

Marjo Sampokoski

PITKÄKESTOISEN PSYKODYNAAMISEN PSYKOTERAPIAN VAIKUTTAVUUS MASENNUKSEN HOIDOSSA

Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Oulun yliopisto
Toukokuu 2024
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Tampereen yliopisto
Uudelleenarviointia varten syyskuu 2024

TIIVISTELMÄ

Marjo Sampokoski: Pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus masennuksen hoidossa
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Psykologian tutkinto-ohjelma
Syyskuu 2024

Masennus on kansantaudiksi luokiteltava, monenlaista inhimillistä kärsimystä aiheuttava sekä monitasoisia yksilö- ja yhteiskuntatason kustannuksia aiheuttava mielenterveyden häiriö. Sen diagnostisina edellytyksinä ovat vähintään kahden viikon kesto ja vähintään neljän oirekriteerin ilmeneminen kymmenestä. Yksi näyttöön perustuvista masennuksen hoitomuodoista on psykoterapia. Eri psykoterapiasuuntauksia on tutkittu vuosikymmenten ajan, mutta vieläkin ei ole täysin selvää, onko suuntausten vaikuttavuudessa eroja ja millaiset erot ovat merkitseviä hoidon tuloksellisuuden kannalta. Menestyksekkästä masennuksen hoitoa on saavutettu ainakin keskeisimmillä psykoterapiasuuntauksilla.

Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian (LTPP) vaikuttavuutta masennuksen hoidossa ja selvitettiin psykoterapian keston merkitystä hoidon onnistumisessa. Tutkielmaan valikoitui 18 tutkimusta, joista kahdeksan oli pitkäkestotutkimuksia.

Tulosten mukaan onnistuneen psykoterapiahoidon edellytyksenä näyttäisi olevan useita tekijöitä, joista keskeisimpiä ovat terapeutin allianssin muodostamisen ja potilaan itsehävainnoinnin kehittämisen lisäksi psykoterapian riittävä tiiviys ja kesto. Psykodynaamiset psykoterapiat ovat näyttäneet joko tasavertaisilta tai paikoin selvästi tuloksellisemmilta suhteessa muihin psykoterapiamuotoihin tai tavanomaiseen hoitoon. Potilaan rakenteellisten ja pysyväluontoisempien muutosten takana näyttäisi olevan pitkäkestoiset psykodynaamiset psykoterapiat muita suuntauksia useammin.

Yhteenvedona voidaan sanoa, että erityisesti vakavasta masennuksesta ja komorbiditeetista kärsivien potilaiden hoidossa voisi olla perusteltua hyödyntää pitkäkestoista psykodynaamista psykoterapiaa. Yhteiskuntamme masennusperustaisten sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyskustannusten ollessa mittavia, olisi hyvä löytää pitkällä aikavälillä kestävämpiä ratkaisuja masennuksen hoitoon. On huomionarvoista, että pitkäkestoisemmilla psykoterapioidella voidaan saada aikaan pitkäkestoisempia, rakenteellisia muutoksia, jotka näkyvät muun muassa yksilön työ- ja toimintakyvyssä. Työkyvyn ja työn tuottavuuden parantuessa hoidon kattavuuden laajentamisen panostukset palautuvat moninkertaisesti.

Avainsanat: pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia, psykoanalyttinen psykoterapia, vaikuttavuus, tuloksellisuus, masennus, depressio

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLTÖ

JOHDANTO	1
1.1 Masennus	3
1.1.1 Masennuksen seuraukset yksilön hyvinvoinnille	4
1.1.2 Masennuksen hoito.....	5
1.2 Psykoterapiat	6
1.2.1 Psykodynaaminen psykoterapia	9
TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
MENETELMÄ	14
TULOKSET	16
4.1 Pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus masennuksen hoidossa	16
4.2 Psykoterapian tiiviys, kesto ja vaikuttavuus masennuksen hoidossa	19
POHDINTA	22
5.1 Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet	24
5.2 Jatkotutkimusehdotukset	25
5.3 Johtopäätökset.....	26
LÄHTEET	27

JOHDANTO

Masennus on yksi yleisimmistä ja eniten toimintakykyä alentavista psykiatrisista häiriöistä sekä myös merkittävin itsemurhien syy (Hollon ym., 2002). Masennuksen traagisimpaan seuraukseen, itsemurhaan, kuoli WHO:n arvion mukaan maailmanlaajuisesti yli 800 000 ihmistä pelkästään vuonna 2012 (Wasserman, 2016). Yhtä itsemurhaan kuollutta kohden on arvioitu olevan kaksikymmentä itsemurhaa yrittänyttä. Kun huomioi kaikkien näiden lähipiirit, perheenjäsenet, ystävät ja kollegat, itsemurha tai sen yritys koskettaa miljoonia ihmisiä vuodessa (Wasserman, 2016). Tänä päivänä masennus tunnustetaan kansantaudiksi. Käypä hoito -suosituksen (2023) mukaan kliinisesti merkittävää masennusta sairastaa Suomessa vuosittain noin 5–7 % nuoruus- ja aikuisikäisestä väestöstä. Vain vähemmistö masentuneista hakee apua ja usein avunhakijan tilanne onkin vaikeampi, pitkäkestoisempi ja kompleksisempi. Suurempi toimintakyvyn heikkeneminen ja monihäiriöisyys, esimerkiksi samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, lisäävät avun hakemisen todennäköisyyttä. Arvion mukaan perussairaanhuollon potilaista noin 10 % ja psykiatrisen erikoissairaanhuollon potilaista noin puolella on depressio (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023).

Knekt kumppaneineen (2010) on todennut, että mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat sekä subjektiivista kärsimystä että suuria yhteiskunnallisia kustannuksia. Masennus on yksi yleisimmistä työkyvyttömyyden syistä (Kampman ym., 2017). Käypä hoito -suosituksen (2023) tietojen mukaan vuoden 2018 masennusperustaiset työkyvyttömyys- ja sairauspäiväraha-kustannukset Suomessa olivat yhteensä 572 miljoonaa euroa. Samana vuonna masennuksen vuoksi alkoi noin 30 900 sairauspäiväraha-kautta ja noin 5400 osasairauspäiväraha-kautta. Uudelle masennusperustaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle jäi noin 3900 henkilöä ja kaikkiaan vuoden 2018 lopussa työkyvyttömyyseläkkeellä oli yli 30 900 henkilöä. Masennuksen aiheuttamat kustannukset ovat mittavia. Taloudelliset vaikutukset näkyvät työkyvyttömyyseläkemenojen ja sairauspäiväraha-kustannusten lisäksi heikentyneissä työsuorituksissa ja hoitojärjestelmän kuluissa (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Mielenterveyden häiriöihin liittyy usein alihoito tai hoidon alkaminen monta vuotta oireiden alkamisesta (Valtioneuvosto, 2018). Valtioneuvosto (2018) viittaa Kohnin ja kumppaneiden (2004) kansainväliseen tutkimukseen, jossa on arvioitu masennuksen kohdalla hoitovajetta olevan noin 56 %. Yleisesti on todettu masennuksen hoidon olevan riittämätöntä, esimerkiksi vain joka viides masennuksesta kärsivä saa kehittyneissä tai rikkaissa maissa riittävää hoitoa (Valtioneuvosto, 2018).

Valtioneuvoston (2018) tekemän selvityksen mukaan mielenterveyshäiriöiden hoitovajeen korjaamiseen liittyviä taloudellisia vaikutuksia on selvitetty kansainvälisestikin melko vähän, mutta Suomessa vielä sitäkin vähemmän. Valtioneuvosto (2018) viittaa WHO:n (2016) johtamaan laajaan, kansainväliseen tutkimukseen, jossa selvitettiin masennuksen ja ahdistuksen hoidon kattavuuden laajentamisen taloudellisia vaikutuksia. Hoidon kattavuuden laajentamisesta seuraisi arviolta 147 miljardin dollarin menot vuosina 2016–2030, mutta investoinnin kohentaessa työkykyä ja työn tuottavuutta varovaisesti arvioiden 5 %:lla olisivat hyödyt lähes 400 miljardia dollaria. Johtopäätöksenä hyödyt ylittävät hoidon laajentamisen kustannukset 2,3–3,3-kertaisesti ja jopa 5,7-kertaisesti, jos mukaan lasketaan parantuneen terveyden arvo (Valtioneuvosto, 2018). Valtioneuvoston (2018) raportin yleisen tasapainon mallin simuloinneilla saadun tuloksen mukaan mielenterveysyistä pidettyjen sairauspäivien vuoksi BKT on noin 0,3–0,4 % eli noin 600–850 miljoonaa euroa alempi ja taas työkyvyttömyyseläkkeiden vähentyminen 10–15 prosentilla nostaisi BKT:ta 0,3–0,5 % eli noin 700–1000 miljoonaa euroa. Interventioiden käytön ja niiden yleistymisen tukea kannattaa siis jatkaa (Valtioneuvosto, 2018).

Erityisesti nuorten keskuudessa masennus näyttäisi olevan kasvava ongelma, joka aiheuttaa henkistä kärsimystä ja estää nuorten pääsemistä työelämään (Ulberg ym., 2012). Edelleen aikuisiässä masennuksen uusiutumisen riski on suuri (Ulberg ym., 2012). Erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvat interventiot on tutkimuksissa todettu tehokkaiksi ja taloudellisesti kannattaviksi (Valtioneuvosto, 2018). Masennuksen hoidosta erilaisissa ja -pituisissa psykoterapioissa sekä näiden vaikuttavuudesta, riittävydestä ja kustannusvaikuttavuudesta on ollut saatavilla vain vähän vertailutietoa (Knekt ym., 2010). Interventioiden vaikuttavuudella ja oikealla ajoituksella on merkitystä, sillä mielenterveyskuntoutujat kokevat kuntoutuksen alkavan liian pitkän odotuksen jälkeen (Valtioneuvosto, 2018). Masennuksen vaikuttavaan hoitoon tulisi kiinnittää aiempaakin enemmän huomiota muun muassa sen aiheuttaman inhimillisen kärsimyksen, laajan esiintyvyyden sekä siitä seuraavien yksilö- sekä yhteiskuntatason monitasoisten haittojen ja kustannusten vuoksi.

Tässä katsauksessa on tarkoitus tarkastella pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa ja selvittää psykoterapian pidemmän keston merkitystä sen tuloksellisuuteen. Vaikka psykoanalyttinen psykoterapia mielletään usein pidempikestoiseksi tai intensiivisemmäksi kuin psykodynaaminen psykoterapia, näiden välille ei ole tässä katsauksessa tehty tiukkaa rajausta, vaan niitä on tarkasteltu rinnakkain ja limittäin, kuten monet tutkijat ovat tehneet (esim. Briggs ym., 2019; Krakau ym., 2023). Motivaatio tähän tutkimukseen syntyi toiveesta ymmärtää paremmin masennuksen hoitoa ja saada lisäinformaatiota sen yhdestä tärkeimmistä hoitomuodoista. Tutkijan oma kiinnostus rajasi hoitomuodon käsittelyn erityisesti psykodynaamiseen

psykoterapiaan. Seuraavassa luvussa tarkastellaan masennuksen määritelmää, masennuksen seurauksia yksilön hyvinvoinnille sekä sen hoitoa.

