilaisia hoitomuotoja erilaisiin tarpeisiin?

Esittelemme katsauksessamme psykoterapian määritelmää ja psykoterapeuttien koulutusta sekä tutkimusnäyttöä hoidon vaikuttavuudesta. Psykoterapia-arvio ohjaa tulevaa terapeutista työskentelyä, joten myös arvion laatuun tulisi panostaa. Tästä esimerkkinä esitämme lyhyesti HUS:n käyttöön ottamaa arviointivälineistöä. Pohdimme lopuksi psykoterapiaa terveydenhuollon hoitoketjussa ja visioimme ohjausjärjestelmiä, jotka voivat helpottaa hoitoon hakeutumista ja sen tuloksellisuuden seuraamista tulevaisuudessa.

Mitä psykoterapia on ja kuka on psykoterapeutti?

Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa, jonka tehtävänä on tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisää henkilön valmiuksia ratkaista ongelmiaan (1) (Liiteaineisto 1 lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelo > 37/2012). Se on erityinen inhimillisen yhteistoiminnan muoto.

Psykoterapioilla pyritään psykologisin keinoin auttamaan ihmisiä muutokseen erilaisissa tunte-elämän, käyttäytymisen ja ihmissuhteiden ongelmissa.

Suomessa psykoterapian määrittelyä on tarkennettu terveydenhuollon näkökulmasta, lääkintöhallituksen vuonna 1977 asettaman työryhmän linjauksista lähtien (2) sekä vuonna 2006 annetussa konsensuslausumassa (1). Psykoterapioilta edellytettävä psykologiseen ja psykiatriseen tutkimukseen perustuva tietopohja ja teorianmuodostus auttavat ymmärtämään ihmisen normaalia kehitystä ja psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Lisäksi tulee olla näyttöä siitä, miten kukin psykoterapiamenetelmä soveltuu erilaisten potilaiden ja ongelmien tai häiriöiden hoitoon.

Psykoterapeutti on asetuksella suojattu terveydenhuollon ammattinimike. Laadukkaalla koulutuksella pyritään varmistamaan terapeutin ammatillinen pätevyys. Varsinaisten psykoterapioiden ohella voivat psykoterapeuttista työtä tehdä muutkin kuin koulutetut psykoterapeutit, kuten tapahtuu laajalti mm. psykiatrisessa hoitojärjestelmässä, perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa yhteisöllisesti tuettuna hoidollisina vuorovaikutussuhteina.

Ammattinimikkeeseen tähtäävä psykoterapeuttikoulutus siirtyi joulukuussa 2010 annetulla asetuksella yliopistojen järjestettäväksi (Liiteaineisto 2). Muutoksen tavoitteena oli parantaa koulutuksen laadunvalvontaa, potilasturvallisuutta ja koulutettavien oikeusturvaa. Yliopistot vastaavat koulutuksen sisällöstä ja ope-



KIRJALLISUUTTA

- 1 Konsensuslausuma. Psykoterapia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. 18.10.2006. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausuma06>.
- 2 Pylkkänen K, Pöllänen R, Upanne M, toim. Psykoterapia Suomessa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Oppaita 29, 1995.
- 3 Wampold BE. The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah, New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates 2001.
- 4 Hansen NB, Lambert MJ, Forman EV. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9:329–43.
- 5 Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, Phillips G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions. A meta-analysis. *Psychol Bull* 2000;126:512–29.
- 6 Norcross J. Psychotherapy relationships that work. Creating a new therapy for each patient. *Psykoterapiatutkimuksen päivät*. Jyväskylän yliopisto, 17.2.2010.
- 7 Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Laaksonen M. Psykoterapioiden vaikuttavuus masennukseen pitkissä seurannoissa. *Duodecim* 2012;128:267–74.
- 8 Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Kirjassa: Lambert MJ, toim. *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. painos. New York: Wiley 2004;139–93.
- 9 Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Cons Clin Psychol* 2008;76:909–22.
- 10 Smit Y, Huibers MJH, Ioannidis JPA, van Dyck R, van Tilburg W, Arntz A. The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2012;32:81–92.
- 11 Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti* 33/2010.
- 12 Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 2011;48:98–102.
- 13 Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998;155:457–69.
- 14 Brody AL, Saxena S, Stoessel P ym. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:631–40.

tuksen tasosta. Koulutettavat voivat luottaa nimikesuojauksen saantiin yliopiston antaman todistuksen perusteella. Valvira rekisteröi edelleen psykoterapeutit todistuksen perusteella nimikesuojattuina Terhikki-rekisteriin.

Parhaimmillaan koulutusmuutos tarkoittaa mahdollisuutta tasapainottaa eri psykoterapiamenetelmiin koulutautuneiden psykoterapeuttien määrää kysyntää vastaavalle tasolle. Koulutettujen psykoterapeuttien määrä voi pahimmillaan notkahtaa, varsinkin jos koulutettaville koituvat kustannukset nousevat siirtymävaiheessa kohtuuttomiksi. Psykoterapeuttikoulutusten haasteena on myös tarjota tuleville psykoterapeuteille mahdollisuus kehittyä monipuolisiksi osaajiksi, joilla on valmiuksia sovittaa lähestymistapansa potilasta, hänen vastaanottavuuttaan ja muutosvaihettaan kuullen. Koulutusohjelmien tarjonnassa tarvitaan monipuolisuutta, jotta vuoropuhelu erilaisten psykoterapioiden kesken säilyy ja rikastuu. Koulutusvastuun siirtyttyä yliopistoille tavoitellaan lisääntyvää tieteellisen näkökulman ja käytäntöjen kehittämisen vuoropuhelua, joka avaisi ovia koulukuntarajat, tieteenalat ja ammattikuntarajat ylittävälle yhteistyölle.

Psykoterapian vaikuttavuus tutkimusten valossa

Lukuisten kliinisten kokeiden ja niiden perusteella tehtyjen meta-analyysien perusteella psykoterapian teho on huomattavan suuri (3). Meta-analyysien mukaan yli kaksi kolmasosaa psykoterapiaa saaneista potilaista voi hoidon jälkeen paremmin kuin ennen sitä, kun taas hoitoa saamattomista alle kolmasosalla vointi parane vastaavassa ajassa. Kliinisen käytännön arjessa psykoterapian vaikuttavuus vaihtelee kuitenkin suuresti. Huonommillaan yli puolet psykoterapiaa saaneista potilaista saattaa jäädä hyötymättä hoidosta ja lähes joka kymmenennen tilanne voi huonontua hoidosta riippumatta (4). Parhaimmillaan vaikuttavuus voi ylittää kliinisten kokeiden keskimääräisen tehon (5).

