

## **PSYKOTERAPIAT MASENNUKSEN HOIDOSSA**

Huusko, Risto  
yleislääketieteen laitos  
Oulun yliopisto  
elokuu 2014  
ohjaaja: Timonen, Markku

## TIIVISTELMÄ

Huusko, Risto:  
Syventävien opintojen tutkielma:

Psykoterapiat masennuksen hoidossa  
28 sivua, 3 liitettä (3 sivua)

---

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena hakea uusin saatavilla oleva tutkimustieto psykoterapioista masennuksen hoidossa. Käypä hoidon uusimmat näytönastekatsaukset masennuksen hoidossa ovat vuodelta 2010, joten tässä tutkimuksessa keskitytään tuota uudempaan tietoon.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat: 1) Millä terapiamuodoilla on tieteellinen tutkimusnäyttö masennuksen hoidossa? 2) Miten terapian kesto ja terapiasessioiden tiheys vaikuttaa hoitotulokseen. 3) Miten tehokkaita eri terapiat ovat verrattuna lääkehoitoon. 4) Mitkä terapiamuodot yhdistettynä lääkehoitoon ovat parempia kuin pelkkä lääkehoito? 4) Miten potilaan ja terapeutin välinen allianssi vaikuttaa hoitotulokseen?

Tutkielma suoritettiin kirjallisuuskatsauksena. Artikkeleja haettiin Medline (Pubmed) ja PsychINFO -tietokannoista keskittyen meta-analyyseiin viimeisen viiden vuoden ajalta. Päähakusanoja olivat psychotherapy, depression, ”major depression”, meta-analysis sekä eri terapiatyypin nimet.

Tulosten mukaan eri psykoterapioilla ei ole merkittävää eroa masennuksen hoidossa. Vahvin näyttö on interpersonaalisella psykoterapialla, kognitiivisella psykoterapialla, psykodynaamisella psykoterapialla ja ongelmanratkaisuterapialla. Myös behavioraalilla aktivaatioterapialla, sosiaalisen taitojen harjoituksella ja supportiivisella terapialla on tutkimusnäyttöä, mutta aineistot eivät ole yhtä suuria.

Terapian ja masennuslääkityksen yhdistäminen on lähes aina vaikuttavampaa kuin kumpikaan hoitomuoto yksinään. Näin näyttää olevan kaikkien seitsemän edellä mainitun terapian kohdalla.

Allianssista ei löytynyt pelkkään masennuksen hoitoon liittyviä tutkimuksia. Allianssitutkimukset olivat tehty masennus- ja ahdistuspotilaiden seka-aineistolla. Korkealle arvioitu allianssi näytti ennustavan parempaa hoitotulosta psykoterapiassa.

Työhön sisältyi yksi terapian kestoja ja tiheyttä käsittelevä meta-analyysi. Huomattavin löydös oli se, että tiheämpään annettu terapia on vaikuttavampaa kuin sama määrä terapiasessioita harvaan annettuna.

Avainsanat: masennus, psykoterapia, interpersonaalinen terapia, kognitiivinen terapia, ongelmanratkaisuterapia, psykodynaaminen terapia, behavioraalinen aktivaatioterapia, sosiaalisten taitojen harjoitus, supportiivinen terapia, allianssi, yhdistelmähoito, lyhytterapia.

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	2
2. MENETELMÄT.....	2
2.1. Tutkimusmenetelmä .....	2
2.2 Tutkimusongelmat .....	3
2.3 Miten vaikutuksen koko lasketaan?.....	3
3. TULOKSET.....	4
3.1 Eri terapiamuotojen vaikuttavuus masennuksen hoidossa verrattuna toisiinsa.....	4
3.1.1. Kognitiivinen terapia .....	6
3.1.2. Interpersonaalinen terapia.....	6
3.1.3. Psykodynaaminen psykoterapia .....	7
3.1.4. Ongelmanratkaisuterapia .....	9
3.1.5. Behavioraaliset terapiat .....	10
3.1.6. Supporttiivinen terapia (non directive supportive therapy).....	10
3.1.7 Läsnaöloon perustuva kognitiivinen terapia (mindfulness based cognitive therapy, MBCT) .....	11
3.2. Psykoterapiat verrattuna lumelääkkeeseen.....	12
3.3. Terapian ja lääkehoidon kombinaatio masennuksen hoidossa .....	12
3.4. Terapian tulokset absoluuttisina lukuina .....	13
3.5. Terapian keston vaikutus masennuksen hoidossa.....	14
3.6. Lyhytterapiat.....	15
3.7. Vanhusten masennuksen hoito .....	16
3.8. Sosiaalinen toimintakyky .....	17
3.9. Allianssi .....	17
4. POHDINTA .....	18
5. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	20

## LIITTEET

Liite 1. Taulukko 1.

Liite 2. Kuvaaja 1.

Liite 3. Kuvaaja 2.

## **1. JOHDANTO**

Masennus on yleinen mielenterveysongelma Suomessa. Noin 5 % suomalaisista sairastaa masennusta vuoden aikana. (Käypä hoito, 2013) Masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja ylimääräisiä kuolemia itsemurhien kautta. Masennusta hoidetaan lääkkein ja psykoterapian avulla. Terapia sopii erityisesti tilanteisiin, joissa halutaan välttää lääkkeiden haittavaikutuksia ja interaktioita, kuten raskaana olevan tai imettävän masennuspotilaan hoitoon. Vuonna 2013 päivitetyn käypä hoito -suosituksen mukaan siihen asti päivitetyn näytönastearvioinnin perusteella vaikuttavia psykoterapioita olivat kognitiivinen psykoterapia, interpersonaalinen psykoterapia (Cuijpers et al. 2008a) ja psykodynaaminen psykoterapia (Abbass et al. 2006), lievien masennustilojen hoitoon myös ongelmanratkaisuterapia (Cuijpers et al. 2007) ja ratkaisu- ja voimavarakeskeinen terapia (Knekt et al. 2008). Terapiamuotojen välillä ei ole todettu vaikuttavuuseroja (Cuijpers et al. 2008b) Käypä hoidon mukaan puolet potilaista toipuu 4-6 kk lyhytterapian jälkeen. (Curchill et al. 2001) Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on etsiä ja arvioida käypä hoidon näytteenastekatsauksia, joista viimeisin on vuodelta 2010, uudempaa tietoa.

## **2. MENETELMÄT**

### **2.1. Tutkimusmenetelmä**

Tutkimus suoritetaan kirjallisuuskatsauksena, jonka yhteydessä etsitään artikkeleja masennuksen hoidosta psykoterapian avulla Medline (Pubmed) ja PsycINFO -tietokannoista keskittyen meta-analyyseihin viimeisen viiden vuoden ajalta. Tuloksista jätetään pois lapsia ja nuoria koskevat tutkimukset. Somaattinen tai psykologinen komorbiditeetti ei ole poisjättökriteeri. Kerätyn tiedon perusteella kirjoitetaan syventävien opintojen tutkielma.

Käytettyjä hakusanoja olivat seuraavat: depression, ”major depression”, psychotherapy, meta-analysis, cognitive therapy, cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy, problem solving therapy, behavioural activation therapy, supportive therapy, psychodynamic therapy, mindfulness-based cognitive therapy, therapeutic alliance, social skills training. Kirjallisuushaut tehtiin touko-kesäkuussa 2014. Hakuja täydennettiin heinäkuussa. Artikkeleja haettiin edellisessä haussa löytyneiden artikkelien kirjoittajien nimillä. Hakusanoiksi lisättiin seuraavat: Cuijpers P, Jakobsen JC, Driessen E. Taulukossa 1 on lyhyet kuvaukset keskeisimmistä psykoterapiamuodoista masennuksen hoidossa.

## 2.2 Tutkimusongelmat

Tavoitteena on selvittää uusin näyttö eri psykoterapioiden vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa. 1) Millä terapiamuodoilla on tieteellinen tutkimusnäyttö masennuksen hoidossa? 2) Miten terapian kesto ja terapiasessioiden tiheys vaikuttaa hoitotulokseen. 3) Miten tehokkaita eri terapiat ovat verrattuna lääkehoitoon. 4) Mitkä terapiamuodot yhdistettynä lääkehoitoon ovat parempia kuin pelkkä lääkehoito? 5) Miten potilaan ja terapeutin välinen allianssi vaikuttaa hoitotulokseen?

## 2.3 Miten vaikutuksen koko lasketaan?

Meta-analyyseissä tulos ilmoitetaan usein vaikutuksen kokona tai suuruutena, englanniksi käytetään termiä ”effect size”, lyhenne ES. Vaikutuksen koko vertaa kahta eri lukua ja ilmoittaa niiden eron suhteessa kummankin aineiston yhteenlaskettuun keskihajontaan. Psykoterapiaa tutkivien meta-analyysien tulokset on saatu vähentämällä hoidon jälkeen mitattu tutkittavan ryhmän masennusoirepisteiden keskiarvo kontrolliryhmän keskiarvosta ja jaetaan tämä luku molempien ryhmien yhteenlasketulla keskiarvolla. Jos ES on 1, eroavat ryhmät toisistaan yhden keskihajonnan verran. Tulos voidaan laskea hoidon jälkeisistä oiremittareista, koska potilaat satunnaistetaan alussa eri ryhmiin ja isoilla aineistoilla masennusoireiston lähtötaso on molemmilla ryhmillä käytännössä sama.

Jacob Cohen, joka on kehittänyt vaikutuksen kokoa tilastollisena menetelmänä, on ehdottanut vaikutuksen koon tulkintaan seuraavaa nyrkkisääntöä: 0,2 on pieni vaikutuksen koko, 0,5 keskikokoinen ja 0,8 iso vaikutuksen koko. Nämä luvut eivät perustu tutkittuun tietoon, vaan ovat mielivaltaisia. NICE (National Institute of Clinical Excellence) eli Iso-Britannian lääketieteellisten hoitosuosituksien laatijat ovat vuoden 2004 masennuksen hoitosuosituksessa ehdottaneet kliinisen merkittävyyden rajaksi  $ES=0,5$ . Cuijpers. et. al. (2014a) ehdottivat teoreettisessa pohdinnassaan, että masennuksen hoitoa tutkittaessa parempi kliinisen merkittävyyden raja olisi  $ES=0,24$ . Tämä luku perustuu arvioon siitä, mitä potilaat pitävät ”pienimpänä tärkeänä erona” (englanniksi ”minimal important difference”, MID) ja mitä tuo luku voisi olla masennuspotilaille kerätyn tiedon perusteella vaikutuksen koko -mittarilla. (Cuijpers et. al. 2014a).