1.1 Masennus

Masennus eli depressio on mielialahäiriöihin kuuluva mielenterveyden häiriö, joka on jatkunut keskeytyksettä vähintään kaksi viikkoa, ja jonka keskeisiä piirteitä ovat mielialan ja toimintakyvyn lasku, poikkeuksellinen väsymys tai kyvyttömyys kokea mielihyvää (Kampman ym., 2017). Masennus on yleinen, herkästi uusiutuva, joskus pitkäaikaiseksi muuttuva ja taustaltaan monitekijäinen sairaus (Kampman ym., 2017). Masennustilan kesto vaihtelee yksilöllisesti muutamasta viikosta ja kuukaudesta jopa vuosiin, ja oireiden aste lievistä vaikeisiin ja psykoottisiin oirekuviin (Kampman ym., 2017). Käypä hoito -suosituksen (2023) mukaan ICD-10:n luokituksen mukaisista kymmenestä kriteeristä on täytyttävä neljä, jotta masennusdiagnoosi voidaan asettaa. Neljän tai viiden kriteerioireen kohdalla on kyse lievästä depressiosta. Jos kriteerioireita on kuusi tai seitsemän puhutaan keskivaikeasta ja kahdeksan tai useamman oireen kohdalla vaikeasta depressiosta. Näitä kriteerioireita ovat suurimman osan ajasta vallitseva masentunut mieliala, poikkeuksellinen väsymys, mielihyvän menettäminen, itseluottamuksen tai omanarvontunteen väheneminen, kohtuuttomat itsesyytökset, itsetuhoiset ajatukset tai käyttäytyminen, keskittymisvaikeudet tai päättämättömyys, psykomotorinen muutos (kiihtymys/hidastuneisuus), unihäiriöt ja ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Masennus voi aiheuttaa tilapäisen elämänkriisin ja toimintakyvyn heikkenemisen, josta toipuminen vie muutaman kuukauden tai äärimmillään se voi uhata henkeä ja olla toimintakyvyn täysin lamaava sairaus, josta toipuminen voi viedä vuosia (Kampman ym., 2017). Masennukselle muiden mielialahäiriöiden tapaan on ominaista jaksottaisuus. Masennusjaksot voivat uusiutua erityisesti raskaiden elämäntapahtumien myötä. Myös pitkiä, vuosia kestäviä oireettomia vaiheita voi olla välillä (Kampman ym., 2017).

Masennuksen syytekijöitä voi Kampmanin ja kumppaneiden (2017) mukaan olla lukuisia. Mielialahäiriöihin liittyy sairastumisriskiä kasvattavaa perinnöllistä alttiutta. Elämän taitekohdat, kuten aikuistuminen, keski-ään vaihe tai eläköityminen, voivat laukaista masennuksen. Erityisesti toimintakykyä heikentävät fyysiset sairaudet voivat olla laukaisevia tekijöitä ja myös päihteiden käytöllä on merkittävä osuus masennusriskiin. Rasittavat elämäntapahtumat, kuten avioero, työttömyys tai pitkittynyt stressi, voivat johtaa masennukseen. Unihäiriöillä ja hormonaalisilla tekijöillä on myös yhteys masennuksen puhkeamiseen. Näiden lisäksi persoonallisuuden piirteet, kuten estyneisyys, tunne-elämän epävakaus tai vaativuus, voivat lisätä alttiutta masennukseen

(Kampman ym., 2017). Varhaisen vuorovaikutuksen puutteilla ja lapsuudessa tapahtuneilla menetyksillä, laiminlyönneillä ja pahoinpitelyllä on yhteys myös myöhemmin ilmaantuvaan masennukseen (Myllärniemi, 2017). Laboratoriotestiä, jolla voisi diagnosoida masennuksen, ei ole tällä hetkellä olemassa. Tarkimmin ja nopeimmin masennuksen voi todeta oirekyselyillä, joita on myös verkossa saatavilla (Kampman ym., 2017).

1.1.1 Masennuksen seuraukset yksilön hyvinvoinnille

Masennus aiheuttaa huomattavaa inhimillistä kärsimystä masentuneelle itselleen ja hänen läheisilleen (Kampman ym., 2017). Masennuksen syvintä olemusta voi olla vaikea mieltää, mutta Hari (2018) on kuvannut tätä läheiseksi surulle. Syvällä surulla ja masennuksella on samankaltaisia oireita. Masennusta voi tarkastella eräänlaisena surun muotona, joka kumpuaa meille tarpeellisten läheisten ihmissuhteiden puutteesta (Hari, 2018). Harin (2018) mukaan masennus on maailmanlaajuinen ilmiö, ihmisten eräänlainen hätäviesti, jota tulisi kuunnella ja kunnioittaa. Masennuksen hiljentämisen, vaimentamisen tai patologisoimisen sijaan tulisi ongelmaa ymmärtää lähestyä tutkien ja kuunnellen. Vain tuota kipua kuunnellen ja kunnioittaen voimme päästä käsiksi sen todelliseen aiheuttajaan ja sitä kautta alkaa päästä siitä yli (Hari, 2018).

Masennuksella ja surulla on yhtäläisyyksiä ja eroja. Molemmat ovat tunnereaktioita ja sisäisiä kehityspolkuja menetyksen käsittelyssä, mutta surua pidetään normaalina tunnetilana, joka johtaa menetyksestä toipumiseen, kun taas masennus nähdään poikkeavana reaktiona menetykseen eikä menetyksestä toipumista silloin tapahdu (Myllärniemi, 2017b). Myllärniemi (2017b) kuvaa masentuneen kokemaa ahdistusta ja masennusta perustavanlaatuisiksi tunnereaktioiksi. Ahdistusta aiheuttaa jokin psyykinen, epämääräinen ja hahmoton uhka, joka tavallisesti tulee ihmisestä itsestään, sisältäpäin. Masennus on tunnereaktio psyykkiseen menetykseen tai traumaan ja niihin liittyvään kipuun. Tämä kipu saa elämän tuntumaan sietämättömältä, turhalta, tuskalliselta ja toivottomalta. Vakavasti masentunut kärsii menetyksen tai mielen sisäisen tuhoutumisen seurauksesta ja sietämättömästä kokonaisvaltaisesta ahdistuksesta ja kivusta (Myllärniemi, 2017b).

Vakavasti masentuneen olo voi Myllärniemen (2017b) mukaan olla avuton, pahimmillaan täysin lamaantunut. Kipu ja tuska ovat hahmottomia ja muodottomia eikä niitä pysty yhdistämään kivun aiheuttajaan. Kipu ei ole vain henkistä, vaan elimistön kokonaisvaltainen tasapaino järkkyy ja ajatus vakavasta ruumiillisesta sairaudesta voi nousta mieleen. Epämääräisen tuhoutumisen tunne saa ajattelemaan, että kyseessä voisi olla jokin kuolemanvakava sairaus, joka selittäisi kaiken. Tällaiset tuskallisen piinaavat kokemukset riistävät mahdollisuuden fyysiseen ja psyykkiseen palautumiseen ja nukkumalla virkistymiseen. Unettomuus pahentaa sekä henkistä että fyysistä vointia, kun raastavaa

piinaa ei pääse pakoon edes uneen (Myllärniemi, 2017b). Myllärniemi (2017b) korostaa, että vakava masennus pitkittyessään johtaa tilaan, jota voi kutsua elävältä kuolemiseksi. Uupumus, avuttomuus ja tuska lamaannuttavat ja tekevät olon turtuneeksi minkä myötä myös itsetunto ja luottamus itseen väistyvät. Tunne itsen hallinnasta katoaa ja ainoaksi ajatukseksi saattaa tulla elämän päättäminen. Tällöin kuolema ei näyttäydy kaiken menettämisenä vaan sietämättömästä olotilasta vapauttavana pelastajana (Myllärniemi, 2017b).

Masentunut usein vetäytyy ja haluaa olla yksin, mutta siitä huolimatta hän tarvitsee kaiken mahdollisen tuen ja välittämisen läheisiltään sekä tunteen, että hänestä välitetään eikä hylätä vaikeuksista tai itsetuhoisuudesta huolimatta (Myllärniemi, 2017a). Jo syntymästä lähtien ihmisen elämänhalussa keskeistä on pyrkimys vastavuoroisuuteen ja jos tämä epäonnistuu lapsuudessa, voi se johtaa varsin pysyvään masennustaipumukseen aikuisiässä (Myllärniemi, 2017a). Myllärniemen (2017a) mukaan todennäköisesti liian usein toistunut vastavuoroisuuden puute on opettanut lapselle, ettei kannata altistaa itseään tuskallisille menetyksille hakemalla vastavuoroisuutta eikä odottaa ymmärtävää katsetta. Toistuessaan tällaiset kokemukset johtavat häpeään ja siitä mahdollisesti vähitellen yksinäiseksi, vetäytyväksi masennukseksi, jossa mieleen on syöpinnyt ajatus, etten kelpaa, olen arvoton eikä minusta välitä kukaan. Jopa läheisten ihmisten kanssa oleminen voi tuntua vaikealta. Sisäisten yhteyksien katkeaminen, tyhjyyden tunne, vihamielisyyden ja tuhoutumisen mielikuvat sekä rakastamisen kyvyn menetys saavat masentuneen tuntemaan itsensä pahaksi ja elinkelvottomaksi, kyvyttömäksi antamaan tai vastaanottamaan rakkautta (Myllärniemi, 2017a).

1.1.2 Masennuksen hoito

Masennuksen hoidon lähtökohtana on lääkärin kliiniseen tutkimukseen perustuva masennusdiagnoosi (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Masennusta voidaan hoitaa vaikuttavaksi osoitetulla psykoterapialla ja lääkkeillä tai näiden yhdistelmällä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Joissain tapauksissa käytetään sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa (kaamosmasennus), transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa tai muita neuromodulaatiohoitoja (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Lievän tai keskivaikean masennuksen hoitoon hakeutuvilla on käytettävissään monenlaisia hoitovaihtoehtoja, ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka auttavat asiakkaita päättämään, mitä hoitoa he käyttäisivät, voisivat lisääntyvän tiedon myötä paremmin määritellä, mikä hoito käytettävissä olevista vaihtoehtoista todennäköisimmin johtaisi myönteiseen vasteeseen (Cohen ym., 2020). Yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa sovitetaan yhteen potilaan tarpeet ja vaikuttaviksi osoitetut sekä käytettävissä olevat hoitomuodot sekä mahdolliset muut tukitoimet (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Hoitoon kuuluu aina myös sairautta ja sen hoitoa koskeva opastus eli psykoedukaatio. Potilaat hyötyvät mahdollisesti myös säännöllisestä ohjatusta liikunnasta, joten sitä voidaan aina

suositella osaksi hoitokokonaisuutta, mutta se ei korvaa muita depression hoitomuotoja (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Useat eri interventiot ovat osoittautuneet vaikuttaviksi masennuksen hoitomuodoiksi, mutta esimerkiksi lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen masennus on saattanut uusiutua eikä pidemmän tähtäimen vaikutuksista ole tällöin varmuutta (Hollon ym., 2002).