Nykytiedon valossa osataan selittää noin puolet psykoterapian tuloksen vaihtelusta (6). Suurin osa tunnetusta vaihtelusta selittyy potilaan ominaisuuksiin ja olosuhteisiin liittyvillä tekijöillä. Seuraavaksi suurin selittäjä on terapiasuhte, ja sitä seuraavat terapiamenetelmä ja terapeutin ominaisuudet. Valtaosassa satunnaisesti tutkimuksista on vertailtu lyhytterapioi-

ta, eikä hoitovaikutusten pysyvyydestä pitkällä aikavälillä ole paljon tietoa (7). Ei myöskään katavasti tiedetä, miten psykoterapioiden vaikutukset eroavat eri ulottuvuuksilla (mm. oireet, toimintakyky, ihmissuhteet, elämänlaatu, terveyskäyttäytyminen, terveyspalveluiden käyttö, itsehävinnöinnin kyky, neurobiologia). Sen sijaan tiedetään (8), että vaikuttavuuden kannalta psykoterapia on useimmiten hyödyllistä valtaosalle potilaista, vaikka kaikki eivät toivu hoitoon hakeutumisen syynä olleesta häiriöstä, ja lisäksi se on harvoin haitallista. Psykoterapia on myös tehokasta lyhyellä aikavälillä, etenkin akuuttiin oireiluun, ja hitaasti vaikuttavaa pitkäkestoisiin ongelmiin ja persoonallisuusrakenteen muutoksiin.

Erityyppiset lyhyet terapiat näyttävät toimivan keskimäärin yhtä hyvin mm. masennushäiriöiden hoidossa (9). Yli 100 käyntikertaa sisältävien pitkienkin terapioiden välillä ei ole juuri osoitettu vakuuttavia vaikuttavuuseroja (10), kun taas lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikutusten ilmaantuvuusajankohdassa, kestossa ja laadussa on todettu merkittäviä eroja (11). Löydökset ahdistuneisuus- ja masennushäiriöpotilaiden tutkimuksista näyttävät tukevan hypoteesia siitä, että terapian pituudella tai käyntimäärällä on suurempi merkitys kuin terapiateknikalla, vaikka ne väistämättä myös kytkeytyvät toisiinsa. Terapioiden yhteiset tekijät – mm. yhteistyösuhte, terapeutin ja potilaan tavoitteiden samansuuntaisuus, terapeutin kyky toimia uskottavasti, eläytyvästi ja potilasta arvostavalla tavalla potilaan myönteisiä odotuksia vahvistaen (12) – ovat tutkimusten mukaan merkityksellisempiä kuin teorioiden oletamat erityiset vaikutusmekanismit, jotka eivät välttämättä enusta tuloksellisuutta tai rajoitu vain tiettyyn terapiamuotoon (esim. haitallisten kognitioiden korjaantuminen ei näytä olevan erityistä vain kognitiiviselle psykoterapialle).

Tarvitsemme yhä lisää tietoa sekä kvantitatiivisista vaikuttavuus-, ennuste- ja prosessitutkimuksista että laadullisista prosessi- ja tapaus-tutkimuksista ymmärtääksemme paremmin, mitä psykoterapia on ja miten se toimii. Tarvitsemme myös lisää tietoa psykoterapeuttien hoitojen neurobiologisista vaikutusmekanismeista (Liiteaineisto 3). Tiedon lisääntyessä psykoterapeuttien muutosprosessien ja mielen toiminnan teorioita tulee tarkistaa ja uusia hypoteeseja testata tutkimuksella.

15 Martin SD, Martin E, Rai SS ym. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:641-8.

16 Goldapple K, Segal Z, Garson C ym. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:34-41.

17 Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS ym. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:681-9.

18 Nakatani E, Nakagawa A, Ohara Y ym. Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2003;124:113-20.

19 Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR ym. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:109-13.

20 Prasko J, Horáček J, Zálesky R ym. The change of regional brain metabolism (18FDG PET) in panic disorder during the treatment with cognitive behavioral therapy or antidepressants. *Neuro Endocrinol Lett* 2004;25:340-8.

21 Beutel ME, Stark R, Pan H ym. Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Res* 2010;184:96-104.

22 Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I ym. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:425-33.

23 Paquette V, Lévesque J, Mousour B ym. Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage* 2003;18:401-9.

24 Straube T, Glauer M, Dillger S ym. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain activation in specific phobia. *Neuroimage* 2006;29:125-35.

25 Felmingham K, Kemp A, Williams L ym. Changes in anterior cingulate and amygdala after cognitive behavior therapy of posttraumatic stress. *Psychol Sci* 2007;18:127-9.

26 Schnell K, Hertz SC. Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2007;41:837-47.

27 Lai C, Daini S, Calcagni ML ym. Neural correlates of psychodynamic psychotherapy in borderline disorders: a pilot investigation. *Psychot her Psychosom* 2007;76:403-5.

Psykoterapia käytännössä

Psykoterapian tulos voidaan selittää eri osatekijöillä, mutta näiden suhteellisten osuuksien erittely on kyseenalaista (32). Todellisuudessa eri tekijät – potilas, terapeutti, menetelmä, yhteistyösuhde – ovat terapiaprosessin aikana jatkuvassa keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Psykoterapeutin tehtävänä on ohjata yhteisvaikutus mahdollisimman hyödylliseen suuntaan.

Kontekstuaalisen mallin (3) mukaan psykoterapeuttisessa hoitoprosessissa on keskeistä se, että potilaan ja terapeutin välille muodostuu suhde, joka on tunnepitoinen, luottamukseen perustuva ja jossa rakentuu myönteinen odotus toivotusta tuloksesta. Terapeutin toiminnan perustuminen hyväksytyyn käsitejärjestelmään luo toiminnalle uskottavuutta. Näin ajatellen psykoterapia on kahden tai useamman henkilön yhdessä toteuttama tarkoituksellinen, vastavuoroinen ja korjautuva prosessi. Potilaalla ja terapeutilla on kuitenkin siinä eri asemat. Potilaalla on kokemuksellista tietoa omasta elämästään ja siinä koetuista vaikeuksista (33). Terapeutilla on tietoa terapiaprosessista, sen kulusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Terapeuttiset tekniikat, potilaan osallistaminen ja terapiasuhte ovat erottamattomasti punoutuneina toisiinsa

sa terapiaprosessissa (34), eikä terapeuttista muutosta voi tapahtua ilman potilaan aktiivista osuutta. Terapeutin työtapaan sisältyvät toimet ja tehtävät mahdollistavat tämän osallistumisen, ja terapiasuhte kantaa tätä yhteistä työtä (Liiteaineisto 4).

Psykoterapia ei ole kaikille hoitoon tuleville henkilöille sama asia (45). Potilailla on erilaisia ja monenlaisia ymmärryksiä siitä, mikä heitä vaivaa, mihin he haluavat apua ja miten psykoterapia voi olla avuksi. Olipa potilaan lähtökohta mikä tahansa, on tärkeää, että hänet nähdään aktiivisena toimijana, joka tavoittelee muutosta elämässään psykoterapian ja psykoterapeutin avulla. Hän toivoo tyypillisesti kumppanikseen sensitiivistä, kuuntelevaa ja samalla riittävän aktiivista terapeuttia (46).