Tässä tutkimuksessa löytyneissä artikkeleissa käytetään kahta eri vaikutuksen koon mittaria, toinen on Hedgen  $g$  ja toinen Cohenin  $d$ . Nämä kaksi eroavat toisistaan vain pienillä aineistoilla. Pienillä aineistoilla Hedgen  $g$  tarjoaa paremman arvion vaikutuksen koosta.

Cohenin  $d$  yliarvioi vaikutuksen kokoa pienillä aineistoilla. Aineiston määrän lisääntyessä  $g$  ja  $d$  lähestyvät samaa arvoa. (Grissom & Kim 2005) Yhdessä tutkimuksessa esiintyvä Standardised mean difference (SMD) ja samoin yhdessä tutkimuksessa esiintyvä korrelaatiokerroin  $r$  tarkoittavat myös suomeksi vaikutuksen kokoa ja on tulkittavissa kuten  $g$  ja  $d$ .

### **3. TULOKSET**

#### **3.1 Eri terapiamuotojen vaikuttavuus masennuksen hoidossa verrattuna toisiinsa**

Barth et al, 2013 vertasivat seitsemää eri psykoterapian muotoa masennuksen hoidossa. Tässä meta-analyysissä kaikki 7 terapiamuotoa osoittautuivat odotuslistaa paremmaksi. Meta-analyysiin otettiin mukaan aikuisväestöstä tehdyt satunnaistetut tutkimukset, joissa eri psykoterapioita verrattiin masennuksen hoidossa odotuslistaan, tavanomaiseen hoitoon ja plaseboon tai muuhun psykoterapiaan. Mukana oli tutkimuksia, joissa potilaalla oli masennusdiagnoosi ja tutkimuksia, joissa potilaalla esiintyi masennusoireita. Lääkehoitoon tai muuhun ei-psykoterapiahoitoon vertaavat tutkimukset jätettiin pois. Ylläpitohoitoon ja relapsin estoon keskittyvät tutkimukset jätettiin pois. Tutkimuksia, joissa esiintyi komorbiditeettia somaattisten tai muitten psykiatristen tautien kanssa, ei jätetty pois. Psykoterapiat jaettiin seitsemään eri luokkaan: interpersonaalinen psykoterapia, behavioraalinen aktivaatio, kognitiivinen terapia, ongelmanratkaisuterapia, psykodynaaminen terapia, sosiaalisten taitojen harjoitus ja supportiivinen terapia. Terapia saattoi olla kasvatusten tapahtuvien käyntien lisäksi ryhmäterapiaa tai puhelimen, internetin tai kirjallisuuden avustuksella tapahtuvaa terapiaa. (Barth et al, 2013)

Meta-analyysiin valikoitui 198 tutkimusta, joiden yhteenlaskettu potilasmäärä oli 15118. Eniten tutkittu psykoterapian muoto oli kognitiivinen terapia (139 tutkimusta) ja vähiten tutkittu sosiaalisten taitojen harjoitus (7 tutkimusta). Meta-analyysin perusteella kaikki terapiamuodot olivat tehokkaampia kuin odotuslista, vaikutuksen koko (effect size) vaihteli välillä  $d=-0,62$  ja  $d=-0,92$ , minkään 95 % uskottavuusintervalli ei sisältänyt nollaa. Ainut tilastollisesti merkittävä ero eri terapioiden välillä oli interpersonaalisen terapian  $d=-0,92$  (-1,14, -0,68) paremmuus supportiiviseen terapiaan  $d=-0,62$  (-0,82, -0,40) nähden. Kun keskityttiin pelkästään suuriin tutkimuksiin, tilastollisesti merkittävä vaikutuksen koko säilyi vain ongelmanratkaisuterapialla ( $d=-0,46$ , 95 % CrI -0,81, -0,12), kognitiivisella terapialla ( $d=-0,57$ , 95 % CrI -0,80, -0,35) ja interpersoonallisella terapialla ( $d=-0,73$ , 95 % CrI -1,14, -

0,32). (Barth et al 2013)

Tulokset viittaavat siihen, että kaikki tutkitut psykoterapian muodot ovat varteenotettavia vaihtoehtoja masennuksen hoidossa. Paras näyttö masennuksen hoidossa on siis tämän tutkimuksen mukaan kognitiivisella terapialla, ongelmanratkaisuterapialla ja interpersonaalisella terapialla. (Barth et al, 2013) Kuvaajassa 1 on graafinen yhteenveto Barth et. al. tekemästä meta-analyysistä.

Vuonna 2011 Cuijpers et. al. tekivät sarjan meta-analyysejä, jotka tutkivat psykoterapian, lääkehoidon ja niiden yhdistelmien vaikuttavuutta masennuksen hoidossa. Meta-analyysi käsitteli myös psykoterapian soveltuvuutta eri potilasalaryhmille. Analyysin ulkopuolelle jätettiin tutkimukset, jotka koskivat alle 18-vuotiaita, käsittelevät relapsin estoa tai ylläpitohoitoa tai joissa oli mukana sekä masennus- että ahdistuspotilaita. Somaattinen tai psykiatrinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. (Cuijpers et. al. 2011a)

Tässä tutkimuksessa psykoterapian ero kontrolliryhmiin verrattuna oli  $d=0,66$  (95 % CI välillä 0,60 ja 0,73). Luku perustui 147 tutkimukseen. Eri psykoterapiamuotojen välisissä vertailuissa oli mukana jo edellä mainitut seitsemän tärkeintä psykoterapiamuotoa. Tässä tutkimuksessa interpersonaalinen terapia näytti olevan marginaalisesti muita parempi,  $d=0,21$  (95 % CI välillä 0,01 ja 0,42), ja supportiivinen terapia marginaalisesti muita huonompi,  $d=-0,17$  (95 % CI välillä -0,32 ja -0,03). (Cuijpers et. al. 2011a)

Yksilöterapia näyttää olevan vaikuttavampaa kuin ryhmäterapia,  $d=0,20$  (95 % CI välillä 0,05 ja 0,35), ja tietokoneen avulla tapahtuva etäterapia vaikuttavampaa kuin kontrolliryhmä  $d=0,41$  (95 % CI välillä 0,29 ja 0,52). (Cuijpers et. al. 2011a)

Farmakoterapian ja psykoterapian välillä ei huomattu tilastollisesti merkittävää eroa. Farmakoterapia näyttää olevan psykoterapiaa parempi potilailla, joilla on dystymia,  $d=-0,28$  (95 % CI välillä -0,47 ja -0,10). Varsinaisessa masennuksessa hoito SSRI-lääkkeillä näyttää olevan tehokkaampaa kuin psykoterapia. Jos lääkehoitoryhmän suurempi poisjäänti otettiin huomioon, eivät erot olleet enää merkittävät. (Cuijpers et. al. 2011a)

Psykoterapia-farmakoterapia-yhdistelmä oli parempi kuin pelkkä psykoterapia,  $d=0,35$  (95 % CI välillä 0,24 ja 0,45), ja yhdistelmähoito oli myös parempi kuin pelkkä farmakoterapia,  $d=0,30$  (95 % CI välillä 0,17 ja 0,43). Yhdistelmähoito oli myös parempi kuin psykoterapia yhdistettynä plaseboon,  $d=0,25$  (95 % CI välillä 0,03 ja 0,46). (Cuijpers et. al. 2011a)

Psykoterapia oli kaikissa tutkituissa potilasalaryhmissä kontrolliryhmää parempi: Vanhuksilla  $d=0,72$  (95 % CI välillä 0,59 ja 0,85), synnytyksen jälkeisessä masennuksessa  $d=0,61$  (95 % CI välillä 0,37 ja 0,85), somaattisessa komorbiditeetissa  $d=1,00$  (95 % CI välillä 0,57 ja 1,44), perusterveydenhuollon potilailla  $d=0,31$  (95 % CI välillä 0,17 ja 0,45), sairaalapotilailla  $d=0,29$  (95 % CI välillä 0,13 ja 0,44), lievästi masentuneilla  $d=0,24$  (95 % CI välillä 0,23 ja 0,60) ja kroonisessa masennuksessa  $d=0,23$  (95 % CI välillä 0,06 ja 0,41). Tässä tutkimuksessa masennusoireiston lähtötaso ei näyttänyt vaikuttavan hoidon tuloksiin. (Cuijpers et. al. 2011a)

### ***3.1.1. Kognitiivinen terapia***

Kognitiivinen terapia on masennuksen hoidossa yksi eniten tutkituista. Viimeisin kognitiivista terapiaa masennuksen hoidossa tutkiva meta-analyysi on Cuijpers et. al. tekemä tutkimus vuodelta 2013. Meta-analyysiin otettiin mukaan tutkimukset, joissa verrattiin kognitiivista terapiaa ja verrokkiryhmää (odotuslista, tavanomainen hoito, lumelääke) tai terapiaa ja muuta hoitoa (muu psykoterapia, lääkehoito) aikuisten masennuksen hoidossa. Alle 18-vuotiaita koskevat tutkimukset jätettiin pois. Somaattinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Meta-analyysiin valikoitui 115 tutkimusta, potilaitten kokonaismäärää ei ilmoitettu. 20 tutkimuksessa terapiasessioiden määrä oli alle 8, 75 tutkimuksessa terapiasessioiden määrä oli 8-16 ja 20 tutkimuksessa terapiasessioiden määrä oli yli 16. Tulokset ovat hoidon jälkeisiä eroja, tutkimus ei koske seurantaa. (Cuijpers et al. 2013a)

Cuijpers et al. (2013) meta-analyysissä todettiin vaikutuksen koko  $g=0,71$  (95 % CI 0,62–0,79) verrattaessa kognitiivista terapiaa verrokkiryhmiin hoidon jälkeen. Artikkelin mukaan huonolaatuiset tutkimukset liioittelevat vaikutuksen kokoa. Kun ES laskettiin vain hyvälaatuisiksi luokitelluista tutkimuksista,  $g=0,53$  (95 % CI 0,43–0,62). Kognitiivinen terapia yhdistettynä farmakoterapiaan oli merkittävästi parempi kuin farmakoterapia yksinään  $g=0,49$  (95 % CI 0,29–0,69). Tässä tutkimuksessa ei havaittu tilastollisesti merkittävää eroa kognitiivisen terapian ja muiden psykoterapioiden välillä eikä lääkehoidon ja kognitiivisen terapian välillä. (Cuijpers et al. 2013a)