Depression hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: akuutti-, jatko- ja ylläpitohoidon vaiheisiin (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Käypä hoito -suosituksen (2023) mukaan hoitomuodoista riippumatta potilas tarvitsee säännöllistä seurantaa sekä akuuttivaiheen aikana että vähintään puolen vuoden ajan akuuttivaiheen päättymisestä. Lisäksi hoidossa tulisi ottaa huomioon potilaan omat toiveet hoidostaan, aiempien depressioiden vaikeusaste, psykiatrinen monihäiriöisyys, mahdollisten aiempien hoitoyritysten teho ja haitat, itsemurhariski, toimintakyky sekä somaattiset sairaudet sekä niihin tarvittava lääkitys. Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa yksinomaisena hoitomuotona riittäviä voivat olla nettiterapiat, psykoterapiat tai masennuslääkkeet. Vaikean masennuksen yksinomaisesti riittävänä hoitomuotona pidetään masennuslääkkeitä tai sähköhoitoa, mutta psykoterapian vaikuttavuutta pidetään epävarmana tai riittämättömänä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023).

Kelan korvaama harkinnanvarainen psykoterapia muuttui vuonna 2011 lakisääteiseksi kuntoutuspsykoterapiaksi (Paunio ym., 2012). Kansaneläkelaitos voi myöntää kuntoutuspsykoterapiaa 16–67-vuotiaille, jos työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveyden häiriön vuoksi, hoitosuhde mielenterveyden häiriön diagnosoinnin jälkeen on ollut voimassa vähintään kolme kuukautta ja psykiatrin lausunnon perusteella voidaan arvioida tarve kuntoutuspsykoterapialle työ- ja opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi (Kansaneläkelaitos, 2023). Tätä kuntoutuspsykoterapiaa voidaan myöntää vuodeksi kerrallaan ja yhteensä enintään kolmeksi vuodeksi (Kansaneläkelaitos, 2023). Masennuksesta toipumista ja sen uusiutumista voidaan useimpien kohdalla ehkäistä varhain aloitetulla ja potilaan tilanteen huomioivalla tarpeen mukaisella hoidolla (Kampman ym., 2017). Tässä tutkimuksessa keskitytään masennuksen eri hoitomuodoista ensisijaisesti psykoterapiaan ja sen pitkäkestoiseen psykodynaamiseen suuntaukseen.

1.2 Psykoterapiat

Kaikkia psykoterapioita yhdistää Leimanin (2020a) mukaan potilaan ja psykoterapeutin yhteistoiminta. Potilaan perustehtävä on ilmaista itseään ja tuottaa siten aineistoa terapeuttiseen prosessiin. Psykoterapeutin tehtävänä on auttaa potilasta omaksumaansa havainnoiva suhde omaan ilmaisuunsa ja siinä ilmeneviin, usein toistuviin ilmiöihin, jotka tuottavat tai ylläpitävät potilaan

oireilua. Aloitteellinen itsehavainnointi edesauttaa potilasta ongelmiansa paremmassa hahmottamisessa (Leiman, 2020a). Freud (1913) on jo aikanaan kehottanut potilaitaan puhumaan vapaasti kaikesta mieleen tulevasta: ”Puhukaa siis kaikesta, mitä mielessänne liikkuu. Menetelkää niin kuin esimerkiksi matkustaja, joka istuu junanvaunun ikkunapaikalla ja kuvaa sisemmällä vaunussa istuvalle, miten maisema muuttuu hänen silmiensä edessä” (Freud, 1913, s. 75). Psykoterapian vaikuttavuus syntyy potilaan ilmaistessa itseään psykoterapeutille sekä psykoterapeutin ja potilaan yhteistyössä, psykoterapeuttinen hoitomenetelmä ei siis itsessään hoida ketään (Leiman, 2020a). Monet Freudin havaitsemat ilmiöt, kuten terapeutin puolueeton työote, potilaan subjektiivinen tapa kokea terapeuttinsa ja hänen tietoisensa itsehavainnointinsa merkitys ongelmien selvittelyssä ovat vähitellen tulleet osaksi myös kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden työskentelyotetta, mutta näitä ilmiöitä on yleensä nimetty uusin termein (Leiman, 2020a). Terapiatekniikat ovat Leimanin (2020a) mukaan työvälineitä, joiden avulla voidaan virittää ja rikastaa potilaan ilmaisua ja jäsentää hänen itsehavainnointiaan. Psykoterapeutin kaavamainen suhtautuminen tekniikoihin saattaa jopa heikentää psykoterapian tuloksellisuutta (Leiman, 2020a).

Silloinen TEO, nykyinen Valvira, on vuonna 2005 määritellyt psykoterapian tavoitteelliseksi ja ammatilliseksi terveydenhuollon toiminnaksi, joka tähtää psyykkisen terveyden ja toimivuuden lisäämiseen (Valkonen, 2007). Valkosen (2007) mukaan psykoterapialla hoidetaan henkilöitä, joilla on psyykinen häiriö, jota voidaan lievittää psykoterapian keinoin. Tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkistä häiriötä ja siihen liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia selvittää itse ongelmiaan. Psykoterapiasuuntauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun yhtenäiseen psykologiseen teoriaan, joka auttaa ymmärtämään sekä ihmisen normaalia kehitystä että psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Tällaisia teorioita ovat esimerkiksi psykoanalyttinen, ryhmäpsykoanalyttinen, perheterapeuttinen ja kognitiivinen teoria. Valvira myöntää hakemuksesta psykoterapeutin ammattinimikkeen henkilöille, jotka ovat suorittaneet Valviran hyväksymän psykoterapiakoulutuksen (Valkonen, 2007). Paunio ja kumppaneiden (2012) mukaan psykoterapia on vuorovaikutuksellinen, teoreettiseen tietämykseen perustuva ja tehokas mielenterveyden häiriöiden ja psyykkisten ongelmien kuntoutus- ja hoitomuoto. Psykoterapia täyttää näyttöön perustuvan hoidon kriteerit lähes kaikissa tärkeimmissä psykiatrisissa häiriöissä. Ammattinimikkeeseen tähtäävä psykoterapeuttikoulutus siirtyi asetusmuutoksella vuoden 2012 alussa yliopistojen järjestettäväksi (Paunio ym., 2012).

Vielä vuosikymmenten debatin jälkeenkään ei ole selvää, ovatko kaikki psykoterapiat tasapuolisesti yhtä vaikuttavia eri häiriöiden hoidossa (Cuijpers ym., 2008). Varhaisten meta-

analyysien mukaan eri psykoterapiat olisivat yhtä vaikuttavia (Smith & Glass, 1977; Smith ym., 1980). Kuitenkaan nämä varhaiset tutkimukset eivät huomioineet esimerkiksi tarkkoja diagnostisia populaatioita, ne eivät seuranneet tiukkaa protokollaa interventioiden suhteen ja ne oli toteutettu metodologisesti heikommilla menetelmillä kuin nykytutkimukset (Cuijpers ym., 2008). Esimerkiksi masennuksen eri tasojen, lievästä vaikeaan masennukseen, hoitoa on sittemmin tutkittu paremmin suunnitelluilla vertailevilla psykoterapiatutkimuksilla ja uudempien systemaattisten katsausten ja meta-analyysien perusteella psykoterapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa on voitu paremmin osoittaa (Cuijpers ym., 2008).

Leimanin (2020b) mukaan psykoterapian tutkimuksen noin 50-vuotisen historian myötä kokeelliset tutkimusasetelmat ovat osoittautuneet monella tavalla ongelmallisiksi. 1990-luvun puolivälissä ne otettiin käyttöön kuitenkin uudelleen – Yhdysvalloissa ja Britanniassa tapahtuneen näyttöön perustuvan lääketieteen voimaperäisen kehityksen myötä. Tätä perusteltiin sillä, että terveyspalvelujen ostajat haluavat kokeellista näyttöä, joten sitä on heille tuotettava (Leiman, 2020b). Tutkijat ovat Leimanin (2020b) mukaan riippuvaisia tutkimusten rahoittajien intresseistä ja lääketutkimuksen kaltaista metodologiaa on alettu pitää ainoana pätevänä näyttötuottamistapana, vaikka se sopii huonosti tämän tutkimuskohteen luonteeseen. Psykoterapia-alan kansainväliset avainjulkaisut ovatkin 2000-luvulla täyttyneet ryhmävertailujen tutkimusraporteista, joihin tilaajien ja tutkijoiden intressit ovat päässeet vaikuttamaan suhteellisen vapaasti. Toisin kuin lääketutkimuksessa niin kutsuttua vaikuttavaa ainesosaa ei psykoterapiassa voida erottaa kokeeseen osallistuvien ihmisten toiminnasta. Somaattisessa hoidossa hyvä tulos on usein määriteltävissä elintoimintojen palautumiseksi normaalin vaihtelun alueelle. Homeostaasin periaate on hyvä kuvaamaan ruumiillisia toimintoja, mutta ihmiselämän ja psyykkisten toimintojen kuvaamisessa se on harhaanjohtava. Esimerkiksi objektiivisina tulomuuttujina pidetyistä BDI-mittauksista tai asiantuntija-arvioista ei ole kovin hyvin voitu erotella psykoterapia- tai lääkehoitoryhmiä sen enempää hoitojen lopussa kuin 18 kuukauden seurannassa. Sen sijaan potilaiden tekemät itsearvioinnit seurantamittauksissa erottelivat psykoterapiaryhmät erittäin merkitsevästi imipramiini- ja lumeryhmistä (Leiman, 2020b).

Psykoterapian tuloksellisuudella on APA:n (American Psychological Association) vuonna 2002 julkaiseman asiantuntijaraportin perusteella erilaisia muuttujatekijöitä, joita ovat potilaan omat odotukset eli lumevaikutus (15 %), terapian ulkopuoliset asiat (40 %), psykoterapiamuotojen yhteiset tekijät, kuten vuorovaikutus (30 %) ja itse terapiamuoto eli sen tekniikat (15 %) (Huttunen & Kalska,

2020). Raportin mukaan psykoterapiasuuntauksen tekniikoiden osuudeksi jäävää 15 prosenttia tärkeämmäksi muodostuu terapeuttisen vuorovaikutuksen laatua kuvaavat muuttujat, kuten terapeutin empaattisuus ja johdonmukaisuus, yhteistyösuhteen tunnesävy sekä yhteisesti jaettu käsitys hoidon päämääristä (Huttunen & Kalska, 2020). Hoitoa tukevat tai ehkäisevät elämänmuutokset ja -olosuhteet sekä asiakkaan omat hoitoon kohdistuvat odotukset muodostavat APA:n aineiston tuloksellisuuden vaihtelusta 55 % (Huttunen & Kalska, 2020). Ei siis ole ihme, että eri psykoterapiamuotojen välille ei ole saatu selkeitä eroja näkyviin, kun tekniikan selitysosuus on niin vähäinen (Huttunen & Kalska, 2020).