Nykyään painotetaan kokemuksellisuuden merkitystä psykoterapiassa. Katsotaan, että läsnä olevassa hetkessä tapahtuu olennainen terapeuttinen työ (47). Näissä hetkissä terapiassa tapahtuu jotain, jossa sekä terapeutti että potilas kokevat erityisellä tavalla sekä oman että toisen läsnäolon. Tällaisissa erityisissä kohtaamisissa tapahtuu myös potilaan menneisyyden muuttumista – ei niinkään historian uudelleen kirjoittamisena, vaan nykyisen muistamisyyhteyden

TAULUKKO 1.

Psykoterapian kulku.

Psykoterapia-arvio ja terapiaan ohjaus	Muutos alkaa jo ennen psykoterapian käynnistymistä: ongelman tunnistamisesta, toivon heräämisestä ja päätöksestä hakeutua psykoterapiaan
Terapian alkuvaihe	Informointi terapian puitteista Yhteistyösuhteen perustan arviointi ja luominen Odotuksia koskeva neuvottelu Ongelmien jäsenyys Tavoitteista ja kestoista neuvottelu ja sopiminen Terapiasopimus
Terapian keskiväli	Tavoitteiden tarkistaminen ja tarvittaessa muutokset Psykoterapeuttinen työskentely viitekehysten mukaisilla toimintatavoilla. Karikoiden käsittely Mitä on saavutettu, mikä on kesken
Terapian lopetus	Erotyöskentely Mitä lopettaminen tai jatkaminen herättää Minkä suhteen on edistytty, mikä jää kesken Muutokset oiretasolla, elämänlaadussa ja toimintakyvyssä
Seuranta	Ovatko terapian aikana saavutetut muutokset säilyneet Onko jatkohoidon tai -terapian tarvetta

TAULUKKO 2.

Tulevaisuuden ”älykäs” psykoterapioiden laatu järjestelmä.

1 Vaikuttavuus- ja soveltuvuusmittaukseen pohjautuva palautejärjestelmä ja tietopankki

Kaikki älykkäät ja kehittyvät järjestelmät perustuvat palautetietoon saavutetuista tavoitteista. Psykoterapian tavoitteena on asiakkaalle tuotettu terveyshyöty, joka usein saavutetaan menetelmällisen vuorovaikutuksen, mielen sisäisten rakenteiden ja suhteiden muutosten kautta. Tätä vaikutusta tulee mitata jatkuvana, mahdollisimman pitkälle automatisoituna prosessina usealla ulottuvuudella (oireet, toimintakyky, elämänlaatu) ja myös useaa tarkoitusta varten. Palautetietoa voidaan käyttää erityisesti (1) yksittäisen psykoterapian vaikutusten tarkasteluun ja prosessin korjaamiseen sekä (2) vaikutusvaihtelun selittämiseen yksilö, terapeutti ja menetelmämuuttujilla, tavoitteena entistä parempi empiriaan pohjautuva soveltuvuusohjaus. Ajan mittaan tällainen systemaattinen vaikuttavuusmittaus yhdistettynä soveltuvuusarvioiden yksilö- ja tilamuuttujiin sekä psykoterapeuttiverkoston kautta kerättäviin terapeutti- ja menetelmämuuttujiin tarjoaa arvokkaan järjestelmää kehittävän tietopankin. Myös systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen prosessin eri vaiheista palvelee tätä samaa tarkoitusta.

2 Toimijaverkostoiden ja -organisaatioiden hallittu työnjako ja porrastus

Tavoitteellinen ja koordinoitu järjestelmä edellyttää tehokasta verkostoitumista sekä konsensuspohjaista tavoitteenmuodostusta ja työnjakoa päätoimijoiden kesken. Järjestelmän laatu ja suunta pohjautuu psykoterapiatutkimukseen ja myös siihen nojautuvaan koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen. Tietoa ja käytäntöä integroivaan ja koordinoivaan rooliin tarvitaan psykoterapiaosaamiseen erikoistuneita, läheisessä suhteessa yliopistoon ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon toimivia psykoterapiaosaamiskeskustoja (Psykoterapian konsensuslausuma, 2006), jotka kykenevät implementoimaan sekä tutkimus- että järjestelmätietoa kehittäessään psykoterapiakäytäntöjä ja luomaan koko järjestelmää ohjaavia soveltuvuus- ja laatu kriteereitä sekä valvomaan näiden toteutumista mm. systemaattisella odotusaikojen seurannalla. Näiden keskusten kautta on mahdollisuus muodostaa koordinoituja ja laatuvalvottuja psykoterapeuttiverkostoja, joille hallitusti ohjataan julkisen terveydenhuollon puolelta tulevat potilaat hyödyntäen systemaattista tiedonkeruuta. Nämä keskukset myös tukevat psykiatriseen erikoissairaanhoidon vaatavien häiriöiden psykoterapiaosaamista mm.

soveltuvuusarvioiden ja systemaattisten psykoterapeuttisten interventioiden toteuttamisessa. Näiden lisäksi tarvitaan matalan kynnyksen psykoterapiapalveluja osana perusterveydenhuollon mielenterveysinterventioita, joita psykiatrinen erikoissairaanhoido tukee mm. konsultaatioiden ja ohjauksen avulla. Näitä psykoterapiapalveluja täydentävät myös jatkuvasti kehittyvät nettiterapiat. Matalan kynnyksen palveluihin kuuluvat myös psykoterapianeuvontapalvelut asiakkaalle sekä mahdollisesti konsultaatiopalvelut psykoterapeuttien kesken. Koko psykoterapiajärjestelmän mittavaa mielenterveysosaamista tulisi hyödyntää mielenterveyshäiriöiden ehkäisyssä esimerkiksi asiantuntijakannanottojen systemaattisessa tuottamisessa julkiseen keskusteluun ja poliittisia päätöksiä varten.

3 (Kansallinen) psykoterapiaportaali ja muu IT-välineistö psykoterapiajärjestelmää yhdistävänä toiminta-alustana

Edellä kuvatun koordinoitumisen mahdollistajana tarvitaan yhteinen tila, joka palvelee kommunikaatiota, tiedonkeruuta ja suunnittelua. Tämä on parhaiten toteutettavissa virtuaalisena IT-pohjaisena palveluportaalina, jossa on seuraavia ominaisuuksia hallitusti suunnattuna sekä psykoterapia-asiakkaalle että ammattitoimijalle:

28 Lehto SM, Tolmunen T, Joensuu M ym. Changes in midbrain serotonin transporter availability in atypically depressed subjects after one year of psychotherapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:229–37.

29 Karlsson H, Hirvonen J, Kajander J ym. Research letter: psychotherapy increases brain serotonin 5-HT1A receptors in patients with major depressive disorder. *Psychol Med* 2010;40:523–8.

30 Hirvonen J, Hietala J, Kajander J ym. Effects of antidepressant drug treatment and psychotherapy on striatal and thalamic dopamine D2/3 receptors in major depressive disorder studied with [11C] raclopride PET. *J Psychopharmacol* 2011;25:1329–36.