### ***3.1.2. Interpersonaalinen terapia***

Toinen paljon tutkittu terapiamuoto on interpersonaalinen terapia (IPT). Cuijpers et al. (2011b) tekivät meta-analyysin interpersonaalisen terapian vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa. Meta-analyysiin sisällytettiin satunnaistetut tutkimukset, jossa interpersonaalista terapiaa



verrattiin odotuslistaan, tavanomaiseen hoitoon, lumelääkkeeseen, muihin psykoterapioihin, lääkehoitoon ja IPT-lääkehoito-kombinaatioon masennuksen hoidossa aikuisilla ja nuorilla, joilla on unipolaarisen masennuksen diagnoosi tai masennuksen oireita. Lievän masennusoireiston hoidossa käytettävä ”interpersonal counselling” jätettiin pois. Meta-analyysiin päätyi 38 tutkimusta, joissa oli yhteensä 4356 potilasta. Terapiahoitojen kesto eri tutkimuksissa vaihteli 6-24 session välillä. (Cujpers et al. 2011b)

IPT oli parempi kuin kontrolliryhmät hoidon jälkeen,  $d=0,63$  (95 % CI 0,36–0,90) ja vastaava NNT 2,91. IPT ja muilla psykoterapioilla ei ollut merkittävää eroa. Lääkehoito oli parempi kuin IPT,  $d=-0,19$  (95 % CI -0,38 ja -0,01) ja vastaava NNT 9,43. IPT ja farmakoterapia yhdistettynä ei ollut tehokkaampaa kuin IPT yksinään. IPT-lääkehoito-kombinaatio relapsin estossa oli tehokkaampaa kuin pelkkä farmakoterapia. (OR 0,37; 95 % CI 0,19–0,73). Yksi tutkimus mittasi uusiutumista 6 kk päästä, yksi 8 kk päästä, kaksi 2 vuoden ja yksi 3 vuoden päästä. (Cujpers et al. 2011b)

### ***3.1.3. Psykodynaaminen psykoterapia***

Jakobsen et. al. (2011) tutkivat psykodynaamisten terapioiden vaikutusta masennuksen hoidossa. Tässä meta-analyysissä psykodynaamisten terapioiden joukkoon laskettiin myös interpersonaalinen terapia, koska interpersonaalinen terapia perustuu psykodynaamiseen psykoterapiaan. Meta-analyysiin otettiin tutkimukset, jotka tutkivat psykodynaamisen tai interpersonaalisen terapian vaikutusta masennuksen hoidossa aikuisilla. Pois jätettiin tutkimukset, joissa keskityttiin vakavan somaattisen komorbiditeetin potilaisiin (kuten syöpää, aivoinfarktia tai sydäninfarktia sairastaneet), potilaat olivat yli 65-vuotiaita, kyse oli raskauden tai synnytykseen liittyvästä depressiosta tai huumeiden tai lääkkeiden käyttöön liittyvästä depressiosta. Analyysiin valikoitui 17 julkaisua 6 tutkimuksesta, joissa yhteensä 648 potilasta. Terapiat oli määritelty interpersoonalliseksi terapiaksi 5 tutkimuksessa ja psykodynaamiseksi terapiaksi 1 tutkimuksessa. Terapioiden kesto vaihteli viiden viikon hoidosta 16 viikoittaiseen terapiasessioon, jota seurasi 4 kuukauden välein tapahtuvaa terapiasessiota. Kahdessa tutkimuksessa käytettiin masennuslääkitystä sekä koe- että verrokkiryhmässä. (Jakobsen et. al. 2011)

Psykodynaaminen psykoterapia vähensi hoidon jälkeen HAM-D-pisteitä keskimäärin -3,12 pistettä (95 % CI -4,39 ja -1,86) ja BDI-pisteitä -3,09 pistettä (95 % CI välillä -5,35 ja -0,83) verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Seurannassa (1 tutkimuksessa 12 kuukautta hoidon

lopettamisen jälkeen, 1 tutkimuksessa 9 kk hoidon aloittamisen jälkeen ero oli HAM-D-pisteillä -4,61 (95 % CI välillä -6,98 ja -2,24) ja BDI-pisteillä -5,54 (95 % CI välillä -9,24 ja -1,85). Vedonlyöntisuhde (OR) remission (alle 7 tai 8 HAM-D-pisteillä) saavuttamiselle oli 0,36 (95 % CI välillä 0,24 ja 0,55). Yhden potilaan lisäys remission saavuttaneisiin vaatii siis noin neljän potilaan hoitamisen. (Jakobsen et. al. 2011)

Driessen et al (2010) tutkivat meta-analyysissään lyhytkestoisen psykodynaamisen terapian (short term psychodynamic therapy, STPP) vaikutusta masennuksen hoidossa. Tutkimusten oli oltava tehty aikuisilla ja terapia oli oltava määritelty lyhytkestoiseksi psykodynaamiseksi terapiaksi (STPP). Terapian kesto oli oltava määrätty hoidon alkaessa. Terapiasessioiden määrä vaihteli eri tutkimuksissa 3 ja 80 välillä. Meta-analyysiin sisällytettiin 23 tutkimusta, joissa oli yhteensä 1365 potilasta. Näistä tutkimuksista viisi vertasi STPP kontrolliryhmään, joista 4 oli odotuslistaa ja 1 tavanomaista hoitoa. Kontrolliryhmään vertaavien tutkimusten potilasmäärä oli 196. (Driessen et al 2010)

Lyhytkestoinen psykodynaaminen terapia oli parempi kuin kontrolliryhmät hoidon jälkeen,  $d=0,69$  (95 % CI välillä 0,30 ja 1,08). Verrattuna muihin psykoterapioihin, lyhytkestoinen psykodynaaminen terapia oli huonompi heti hoidon jälkeen,  $d=-0,30$  (95 % CI välillä -0,54 ja -0,06). Seurannassa 3 kuukauden kohdalla,  $d=-0,05$  (95 % CI välillä -0,29 ja 0,19), ja 12 kuukauden kohdalla,  $d=-0,29$  (95 % CI välillä -0,61 ja 0,02) ero muihin psykoterapioihin ei ollut merkittävä. (Driessen et al 2010)

Jakobsen et al (2012a) tutkivat psykodynaamisen terapian ja lääkehoidon kombinaatiota verrattuna pelkkään lääkehoitoon. Tutkittavien oli oltava yli 17-vuotiaita. Komorbiditeetti muiden psykiatristen tautien kanssa ei ollut poisjättökriteeri. Somaattinen komorbiditeetti ja vanhuksilla tehdyt tutkimukset sekä raskauteen liittyvä masennus oli poisjättökriteeri. Meta-analyysiin valikoitui 5 tutkimusta, jossa oli yhteensä 365 potilasta. Yhdessä tutkimuksessa terapia oli määritelty interpersonaaliseksi terapiaksi ja lopuissa psykodynaamiseksi terapiaksi. Kaikki potilaat saivat lääkehoitoa, lääkehoitoa saatiin sekä kontrolli että terapiaryhmässä. Sessioiden määrä oli 12–20 riippuen tutkimuksesta. Psykodynaamisen psykoterapian tuoma lisähyöty lääkehoidon piirissä olevilla masennuspotilailla oli HAM-D-pisteillä keskimäärin  $-3,01$  (95 % CI välillä  $-3,98$  ja  $-2,03$ ).

Driessen et. al. (2013) tekivät alkuperäistutkimuksen, jossa vertailtiin kognitiivista terapiaa ja psykodynaamista psykoterapiaa masennuksen hoidossa. Tutkimuksessa oli 341 18–65-

vuotiasta masennuspotilasta. Potilailla oli varmistettu masennusdiagnoosi ja HAM-D oli 14 tai yli. Vakavasti masentuneet (yli 24 HAM-D-pistettä) saivat molemmissa ryhmissä masennuslääkettä. Potilaat satunnaistettiin kahteen eri terapiaryhmään. Terapiaa oli molemmissa ryhmissä 16 sessiota 22 viikon aikana. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää. Molemmat psykoterapiamuodot osoittautuivat hoidon jälkeen yhtä tehokkaiksi. Kognitiivisen terapian ryhmässä 24,3 % saavutti remission ja psykodynaamisen terapian ryhmässä 21,3 %. 1 vuoden seurannan jälkeen remission pysyi kognitiivisen terapian ryhmässä 34,7 % ja psykodynaamisen terapian ryhmässä 26,8 %. Kognitiivisen terapian ja psykodynaamisen terapian erot eivät olleet merkittäviä heti hoidon jälkeen [OR=0,82 (95 % CI välillä 0,45 ja 1,50)], eivätkä 1 vuoden seurannassa [OR=0,74(95 % CI välillä 0,41 ja 1,34)]. Rajana eri terapiamuotojen vaikuttavuuserolle tutkijat pitivät OR arvoa 0,49. (Driessen et. al. 2013)

Abbass et. al. Tekemä Cochrane-katsaus lyhyistä psykodynaamisista terapioista on päivitetty vuonna 2014. Meta-analyysiin otettiin mukaan artikkelit, jotka tutkivat lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa (STPP) aikuisväestössä verrattuna odotuslistaan, tavanomaiseen hoitoon ja minimaalisen kontaktin kontrolleihin. Psykoterapian kesto oli oltava maksimissaan 40 tuntia ja terapian oli oltava yksilöterapiaa. Tutkimukseen valikoitui 33 tutkimusta, joissa oli yhteensä 2173 potilasta. Masennusta koskevia tutkimuksia oli 18. Masennusoireisto väheni BDI mitattuna enemmän psykodynaamista psykoterapiaa saaneilla kuin kontrolleilla. Alle kolmen kuukauden seurannan jälkeen SMD (standardised mean difference) -0,50 (95 % CI välillä -0,61 ja 0,39), n=1415 ja 3-9kk seurannan jälkeen SMD=-0,34 (95 % CI välillä -0,60 ja -0,09), n=601 ja yli 9kk seurannan jälkeen ero ei ollut merkittävä SMD=1,00 (95 % CI välillä -2,22 ja 0,21). (Abbass et. al. 2014)