Valkosen mukaan (2007) psykoterapian vaikutusta masennukseen on tutkittu henkilöiden omia kokemuksia tarkastelemalla ja analysoimalla. Masennuksen lievittymistä selitettiin lisääntyneellä ymmärryksellä, näkökulmien muuttumisella ja psykoterapiasuhteella sekä psykoterapian ulkopuolisilla tekijöillä. Jos masennus jatkui, syy liitettiin vääränlaiseen terapiaan tai terapeuttiin, terapian keskeneräisyyteen sekä myös terapian ulkopuolisiin tekijöihin (Valkonen, 2007). Psykoterapian tuloksellisuus voi siis olla yhteydessä hyvin monenlaisten osatekijöiden kanssa. Krakaun ja kumppaneiden (2023) mukaan sekä yleisesti psykoterapioiden että psykodynaamisen suuntauksen psykoterapioiden vaikuttavuuden näyttö on perustunut paljolti lyhytkestoisiin terapiaihin ja myös lyhytkestoisiin tuloksiin. Tutkimusnäyttö viittaisi kuitenkin siihen, että mahdollisesti pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia olisi lyhytkestoisia terapioiden vaikuttavampaa kompleksisissa häiriöissä (Krakau ym., 2023).

1.2.1 Psykodynaaminen psykoterapia

Psykoanalyysi ja siitä johdetut psykoterapiat, kuten psykodynaaminen psykoterapia, ovat historiansa kautta vahvasti kytkeytyneet Sigmund Freudiin (1856–1939), vaikka muutosta on noin sadassa vuodessa tapahtunut (Enckell, 2020). Tänä päivänä kaikki tämän psykoterapiasuuntauksen psykoterapeutit ovat käyneet vähintään 3 vuoden erikoistumisopinnot psykodynaamisen psykoterapian psykoterapeuteiksi (Ahola ym., 2011). Enckellin (2020) mukaan tässä suuntauksessa lähestytään psyykkisiä vaikeuksia kehityksellisestä näkökulmasta ja kehitys nähdään psyykkisten toimintojen rakentumisena. Jos kehitys jollakin alueella on keskeytynyt, käytettävissä on vain osa psyykkisistä toiminnoista, minkä myötä ihminen joutuu erilaisiin vaikeuksiin. Kun hoidon aikana ihminen pääsee käsiksi itselle ominaiseen kokemistapaan, joka heijastaa kehityksen keskeneräisyyttä, hän voi paremmin ymmärtää ja käsitellä sitä. Tällöin kehitys voi käynnistyä uudelleen, uusia toimintoja voi rakentua ja vaikeudet voivat väistyä. Psykoterapia voi olla enemmän tai vähemmän

intensiivistä, ja jos pyritään rakenteelliseen muutokseen, on intensiivinen hoito silloin eduksi (Enckell, 2020).

Keinänen & Takalo (2013) ovat määritelleet psykodynaamisen psykoterapian eroja, vaikka myös toteavat, ettei näiden hoitomuotojen selkeälle laadulliselle erottelulle ole perusteita empiiristen tutkimusten selvittämien laatu- ja toteutustapojen valossakaan. Psykoanalyysi ja siitä kehitetyt psykodynaamiset (eli psykoanalyttiset) psykoterapiat ovat tiiviydeltään, kestoltaan ja toteutustavoiltaan hieman erilaisia. Psykoanalyysissa käyntikertoja on tiiviimmin, hoito kestää usein pidempään ja potilas on siinä yleensä makuullaan, ilman katsekontaktia, kun taas psykodynaamisessa psykoterapiassa ollaan psykoterapeutin kanssa katsekontaktissa ja käyntitiheys saattaa olla kahdesti viikossa. Psykodynaaminen psykoterapia on käyntijärjestelyidensä vuoksi psykoanalyysia yleisempi ja laajemmin sovellettu hoitomuoto. Sen tekniikkaa voidaan soveltaa laaja-alaisesti erilaisten psyykkisten häiriöiden hoidossa (Keinänen & Takalo, 2013).

Psykodynaaminen psykoterapia on saanut kritiikkiä tieteellisestä uskottavuudestaan ympäri maailmaa. Leichsenringin & Rabungin (2008) mukaan vielä 2000-luvun alussa ei ollut tarpeeksi vakuuttavia tutkimuksia sen pitkäkestoisen muodon tuloksellisuudesta. Psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudelle on toisissa tutkimuksissa saatu näyttöä ja toisissa ei ole havaittu eroa verrokkiryhmään, joten tulokset ovat olleet ristiriitaisia (Fonagy, 2015). Erään satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen mukaan nuorten depression hoidossa psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudelle alkaa olla evidenssiä (Ulberg ym., 2012). Marttusen ja kumppaneiden (2015) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan nuorten depression hoidossa psykodynaaminen psykoterapia on todettu mahdollisesti vaikuttavaksi hoitomuodoksi (Marttunen ym., 2015). Laajassa kontrolloidussa vertailututkimuksessa, johon sisältyi vuoden seuranta, kognitiivis-behavioraalisen ja psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudessa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa ja näin ollen psykodynaamista psykoterapiaa ei voida pitää kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa heikompana vaihtoehtona (Thase, 2013).

On ehdotettu, että parhaat muutokset terveyskäyttäytymiseen saadaan, kun psykoterapiasuhte on suunniteltu ja räätälöity yksilöllisesti, siinä on mahdollisuus toistuvalla palautteella ja terapeutti on välittävä sekä tuntee potilaansa historian, selviytymiskeinot ja motivaatiot (Wendt, 2005; Jyrä ym., 2017). Fonagy (2015) tuo esille, että erityisesti pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa on tutkittu vasta vähän. Kuitenkin sekä lyhyt- että pitkäkestoiselle psykodynaamiselle psykoterapialle löytyy näyttöä masennuksen vaikuttavaan hoitoon. Usein vaikutus on enemmänkin kohtuullinen kuin suuri tutkimusasetelman passiivisiin

verrokkeihin nähden. Psykodynaaminen psykoterapia voisi olla parempi vaihtoehto lääkkeille ja ainakin se lisää lääkkeiden tehoa. Lisäksi ajankohtaisen kirjallisuuden mukaan pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia voisi olla arvossaan erityisesti kompleksisen ja kroonisen masennuksen hoidossa (Fonagy, 2015). Lindforsin ja Heinosen (2019) mukaan psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudesta masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa on kohtalaista näyttöä. Pitkä psykoterapia voi myös heidän mukaansa tulla kyseeseen, kun potilaan ongelmat ovat pitkäaikaisia ja monimuotoisia (Lindfors & Heinonen, 2019). Enckellin (2020) mukaan tuloksellisuustutkimukset ovat osoittaneet, että psykodynaamisen hoidon vaikuttavuus vastaa muitten vakiintuneitten psykoterapiamuotojen tuloksia. Pidemmässä ja intensiivisemmissä hoidoissa tulokset ovat olleet parempia ja kestävämpiä kuin harvajaksoisissa ja lyhyissä hoidoissa (Enckell, 2020).

Airaksen (2022) mukaan neljästi viikossa toteutettava psykoanalyttinen hoito on monissa kansainvälisissä tutkimuksissa todettu tehokkaaksi menetelmäksi myös lasten ja nuorten psyykkisissä häiriöissä. Kansaneläkelaitos on tähän asti rahoittanut tällaisia hoitoja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen nimikkeellä. Psykoanalyysissä tavoitteena on itseymmärryksen kasvaminen ja kehittyminen. Hoitosuhteessa luodaan turvallinen tila ja yhdessä olemisen ilmapiiri, jossa asiakkaan on mahdollista ilmaista itseään. Psykoanalyysi vaatii psykoanalyttikolta, laajan teoreettisen koulutuksen ja kliinisen kokemuksen ohella, taitoa luoda edellytykset vastaanotolle tulleen omien ajatusten, havaintojen ja tunteiden esille tuonnille ja sitä kautta kykyä muodostaa kuvaa ja ymmärrystä juuri kyseisestä asiakkaasta. Tiivis hoito tähtää persoonallisuuden rakenteiden ja traumaattisen vuorovaikutuksen seurauksena tulleiden vaurioiden korjaantumiseen. Pahimmillaan lasten- tai nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaita, jotka ovat oireilleet varhaisista kehitysvuosistaan lähtien eivätkä ole saaneet missään vaiheessa riittävän intensiivistä ja pitkäkestoista psykoterapeuttista hoitoa, vaikka lyhyempiä tutkimus-, arviointi- ja hoitoyrityksiä on saattanut olla useitakin (Airas, 2022).

Leichsenringin & Rabungin (2008) tekemässä meta-analyysissä (n=1053; 11 RCT- ja 12 havainnointitutkimusta) on selvitetty pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisuutta kompleksisista häiriöistä kärsivillä potilailla. Häiriöihin sisältyi persoonallisuushäiriöitä, kompleksisia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä sekä kroonisia ja monimuotoisia mielenterveyden häiriöitä. Tarkastelun kohteena olivat vain seurantatutkimuksissa analysoidut psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat, joiden kesto oli vähintään vuoden tai 50 terapiaistuntoa. Näiden tutkimusten perusteella näyttäisi, että pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia olisi lyhytkestoisia terapiamuotoja tuloksellisempaa sekä hoidon päättyessä että seurannan jälkeen (Leichsenring &

Rabung, 2008). Tämä meta-analyysi sai kuitenkin myöhemmin kritiikkiä efektikokojen laskemisesta ja valittujen tutkimusten heterogeenisyydestä (Bhar ym., 2010). Bhar kumppaneineen (2010) eivät löytäneet vastaavanlaisia tuloksia pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian paremmuudesta.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetään psykodynaamisen psykoterapian käsitettä kattamaan sen pitkäkestoiset muodot. Pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian lyhenteenä on kirjallisuudessa käytetty muun muassa LTPP:ä, joka tulee sanoista ”long-term psychodynamic psychotherapy” (esim. Zimmerman, 2015; Leichsenring & Rabung, 2008). Muita aiheeseen läheisesti liittyviä lyhenteitä ovat esimerkiksi PDT (psychodynamic therapy) ja LPP (long-term psychotherapy) (esim. Knekt ym., 2015). Empiirinen näyttö pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian (LTPP) vaikuttavuudesta on lisääntymässä, mutta epäselvää vielä on, johtuvatko vaikutukset psykodynaamisen psykoterapian tekniikoiden erityispiirteistä vai suuremmasta määrästä istuntoja (Zimmerman ym., 2015).

TUTKIMUSKYSYMYKSET

1. Miten pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia on yhteydessä masennuksen hoidon vaikuttavuuteen?
2. Miten psykoterapian kesto on yhteydessä sen vaikuttavuuteen masennuksen hoidossa?

MENETELMÄ

Tämä tutkimus on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka lähentyy systemaattista katsausta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää neljä vaihetta: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen (Kangasniemi ym., 2013). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen erityispiirteinä pidetään kuvailua, aineistolähtöisyyttä ja ilmiön ymmärtämistä. Aineiston valintaa ohjaavat tutkimuskysymykset ja ymmärrys aineiston sopivuudesta ja riittävydestä tarkentuu valinnan edetessä (Kangasniemi ym., 2013).