31 Gabbard GO. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2000;177:117–22.

32 Krause MS, Lutz W. Process transforms inputs to determine outcomes: Therapists are responsible for managing process. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009;16:73–81.

muuttumisena ja sitä kautta henkilöön vaikuttavan menneisyyden muuttumisena.

Psykoterapian puitteiden tehtävä on luoda rauhoitettu ympäristö, joka sallii häiriöttömän ja turvallisen keskittymisen terapian tavoitteen kannalta keskeisiin kysymyksiin. Tällaisia tekijöitä ovat pysyvyys paikan suhteen ja säännöllisyys tapaamisajoissa sekä kesto, kustannuksia ja toimintatapoja määrittelevä hoitosopimus. Kestoltaan rajallinen psykoterapia kehystää psykoterapian kulkua eri tavalla kuin avoinloppuinen tai pitkä terapia. Sisällöllisesti psykoterapia etenee aina yksilöllisesti, eikä tietty diagnoosi anna sille valmista käsikirjoitusta. Suotuista muutos voi toteutua monin tavoin psykoterapian kulussa (taulukko 1). Monimutkaisissa ongelmissa, joita mielenterveyden häiriöt edustavat, on aina monia vaihtoehtoisia reittejä hyvään lopputulokseen.

Psykoterapia-arvio – terapian alun kultainen hetki

Potilaan hoito-odotukset käynnistyvät jo psykoterapia-arviosta. Psykoterapia-arviossa tulisi tunnistaa potilaan yksilöllisiä tarpeita, ongelmallisia osa-alueita ja toistuvia vuorovaikutusasetelmia (48). Hyvä psykoterapia-arvio antaa mahdollisuuden hoidon tuloksellisuuden arviointiin ja toimii parhaimmillaan aktivoiden ja pohjana tulevalle psykoterapeuttiselle työskentelylle. Psykoterapeuttien mukaan potilaiden hoitojärjestelmässä tapahtuva alkuarviointi ja siihen liittyvä ohjanta psykoterapiaan on usein puutteellista: vain alle kolmasosa arvioi asiakaidensa saaneen riittävästi ohjausta psykoterapiamuodon ja terapeutin valintaan (49).

Helsingin yliopistollisen sairaalan psykososiaalisen hoidon osaamiskeskuksessa (POK) on ryhdytty kehittämään psykoterapia-arviota. Ar-

- a) Psykoedukatiiviset tietopaketit psykoterapeutisesta työskentelystä ja psykoterapiamuodoista sekä linkit olennaiseen psykoterapiakirjallisuuteen ja muihin psykoterapiaresursseihin
- b) Konsensuspohjaiset prosessikuvaukset ja ohjeistukset psykoterapiaan hakeutumisesta ja muista psykoterapiakäytännöistä
- c) Psykoterapeuttiverkoston asiantuntijakortit, joissa on kuvattuna keskeiset asiantuntijuus- ja erikoistumisalueet, yhteystiedot sekä vapautuvien potentiaalisten terapia-aikojen kalenteri. Myös haut asiantuntijuuden, paikkakunnan ja vapaiden terapia-aikojen mukaan mahdollistuvat.
- d) Tapahtumakalenteri ja uutissivu, johon on merkitty psykoterapiaverkoston yhteiset kokoukset ja tapaamiset
- e) Psykoterapianeuvonta- ja konsultaatioportaali, jossa palvelunumero-, video- tai sähköpostiyhteys psykoterapeuttiverkoston neuvontapalveluille ja ammattilaisille suunnatuille konsultaatioille
- f) Psykoterapiamittauslinkit, joiden kautta sekä asiakkaat että psykoterapeutit voivat täyttää mm. vaikuttavuustietoja ja muita terapiaprosessin muuttujiin liittyvää tietoa. Näitä linkkejä voidaan välittää myös sähköpostitse ja sivu voi myös sisältää muita psykoterapeutin tarvitsemia tai käyttämiä kliinisiä mittareita.

- g) Psykoterapiakäytäntöjen kehittämisfoorumi, jossa on erilliset keskustelufoorumit ja palautekanavat psykoterapia-asiakkaille ja -ammattilaisille. Sisältää myös suojatun paikan ja kommentointimahdollisuudet keskeneräiselle suunnittelumateriaalille (esim. ohjeistukset, prosessikuvaukset, psykoedukaatiomateriaali) Kehittämisfoorumin moderaattoreina voisivat toimia esimerkiksi psykoterapiaosaamiskeskukset.
- h) Psykoterapiakoulutusportaali, jossa kuvaukset ja kalenteri psykoterapiakoulutusohjelmista ja täydentävistä kursseista ja luennoista sekä haku- ja ilmoittautumisohjeet näihin. Koulutusportaali integroi verkoston koulustarjonnan ja mahdollistaa suunnitelmallisemman koordinaation.
- i) Psykoterapiajärjestelmän laatukriteerit (laatu-käsikirja) sekä laadun toteutumisen mittaritaulu, jossa näkyvät mm. keskeiset odotusajat psykoterapioihin ja neuvontapalveluihin sekä vaikuttavuus- ja tyytyväisyysindeksit ryhmä- ja järjestelmätasolla. Kertyvä laatu-tieto yhteisesti kehitettävällä mittaristolla mahdollistaa myös jatkuvan vertailun (benchmarking) eri alueiden, organisaatioiden ja verkostojen kesken.

4 Avoin, tutkiva ja innovoiva psykoterapiakulttuuri

Tietoteknisen välineistön kehittäminen on yksi pullonkaula koordinoitun psykoterapiajärjestelmän muodostamiselle. Toinen liittyy inhimillisiin ominaisuuksiin ja kulttuurin muutokseen. Koordinoitu järjestelmä perustuu läpinäkyvyyteen sekä sitoutumiseen asiakkaan ja kokonaisuuden kannalta tärkeisiin tavoitteisiin ja säätelyyn. Tämä edellyttää tiiviimpää vuorovaikutusta yli organisaatorajojen sekä yksityisen psykoterapiapraktiikan rohkeampaa avaamista mm. käytäntöjen ja tulosten seurannassa. Tämä myös avaa perinteiset konfliktialtiit asetelmat keskittämisen ja paikallisuuden sekä asiantuntijuuden pätevyuden ja sijoittamisen näkökulmista. Kulttuurin tulisi luonnollisesti myös ymmärtää ammatin vaatuvuutta siten, että virheiden ja epäonnistumisten yhteinen jakaminen ja niistä yhdessä oppiminen tulisi aikaisempaa helpommaksi. Kulttuurin muutos vaatii avointa dialogia ja jaettava näkemystä siitä, että kaikki tämä tapahtuu asiakkaan saaman hyödyn maksimoimiseksi. Systemaattinen ja avoin yhdessä toimimisen järjestelmänä mahdollistaa laatuvarmistetun asiakaskeskeisen näkökulman.