### **3.1.4. Ongelmanratkaisuterapia**

Viimeisin ongelmanratkaisuterapiaa masennuksen hoidossa koskeva meta-analyysi on Bell & D'Zurilla tekemä tutkimus vuodelta 2009. Analyysiin sisällytettiin artikkelit, joissa ongelmanratkaisuterapiaa käytettiin masennuksen hoidossa ja tutkimuksessa oli kontrolliryhmä. Artikkelissa ei huomioitu tutkimuksia, jotka sekoittivat ongelmanratkaisuterapiaan muita kognitiivisia psykoterapioita. Vertailuryhminä olivat vaihtoehtoiset psykologiset hoidot, lääkehoito, tukihoito (support/attention), ja odotuslista. Potilailla oli oltava masennusoireita, esimerkkeinä taudeista masennus, subkliininen masennus, dystymia ja raskauden jälkeinen masennus. Kaiken ikäiset hyväksyttiin mukaan. Alkoholi ja huumeongelmaisia koskevat tutkimukset jätettiin pois. Meta-analyysiin valikoitui

kaikkiaan 20 artikkelia. Hoidonjälkeisiä tuloksia käsitteli 19 tutkimusta ja seurantatuloksia 11 tutkimusta. Potilaita oli tutkimuksissa yhteensä 1426. (Bell & D'Zurilla 2009)

Ongelmanratkaisuterapian vaikutuksen koko verrattuna kaikkiin verrokkiryhmiin oli  $d=0,40$ ,  $p<0,05$ . Ongelmanratkaisuterapia oli yhtä tehokas verrattuna muihin terapioihin  $d=0,17$ ,  $p=0,68$  ja lääkehoitoon  $d=-0,13$ ,  $p=0,23$ . Ongelmanratkaisuterapia oli tehokkaampaa kuin tukihoito  $d=0,45$ ,  $p<0,001$ . Odotuslistaan verrattuna tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä,  $d=2,83$ ,  $p=0,09$ , vaikka vaikutuksen koko oli iso. Meta-analyysissä laskettiin myös keskimääräiset Beck Depression Inventory (BDI)-pisteiden alenemat. Ennen terapiaa keskiarvo oli ongelmanratkaisuterapiaa saavilla 24,03 ja kontroleilla 23,03. Hoidon jälkeiset keskiarvot olivat ongelmanratkaisuterapiaa saavilla 11,17 ja kontroleilla 14,09. Meta-analyysissä laskettiin myös vaikutuksen koko seurannassa. Kahdessa tutkimuksessa seuranta oli kuukauden päästä, neljässä tutkimuksessa kolmen kuukauden päästä, kolmessa tutkimuksessa kuuden kuukauden päästä ja kahdessa yhden vuoden päästä. Seurannassa vaikutuksen koko verrattuna kontroleihin oli  $d=0,48$  ja  $p<0,01$ . (Bell & D'Zurilla 2009)

### ***3.1.5. Behavioraaliset terapiat***

Vuonna 2013 tehty Cochrane-katsaus (Shinohara et. al.) vertasi behavioraalista aktivaatioterapiaa muihin psykoterapiamuotoihin. Katsaukseen otettiin mukaan 18–75-vuotiailla tehdyt tutkimukset. Krooninen masennus jätettiin pois. Somaattinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Katsaukseen päätyi 25 tutkimusta, joissa oli yhteensä 955 potilasta.

Verrattuna muihin psykoterapioihin, behavioraalisilla terapioilla ei ollut merkittävää eroa responsin saavuttaneiden osuudessa,  $RR=0,97$  (95 % CI välillä 0,86 ja 1,09). Eroavaisuutta ei ollut myöskään hoidosta pois jättäytymisessä,  $RR 1,02$  (95 % CI välillä 0,65 ja 1,61). Eroa yksittäisten terapiamuotojen vertailussa ei myöskään ilmennyt. (Shinohara et. al. 2013)

### ***3.1.6. Supportiivinen terapia (non directive supportive therapy)***

Vuonna 2012 tehdyssä meta-analyysissä (Cuijpers et. al.) tutkittiin supportiivisen terapian vaikutusta masennuksen hoidossa. Supportiiviseksi terapiaksi (englanniksi käytetään termejä ”non directive supportive therapy”, ”supportive therapy” ja ”supportive counselling”) määriteltiin terapia, jossa ei käytetty tiettyä psykologista tekniikkaa, vaan terapia keskittyi kuunteluun ja tuen ja empatian tarjoamiseen. Terapeutti ei siis antanut neuvoja tai tehnyt tulkintoja tilanteista. Meta-analyysiin hyväksyttiin tutkimukset, joissa tutkittiin supportiivisen terapian vaikutusta masennuksen hoidossa aikuisilla. Verrokeiksi hyväksyttiin odotuslista,

tavanomainen hoito, muut psykoterapiat ja lääkehoito. Alle 18-vuotiaita koskevia tutkimuksia ei huomioitu. Somaattinen tai psykiatrinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Meta-analyysiin valikoitui 31 tutkimusta, joissa oli yhteensä 2508 potilasta. Supporttiivista terapiaa saavia tutkimusryhmiä oli 33, koska kahdessa tutkimuksessa oli kaksi erityyppistä supporttiivista terapiaa. 19 tutkimusta koski yksilöterapiaa ja 14 ryhmäterapiaa. Terapiasessioiden määrä eri tutkimuksissa vaihteli 4 ja 23 välillä. 14 tutkimuksessa sessioita oli 9 tai alle, 10 tutkimuksessa 10–15 sessiota ja 8 tutkimuksessa 16 tai yli. (Cuijpers et al. 2012)

Vaikutuksen koko verrattuna kontrolliryhmään (odotuslistaan ja tavanomaiseen hoitoon) oli  $g=0,58$  (95 % CI 0,45–0,72). Supporttiivinen terapia osoittautui tässä meta-analyysissä muita terapioita huonommaksi, vaikutuksen kokojen ero oli  $g=-0,20$  (95 % CI välillä -0,32 ja -0,08). Tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä ( $g=-0,18$ ), kun vertailtiin lääkehoitoa ja supporttiivista terapiaa. (Cuijpers et al. 2012)

Samassa meta-analyysissä laskettiin arvio sille, kuinka paljon hoitotulokseen vaikuttavat terapian spesifiset ja epäspesifiset ja terapian ulkopuoliset tekijät. Terapian ulkopuolisia tekijöitä arvioitiin laskemalla vaikutuksen koko kontrolliryhmien hoitoa ennen ja jälkeen mitatuista masennusoireistopisteytyksistä. Terapian epäspesifistä osaa arvioitiin supporttiivisen terapian ja kontrolliryhmien erolla. Terapian spesifistä osaa arvioitiin supporttiivisen terapian ja muiden psykoterapioiden erolla. Tämän tutkimuksen mukaan terapian ulkopuolisten tekijöiden osuus masennuksen hoitotuloksesta on 33,3 %, terapian epäspesifisten osuus 49,6 % ja terapian spesifisten tekijöiden osuus 17,1 %. Tutkimuksen kirjoittajien mukaan nämä tulokset ovat vain suuntaa antavia. (Cuijpers et al. 2012)

### ***3.1.7 Läsnaöloon perustuva kognitiivinen terapia (mindfulness based cognitive therapy, MBCT)***

Chiesa & Serretti (2011) kokosivat läsnäöloon perustuvan terapian tutkimusnäyttöä meta-analyysissään. Tutkimuksen masennuksen hoitoa koskevassa osassa MBCT yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon oli vuoden seurannassa (4 tutkimusta,  $n=386$  potilasta) parempi kuin pelkkä tavanomainen hoito masennuksen relapsin estossa potilailla, joilla oli ollut kolme tai useampi depressiivinen episodi,  $OR=0,36$  (95 % CI 0,19–0,48). MBCT yhdistettynä antidepressanttien asteittaiseen lopetukseen oli vuoden seurannassa (1 tutkimus,  $n=123$  potilasta) yhtä tehokas relapsin estossa kuin antidepressanttien jatkaminen,  $OR 0,61$  (95 % CI 0,30–1,25). MBCT yhdistettynä tavanomaiseen verrattuna pelkkään tavanomaiseen hoitoon (2

tutkimusta, n=50 potilasta) vähensi BDI-pisteitä keskimäärin 10,28 pistettä enemmän (95 % CI 17,18-3,38).

### **3.2. Psykoterapiat verrattuna lumelääkkeeseen**

Cuijpers et al (2014b) tutkivat psykoterapioiden vaikutusta verrattuna lumelääkkeisiin. Tutkijaryhmän mukaan vertaamalla psykoterapioita lumelääkkeeseen tulokset ovat paremmin verrattavissa masennuslääkkeiden tutkimustuloksiin. Meta-analyysiin otettiin tutkimukset, joissa verrattiin psykoterapiaa ja lumelääkettä masennuksen hoidossa aikuisilla. Somaattinen tai psykologinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Meta-analyysiin valikoitui 10 tutkimusta, joissa oli yhteensä 1240 potilasta. Näissä 10 tutkimuksessa vertailtiin 12 eri terapiaa lumelääkkeeseen. 4 näistä terapiasta oli kognitiivista terapiaa, 3 ongelmanratkaisuterapiaa, 2 interpersonaalista terapiaa, 2 supportiivista terapiaa ja 1 behavioraalinen aktivaatioterapia. Terapiasessioiden määrä vaihteli välillä 6-20. (Cuijpers et al 2014b)

Kun verrattiin psykoterapioita lumelääkkeeseen, vaikutuksen koko hoidon jälkeen oli  $g=0,25$  (95 % CI 0,14–0,36) ja vastaava NNT 7,14. Pelkästään HAM-D-pisteisiin perustuva vaikutuksen koko oli  $g=0.34$  (95 % CI 0,21–0,46) ja pelkästään BDI-pisteisiin perustuva  $g=0.30$  (95 % CI 0.13–0.46). Psykoterapiaa saaneiden HAMD- ja BDI-pisteiden keskiarvot olivat 2,66 ja 3,2 pistettä alempia verrattuna lumelääkettä saaneisiin. Tulokset olivat samaa tasoa kuin aiemmissa tutkimuksissa, joissa verrattiin masennuslääkkeitä ja lumelääkettä, noissa tutkimuksissa vaikutuksen koko oli noin 0,3. (Turner et al 2008, Kirsch et al 2008) Psykoterapian vaikuttavuus näyttää vähäisemmältä verrattuna lumelääkkeeseen kuin verrattuna muihin verrokkiryhmiin, mutta ei eroa masennuslääkkeiden vaikuttavuudesta. (Cuijpers et al 2014b)