Aineistoa katsaukseen haettiin muun muassa Scopus-, Ebsco- ja ProQuest-tietokannoista Google Scholaria apuna käyttäen. Lisäksi kirjallisuushakuja on tehty Oulun yliopiston kirjaston sekä Pirkanmaan kirjastojen tietokannoista. Hakuja tehtiin sekä suomeksi että englanniksi. Hakusanoina käytettiin muun muassa termejä ”psykodynaaminen psykoterapia”, ”psykoanalyttinen psykoterapia”, ”masennus” ja ”vaikuttavuus” sekä näiden englanninkielisiä vastineita ja synonyymejä kuten depressio tai tuloksellisuus (Taulukko 1). Hakemisessa hyödynnettiin myös näiden sanojen katkaistuja versioita, jotta aineistoja ei jäisi pois sanamuodon vuoksi. Aineistoa karsittaessa poissuljettiin esimerkiksi hyvin lyhytkestoisiin tai muihin suuntauksiin perustuvat terapiamuodot tai eri mielenterveyshäiriöiden kuin masennuksen hoitoon kohdistuneet tutkimukset, jollei myös psykodynaamista psykoterapiaa ja masennuksen hoitoa ollut tutkittu osana tutkimusta. Lisäksi aineistoa valittaessa on vaatimuksena ollut sen riittävä saatavilla olo. Katsauksessa on pyritty systemaattista tapaa lähenevään kuvailevaan katsaukseen, jossa on käytetty mahdollisuuksien mukaan systemaattista hakua, ja sen avulla vertaisarvioituja, satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia. Kuitenkin mukaan on otettu myös laadullisia tapaustutkimuksia psykodynaamisen psykoterapiasuuntauksen luonteen ja sen paremman ymmärtämisen vuoksi.

Aineistoa käytiin läpi huolellisesti pyrkien löytämään tämän hetken paras tieto ja ymmärrys masennuksesta ja hoidon vaikuttavuudesta psykodynaamisessa psykoterapiassa. Aineiston valintaan vaikutti prosessin taustalla koko ajan aineiston laadun arvioinnin näkökulma. Katsaukseen valikoitui viimeisin tutkimustieto aiheesta vuosilta 2008–2023, yhteensä 18 tutkimusta. Ulkopuolelle jätettiin kaikki sellaiset tutkimukset, jotka oli julkaistu ennen vuotta 2008, tai jotka eivät täyttäneet muita laatukriteerejä. Laatukriteereinä oli, että tutkimus olisi toistettavissa, kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen sekä vertaisarvioitu ja mielellään satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus. Mukaan valituista tutkimuksista pitkittäistutkimuksia oli kahdeksan.

Taulukko I. *Kuvailevan katsauksen rakentuminen mukaillen Kangasniemi et al. (2013)*

Menetelmävaihe	Kuvaus
Tutkimuskysymyksen muodostaminen	Aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys ja ajankohtaisuus sekä tutkijan oma kiinnostus aihetta kohtaan suuntasivat tutkimuskysymystä.
Aineiston valitseminen	Aineistoa haettiin Scopus-, ProQuest- ja Ebsco-tietokannoista Google Scholaria hyödyntäen. Lisäksi hakuja tehtiin Oula-Finnan ja Pirkanmaan kirjastojen tietokannoista. Aineiston valintaa ohjasi jatkuva laadunvalvonta ja pyrkimyksenä oli valita mahdollisuuksien mukaan vertaisarvioituja RCT-tutkimuksia sekä pitkittäistutkimuksia. Hakusanoina käytettiin mm. ”psychodynam*”, ”psychoanal*”, ”depress*”, ”effectiv*”, ”outcome*” sekä näiden suomenkielisiä vastineita ja synonyymejä. Vuosilukurajauksena oli 2008–2023. Aineistoksi valikoitui 18 tutkimusta, joista kahdeksan oli pitkittäistutkimuksia.
Kuvailun rakentaminen	Aineistoa analysoitiin perehtymällä ensin tutkimusten tiivistelmiin ja sitä kautta luotiin kuvaa aiheen tuoreista tutkimustuloksista. Jäsentelyä rakennettiin aineistosta esille nousseiden näkökulmien mukaisesti.
Tuloksen tarkasteleminen ja johtopäätökset	Tuloksia verrattiin laajoihin aihetta käsitteleviin meta-analyyseihin. Tarkoituksena oli koostaa tutkimuksista saatu tieto tiiviiksi ja muodostaa kokonaiskuva psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa sekä herättää keskustelua ja pohtia jatkotutkimuksen tarvetta.

TULOKSET

4.1 Pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus masennuksen hoidossa

Cohenin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa (n = 167) kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja psykodynaamisella psykoterapialla ei ollut merkittävää eroa masennuksen hoitotuloksissa, mutta oikeanlaisen psykoterapian suosittelu saattoi parantaa yksittäisen potilaan hoitovastetta. Malliin sisällytettiin 49 tutkitusta ennustetekijästä neljä: masennuksen vaikeusaste, ahdistusherkyys, ekstraversio ja psykologisen hoidon tarve. Näiden perusteella osalle potilaita suositeltiin joko kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai psykodynaamista psykoterapiaa. Heille, joille oli suositeltu tiettyä psykoterapiasuuntausta, Hamilton Depression Rating Scale -pisteet olivat 1.6 pistettä matalammat kuin heillä, joille ei ollut suositeltu hoitomuotoa. Lisäksi vahvimmat suositukset saaneilla oli tätäkin suurempi hyöty, 2.6 pistettä (Cohen ym, 2020).

Kun ensimmäisen terapiavuoden aikana masennusta hoidettaessa psykodynaamisessa psykoterapiassa on kysytty sekä potilailta (n = 25) että heidän psykoterapeuteiltaan käsityksiä psykoterapian kulusta, ovat vastaukset olleet osin yhteneviä ja osin erilaisia (Ahola ym., 2011). Psykoterapia sisälsi suunnilleen 80 käyntikertaa vuoden aikana ja käyntifrekvenssinä oli 2 kertaa viikossa. Potilaat ja psykoterapeutit täyttivät kyselyt kuudessa vaiheessa vuoden aikana. Kyselyiden itemeitä oli kaikkiaan 285 ja niistä suurin osa 5-portaisella Likertin asteikolla ja yksi osio kyllä/ei-vastauksia (Ahola ym., 2011). Potilaiden ja terapeuttien näkemykset masennuksen vaikutuksista olivat suurelta osin yhteneviä, mikä kuvasti keskinäistä yhteisymmärrystä ja toimivaa allianssia heidän välillään. Merkittäviä eroja tulkinnoissa oli hoitosuhteessa olevien affektien ja turhauttavien aiheiden suhteen (Ahola ym., 2011). Tulosten perusteella voidaan arvioida, että affektien ilmaisu ja niiden työstäminen ovat keskeisiä masennuksen hoidossa psykodynaamisessa psykoterapiassa (Ahola ym., 2011).

Tuoreessa viiden vuoden pitkittäistutkimuksessa (n = 227) havaittiin, että pitkäkestoisella psykoanalyttisellä psykoterapialla saavutettiin pysyviä ja vertailukelpoisia muutoksia yli vuoden kestäneen masennuksen oiretasoissa (Beutel ym., 2023). Rakenteellisia muutoksia (n = 134) saavutettiin paremmin psykodynaamisilla hoitomuodoilla kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla (Beutel ym., 2023). Kyseisessä tutkimuksessa käytettiin vuosittain sekä itsearviointia että sokkoutettuja asiantuntija-arvioita (esim. BDI-II, Beckin masennusinventari-II; QIDS-C, Quick Inventory of Depressive Symptoms). Krooniseksi masennukseksi oli määritelty vähintään vuoden kestänyt masennus DSM-5:n kahden vuoden kriteerin vastaisesti (Beutel ym., 2023). Toisessa

tuoreessa vuoden mittaisessa seurantatutkimuksessa (n = 280) vertailtiin intensiivisen psykodynaamisen psykoterapeuttisen laitoshoidon vaikutavuutta terveydenhuollon tarjoamaan tavanomaiseen avohoitoon (Eielsen ym., 2022). Intensiivinen psykodynaaminen psykoterapia laitoshoidossa (kaksi erilaista hoito-ohjelmaa, APT ja VITA) oli merkittävästi parempi kroonisen masennuksen hoidossa kuin avohoidon tavanomainen hoitomuoto (odotuslistalla olleilla) ja efektikoko oli suuri mittauksen eri vaiheissa, myös vuoden seurannan kohdalla (Eielsen ym., 2022).

Eräässä RCT-tutkimuksessa osallistujina oli 341 hollantilaista, joilla oli DSM-IV:n kriteerien mukainen masennus ja HAMD-pisteitä vähintään 14 (Driessen, 2013). Heille satunnaistettiin 16 istuntoa joko kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai psykodynaamista psykoterapiaa. Vakavaa masennusta sairastavat (HAMD-pisteet yli 24) saivat lisäksi protokollan mukaisesti masennuslääkityksen (Driessen, 2013). Masennuksen hoidon tehokkuutta mitattiin psykopatologian, ihmissuhdetoimintojen, kivun ja elämänlaadun mittauksilla. Potilaista 45–60 % oli hoidon jälkeisessä arvioinnissa kliinisesti merkittävä muutos useimpien osa-alueiden osalta (Driessen, 2013). Psykoterapiasuuntausten välillä ei havaittu eroa ja tämän myötä voidaan arvioida, että psykodynaaminen psykoterapia on yhtä tuloksellista kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia (Driessen, 2013).

Tuoreessa englantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin pitkäkestoisen psykoanalyttisen psykoterapian (LTPP) kustannustehokkuutta ja vaikutavuutta hoitoresistentin masennuksen hoidossa (Koeser, 2023). Selvisi, että tavanomaisen terveydenhuollon lisäksi tarjottu LTPP oli kliinisesti vaikuttava hoitomuoto hoitoresistentin masennuksen hoidossa, myös kahden vuoden seurannassa, mutta sen ei voitu osoittaa olevan kustannustehokas (Koeser, 2023). Eräässä brasilialaisessa RCT-tutkimuksessa (n = 272) selvitettiin 26-34-vuotiaiden masennuspotilaiden hoidossa LTPP:n, fluoksetiinin tai näiden yhdistelmän vaikutavuuden eroja (Bastos ym., 2014). Kaikki hoitovaihtoehdot kestivät 24 kuukautta ja johtivat BDI-pisteiden laskuun (ka 18.8 pistettä), mutta pelkkä LTPP (1 istunto/vko) tai yhdistelmähoito olivat selvästi pelkkää lääkettä (20–60 mg/vrk) tehokkaampia (LTPP 22.08, yhdistelmähoito 22.04 ja fluoksetiini 12.53) (Bastos ym., 2014). Psykodynaaminen psykoterapia ei tässä tutkimuksessa ollut manualisoitu, vaan se tapahtui tosielämän olosuhteissa psykiatrisella poliklinikalla (Bastos ym., 2014).

Myös käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöiden, joihin myös masennus hyvin usein sisältyy (ko. tutkimuksessa 80.3 %), komorbiditeetistä kärsivien 14–19-vuotiaiden nuorten kohdalla psykodynaamisen psykoterapian vaikutukset ovat näyttäneet lupaavilta verrattuna tavanomaiseen

hoitoon (Salzer ym., 2014). Tässä RCT-tutkimuksessa ensisijaisena mittarina toimi potilaiden remissio. Toissijaisena mittarina tarkasteltiin Global Severity Index:iä (GSI) ja Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) -kyselylomaketta (Salzer ym., 2014). Psykodynaamisen psykoterapiaan osallistuneiden remissioprosentti oli huomattavasti tavanomaiseen hoitoon osallistuneita korkeampi (Salzer ym., 2014). Ryhmien välisessä vertailussa psykodynaamisessa psykoterapiassa olleiden SDQ-tulokset olivat merkittävästi parempia kuin kontrolliryhmässä eli tavanomaisen hoidon ryhmässä, mutta ei GSI-tulokset (Salzer ym., 2014). Efektikoot ryhmien välillä olivat pieniä (Salzer ym., 2014). Kuuden kuukauden seurannan kohdalla hoitoryhmän tulokset säilyivät. Useimmat nuorista saatiin takaisin opintoihin hoidon myötä (Salzer ym., 2014).