- 33 Wahlström J. The narrative metaphor and the quest for integration in psychotherapy. Kirjassa: O'Leary E, Murphy M, toim. *New Approaches to Integration in Psychotherapy*. Lontoo: Routledge 2006:38–49.
- 34 Hill CE. Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005;42:431–42.
- 35 Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Psychol* 2011;67:143–54.
- 36 Lambert MJ & Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Kirjassa: Norcross JC, toim. *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press 2002:17–32.
- 37 Beutler LE, Machado PP, Neufeldt SA. Therapists variables. Kirjassa: Bergin AE, Garfield SL, toim. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4. painos. New York: John Wiley 1994:229–69.

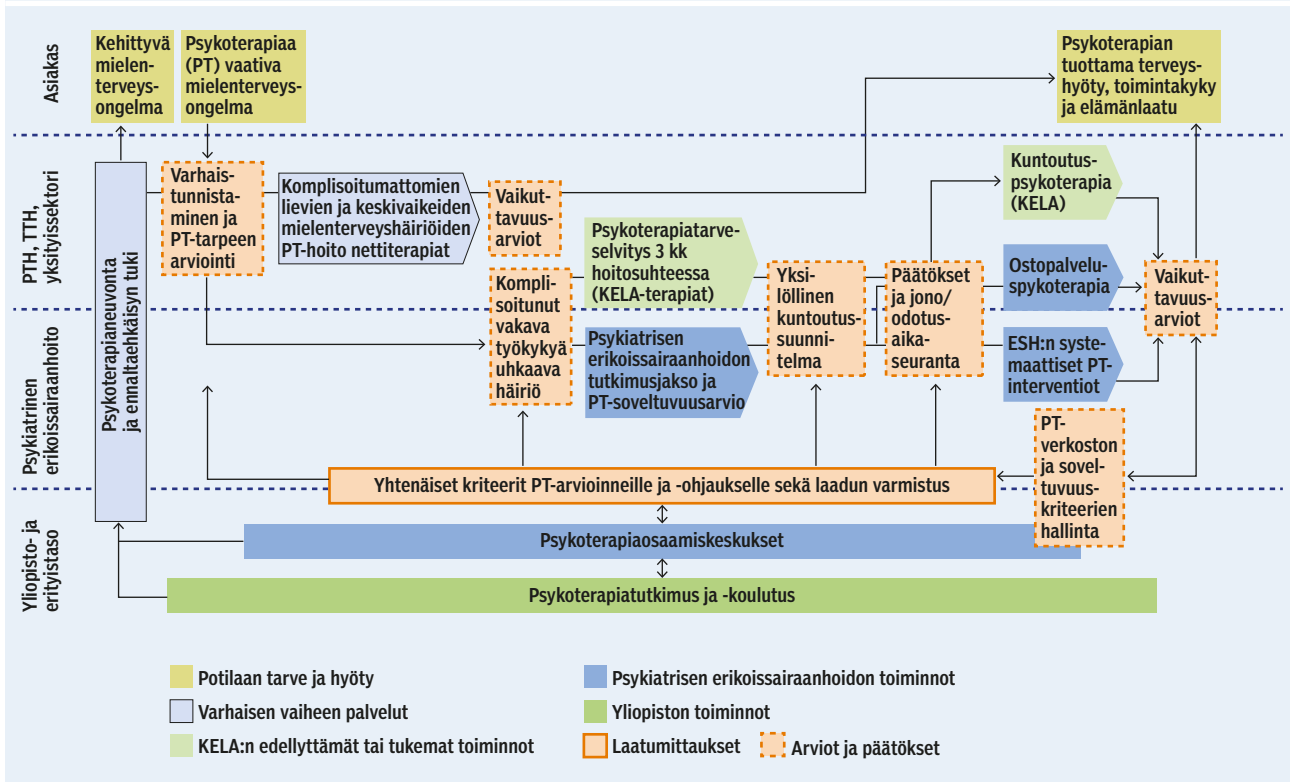
vion toteuttaa psykiatrisen poliklinikan psykologi tai psykoterapia-arviointiin perehtynyt psykiatrisen sairaanhoitaja kolmessa tapaamisessa semistrukturoidulla kliinisellä haastattelulla, jonka perustavoitteena on potilaan motivointi itsehavainnointiin (50). Haastatteluun pyritään luomaan turvallinen ja yhteistyöhön perustuva ilmapiiri, jossa tutkitaan potilaan kiintymyssuhdetyyliä (Experiences in Close Relationships Scale, ERC) (51), muutosvaihetta (University of Rhode Island Change Assessment Scale URICA) (52), vuorovaikutuksen joustavuutta (SPS), reflektiokykyä (SPS) sekä kykyä käsitellä ja hallita affekteja (SPS) (53). Yleisenä psyykkisen hyvinvoinnin mittarina käytetään CORE-mittaria (Clinical Outcome in Routine Evaluation), joka mittaa neljää eri osa-alueetta: henkilökohtaista vointia, oireita ja ongelmia, toimintakykyä, arjen hallintaa ja sosiaalisia suhteita sekä riski-

käyttäytymistä itseä ja toisia kohtaan (54). Haastattelujen pohjalta luodaan tapausjäsenitys, jossa kuvataan ymmärrys potilaan ongelmien ja oireiden kehittymisestä, niiden ratkaisuyrityksistä ja ongelmia ylläpitävistä toimintatavoista. Toteutusta arviosta tehdään lausunto potilaan soveltuvuudesta psykoterapiaan ja otetaan kantaa potilaan terapian todennäköiseen hyötyyn sekä siihen, ajatellaanko potilaan hyötyvän lyhyestä hoidosta vai tarvitaanko todennäköisesti pitkää psykoterapiaa. Yhtenäisen arviointiprosessin ansiosta tulevat potilaat kohdelluksi yhdenvertaisesti. Lisäksi se auttaa arvion tekevää työntekijää jäsentämään potilaasta saatavaa informaatiota.

Terapia-arviossa voidaan myös keskustella erilaisten psykoterapiasuuntausten soveltuvuudesta. Potilaan tyyli selittää omia ongelmiaan sekä muutosvaihe voivat antaa viitteitä siitä,

KUVIO 1.

Koordinoitu ja laatuvarmistettu psykoterapiajärjestelmä.



38 Norcross JC. The therapeutic relationship. Kirjassa: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, toim. The heart & soul of change. Delivering what works in therapy, 2. painos. Washington DC: American Psychological Association 2010.

39 Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. J Affect Disorders 2012;138:301-12.

40 Horvath AO, Bedi RP. The alliance. Kirjassa: Norcross JC, toim. Psychotherapy relationships that work. New York: Oxford University Press 2002;37-69.

41 Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Development and Psychopathology 1997;9:679-700.

42 Freud S. The unconscious. Standard Edition 1912/1957;14:157-71.

43 Woodhouse S, Schlosser LZ, Crook RE, Ligiero DP, Gelso CJ. Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving. J Couns Psychol 2003;50:395-408.

minkä tyyppinen terapiaorientaatio olisi hänelle luonteva. Tutkimus osoittaa, että terapiamuotoa ja terapeuttia valitessa potilaan mieltymyksillä on tärkeä osuus erityisesti ehkäistäessä hoidon ennen aikaista keskeyttämistä (55). Psykoterapia-arvio toimii parhaimmillaan myös potilaan valmentamisena terapeutin prosessiin.