### **3.3. Terapian ja lääkehoidon kombinaatio masennuksen hoidossa**

Cuijpers et al (2014c) tekemässä meta-analyysissä tutkittiin lääkityksen ja psykoterapian kombinaatiota masennuksen ja ahdistushäiriöiden hoidossa. Mukaan otettiin tutkimukset, joissa masennusta hoidettiin psykoterapian ja lääkehoidon kombinaatiolla. Nuorilla, lapsilla ja vangeilla tehdyt tutkimukset jätettiin pois. Meta-analyysiin valikoitui yhteensä 52 tutkimusta, joissa yhteensä 3623 potilasta. Näistä 22 tutkimusta keskittyi masennukseen (major depression). Yhdessä tutkimuksessa potilailla oli sekä masennus että pakko-oireinen häiriö. Suurin osa psykoterapioista oli kognitiivista tai behavioraalista terapiaa, 9 tutkimuksessa

terapia oli interpersonaalista terapiaa ja lopuissa 10 tutkimuksessa muita terapioidia, joihin kuului mm. psykodynaaminen terapia. Terapiasessioiden määrä vaihteli 5-56 välillä. Masennuslääke oli 22 tutkimuksessa SSRI, 13 tutkimuksessa trisyklinen antidepressantti, 3 tutkimuksessa SNRI ja 4 tutkimuksessa MAOI ja 10 muuta. Masennuksen hoidossa psykoterapia-lääkehoito-kombinaatio oli parempi kuin pelkkä lääkehoito,  $g=0.43$  (95 % CI 0.29–0.57 ja vastaava NNT=4.20). (Cuijpers et al 2014c)

Toinen Cuijpers et al. tekemä asiaa tutkiva meta-analyysi vuodelta 2009 sisältää myös alaryhmäanalyysyjä. Tutkimukseen sisällytettiin artikkelit, jotka tutkivat lääkehoidon ja lääkehoito-psykoterapia-yhdistelmän eroja aikuisten masennuksen hoidossa. Meta-analyysiin valikoitui 25 tutkimusta, joissa oli yhteensä 2036 potilasta. Sairaalapotilaita, lapsia tai nuoria ja relapsin estoa koskevat tutkimukset rajattiin pois. Psykykinen tai somaattinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Meta-analyysi ei sisältänyt seurantatuloksia. (Cuijpers et al. 2009a)

25 tutkimuksesta 8 psykoterapia oli kognitiivista psykoterapiaa, 8 interpersonaalista psykoterapiaa ja 9 muita psykoterapioita. 21 tutkimuksessa terapia oli yksilöterapiaa ja 4 ryhmäterapiaa. SSRI olivat käytössä 9 tutkimuksessa, trisykliset antidepressantit 9 tutkimuksessa ja 7 tutkimuksessa käytettiin muuta masennuslääkettä. (Cuijpers et al. 2009a)

Psykoterapia yhdistettynä lääkehoitoon toi pienen edun verrattuna pelkään lääkehoitoon, vaikutuksen koko oli  $d=0,31$  (95 % CI välillä 0,20–0,43). Vaikutuksen koko oli pienempi tutkimuksissa, joissa tutkittiin dystymiaa ( $d=0,00$ ) ja suurempi tutkimuksissa, joissa tutkittiin masennusta (major depression,  $d=0,40$ ). SSRI yhdistettynä psykoterapiaan näytti olevan huonompi kuin trisykliset masennuslääkkeet yhdistettynä psykoterapiaan. Kun tarkasteltiin vain varsinaiseen masennukseen (major depression) keskittyviä tutkimuksia, ero ei ollut enää merkittävä. Alaryhmien välinen ero selittyy sillä, että dystymiatutkimuksissa suurimmassa osassa käytettiin SSRI-lääkkeitä. Eri masennuslääkkeillä tai masennusoireiston lähtötasolla ei ollut merkitystä lopputuloksen kannalta. (Cuijpers et al. 2009a)

### **3.4. Terapian tulokset absoluuttisina lukuina**

Yleensä meta-analyyseissä terapian vaikuttavuuseroja mitataan vaikutuksen koolla, joka on riippuvainen otoksen normaalihajonnasta. Cuijpers et al, 2014 tekivät meta-analyysin, jossa ilmoitetaan remission saavuttaneitten osuus prosentteina ja masennusoireiden lasku BDI ja HAM-D -pisteiden absoluuttisena vähenemänä. Meta-analyysiin sisällytettiin satunnaistetut,

kontrolloidut tutkimukset, joissa psykoterapiaa verrattiin kontrolliin, psykoterapiaa verrattiin psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmään ja psykoterapiaa verrattiin lääkehoitoon. Viimeksi mainituista tutkimuksista hyödynnettiin vain terapiaa koskeva data. Tutkimuksissa masennusdiagnoosi oli oltava varmistettu standardoiduilla diagnostisilla haastatteluilla. Tutkimuksen tiedoista oli pystyttävä laskemaan ainakin yksi seuraavista absoluuttisista tuloksista: toipuneiden osuus, responssin saavuttaneiden osuus, remission saavuttaneiden osuus (alle 6 tai 7 HAM-D-asteikolla) tai absoluuttiset pisteet BDI, BDI-II tai HAM-D-asteikolla. 18 vuotiaita tai sitä nuorempia kokevat tutkimukset jätettiin analyysin ulkopuolelle. Potilaan korkean iän tai somaattisen tai psykiatrisen komorbiditeetin vuoksi ei tutkimuksia jätetty pois. Meta-analyysiin valikoitui 92 tutkimusta. Potilaita aineistossa oli 6937. Tutkimuksissa oli yhteensä 134 psykoterapiaryhmää, 70 kognitiivisen terapian, 16 interpersonaalisen terapian, 9 ongelmanratkaisuterapian, 7 behavioraalisen aktivaatioterapian, 8 psykodynaamisen terapian, 11 supportiivisen terapian ja 13 muun terapiatyypin ryhmää. (Cujpers et al, 2014d)

Psykoterapiaa saaneista 62 % ( $p=0,002$ ) ei täyttänyt enää hoidon jälkeen masennuksen diagnostisia kriteereitä. 48 % tavanomaisen hoidon kontrolleista ei täyttänyt masennuksen diagnostisia kriteereitä. Tästä voi laskea, että psykoterapiat lisäävät masennuksesta toipuneiden osuutta 14 prosenttiyksikköä. Kaikissa kontrolliryhmissä yhteensä 43 % ei enää täyttänyt masennuksen diagnostisia kriteereitä. Eri kontrolliryhmien välillä oli huomattavia eroja. Odotuslistakontrolleista 17 % ei enää täyttänyt diagnostisia kriteereitä, tavanomaisen hoidon ryhmässä luku oli 48 % ja muut ryhmässä 52 %. Terapiaa saaneilla BDI laski 13,42 ja BDI-II laski 15,12 ja HAM-D laski 10,28 pistettä. Kontrolleissa lasku kyseisillä mittareilla oli vastaavasti 4,56, 4,68 ja 5,29. Responssin (50 % vähenemä oireasteikolla) saavuttaneiden osuus psykoterapiaa saaneiden ryhmässä oli 48 % ( $p=0,001$ ) ja kontrolliryhmissä 19 %. Remission alle 6 pistettä HAM-D asteikolla määritelleissä tutkimuksissa remission saavutti 41 % ( $p=0,01$ ) terapiaa saaneista ja 21 % kontrolliryhmistä. Ne tutkimukset, jotka määrittivät remission alle 7 pisteeksi HAM-D -asteikolla, eivät yltäneet tilastollisesti merkittävään eroon. Eri terapiamuodoilla ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa. (Cujpers et al, 2014d)

### **3.5. Terapian keston vaikutus masennuksen hoidossa**

Cuijpers et al. (2013b) tutkivat meta-analyysissään terapian keston, terapiasessioiden määrän



ja terapian intensiteetin välistä suhdetta masennuksen hoitotuloksiin. Meta-analyysiin sisällytettiin satunnaistetut, kontrolloidut tutkimukset, jotka vertailivat kasvatusten tapahtuvaa yksilöterapiaa aikuisväestössä. Myös parisuhdeterapiat sisällytettiin analyysiin. Somaattinen tai psykiatrinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Internetin, puhelimen ja muun materiaaliin tukeutuvat terapiat jätettiin pois vertailusta. (Cujpers et al, 2013b)

Tutkimuksessa laskettiin korrelaatioita eri tutkimuksista kootun tiedon perusteella terapian keston, tiheyden ja sessioiden määrän ja masennusoireiden vähenemän välille. Kuvaajassa 2 nähdään artikkelista lainattu graafinen esitys korrelaatioista. Merkittävin löydös oli, että terapiasessioiden tiheydellä vaikutti olevan positiivinen korrelaatio hoitotulokseen. Kahdella sessiolla viikossa vaikutuksen koko oli 0,45 suurempi verrattuna yhteen terapiasessioon viikossa, vaikka terapiasessioiden määrä pysyi samana. Terapiasessioiden kokonaismäärä nosti vaikutuksen kokoa 0,1 per 10 terapiasessiota. Terapiassa vietetty kokonaisaika nosti vaikutuksen kokoa 0,13 per 10 tuntia terapiaa. Tässä tutkimuksessa terapiaviikkojen määrä vaikutti terapian tulosta huonontavasti. Yksi viikko huononti vaikutuksen kokoa 0,13. Masennusoireiden lähtötaso ei näyttänyt vaikuttavan tuloksiin. Masennuksen kestoa ennen hoitoon pääsyä ei huomioitu tässä tutkimuksessa. (Cujpers et al, 2013b)