Myös nuorten omia kokemuksia psykodynaamisesta psykoterapiasta on kartoitettu norjalaisessa laadullisessa tutkimuksessa (n = 8) (Løvgren ym., 2019). Puolistrukturoiduilla haastatteluilla nuorten kokemuksista nousi neljä pääteemaa kuvaamaan psykodynaamisen psykoterapian vaikutusmekanismeja: itsensä tutkiminen, terapiasuhte ja sen piirteet, keskittyminen jokapäiväiseen elämään ja ajalliset tekijät (psykoterapian kesto ja tiiviys) (Løvgren ym., 2019). Toisin sanoen nuorten masennus paranee tutkimalla itseään suhteessa luotettavaan ja tukea tarjoavaan terapeuttiin ajallisesti rajatun hoitajakson puitteissa (Løvgren ym., 2019). Paranemista näyttää tapahtuvan juuri paremman suhteen kautta itseen ja muihin sekä oman paikan löytymiseen perheessä tai koulussa (Løvgren ym., 2019). Nuoret arvostavat ongelmanratkaisua ja apua konkreettisissa asioissa ja olisikin olennaista, että psykoterapiaa räätälöitäisiin nuorten tarpeiden mukaisesti huomioiden heidän jokapäiväisen elämänsä haasteet (Løvgren ym., 2019).

Eräessä pohjoissaksalaisessa seurantatutkimuksessa (n=35) tutkittiin vakavasti masentuneiden lasten ja nuorten (4–21 v.) lyhyt- ja pitkäkestoisen psykoanalyttisen psykoterapian tuloksellisuutta (Weitkamp ym., 2014). Sekä potilaiden omat että heidän vanhempiensa ja terapeuttiensa vastaukset kerättiin kyselylomakkeilla hoidon alussa, lopussa sekä jopa viitenä ajankohtana terapian aikana (Weitkamp ym., 2014). Seuranta toteutettiin 6 ja 12 kuukauden jälkeen psykoterapian päättymisestä (Weitkamp ym., 2014). Masennustasoa mitattiin Child Depression Inventory- ja elämänlaatua KIDSCREEN-mittareilla ja lisäksi terapeutit arvioivat potilaidensa toimintakykyä. Keskimäärin potilaat saivat 97 terapiaistuntoa (vaihteluväli: 25–205). Kontrolliryhmä sai vain tavanomaista hoitoa ”odotuslistalla” (Weitkamp ym., 2014). Kaiken kaikkiaan potilailla oli selkeitä oireita avohoidon alkaessa. Tulosten mukaan hoidon päättyessä masennusoireet olivat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi sekä vanhempien että potilaiden raportoimana (Weitkamp ym., 2014). Kontrolliryhmässä potilaiden ilmoittamat oireet vähenivät hieman, mutta eivät tilastollisesti merkitsevästi (Weitkamp ym., 2014).

4.2 Psykoterapian tiiviys, kesto ja vaikuttavuus masennuksen hoidossa

Helsingin psykoterapiatutkimuksessa oli mukana 326 avohoidon potilasta (20–45-vuotiaita), joista mielialahäiriö oli 84.7 %:lla ja ahdistuneisuushäiriö 43.6 %:lla (Knekt ym., 2008). He saivat hoitoa kolmessa satunnaisesti määrättyssä hoitomuodossa, jotka olivat pitkäkestoinen psykodynaaminen, lyhytkestoinen psykodynaaminen ja ratkaisukeskeinen psykoterapia. Seuranta oli kolmen vuoden ajan alkaen hoidon aloittamisesta (Knekt ym., 2008). Keskeisinä vaikuttavuuden mittareina masennuksen osalta toimi itsearviointimenetelmä Beckin depressioinventaaari (BDI) ja Hamiltonin depressioluokitusasteikko (HAMD), ahdistusta mitattiin SCL-90-Anx- ja HAMA-mittareilla (Knekt ym., 2008). Kolmen vuoden seurannassa oireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi masennuksen osalta BDI (51 %) ja HAMD (36 %) sekä ahdistuksen osalta SCL-90-Anx (41 %) ja HAMA (38 %) (Knekt ym., 2008). Ensimmäisen vuoden seurannassa lyhytkestoinen psykodynaaminen psykoterapia oli pitkäkestoista psykodynaamista psykoterapiaa vaikuttavampi 15–27 % matalammilla pisteillä, mutta kolmen vuoden seurannassa pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia oli vaikuttavampi kuin lyhytkestoiset psykoterapiat (14–37 % matalammat oireipisteet) (Knekt ym., 2008).

Helsingin psykoterapiatutkimuksessa paria vuotta myöhemmin Knekt kumppaneineen (2010) selvitti edelleen psykoterapian vaikuttavuutta, tällä kertaa viiden vuoden seurannalla (Knekt ym., 2010). Tutkittavina oli 367 mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivää avohoitopotilasta, joiden ikäjakauma oli 20–46 vuotta. Potilaista 326 satunnaistettiin voimavarakeskeiseen, lyhytkestoiseen psykodynaamiseen ja pitkäkestoiseen psykodynaamiseen psykoterapiaan ja loput 41 potilasta hakeutui oma-aloitteisesti psykoanalyysiin. Psykoanalyysiä ja näitä kolmea muuta satunnaistettua ryhmää verrattiin kvasikokeellisessa tutkimusasetelmassa (Knekt ym., 2010). Vaikuttavuusmittareita käytettiin psykiatrisia oireita, diagnooseja, työ- ja opiskelukykyä, persoonallisuuden toimintaa ja hoidon tarvetta. Myös hoitojen kustannustehokkuutta arvioitiin. Tietoja kerättiin ennen hoidon alkua ja 9 kertaa viiden vuoden seurannan aikana (Knekt ym., 2010). Kaikissa neljässä hoitoryhmässä masennus- ja ahdistusoireiden määrä väheni ja työkyky koheni. Myös persoonallisuuden toiminnassa oli paranemista, mutta se tapahtui hitaammin. Psykoterapian vaikuttavuuden kannalta olennaista oli sen pituus: lyhyet vaikuttivat nopeammin, mutta pidemmät terapiat olivat vaikuttavampia pitkällä tähtäimellä (Knekt ym., 2010). Kahden eri suuntauksen terapiassa ei havaittu missään vaiheessa seurantaa merkittäviä eroja (Knekt ym., 2010). Terapian vaikuttavuus oli kunkin terapian kohdalla parhaimmillaan sen päättyessä, lyhytkestoisessa terapiassa vuoden, pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa kolmen vuoden ja psykoanalyysissä viiden vuoden kohdalla (Knekt ym., 2010). Viiden vuoden seurantatutkimuksen mukaan lyhytkestoisella psykoterapialla on enemmän lyhytaikaisia vaikutuksia sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun, kun taas pitkäkestoisella

psykodynaamisella psykoterapialla on pitkän aikavälin lisähyötyjä sosiaaliseen toimintakykyyn (Knekt ym., 2015). Psykoanalyysin ja pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian välillä ei havaittu eroa vaikutuksiin terveyskäyttäytymisessä (alkoholin käyttö, painoindeksi, kolesteroliarvo, tupakointi ja liikunta) viiden vuoden seurantatutkimuksessa, mutta lyhytkestoisessa psykoterapiassa tapahtuneet muutokset olivat vähemmän terveyttä edistäviä kuin pitkäkestoisissa hoitomuodoissa (Jyrä ym., 2017).

Psykodynaamisen ja psykoanalyttisen psykoterapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa tutkittiin kolmen vuoden pitkäaikaisutkimuksessa (Huber ym., 2013). Potilailla (n = 78) oli primaaridiagnoosina masennus ja heidät satunnaistettiin joko psykodynaamiseen tai psykoanalyttiseen psykoterapiaan. Psykodynaamisessa psykoterapiassa keskimääräinen kesto oli 34 kuukautta ja keskimääräinen istuntomäärä 88, psykoanalyttisessä psykoterapiassa vastaavat luvut olivat 39 kuukautta ja 234 istuntoa. Mittauksia tehtiin muun muassa BDI- ja Scales of Psychological Capacities-kyselylomakkeilla. Haastattelijat olivat sokkoutettuja ennen ja jälkeen hoidon sekä yhden vuoden seurannassa. Kahden ja kolmen vuoden seurannassa kyselyt lähetettiin potilaille postitse. Ryhmien vertailua varten laskettiin kovarianssianalyysit, efektikoot ja kliiniset merkitsevyydet. Hoitojen välillä havaittiin merkitseviä eroja masennuksen, psykiatristen oireiden, persoonallisuuden toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden osalta kolmen vuoden seurannassa. Psykoanalyttinen psykoterapia oli tehokkaampi, oletetusti suuremman hoitokertojen määrän ansiosta myös vaikutukset kantavat pidemmälle (Huber ym., 2013).

Psykoanalyttistä (suuriannoksinen LTPP), psykodynaamista psykoterapiaa (pieniannoksinen LTPP) ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa verrattaessa (n = 77) kolmen vuoden seurantatutkimuksessa näytti psykoanalyttinen eli suuren annoksen pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia olevan vaikuttavinta (Zimmermann ym., 2015). Masennusoireita, ihmissuhdeongelmia ja sisäistettyä kiintymyssuhdetta (introject affiliation) mitattiin ennen ja jälkeen hoidon sekä yhden, kahden ja kolmen vuoden seurannoissa. Psykoanalyttistä hoitoa saaneilla oli vähemmän ihmissuhdeongelmia, he kohtelivat itseään affektiivisemmin ja heillä oli taipumus parantaa masennusoireiluaan ja ihmissuhteitaan vielä hoidon jälkeenkin seurannan aikana verrattuna kahteen muuhun hoitoa saaneeseen ryhmään. Monitasoisten välitysanalyysien mukaan hoidon jälkeisiä eroja interpersoonallisissa ongelmassa ja sisäistetyssä kiintymyssuhteessa välitti suurempi määrä istuntoja ja seurantaeroja masennusoireissa välitti psykoanalyttisten tekniikoiden voimakkaampi soveltaminen. Jonkin verran näyttöä löytyi myös psykoanalyttisten tekniikoiden hoitovaikutuksista introjektioyhteyden seurannan aikana. Näiden tulosten perusteella näyttäisi, että

sekä suuri annos että psykoanalyttisten tekniikoiden soveltaminen edesauttavat terapeutista, pitkäkestoista muutosta masennuspotilailla (Zimmerman ym., 2015).