Psykoterapia terveydenhuollon hoitoketjussa

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä psykoterapia kuuluu kuntien järjestelyvastuulle. Julkisessa terveydenhuollossa on psykoterapeuttista osaamista ja psykoterapeutteja, mutta ei psykoterapeutin virkoja. Valta-osa potilaista ohjautuu psykoterapiapalvelujen piiriin julkisen sektorin kautta (49). Mikäli terapian on tarkoitus toteutua yksityisesti tai kuntoutuspsykoterapiana (Liiteaineisto 5), potilaan tehtäväksi jää etsiä psykoterapeutti. Tehtävä voi joskus osoittautua ylivoimaiseksi, koska koordinoitua,

eri psykoterapiasuuntia edustavien psykoterapeuttien välitystoimintaa ei ole tarjolla eikä psykoterapeuttien saatavuuskaan ole aina itsestään selvää. Vastuu sopivan terapiamuodon tai terapeutin löytämisestä jää usein asiakkaalle itselleen, samoin kuin siihen liittyvät epäonnistumisen riskit.

Terapiaan hakeutumisen kynnyksen madaltamiseksi ja hoitoketjun sujuvoittamiseksi tarvitaan jatkossa uusia keinoja. Laadukas ja kattava psykoterapiatoiminta edellyttää valtakunnan tasolla ainakin psykoterapioiden järjestämisen ja kustannusvastuiden selkiyttämistä, psykoterapeuttikoulutuksen hallittua ja keskitettyä kehittämistä ja psykoterapiaan ohjautumisen organisoinnista entistä joustavammaksi, oikeudenmukaisemmaksi ja systemaattisemmaksi. Nykyisen hoitotakuuajattelun mukaisesti psykoterapiaa tulisi järjestää mahdollisimman joustavasti ja tarpeenmukaisesti eikä hoitoon pääsyssä saisi olla alueellisia tai muita kliinisestä tilas-

Psykoterapia täyttää näyttöön perustuvan hoidon kriteerit.

- 44 Safran JD, Muran JC, Samstag LW, Stevens C. Repairing alliance ruptures. Kirjassa: Norcross JC, toim. *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press 2002:235–53.
- 45 Elliott R. Research on client experiences of psychotherapy. Introduction to the special section. *Psychother Res* 2008;18:239–42.
- 46 Levitt H, Butler M, Hill T. What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *J Couns Psychol* 2006;53:314–24.
- 47 Stern DN. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton 2004.
- 48 Shane MG, Shane M. The attachment motivational system as a guide to an effective therapeutic process. *Psychoanal Q* 2001;21:675–87.
- 49 Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan selvosteita 2011; 74/2011.
- 50 Finn SE. In our clients' shoes: theory and techniques of therapeutic assessment. Mahwah, New Jersey: Erlbaum 2007.
- 51 Brennan KA, Clark CL, Shaver PR, toim. *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview, attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press 1998;46–76.
- 52 DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1994;55:141–8.
- 53 Laaksonen MA, Lindfors O, Knekt P, Aalberg V. Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity and prediction. *Br J Clin Psychol* 2012 (painossa).
- 54 Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J, Cahill J. A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Couns Psychother Res* 2006;6:3–15.
- 55 Swift JK, Callahan JL, Vollmer, BM. Preferences. *J Clin Psychol* 2011;67:155–65.
- 56 <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301204150015KM?OpenDocument>
- 57 <http://mielenterveystalo.hus.fi>

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake):
Tiina Paunio, Olavi Lindfors, Pirjo Lehtovuori, Paula Melart, Tarja Melartin:
Ei sidonnaisuuksia

ta riippumattomia eroja. Tähän puuttuminen edellyttäisi käytännössä yhteisin kriteerein muodostettavia jonoja, joihin terapioiden hyötyviksi arvioidut ja niihin soveltuvat potilaat asetettaisiin korkeintaan kohtuulliseksi katsottaviksi jonotusajoin.

Ohjautumisjärjestelmän lisäksi olisi syytä rakentaa myös riittävän kattava terapioiden tulokellisuuden seurantajärjestelmä, jossa terapioiden vaikuttavuutta voitaisiin systemaattisesti seurata (kuvio 1 ja taulukko 2). Terveystieteiden rakennemuutosten ja siihen liittyvän lainsäädännön myötä tarjoutumassa on siten erinomainen tilaisuus organisoida psykoterapiatoiminta entistä vahvemmin integroiduksi osaksi mielenterveyspalvelujärjestelmää.

Lopuksi

Psykoterapia täyttää näyttöön perustuvan hoidon kriteerit lähes kaikissa tärkeimmässä psykiatrisissa häiriöissä. Moderni aivokuvantamistutkimus on osoittanut, kuinka psykoterapian kautta välittyvä muutos psykologisissa prosesseissa näkyy konkreettisine muutoksina aivojen toiminnossa. Nämä seikat ovat osaltaan johtaneet lisääntyneeseen psykoterapioiden käyttöön, kysyntään ja psykoterapiakentän muutok-

seen, samalla kun Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia muuttui lakisääteiseksi ja psykoterapeuttikoulutus siirtyi yliopistojen järjestettäväksi.

Yhtenä koulutuksen ja hoidon tärkeänä tehtävänä tulevaisuudessa on tarjota eri psykoterapiamenetelmiin kouluttautuneiden terapeuttien määrää kysyntää vastaavalle tasolle. Potilas on edelleen käytännössä haastavan tilanteen edessä etsiessään itselleen sopivaa terapeuttia. Hoitajärjestelmän olisikin kyettävä tuottamaan helposti käytettävissä olevia psykoterapiapalveluja. Vaikka psykoterapian tehokkuus on osoitettu vakuuttavasti lukuisin tutkimuksin ja meta-analyysin, tarvitaan vielä tietoa eri psykoterapiamuotojen käyttökelpoisuudesta erilaisissa tiloissa ja tilanteissa. Tarvitaan myös systemaattista ja laaja-alaista seuranta terapioiden toteutumisesta ja tulokellisuudesta, jotta hoitojärjestelmiä ja palveluketjuja voitaisiin kehittää väestön, mielenterveyspotilaiden ja koko mielenterveysalan parhaaksi. ■

► **Lue myös pääkirjoitus ja haastattelu Ajassa-sivuilla.**

LIITEAINEISTO 1.

Psykoterapian määrittelyä. Lähde: Psykoterapiakoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2003:6.