### **3.6. Lyhytterapiat**

Nieuwsma et al. (2012) tekemä meta-analyysi tutki lyhytterapioiden (vähemmän kun 8 sessioita) vaikutusta masennuksen hoidossa verrattuna kontroleihin. Artikkelia varten tehtiin erikseen haku olemassa oleville systemaattisille katsauksille ja toinen haku satunnaistetuille kliinisille kokeille. Analyysiin sisällytettiin satunnaistetut tutkimukset, joissa verrattiin psykoterapiaa masennuksen hoidossa kontrolliin. Terapiasessioiden määrä oli oltava 8 tai alle. Tulos oli oltava masennusoireiston muutos. Tutkimuspopulaatio koostui aikuisista, joilla on masennuksen, dystymian tai lievän masennuksen diagnoosi. Pois jätettiin hoitoresistentti depressio, synnytyksen jälkeinen masennus, premenstruaalinen oireyhtymä, kaksisuuntainen mielialahäiriö, kaamosmasennus ja masennus yhtä aikaa dystymian kanssa. Terapiamuoto piti olla kasvatusten tapahtuvaa psykoterapiaa. Kirjallisen materiaalin, internetin tai puhelimen avulla tapahtuva terapia ja yleinen supportiivinen terapia jätettiin pois. Kontrolleiksi hyväksyttiin odotuslista, huomiota saavat kontrollit (attention control), tavanomainen hoito ja antidepressantit, jos interventiona on psykoterapia yhdessä antidepressanttien kanssa. Kontrolleista hylättiin toinen psykoterapia. Meta-analyysiin valikoitui 2 systemaattista

katsausartikkeliä ja 15 satunnaistettua, kontrolloitua tutkimusta. Potilasmäärä yhteensä oli 1716. (Nieuwsma et al. 2012)

Aiempien lyhytterapiasta tehtyjen systemaattisten katsausten mukaan (Cuijpers et al 2009b) lyhytterapian (ongelmanratkaisuterapia tai kognitiivinen terapia, joissa sessioita 6 tai vähemmän) vaikutuksen koko oli  $ES=-0,25$  (95 % CI välillä  $-0,48$  ja  $-0,02$ ). Samassa tutkimuksessa 7-16 sessiota kestävien terapioiden  $ES=-0,36$  (95 % CI välillä  $-0,54$  ja  $-0,17$ ). Cape et al (2010) katsauksessa alle 10 sessiota kestävä kognitiivisen lyhytterapian  $ES=-0,33$  (95 % CI välillä  $-0,60$  ja  $-0,06$ ) verrattuna yleislääkärin tavanomaiseen hoitoon ja vastaavasti samankestoisen ongelmanratkaisuterapian  $ES=-0,26$  (95 % CI välillä  $-0,49$  ja  $-0,03$ ).

Alkuperäistutkimuksiin perustuvassa meta-analyysissä Nieuwsma et. al. mukaan kuudesta kahdeksaan viikkoa kognitiivista psykoterapiaa oli tehokkaampi kuin kontrolli ( $ES -0,42$ , 95 % CI välillä  $-0,74$  ja  $-0,10$ ). (Nieuwsma et al. 2012)

### **3.7. Vanhusten masennuksen hoito**

Cuipers et. al. kokosivat (2014e) julkaistussa meta-analyysissään vanhusten masennuksen hoitoon liittyvät psykoterapiatutkimusten tulokset. Meta-analyysiin sisällytettiin tutkimukset, joissa verrattiin psykoterapiaa masennuksen hoidossa verrokkiryhmään, lääkehoitoon tai muuhun psykoterapiaan. Myös psykoterapia-lääkehoito kombinaatiota pelkkään psykoterapiaan tai pelkkään lääkehoitoon vertaavat tutkimukset hyväksyttiin mukaan. Potilaiden oli oltava yli 50 vuotiaita. Psykiatrinen tai somaattinen komorbiditeetti ei ollut poisjättökriteeri. Meta-analyysiin valikoitui 44 tutkimusta. Näissä tutkimuksissa oli yhteensä 4409 potilasta, 2512 psykoterapiaryhmässä, 1595 kontrolliryhmissä, 194 psykoterapia-farmakoterapia-yhdistelmähoidossa ja 108 farmakoterapiaryhmässä. (Cuijpers et. al. 2014e)

Verrattaessa psykoterapiaa kontrolliryhmiin, oli vaikutuksen koko vanhuksilla  $g=0,64$  (95 % CI välillä  $0,47$  ja  $0,80$ ). Artikkelin kirjoittajien mukaan tulos voi olla liioitellun suuri valikoivan julkaisun ja huonolaatuisten tutkimusten vuoksi. Vähintään 6 kk kestäneen seurannan jälkeen vaikutuksen koko oli  $g=0,27$  (95 % CI välillä  $0,16$  ja  $0,37$ ). Tulosten mukaan kognitiivinen terapia,  $g=0,45$  (95 % CI välillä  $0,29$  ja  $0,60$ ) ja ongelmanratkaisuterapia,  $g=0,46$  (95 % CI välillä  $0,18$  ja  $0,74$ ), sekä ”life-review therapy”,  $g=0,59$  (95% CI välillä  $0,36$  ja  $0,82$ ), saattavat olla muita psykoterapiamuotoja tehokkaampia. Supportiivinen terapia näyttäytyi muita terapioiden huonompana  $g=-0,34$  (95 % CI välillä  $-0,55$  ja  $-0,12$ ). Psykoterapia-farmakoterapia-yhdistelmähoito ei ollut pelkkää lääkehoitoa parempi,

$g=0,41$  (95 % CI välillä  $-0,05$  ja  $0,88$ ). Nämä tulokset eivät ole yhteneviä nuoremmilla potilailla tehtyjen tutkimusten kanssa ja perustuvat verraten pieneen määrään tutkimuksia. (Cuijpers et. al. 2014e)

### **3.8. Sosiaalinen toimintakyky**

Renner et. al. (2014) tutkivat meta-analyysissään psykoterapian vaikutusta sosiaaliseen toimintakykyyn masennuksen hoidossa. Analyysiin sisällytettiin tutkimukset, joissa verrattiin psykoterapiaa ja kontrolliryhmää ja joissa arvioitiin sosiaalista toimintakykyä hoidon jälkeen. Alle 18-vuotiaita koskevat tutkimukset jätettiin pois. Ylläpitohoitoa koskevat tutkimukset jätettiin pois kuten myös opastamatonta ”oma apu”-hoitoa koskevat tutkimukset. Meta-analyysiin valikoitui 31 tutkimusta, joissa oli yhteensä 2956 potilasta. (Renner et. al. 2014)

Psykoterapia paransi sosiaalista toimintakykyä kohtalaisesti verrattuna kontrolliryhmiin,  $g=0,46$  (95 % CI välillä  $0,32$  ja  $0,60$ ). Sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen on yhteydessä masennusoireiden paranemiseen, mutta ei täysin selity sillä. Kun masennusoireiden vaikutuksen koko nousee 1, sosiaalisen toimintakyvyn vaikutuksen koko nousee  $0,71$ , ( $p<0,001$ ). (Renner et. al. 2014)

### **3.9. Allianssi**

Viimeisin allianssin vaikutusta psykoterapian lopputulokseen kokoava meta-analyysi on Hovarth et al. vuonna 2011 tekemä artikkeli. Analyysiin hyväksyttiin kliiniset tutkimukset, joissa tutkijat olivat viitanneet tutkittavaan ominaisuuteen allianssina, yksittäisessä tutkimuksessa oli yli 5 potilasta ja joissa allianssin ja hoidon tuloksen suhdetta pystyttiin jollain mittarilla mittaamaan. Meta-analyysiin valikoitui 201 artikkelia, joista 190 oli toisistaan riippumaton tutkimuspopulaatio. Yhteensä meta-analyysissä oli dataa n. 14 000 psykoterapiahoidosta. Näissä artikkeleissa allianssia mitattiin yli 30 erilaisella mittarilla. 2/3 datasta käytettiin neljää yleisimpää mittaria, California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), Helping Alliance Questionnaires (HAQ), Vanderbilt psychotherapy process scale (VPPS) ja Working alliance inventory (WAI).

Vaikutuksen koko allianssin ja hoitotuloksen suhteelle oli tässä tutkimuksessa  $r = 0,275$  (95 % CI  $0,249-0,301$ ). Tähän sisältyy kaikilla mittareilla mitatut tulokset. BDI -mittarilla mitattujen tulosten (27 tutkimusta) perusteella tulos oli  $r=0,42$ ,  $p<0,001$ . Tutkimuksesta ei käy ilmi potilaiden diagnoosit, joten BDI-mittareilla mitatuista potilaista ei tiedetä, oliko heillä

masennusdiagnoosia. Allianssin mittarilla, allianssin mittausajankohdalla psykoterapiassa tai psykoterapian muodolla ei näyttänyt olevan merkitystä. (Hovarth et. al. 2011)

#### **4. POHDINTA**

Käypä hoito -suosituksissa esitettyä uudempaa tietoa löytyi 8 eri psykoterapiasta. Barth et. al. (2013) tekemä tutkimus osoittaa, että mikä tahansa tuossa tutkimuksessa huomioiduista 7 psykoterapiamuodosta voi olla yhtä hyvä hoitomuoto kuin käypä hoito -suosituksessa suositellut kognitiivinen terapia, interpersonaalinen terapia, psykodynaaminen terapia tai ongelmanratkaisuterapia. Mielenkiintoista on myös se, että supportiivinen terapia näyttäisi myös olevan yhtä tehokasta kuin erilaiset käsikirjoihin perustuvat psykoterapiat. Tämä taas voidaan tulkita siten, että kaikille terapioille yhteisillä tekijöillä on enemmän vaikutusta terapian lopputulokseen, kuin terapiamuodolla. Keskustelu, empatia ja tuen tarjoaminen sinänsä on hyödyllistä masennuksen hoidossa. Supportiivisen terapian tulokset eivät olleet kuitenkaan yksimielisiä tähän työhön kuuluvissa artikkeleissa. Vahvin näyttö terapian vaikuttavuudesta on edelleen kognitiivisella, interpersonalisella ja ongelmanratkaisuterapialla sekä psykodynaamisella psykoterapialla. Käytännössä voisi harkita myös muiden psykoterapioiden tarjoamista terapeuttien saatavuuden perusteella. Supportiivinen terapia onkin käytössä, koska käynnit mielenterveyshoitajalla ovat supportiivista terapiaa.