POHDINTA

Yksilöllisesti suositellulla psykoterapiasuuntauksella voidaan saada parempia hoitotuloksia masennuksen hoidossa kuin satunnaisesti valitulla suuntauksella. Psykoterapian onnistumisessa masennuksen hoidossa keskeistä on potilaan ja psykoterapeutin välinen terapeutinen allianssi, itsen havainnointi sekä affektien ilmaisu ja niiden työstäminen. Pitkäkestoisella psykoanalyttisellä psykoterapialla saavutettiin (esim. hoitoresistentin) masennuksen hoidossa pysyviä ja vertailukelpoisia tuloksia useissa pitkittäistutkimuksissa. Rakenteellisia muutoksia saavutettiin paremmin psykoanalyttisessä psykoterapiassa kuin kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Pelkkä LTPP tai yhdistelmähoito ovat pelkkää fluoksetiini-lääkitystä selvästi vaikuttavampia masennuksen hoidossa. Myös komorbiditeetistä kärsivien nuorten kohdalla psykodynaamisen psykoterapian vaikutukset näyttävät lupaavilta verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Remissioprosentit olivat selvästi korkeammat psykodynaamista psykoterapiaa saaneilla nuorilla kuin tavanomaisen hoidon potilailla. Vakavasti masentuneiden lasten ja nuorten oireet olivat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi psykodynaamisen psykoterapian päättyessä. Useissa tutkimuksissa pitkäkestoisempi ja tiiviimpi LTPP osoittautui vaikuttavammaksi masennuksen hoidossa verrattuna joko lyhytkestoiseen, toiseen suuntaukseen tai pienemmän annoksen LTPP:aan. Vaikutukset olivat myös pysyväluonteisempia.

Masennuksen psykoterapeuttisessa hoidossa ja sen ulkopuolella on monia tekijöitä, jotka voivat olla yhteydessä hoidon tuloksellisuuteen (Huttunen & Kalska, 2020). Potilaalle sopivan hoitomuodon arviointi ja valinta saattaa olla olennainen ensiaskel (Cohen ym., 2020). Psykoterapiassa muodostettava allianssi potilaan ja terapeutin välille sekä potilaan oman itsehavainnoinnin kehittäminen ja affektien ilmaisu ovat merkittäviä hoidon onnistumisen kannalta (Løvgren ym., 2019, Ahola ym., 2011). LTPP:n päättyessä vakavasti masentuneiden lasten ja nuorten masennusoireet olivat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi (Weitkamp ym., 2014). Psykodynaamiseen psykoterapiaan osallistuneiden nuorten remissioprosentti oli myös huomattavasti tavanomaiseen hoitoon osallistuneita korkeampi, vaikutus säilyi puolen vuoden seurannassa ja useimmat nuoret palasivat hoidon myötä takaisin opintoihin (Salzer ym., 2014).

Psykoterapian riittävä tiiviys ja kesto näyttäisivät olevan yhteydessä tuloksellisuuteen (Huber ym., 2013; Knekt ym., 2008; Knekt ym., 2010; Knekt ym., 2015; Zimmerman ym., 2015; Beutel ym., 2023). Pitkäkestoisemmat psykoanalyttiset psykoterapiat sopivat käytettäväksi erityisesti vaikeampaa ja kompleksisempää masennusta hoidettaessa (Weitkamp ym., 2014); ja niiden aikaansaamat hyödyt ovat pidempikestoisia (Zimmerman ym., 2015). Pysyväluonteisempia, rakenteellisia muutoksia saavutetaan paremmin pitkäkestoisilla psykodynaamisilla hoitomuodoilla

kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla (Beutel ym., 2023). Psykoterapia voi olla enemmän tai vähemmän intensiivistä, ja jos pyritään rakenteelliseen muutokseen, on intensiivinen hoito silloin eduksi (Enckell, 2020).

Monissa aiemmissa tutkimuksissa ei ole havaittu paremmuutta tai eroa eri suuntausten välillä (esim. Driessen, 2013). Kroonisen masennuksen hoidossa psykodynaamiset psykoterapiamuodot laitoshoidossa näyttävät olevan tuloksellisempia kuin muu tavanomainen hoito avohuollossa (Eielsen ym., 2022). Pitkäkestoisissa psykodynaamisissa hoitomuodoissa olleiden potilaiden terveystilanteissa havaittiin parempia valintoja kuin lyhytkestoisissa hoitomuodoissa (Jyrä ym., 2017). Myös laajan meta-analyysin perusteella näyttäisi, että pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia olisi lyhytkestoisia terapiamuotoja tuloksellisempaa sekä hoidon päättyessä että seurannassa (Leichsenring & Rabung, 2008).

Masennuksen hoitoon hakeutuvilla on käytettävissään monenlaisia hoitovaihtoehtoja, ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka auttavat asiakkaita valitsemaan hoitomuotoa, voisivat lisääntyvän tiedon myötä paremmin määritellä, mikä hoito käytettävissä olevista vaihtoehdoista todennäköisimmin johtaisi myönteiseen vasteeseen (Cohen ym., 2020). Olisi myös tärkeää, että psykoterapiaa suunniteltaisiin potilaan tarpeiden mukaisesti huomioiden heidän jokapäiväisen elämänsä haasteet (Løvgren ym., 2019). Ensimmäisen vuoden jälkeen lyhytkestoinen psykodynaaminen psykoterapia näyttää olevan pitkäkestoista vaikuttavampi hoitomuoto, mutta kolmen vuoden seurannassa LTPP on vaikuttavampi kuin lyhytkestoiset psykoterapiat (Knekt ym., 2008). LTPP:lla on myös pitkän aikavälin lisähyötyjä sosiaaliseen toimintakykyyn (Knekt ym., 2015). Myös vakavasti masentuneille, jotka eivät haittavaikutusten vuoksi tai muuten voi tai halua käyttää masennuslääkkeitä, on tutkimuksen mukaan mahdollista saada apua pelkän pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian turvin (Bastos ym., 2014).

Masennuksen ollessa moniulotteinen häiriö, johon usein liittyy komorbiditeettiä, on loogista, että sen hoitokaan ei parhaimmillaankaan voi toteutua kovin yksinkertaisella menetelmällä eikä siten hoidon tuloksellisuuden tutkiminenkaan ole kovin yksinkertaista. Vaikean masennuksen yksinomaisesti riittävänä hoitomuotona on pidetty masennuslääkkeitä tai sähköhoitoa, mutta psykoterapian vaikuttavuutta epävarmana tai riittämättömänä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Kuitenkin tutkimuksista on saatu tukea sille, että pelkkä psykoterapia tai yhdistelmähoito on tehokkaampaa kuin pelkkä lääkehoito vakavan masennuksen hoidossa (Bastos ym., 2014). Voisiko nykytiedon mukaan vaikeaa masennusta kuitenkin hoitaa tuloksellisemmin pitkäkestoisella

psykodynaamisella psykoterapialla, jolloin potilaan ei välttämättä tarvitsisi ottaa riskiä sähköhoidon tai lääkkeiden haittavaikutuksista?

Vaikka yksilön inhimillisen kärsimyksen tulisi riittää oikeanlaisen ja oikea-aikaisen hoidon perusteeksi, on huomionarvoista, että yhteiskunnalle aiheutuu suuria kustannuksia erityisesti hoitamattomista tai riittämättömästi hoidetuista masennuksista. Tavanomaisen terveydenhuollon lisäksi tarjottu LTPP on todettu kliinisesti vaikuttavaksi hoitomuodoksi hoitoresistentin masennuksen hoidossa, myös kahden vuoden seurannassa, mutta sen ei ole voitu osoittaa olevan kustannustehokas (Koeser, 2023). Masennuksen yksilöllinen ja tarvittaessa pitkäjänteinen hoitaminen vaikuttavaksi todetuissa psykoterapioissa kuitenkin oletettavasti kannattaisi. Masennusperustaiset työkyvyttömyys- ja sairauspäiväraha-kustannukset Suomessa ovat olleet satoja miljoonia vuodessa (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2023). Mahtaisivatko nämä suuret yhteiskunnalliset kustannukset vähentyä merkittävästi panostamalla riittävän pitkiin ja vaikuttaviin hoitomuotoihin silloin kun se potilaan masennuksen kompleksisuus huomioiden on tarpeen? Liiallinen säästöihin keskittyminen sairautta hoidettaessa ei tulisi mieleen esimerkiksi syöpähoidoissa, mutta edelleen mielenterveyshäiriöiden hoito tulisi yhteiskunnassa vallitsevien normien mukaan olla edullista. Samalla unohdetaan, että kustannukset erilaisten sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden muodossa tulevat mahdollisesti huomattavasti kalliimmiksi, jos hoito laiminlyödään tai jää riittämättömäksi. Psykologiliitto (2024) on tuoreeltaan ottanut kantaa mielenterveyspalveluista leikkaamisen kannattamattomuuteen ja tuonut esille huolensa hyvinvointialueiden rahoituksesta. Mielenterveys on perusta täysipainoiselle arjelle, työnteolle ja opiskelulle eikä heikompiosaisilta tehtävät leikkaukset edesauta mielenterveyden ylläpitämistä, sillä muun muassa lapsuudessa koettu köyhyys altistaa myöhemmille mielenterveyshäiriöille (Psykologiliitto, 2024). Myös Valtioneuvosto (2018) suosittaa, että työikäisten mielenterveyteen panostettaisiin, koska siten voidaan vähentää mielenterveyden häiriöistä johtuvia tuottavuuskustannuksia. Hoitoketjujen jatkuvuuteen tulisi panostaa samasta syystä. Psykoterapian on todettu tuottavan vähintään yhtä hyviä tuloksia kuin lääkehoidon. Kuntoutukseen panostamisella on suuri merkitys työkyvyttömyyseläkkeiden vähentämisessä ja ehkäisemisessä (Valtioneuvosto, 2018).

5.1 Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet

Mielenterveyden, masennuksen ja psykoterapian tuloksellisuuden mittaaminen on haasteellista monesta syystä. Ensinnäkin masennusoireilu voi olla hyvin yksilöllistä ja vaihtelevaa eivätkä mittaushetket välttämättä kerro koko totuutta, vaikka suuret otoskoot vähentävät mahdollisia yksittäisten poikkeamien aiheuttamia vääristymiä tai satunnaisten tilannetekijöiden vaikutusta. Eri

tutkimuksissa on käytetty hyvin heterogeenisiä mittareita ja tutkimusasetelmia, mikä saattaa heikentää tulosten yleistettävyyttä, mutta toisaalta tuottaa kattavan kuvan masennuksen hoidossa käytetyn pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuuden erilaisista tarkastelukulmista. Myös verrokkiryhmät (tavanomainen hoitoryhmä) eri maissa saattavat poiketa toisistaan olennaisesti, mikä voi heikentää tulosten yleistettävyyttä. Käsitteiden moninaisuus, päällekkäisyys, limittäiset käsitteet, niiden erottelu ja tulkinta saattavat myös johtaa jonkinlaisiin virhetulkintoihin. Esimerkiksi tutkijoiden määrittelemä pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia on kestoaltaan ja tiiviydeltään vaihdellut tutkimuksesta toiseen. Huttunen & Kalska (2020) tuovat esille, miten pitkäkestoisia psykoterapiamuotoja on ollut kallista tutkia, mikä on luultavasti ollut osatekijänä tutkimustulosten mahdollisiin vääristymiin ja lyhyemmän aikavälin tutkimusasetelmiin. Tutkimuksissa ei välttämättä saada tietoa myöskään, jos psykoterapiahoidon myötä potilas on saanut pitkästä ajasta uuden ystävän, alkanut luottaa johonkuhun tai uskaltanut aloittamaan uuden harrastuksen, mitkä voivat olla merkittäviä masennusta vähentäviä ja hyvinvointia lisääviä tekijöitä.