- 1) Psykoterapia on terveydenhuollon tavoitteellista ja ammatillista toimintaa. Suomessa psykoterapeuttiammattinimikkeen käyttöä valvoo Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (nyk. Valvira), joka antaa psykoterapeutille ammattinimikkeen käyttöoikeuden. Psykoterapiaa tehdään yhteiskunnan useilla eri sektoreilla.
- 2) Psykoterapia on vuorovaikutuksellinen hoito- ja kuntoutusmuoto. Tavoitteena on psykoterapian keinoin auttaa ihmisiä, joilla on mielenterveyden häiriötä tai psyykkisiä ongelmia. Häiriön tai ongelman ilmenemismuoto voi olla psyykkisen ohella ruumiillinen tai sosiaalinen. Psykoterapian tarkoituksena on poistaa ja lievittää näitä häiriöitä ja ongelmia ja niiden aiheuttamaa kärsimystä sekä lisätä itsetuntemusta ja edesauttaa toimintakyvyn lisääntymistä ja itsenäistä selviytymistä.
- 3) Psykoterapian tulee perustua psykologiseen teoreettiseen tietämykseen, joka on riittävästi tutkittua ja käytännölliseen näyttöön perustuvaa. Psykoterapian tutkimus ja käytäntöjen kehittäminen on jatkuvaa. Suomessa keskeisiä teoreettisia viitekehyksiä ovat psykoanalyttiset, käyttäytymistieteelliset ja kognitiiviset terapiat sekä perhe- ja ryhmäterapiat ja näistä viitekehyksistä johdetut menetelmät ja sovellukset.
- 4) Psykoterapiassa tulee ottaa huomioon terapeutin itsetuntemus eli omien kokemusten ja tunnereaktioiden tuntemus ja hallinta niin, että terapeutti osaa käyttää tunnereaktioitaan hyväksi hoidossa vaarantamatta potilaan etua. Psykoterapeutin ammatillisuus edellyttää, että psykoterapeutilla on riittävä oma koulutuspsykoterapia ja työnohjaus.
- 5) Psykoterapia on ammatillista toimintaa, jota ohjaavat asiakas- ja potilastyötä koskevat lait, asetukset ja ammattikäytännöt sekä eettiset periaatteet.

LIITEAINEISTO 2.**Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta 16.12. 2010, pykälä 2 a § / Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtava koulutus.**

Psykoterapeutin nimikesuojatun ammattinimikkeen käyttämisen edellytyksenä on, että asianomainen henkilö on suorittanut yliopiston tai yliopiston yhdessä muun kouluttajaorganisaation kanssa järjestämän psykoterapeuttikoulutuksen. Järjestävällä yliopistolla tulee olla psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuu. Yliopisto ottaa opiskelijat psykoterapeuttikoulutukseen.

Psykoterapeutina toimimisen edellyttämä osaaminen hankitaan vähintään 60 opintopisteen laajuisilla opinnoilla, jotka koostuvat teoriaopintojen, työnohjauksessa tapahtuvan psykoterapeuttisen potilastyön, koulutuspsykoterapian ja opin-
näytetyön opintokokonaisuuksista. Osaaminen osoitetaan näytöllä.

Ammattioikeuden käyttöönoton edellytyksenä on vähintään kahden vuoden työkokemus mielenterveyspalveluissa tai sitä vastaavassa tehtävässä ja että ennen psykoterapeuttikoulutusta on suoritettu

- 1) soveltuva ylempi korkeakoulututkinto tai soveltuva sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto; tutkintoon tulee sisältyä tai sen lisäksi olla suoritettuna yhteensä 30 opintopisteen psykologian tai psykiatrian opinnot,
- 2) sairaanhoitajan opistoasteen tutkinto ja tutkinnon lisäksi erikoistuminen psykiatriaan, jos tutkintoon ei ole sisällynyt psykiatrisia opintoja tai
- 3) muu kohtaa 1 tai 2 vastaava ulkomailla suoritettu koulutus.

Yliopisto antaa opiskelijalle todistuksen koulutuksen suorittamisesta. Todistukseen merkitään koulutuksen ajankohta, laajuus, opintokokonaisuudet ja osaamisesta annettu näyttö.

Psykoterapioiden vaikuttavuus aivojen kuvantamistutkimusten valossa.

Mentaaliset prosessit perustuvat aivojen toimintaan (13), jolloin muutos psykologisissa prosesseissa näkyy myös muutoksina aivojen toiminnossa. Elämällä ulkoisten tapahtumien jälkeen ilmeneviä muutoksia on voitu havaita solutasolla ja molekyyllitasolla erilaisissa kokeellisissa tutkimuksissa. Toiminnallisten aivokuvantamisen menetelmien (kuten SPECT, PET ja fMRI) kehittyminen on mahdollistanut tällaisten muutosten tutkimisen myös ihmisillä.

Toistaiseksi on julkaistu lähes 20 tutkimusta aivojen toiminnan muutoksista psykoterapian jälkeen. Tutkimukset ovat kohdistuneet masennuksesta, ahdistuneisuushäiriöistä ja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviin potilaisiin. Yhteenvetona voi todeta, että kognitiivinen terapia, dialektinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen psykoterapia ja interpersonaalinen psykoterapia muuttavat aivotoimintaa potilailla joilla on masennus (14,15,16), pakko-oireinen häiriö (17,18,19), paniikkihäiriö (20,21), sosiaalisten tilanteiden pelko (22), spesifinen fobia (23,24), traumaperäinen stressihäiriö (25) tai epävakaata persoonallisuushäiriötä (26,27).

Lähes kaikissa näissä tutkimuksissa on mitattu aivojen verenvirtauksen tai metabolian muutoksia. Tähän mennessä vain kaksi suomalaista tutkimusta on raportoinut molekyyllitason muutoksia psykoterapian jälkeen. Nämä tutkimukset testaavat epäsuoraan Eric Kandelin hypoteesia, että psykoterapia voi aiheuttaa muutoksia geenien ilmentymiseen ja sitä kautta morfologisia muutoksia hermosoluissa (13). Lehdon ym. (28) tutkimuksessa 19 depressiivistä potilasta sai psykodynaamista psykoterapiaa 12 kuukautta. Potilasta kahdeksalla oli epätyypillinen masennus. Tutkijat osoittivat, että keskiaivojen serotoniininkuljettajan tiheys kasvoi huomattavasti psykoterapiaa saaneilla potilailla, jotka kärsivät epätyypillisestä masennuksesta, mutta ei tyypillisestä masennuksesta kärsivillä. Tämän tutkimuksen keskeinen ongelma oli kuitenkin vertailuryhmän puuttuminen.

Toisessa suomalaisessa tutkimuksessa depressiopotilaat satunnaistettiin saamaan joko lyhytaikaista psykodynaamista psykoterapiaa tai fluoksetiinilääkitystä. Potilaiden aivot tutkittiin PET-kameralla käyttäen serotoniini 1A- ja dopamiini 2/3-reseptorien ligandeja ennen neljän kuukauden hoitoa ja hoidon jälkeen. Kahdessa julkaisussa (29,30) tutkijat osoittivat, että vaikka hoitotulos molemmissa ryhmissä oli samanlainen (59 % potilaista saavutti remission ja 77 % vasteen), 5-HT1A-reseptoritiheys lisääntyi ainoastaan psykoterapiaryhmässä.