Allianssin osuudesta masennuksen hoidossa ei löytynyt erillisiä tutkimuksia. Vuonna 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan korkealle arvioitu allianssi ennusta parempaa hoitotulosta masennus- ja ahdistuspotilailla. Voi olla myös, että masennusoireiden paraneminen saa aikaan korkeammat allianssipisteytykset. Allianssi on osa kaikille terapioille yhteisiä epäspesifisiä tekijöitä, kuten empatian ja tuen tarjoaminen ja potilas-terapeutti-suhde.

Lääkehoidon ja psykoterapian yhdistäminen näyttää olevan kaikilla tähän tutkimukseen päätyneillä psykoterapiamuodolla tehokkaampaa kuin pelkkä lääkehoito tai pelkkä psykoterapia. Myös Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkehoito-psykoterapiayhdistelmää voidaan käyttää masennuksen kaikilla vaikeusasteilla. Tähän tutkimukseen päätyneissä artikkeleissa ei eroteltu eri hoitomuotojen soveltuvuutta masennuksen eri vaikeusasteille, joten uutta tietoa Käypä hoito -suositukseen verrattuna ei löytynyt.

Terapian kesto näyttää parantavan lopputulosta hieman, mutta suurin ero Cuijpers et. a. (2013b) mukaan syntyi siitä, että sama määrä terapiaa annettiin tiheämmin. Käypä hoito -

suosituksessa suositellaan terapiasta riippuen terapiakäyntejä 1-3 kertaa viikossa. Lyhytterapioihin suositellaan 1 kertaa viikossa ja pitkiin terapioihin useampaa käyntikertaa. Cuijpers et. al. tekemän uuden tutkimuksen perusteella voisi olla syytä järjestää psykoterapiat ensisijaisesti 2-3 kertaa viikossa, jos mahdollista. Käytännössä psykoterapian saatavuus rajoittaa tätä hoitojärjestelyä.

Tämän tutkimuksen hakuja tehtäessä löytyi sivulöydöksenä artikkeleita, jotka myös koskivat psykoterapioita masennuksen hoidossa ja jotka päätettiin sisällyttää tähän artikkeliin. Vanhusten masennuksen hoidosta uusin tutkimus on vuodelta 2014. Tutkimustulokset ovat pitkälti samanlaisia, kuin nuoremmilla potilailla tehdyt tuloksetkin. Cuijpers et. al. (2014e) mukaan masennuslääke-psykoterapia-kombinaatio ei ollut tehokkaampi kuin pelkkä psykoterapia. Tutkijat itse muistuttavat artikkelissaan, että vanhuksilla tehty tutkimus masennuksen hoidosta perustuu verraten pieneen aineistoon, jos otetaan huomioon kaikilla aikuisikäisillä tehdyt tutkimukset. Tästä syystä uusi tieto ei anna syytä muuttaa olemassa olevia hoitosuosituksia.

Tutkimus, jossa psykoterapioita verrattiin lumelääkkeeseen osoittaa, että lumelääkkeeseen verrattuna psykoterapioiden vaikutuksen koko vaikuttaa pienemmältä, kuin tavanomaisiin kontrolliryhmiin verrattuna (tavanomainen hoito, odotuslista). Psykoterapian vaikuttavuutta koskevia tutkimuksia lukiessaan on syytä pitää mielessä, että vaikutuksen koko voi olla tähänastisissa tutkimuksissa yliarvioitu.

Tämän tutkimuksen vahvuutena on se, että sisällytettyjen tutkimusten tiedot perustuvat vahvimpaan olemassa olevaan näyttöön: meta-analyyseihin, jotka kokoavat satunnaistettujen kliinisten tutkimusten tulokset kattavasti.

Tämän tutkimuksen heikkoutena mainittakoon seuraavat: tutkimus ei ole systemaattinen katsaus, artikkelit on valittu tiivistelmän tai otsikon perusteella suuresta joukosta tutkimuksia. Tästä syystä tutkimuksessa on saattanut jäädä huomaamatta asiaan kuuluvia tutkimuksia. Tutkimus ei myöskään luo uutta tietoa meta-analyytisillä menetelmillä, vaan kokoaa olemassa olevaa tutkimustietoa suomenkieliseen muotoon. Tähän tutkimukseen valikoituneista tutkimuksista suuri osa on saman kirjoittajan, Cuijpers, tutkimuksia. Tästä puolueellinen julkaisu voi vaikuttaa tämän tutkimuksen tuloksiin. Cuijpers ei kuitenkaan tiettävästi ole minkään yksittäisen psykoterapiamuodon kannattaja, vaan hänen työnsä keskittyvät psykoterapioihin liittyviin meta-analyyseihin.

## **5. JOHTOPÄÄTÖKSET**

Käytäntöä ajatellen tutkimuksen anti voidaan tiivistää seuraavasti: 1) Eri psykoterapiamuotojen välillä ei ole merkittäviä eroja. Täytyy kuitenkin pitää mielessä, että eniten tutkituilla terapioilla on vahvin näyttö. 2) Psykoterapian ja masennuslääkkeen yhdistäminen on lähes aina tehokkaampaa kuin kumpikaan hoito erikseen. 3) Tiheämmin annettu psykoterapia näyttää vaikuttavan paremmin kuin yhtä monta terapiasessiota annettuna harvemmin. Mahdollisuuksien mukaan psykoterapiaa voisi pyrkiä järjestämään 2 kertaa viikossa yhden kerran sijaan.

Lähteet:

Abbass AA, Hancock JT, Henderson J ym. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD004687

Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J, Rabung S, Rusalovska S, Crowe E. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Library* 2014, Issue 7.

Barth J, Munder T, Greger H, Nüesch e, Trelle S, Znoj H, Jüni P, Cuijpers P. Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PloS Med* 2013;5:e1001454

Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2009;29:348-353.

Churchill R, Hunot V, Corney R ym. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5:1-173.

Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 2011;187:441-453.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22:9-15.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry* 2008a;36.

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G ym. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008b;76:909-22.

Cuijpers P, Dekker J, Hollon S, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009a;70:1219-1229.

Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2009b;59:51–60.

Cuijpers P, Andersson G, Donker T, Van Straten A, Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* 2011a;6:354-364.

Cuijpers P, Geraedts A, van Opeen P, Andersson G, Markowitz J, van Straten A, Interpersonal Psychotherapy for depression: A Meta-analysis *Am J Psychiatry* 2011b;168:581-592.

Cuijpers P, Driessen E, Hollon S, Van Oppen P, Barth J, Andersson G. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2012;32:280-291.

- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson K, A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013a;7;376-385.
- Cuijpers P, Huibers M, Ebert D, Koole S, Andersson G, How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis, *Journal of affective disorders* 2013b;149:1-13.
- Cuijpers P, Sijbrandi M, Koole S, Andersson G, Beekman A, Reynolds C. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013.
- Cuijpers P, Turner E, Koole S, Van Dijke A, Smit F. What is the threshold for clinically relevant effect? The case of major depressive disorders. *Depression and Anxiety* 2014a;31:374-378.
- Cuijpers P, Turner E, Mohr D, Hofmann S, Andersson G, Berking M, Coyne J. Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. *Psychological medicine* 2014b;44:685-695.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Andersson G, Beekman A, Reynolds C. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014c;13:56-67.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis., *Journal of affective disorders* 2014d:118-126.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Pot A, Park M, Reynolds III C. Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas* 2014e;xxx:xxx-xxx.
- Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med.* 2010; 8:38. [PubMed: 20579335]
- Driessen E, Cuijpers P, de Maat S, Abbass A, de Jonghe F, Dekker J. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2010;30:25-36.
- Driessen E, Van H, Don F, Peen J, Kool S, Westra D, Hendriksen M, Schoevers R, Cuijpers P, Twisk J, Dekker J. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 170:9 2013.
- Grissom RJ & Kim JJ. *Effect sizes for research: A broad practical approach.* Mahwah, NJ: Erlbaum, 2005.
- Hovarth A, Del Re A, Flükiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011;48(1):9-16.



Jakobsen J, Hansen J, Simonsen E, Gluud C. The effects of interpersonal psychotherapy and other psychodynamic therapies versus 'treatment as usual' in patients with major depressive disorder. *PloS ONE* 2011;4:1-9.

Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen E, Gluud C. The effect of adding psychodynamic therapy to antidepressants in patients with major depressive disorder. A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Journal of Affective Disorders* 2012a;137:4-14.

Knekt P, Lindfors O, Härkänen T ym. 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. *Psychol Med* 2008;38:689-703.

Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine* 2008;5:250–268.

Nieuwsma j, Trivedi R, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams J, Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med* 2012;43:129-151.

Renner F, Cuijpers P, Huibers M. The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2014.

Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Hunot V, Cladwell D, Davies P, Moore T, Furukawa T, Churchill R. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *The Cochrane library*, issue 10, 2013.