5.2 Jatkotutkimusehdotukset

Empiirinen näyttö psykodynaamisen psykoterapian tehokkuudesta alkaa olla vakuuttavaa, mutta edelleen tarvittaisiin lisäselvitystä, johtuvatko vaikutukset psykodynaamisen psykoterapian tekniikoiden erityispiirteistä vai suuremmasta määrästä istuntoja (Zimmerman ym., 2015). Vaikka evidenssiä psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudesta vähintään tasavertaisena muiden suuntausten psykoterapioiden kanssa on jo saatu, edelleen on aiheellista jatkaa erityisesti pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuuden tutkimusta masennuksen hoidossa. Tulevien tutkimusten kannattaisi selvittää aiempaa tarkemmin pitkäkestoisen psykoterapian vaikutuksia pitkällä aikavälillä suhteessa lyhyempiin hoitomuotoihin, ja siten pidemmille pitkittäistutkimuksille olisi ilmeinen tarve. Myös LTPP:n tuloksellisuus erityisesti vaikean masennuksen hoidossa kaipaa lisätutkimusta pitkittäisasetelmissä. Lisäksi olisi kiinnostavaa selvittää, millä tavalla masennuspotilaiden hoito ja sen seuranta toteutuu uusilla hyvinvointialueilla, ja miten Käypä hoito -suositusten laajaa kirjoa toteutetaan käytännössä. Myös Kelan kuntoutuspsykoterapioiden ja vaativien lääkinnällisten kuntoutusten saatavuuden merkitystä masennuksen hoidossa olisi hyvä selvittää. Jääkö moni hoidon tarpeessa oleva edelleen sen ulkopuolelle ja millaiset yksilö- ja yhteiskuntatason seuraukset tällöin ovat?

5.3 Johtopäätökset

Vaikka psykodynaaminen psykoterapia on ollut vuosien mittaan kriittisen tarkastelun kohteena – mahdollisesti juuri Freudiin liitettyjen mielikuvien vuoksi, näyttäisi siltä, että suuntaus on varsin vaikuttava sekä lasten, nuorten että aikuisten masennuksen hoidossa. Pitkäkestoisen psykodynaamisen psykoterapian avulla on saatu aikaan rakenteellisia ja siten pysyväluonteisempia muutoksia kuin muilla hoitomuodoilla. Muutoksia on tapahtunut potilaiden masennusoireiden vähentymisen lisäksi esimerkiksi heidän persoonallisuudessaan, suhteissa itseen ja toisiin sekä elämänlaadussaan. Kun tarkastellaan esimerkiksi masennusperustaisten sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyystilastojen valossa masennuksen riittämätöntä hoitoa, voisi tämän katsauksen perusteella olla yhteiskunnalle taloudellisesti kannattavaa panostaa aiempaa enemmän masennuksen hoitoon pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa. Sekä kansainvälisten että Suomessa tehtyjen selvitysten perusteella masennuksen hoidon kattavuuden laajentamiseen käytettävät varat palautuisivat moninkertaisesti takaisin työkyvyn ja työn tuottavuuden parantuessa onnistuneiden hoitojen myötä. Erityisesti vakavan, kompleksisen, kroonisen tai hoitoresistentin masennuksen hoidossa kannattaisi suosia aiempaa järjestelmällisemmin pitkäkestoista psykodynaamista psykoterapiaa. Vaikutusten ollessa kestävämpiä, myös taloudellinen hyöty oletettavasti kasvaa ajan mittaan.

LÄHTEET

- Ahola, P., Valkonen-Korhonen, M., Tolmunen, T., Joensuu, M., Lehto, S. M., Saarinen, P. I., ... & Lehtonen, J. (2011). The patient–therapist interaction and the recognition of affects during the process of psychodynamic psychotherapy for depression. *American journal of psychotherapy*, 65(4), 355-379.
- Airas, C. (toim.) (2022). Minuutta etsimässä. Kuusi tapauskertomusta lapsi- ja nuorisopsykoanalyysistä. Teos.
- Bastos, A. G., Guimaraes, L. S. P., & Trentini, C. M. (2015). The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(5), 612-624.
- Beutel, M., Krakau, L., Kaufhold, J., Bahrke, U., Grabhorn, A., Hautzinger, M., ... & Leuzinger-Bohleber, M. (2023). Recovery from chronic depression and structural change: 5-year outcomes after psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term treatments (LAC depression study). *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(1), 188-201.
- Bhar, S. S., Thombs, B. D., Pignotti, M., Bassel, M., Jewett, L., Coyne, J. C., & Beck, A. T. (2010). Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(4), 208-216.
- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., ... & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-328.

- Çıtak, S. (2019). Psychodynamic psychotherapy is effective in the treatment of major depressive disorder and anxiety disorders. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29, 389-390.
- Cohen, Z. D., Kim, T. T., Van, H. L., Dekker, J. J., & Driessen, E. (2020). A demonstration of a multi-method variable selection approach for treatment selection: Recommending cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for mild to moderate adult depression. *Psychotherapy Research*, 30(2), 137-150.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults. A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Depressio. Käypä hoito -suositus (2023). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023 (viitattu 25.09.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041-1050.
- Eielsen, M., Ulvenes, P. G., Røssberg, J. I., Høstmælingen, A., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2022). The Effectiveness of an Intensive Inpatient Psychotherapy Program for Chronic Depression: A naturalistic comparison with wait list. *BMC psychiatry*, 22(1), 745.
- Enckell, H. (2020). Psykoanalyysi ja psykoanalyttiset terapiat. Teoksessa Huttunen, M. O. & Kalska, H. (toim.) (2020). Psykoterapiat. Duodecim.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World psychiatry*, 14(2), 137-150.

- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung (Weitere Ratsch-Läge zur Technik der Pychoanalyse, I). Teoksessa Freud, S. (1913). Zur Dynamik der Übertragung. Behandlungstechnische Schriften. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Hari, J., (2018). Lost Connections : Uncovering the Real Causes of Depression - and the Unexpected Solutions, Bloomsbury Publishing Plc. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/oulu-ebooks/detail.action?docID=5242424>. Created from oulu-ebooks on 2023-09-01 13:35:26.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the public interest*, 3(2), 39-77.
- Huber, D., Henrich, G., Clarkin, J., & Klug, G. (2013). Psychoanalytic versus psychodynamic therapy for depression: A three-year follow-up study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 76(2), 132-149.
- Huttunen, M. O. & Kalska, H. (toim.) (2020). Psykoterapiat. Duodecim.
- Jyrä, K., Knekt, P., & Lindfors, O. (2017). The impact of psychotherapy treatments of different length and type on health behaviour during a five-year follow-up. *Psychology Research*, 27(4), 397-409. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1112928>
- Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) (2017). Masennus. Duodecim.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S. M., Pietilä, A. M., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25(4), 291-301.

- Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., & Owen, J. (2019). Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 94.
- Keinänen, M., & Takalo, A. (2013). Uutta tutkimustietoa psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisuudesta. *Psykoanalyttinen psykoterapia*, 2013(9).
- Kuntoutuspsykoterapia. Kansaneläkelaitos (2023). Viitattu, 26.9.2023. Saatavilla internetissä: <https://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>
- Knekt, P., Heinonen, E., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., ... & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2015). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 381-388.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., ... & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological medicine*, 38(5), 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., & Laaksonen, M. (2010). Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 33/2010.
- Koeser, L., Rost, F., Gabrio, A., Booker, T., Taylor, D., Fonagy, P., ... & McCrone, P. (2023). Cost-effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: RCT evidence from the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *Journal of Affective Disorders*, 335, 313-321.

- Krakau, L., Leuzinger-Bohleber, M., Brähler, E., Schmidt, P., Rost, F., Huber, D., ... & Beutel, M. E. (2023). Efficacy of high-intensity versus low-intensity psychoanalytically oriented long-term treatments and determinants of outcome: individual participant data Meta-analysis of Long-term Analytic treatment Studies (MeLAS). *BMJ open*, 13(7), e069332.
- Lazar, S. G. (2021). The cost-effectiveness of psychodynamic therapy: the obstacles, the law, and a landmark lawsuit. *Psychoanalytic Inquiry*, 41(8), 624-637.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Jama*, 300(13), 1551-1565.
- Leiman, M. (2020a). Psykoterapiat ja psykoterapeutit. Teoksessa Huttunen, M. O. & Kalska, H. (toim.) (2020). Psykoterapiat. Duodecim.
- Leiman, M. (2020b). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa Huttunen, M. O. & Kalska, H. (toim.) (2020). Psykoterapiat. Duodecim.
- Lindfors, O., & Heinonen, E. (2019). Psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus. *Lääkärilehti*, 74(12), 739–745.
- Løvgren, A., Røssberg, J. I., Nilsen, L., Engebretsen, E., & Ulberg, R. (2019). How do adolescents with depression experience improvement in psychodynamic psychotherapy? A qualitative study. *BMC psychiatry*, 19, 1-12.
- Marttunen, M., Ranta, K., Gergov, V., Strandholm, T., Ehrling, L., Tainio, V.-M., & Lindberg, N. (2015). Nuorten depression psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suomen Lääkärilehti*.
- Myllärniemi, J. (2017a). Masentuneen yksinäisyys, ulkopuolisuus ja häpeä. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) (2017). Masennus. Duodecim.

- Myllärniemi, J. (2017b). Miltä vakavasti masentuneesta tuntuu? Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) (2017). *Masennus*. Duodecim.
- Paunio, T., Lindfors, O., Kalska, 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.
- Psykologiliitto (2024). Mielenterveyspalveluista leikkaaminen ei tuo säästöjä. Julkaistu: 4.4.2024. Saatavilla: <https://www.psyli.fi/mielenterveyspalveluista-leikkaaminen-ei-tuo-saastoja/>
- Salzer, S., Cropp, C., Jaeger, U., Masuhr, O., & Streeck-Fischer, A. (2014). Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(10), 2213-2222.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Mirror, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore. John Hopkins University Press.
- Ulberg, R., Hersoug, A. G., & Høglend, P. (2012). Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Trials*, 13, 1-10.
- Valkonen, J. (2007). Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. *Psykologia*, 42(6), 461.
- Valtioneuvosto. (2018). Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut (VN julkaisusarja 2017:89). Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wasserman, D. (Ed.). (2016). *Suicide: an unnecessary death*. Oxford University Press.

- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Hofmann, H., Timmermann, H., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2014). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology: Preliminary results of an effectiveness trial. *Psychotherapy, 51*(1), 138.
- Wendt, S. J. (2005). Smoking cessation and exercise promotion counseling in psychologists who practice psychotherapy. *American Journal of Health Promotion, 19*(5), 339-345.
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A., and Benecke, C. (2015) Is It All about the Higher Dose? Why Psychoanalytic Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*: 469–487. doi: [10.1002/cpp.1917](https://doi.org/10.1002/cpp.1917).