Vaikka tulokset ovatkin vielä alustavia, voivat myös aivojen kuvantamismenetelmiä käyttävät tutkimukset pitkällä aikavälillä johtaa entistä hienojakoisempaan ymmärrykseen siitä, miten eri psykoterapiat toimivat. Parhaimmillaan tämä voi johtaa kehitykseen, jossa tulevaisuudessa erilaisia psykoterapeuttisia interventioita kohdistetaan tiettyihin aivojen hermoverkkoihin (31). Lisäksi neurobiologinen tutkimus voi auttaa tarkentamaan psykologisia teorioita psykoterapian aiheuttamista muutosprosesseista.

LIITEAINESTO 4.

Mistä tunnistaa hyvän psykoterapeutin?

Psykoterapeutin merkittävin tehtävä on kyetä rakentamaan hyvä vuorovaikutussuhde potilaaseen. Tämä vaatii taitoa ja edellyttää psykoterapeutilta uskallusta antautua terapiaprosessiin omalla persoonallaan, rajansa tunnistaen ja kykenevänä arvioimaan omaa toimintaansa. On tärkeä kyetä havaitsemaan onnistumisten lisäksi tilanteet, joissa ei onnistu. Pyrkimys ymmärtää niitä tekijöitä, joilla on merkitystä hyvän yhteistyösuhteen syntymisessä ja sen edistämisessä, on siten keskeistä hyväksi terapeutiksi kehittymisen kannalta.

Keskeisenä myönteiseen hoitotulokseen vaikuttavana psykoterapeutin ominaisuutena on monissa tutkimuksissa todettu olevan empatiakyky, ts. kyky kokea toinen tunnetasolla, hyväksyvän ympäristön rakentaminen ja oikeaan osuva ymmärrys. Psykoterapeutin empatian puute ja tunnekylläisyys ovat vastaavasti keskeisiä tekijöitä epäonnistuneissa psykoterapioissa terapiamuodosta riippumatta (35). Myös näitä lähellä olevat piirteet, kuten psykoterapeutin ankaruus, torjuvuus sekä hyökkäävyys, moittivuus, vihamielisyys, etäisyys ja välinpitämättömyys vaikuttavat yleisesti huonontavasti hoitoprosessiin ja hoitotulokseen (36). Sen sijaan psykoterapeutin asiantuntemus, uskottavuus ja luotettavuus, kyky pysytellä hoidon yhdessä sovitussa, yhdenmukaisesti koetuissa tavoitteissa, ei-omistava lämpö, lujuus, joustavuus, aitous ja positiivinen suhtautuminen ilman ehtoja, edesauttavat myönteistä hoitotulosta (37,38).

Tutkimustietoa siitä, minkälaiset terapeutin ominaisuudet ja toimintatavat ovat tarpeen erilaisissa hoitoprosesseissa, on niukasti. Erilaisissa psykoterapioissa tarvitaan erilaista toimintatapaa ja henkilökohtaista suuntautuneisuutta optimaalisen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Psykoterapeuttien aktiivisuus, tilanteeseen tarttuvuus ja ulospäin suuntautuvuus vaikuttavat olevan yhteydessä nopeampaan oireiden vähenemiseen lyhytterapioissa, kun taas persoonallisuudeltaan ja toimintatavoiltaan varovaisemmat ja hienotunteisemmat psykoterapeutit näyttävät saavuttavan useammin suurempaa vaikuttavuutta pitkässä terapiassa (39). On myös näyttöä siitä, että mitä varhaisemmin potilaan luottamus toiseen ihmiseen on rikkoutunut, sitä vaativampi tehtävä terapeutilla on toimivan työskentelysuhteen rakentamiseksi (40).

Hyvää vuorovaikutussuhdetta rakennettaessa terapeutin on mahdollista löytää tie potilaan mielenmaisemaan eläytymisen kautta mm. omien vastatunteiden ja vuorovaikutustilanteessa syntyvien mielikuvien avulla. Terapeutin omat tunnekokemukset voivat toisinaan olla jopa ainoa avain potilaan ymmärtämiseen. Potilas vaistoa terapeutin elävyyden, läsnäolon tai vetäytyvyyden, ja terapeutin kanssa koetut tunnekokemukset piirtyvät potilaan mieleen. Terapeutin tulee myös kyetä ottamaan vastaan ja sanoittamaan potilaan vaikeita kokemuksia ja kipeitä tunteita, jotta luottavainen kiinnittyminen tähän mahdollistuisi (41). Jo Sigmund Freud (42) puhui siitä, ettei potilasta saa rasittaa terapeutin asioilla ja ongelmilla. Terapeutin on välttämätöntä sisäistää käyttämiensä teorioiden peruskäsitteet sekä tunnistaa omat ammatilliset ja henkilökohtaiset rajansa. Turvallisessa, empaattisessa kannattelevassa vuorovaikutuksessa potilas uskaltuu ilmaisemaan myös turvattomuutta, vihaa ja raivoa (43). Lohduttelu ja liika myönteisen korostaminen voivat taas vaimentaa ja mitätöidä pettymyksen tunteita.

Potilas kokee olonsa turvallisiksi, jos terapeutti voi myöntää virheensä ja oppia niistä (44). Terapeutin tulee myös huolehtia itsestään. Siten jatkuva itsensä tutkistelu, työnohjaus ja oma koulutushoito ovat välttämättömiä.

Kuntoutuspsykoterapia.

Kelan korvaama harkinnanvarainen psykoterapia muuttui vuoden 2011 alusta lakisääteiseksi kuntoutuspsykoterapiaksi 16–67-vuotiaalle henkilölle, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa työ- tai opiskelukykä (56). Korvaaminen perustuu yksilölliseen kuntoutuksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioon sekä psykiatrian erikoislääkärin lausunnon sisältävään kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Korvauksen myöntämisen edellytyksenä on vähintään kolmen kuukauden pituinen hyvän hoitokäytännön mukainen hoitosuhde. Kuntoutuspsykoterapiaa ei myönnetä, jos käytettävissä olevat muut hoito- ja kuntoutusmuodot ovat riittäviä hakijan työ- tai opiskelukyvyn parantamiseksi tai palauttamiseksi.

Kuntoutuspsykiatrian asiakasmäärä on pitkään ollut kasvussa ja tarve näyttää edelleen lisääntyvän. Vuonna 2011 kävijöiden määrä nousi kuudenneksellä edellisvuoteen verrattuna. Nuorten ja aikuisten kuntoutuspsykoterapiaa sai yhteensä yli 18 000 ihmistä. Masennusta sairastaneet olivat suurin diagnosoisryhmä. Kuntoutuspsykiatrian oikea-aikainen kohdistaminen vaatii siten tarkkaa arviota ja harkintaa myös lähettävältä osapuolelta. Asiakas, joka ei ole valmis sitoutumaan riittävästi kuntoutuspsykoterapiaan, ei siitä välttämättä hyödy, ja pääsääntöisesti hakijalle voidaan korvata vain yksi kuntoutuspsykoterapiakokonaisuus. Tästäkin näkökulmasta on selvää, että kuntoutuspsykoterapien optimaalinen toteutuminen vaatii tiivistä ja kehittyvää yhteistyötä Kelan ja terveydenhuollon sekä muiden yhteistyökumppanien kanssa.