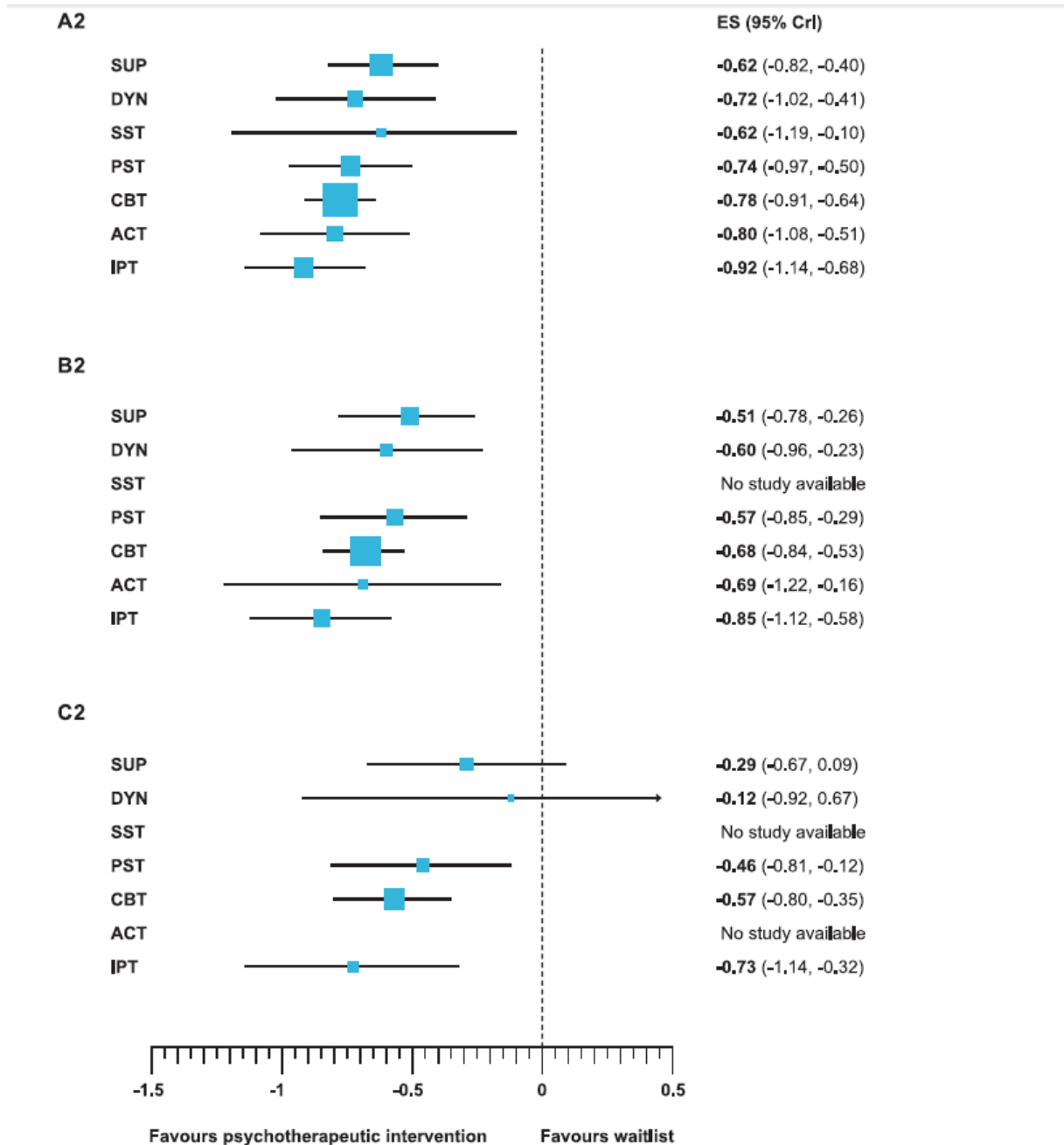
Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine* 2008;358:252–260.

TAULUKKO 1. Alla oleva taulukko on suomennettu ja muokattu Barth et al. (2013) julkaisemasta artikkelista.

psykoterapiamuoto	kuvaus
Interpersonaalinen psykoterapia	Interpersonaalinen terapia on strukturoitu, käsikirjaan perustuva psykoterapia, joka keskittyy masennuksen hoidossa interpersonaalisiin ongelmiin sulkien muut näkökulmat pois. Teoreettisen perustan voidaan tulkita perustuvan Sullivanin, Meyerin ja Bowlbyn töihin. Hoidon nykyisen muodon kehittivät Gerald Klerman ja Myrna Weissman 1980 luvulla.
Behavioraalinen aktivaatioterapia	Behaviouraallinen aktivaatio on aktiviteettien järjestämistä, missä mieluisien aktiviteettien huomaaminen ja positiiivinen interaktio ympäristön kanssa ovat keskeisiä elementtejä. Sosiaalisten taitojen valmennus voidaan tulkita osaksi tätä terapiaa. Terapian kehittäjä on Lewinsohn et al., mutta behaviouraallinen aktivaatio on myös osa Beck et al. kehittämää kognitiivista terapiaa.
Kognitiivinen terapia	Kognitiivisessa terapiassa keskitytään viallisiin ajatusmalleihin ja niiden vaikutuksiin potilaan nykyiseen ja tulevaan toimintaan. Kognitiivisessa terapiassa arvioidaan, haastetaan ja muokataan viallisia ajatusmalleja. Terapeutti painottaa kotitehtäviä ja terapian ulkopuolista toimintaa. Terapeutit ohjaavat aktiivisesti terapian interaktioita ja puheenaiheita, käyttävät psykoedukaatiota ja opettavat potilaalle uusia tapoja selvittää stressaavista tilanteista.
Ongelmanratkaisuterapia	Ongelmanratkaisuterapia koostuu seuraavista osista: henkilökohtaisten ongelmien määrittely, useiden ratkaisujen kehittäminen yhdelle ongelmalle, parhaan ratkaisun valitseminen, systemaattisen suunnitelman laatiminen ratkaisun toteuttamiselle ja sen arviointi, onko ongelma ratkennut toteutuksen jälkeen. Ongelmanratkaisuterapialla on alatyyppejä, kuten ongelmanratkaisuterapia Nezun tai Mynors-Wallisin mukaan.
Psykodynaaminen terapia	Psykodynaamisen terapian tavoitteena on parantaa potilaan ymmärrystä ja tietoisuutta intrapsykkisistä ja intrapersonaalisista konflikteistaan. Oletuksena on, että lapsuudenkokemukset, ratkaisemattomat ristiriidat ja menneet ihmissuhteet vaikuttavat potilaan nykytilaan. Lisäksi terapiassa tutkitaan potilaan toiveita, unelmia ja fantasioita. Aikarajoite erottaa lyhyen psykodynaamisen psykoterapian ja psykoanalyttisen psykoterapian toisistaan.
Sosiaalisten taitojen valmennus	Sosiaalisten taitojen valmennus on behavioraalisen terapian muoto, jossa potilaalle opetetaan sosiaalisia taitoja, jotka auttavat sosiaalisten suhteiden rakentamisessa ja ylläpidossa. Potilaalle opetetaan, kuinka omia oikeuksia voi puolustaa ilmaisemalla tunteita rehellisesti ja kunnioittavasti loukkaamatta muita ihmisiä.
Supportiivinen terapia	Supportiivisessa terapiassa ei käytetä erityisiä tekniikoita tai käsikirjoja. Supportiivisessa terapiassa, kuten muissakin terapioiden, annetaan potilaalle mahdollisuus purkaa tunteitaan ja kokemuksiaan ja tarjotaan empatiaa. Tarkoituksena ei ole tarjota ratkaisuja tai opettaa taitoja. Oletuksena on, että henkilökohtaiset ongelmat voivat ratketa keskustelun avulla.

## KUVAAJA 1

Eri terapiamuodot ovat tasavertaisia, jos huomioidaan kaikki tutkimukset. Jos keskitytään vain isoihin tutkimuksiin, tilastollinen merkittävyys säilyy ongelmanratkaisuterapialla, kognitiivisella terapialla ja interpersonaalisella terapialla. Kuvaajan lähde Barth et. al. 2013.



**Figure 3. Efficacy of different psychotherapeutic intervention compared to waitlist of all trials (A2), moderately sized trials (B2), and large trials (C2).** ACT, behavioural activation; CBT, cognitive-behavioural therapy; DYN, psychodynamic therapy; IPT, interpersonal therapy; PST, problem solving therapy; SST, social skills training; SUP, supportive counselling.  
doi:10.1371/journal.pmed.1001454.g003

## KUVAAJA 2

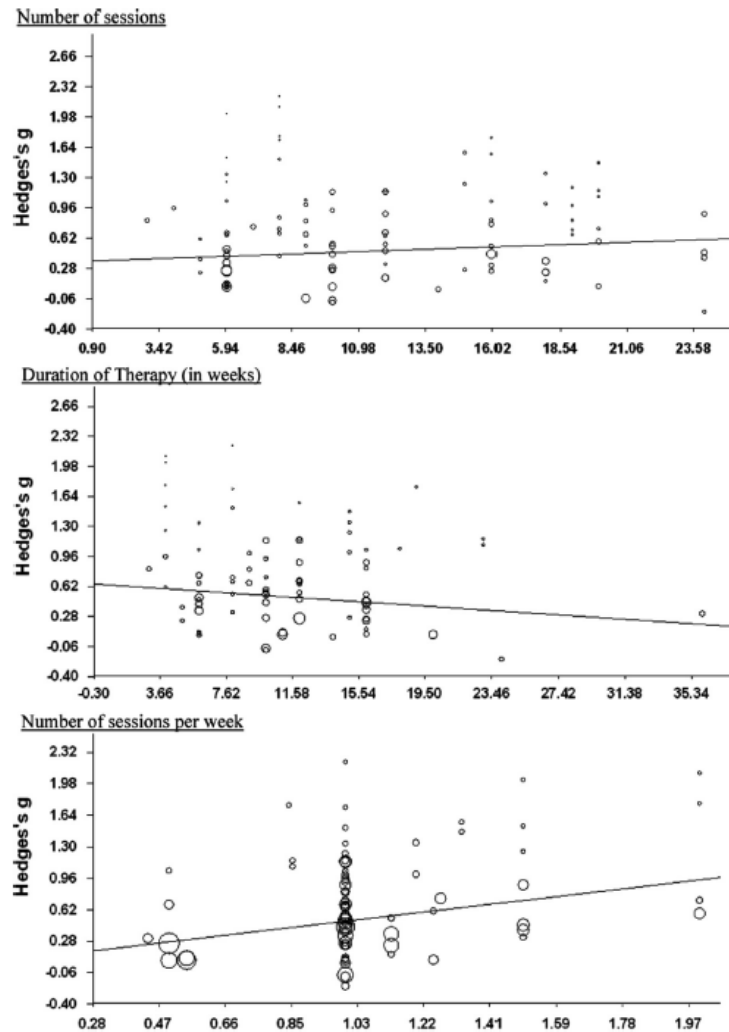


Fig. 2. Association between effect size and number of treatment sessions, duration of therapy, and number of sessions per week in psychotherapy for adult depression: metaregression analyses.

Yllä vaikutuksen koosta ja hoitoajasta, sessoiden määrästä ja sessioiden tiheydestä tehdyt korrelaatio-suorat. Terapiasessoiden kokonaismäärä näyttää lisäävän vaikutuksen kokoa hieman. Terapian kesto viikkoina näyttää huonontavan vaikutuksen kokoa hieman. Merkittävämpänä tuloksena on terapiasessoiden tiheyden ja vaikutuksen koon suhde. Hoitotulos paranee, jos terapiasessiot ovat tiheämpään. Kuvaajan lähde Cujpers et al, 2013b