

## *Ikivanhan psykiatrin hajamietteitä*

Katriina Kuusi

LKT, perheterapeutti ja ex-kouluttaja

Nykyään työni psykiatrina on pääosin hoidon linjausten ja lääkityksen suunnittelua ja lausuntoautomaattina toimimista. Uskon, että parhaimmillaan onnistun silti luomaan hitusen tulevaisuudenuskoa ja lievittämään kärsimystä, edes hetkeksi. Tutkimuksesta ja kirjallisuudesta olen jo varsin vieraantunut.

Tottakai haluamme hoitaa potilaita / asiakkaita parhaan tiedon ja taidon mukaan. Mutta entä jos tieto on ristiriitaista? Uudet masennuslääkkeet 1990-luvulta eteenpäin herättivät valtavasti toiveikkuutta; itsemurhatkin vähenivät. Nyt niiden hyöty on kyseenalaistettu, jopa kiistetty. Viime talvena oli valtakunnan päälehdessä luettavissa muutaman päivän välein täysin vastakkaiset asiantuntijamielipiteet. On tutkimuksia, joiden mukaan riipeä liikunta, ellei hakkaa menen tullen, ainakin on yhtä tehokasta kuin lääkitys.

Monet potilaat panevat silti toivonsa lääkitykseen, kokeillaan valmistetta toinen toisensa perään – vaikka suurta eroa tehossa ei todennäköisesti ole. Ehkä jossain suuren valikoidun tutkimusjoukon kohdalla on arviointiskaalassa muutaman pisteen ero, mutta merkitseekö se mitään kliinisessä työssä?

Umpisuolen poistot, tärykalvon puhkaisut, selkäleikkaukset ja monet muut aiemmin asianmukaisena käypänä hoitona pidetyt toimenpiteet ovat kovasti vähentyneet, kun tutkimus kyseenalaisti niiden hyödyn. Verisuonikirurgia muuttui lähes täysin 20 vuodessa, ei niinkään tutkimuksen kuin videotekniikan kehittymisen ansiosta. Mielen terveyden saralta esimerkiksi käy Nobel-palkittu lobotomia, invalidisoiva ja epähumaani hoito jota vielä 1960-luvulla harrastettiin.

Näyttöön perustuva hoito herätti alkuun paljon innostusta ja lupauksia. Sittemmin on noussut kritiikkiä: Tiukat inklusiokriteerit, hoidon keskeyttäneiden määrä, lyhyet seurannat. Potilaat valikoituneita ja hyvin motivoituneita, hoito tapahtunut hyvin resursoituissa yksiköissä, usein yliopistoklinikoissa, terapeutit kokeneita ja työnohjausta runsaasti. Miten tämä siirretään työvoimapulasta kärsivään ylikuormittuneeseen mielen terveysyksikköön, jonne monet tulevat monioireisina ja moniongelmaisina?

Muistelen tekemäämme pientä tutkimusta masennuspotilaiden hoidosta. Potilaat tunsivat olevansa alakuloisia ja ilottomia, psykiatrian erikoislääkäri oli asettanut masennusdiagnoosin, silti vain puolet täytti tutkimuskriteerit. Mutta ne ulkopuolelle jääneetkin tarvitsivat apua!

Käypä hoito -suositukset ovat asiantuntijoiden parhaan saatavissa olevan tieteellisen tiedon pohjalta laatimia. Ne siis suosittelevat näyttöön pohjautuvaa hoitoa. Kävin läpi 17 mielenterveyshäiriöiden suositusta. Jokseenkin poikkeuksetta oli lääkehoidon lisäksi suosituksena kognitiivinen käyttäytymisterapia ja psykoedukaatio, masennuksen kohdalla sentään myös interpersoonallinen ja psykodynaaminen ja epävakaa persoonallisuushäiriön kohdalla dialektinen käyttäytymisterapia.

Perheterapia, vanhempien ohjaus tai yhteistyö läheisten kanssa mainittiin lasten käytöshäiriöiden ja PTSD:n sekä nuorten masennuksen ja syömishäiriöiden käyväksi hoidoksi. Pariterapiaa parisuhdeongelmiin, selvä se.

Skitsofrenian hoitosuosituksessa tietysti psykoedukaatio, mutta ei perheenä toteutettuna. Ei mainintaa intensiivisestä alkuvaiheen selvittelystä, jonka hyödystä käsittääkseni on näyttöä (esimerkiksi Suomessa toteutetut skitsofrenia- ja API-projekti ja Keroputaan malli). Yrjö Alasen kehittämästä tarpeenmukaisen hoidon mallista ei sanaakaan, vaikka se juuri mahdollistaisi kaikkien asianosaisten, keskenään vuorovaikutuskentässä toimivien ihmisten vaihtuvien tarpeiden tunnistamisen ja terveyden tavoittelemisen.

Johtuneeko kognitiivisten terapioiden vahva asema siitä, että monia on manualisoitu ja se, että niistä on runsaasti seurantatutkimuksia, usein kuitenkin vain muutaman kuukauden mittaisia. Pitemmät seurannat ovatkin ongelmallisia, kun mukaan tulee paljon ”sekoittavia tekijöitä” eli ihmiselämä erilaisine tapahtumineen ja vaiheineen.

Kognitiivinen terapia eri muunnelmineen lienee vallitseva suuntaus nykyään, ainakin Kelan palveluntuottajalistan perusteella. Valitettavasti tämä terapia näyttää usein rapautuneen pelkiksi oireenhallintaohjeiksi, joita potilas noudattaa niin kauan kuin terapia jatkuu. Psykoedukaatio taas pahimmillaan näyttäytyy juupas-eipäs-keskusteluna diagnoosista, ei puhuttakaan ongelmanratkaisu- tai kommunikaatioharjoituksista.

Perheterapian tuloksellisuudesta laaditut katsaukset eivät näytä tavoittaneen suositusten laatijoita. Esimerkiksi Alan Carr kirjoitti 2018 systeemisistä terapioiden, mutta näytti tarkoittavan kaikenlaista perheterapiaa. Käytyään läpi valtavan määrän tutkimuksia hän totesi, että kaikki perheterapiat toimivat ja indikaatiot ovat moninaiset. Eniten oli nytkin tutkittu kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä, kuten myös strukturaalis-strategisista ja psykoedukaatiosta oli paljon tutkimusta. Narratiivisista ja sosiaaliseen konstruktionismiin perustuvista terapioiden lienee sittemmin tullut samansuuntaisia tuloksia.

”Perheterapiat säästävät kustannuksia suhteellisen lyhyinä, vähentävät palveluiden kulutusta ja moniin löytyy manuaalikin.” Perheterapioiden osuus julkisten palvelujen käynneistä ei koskaan liene ollut 10 % enemmän, ei edes silloin kun niihin aktiivisesti panostettiin kuten esimerkiksi Keroputaalla ja Pohjois-Helsingissä 1990-luvulla.

Mikä merkitys on sillä, että apua useimmiten hakee yksittäinen ihminen? Tai että yksineläminen alkaa olla valtavirtaa, jopa yli puolet ruokakunnista. Yksilönkin hoidossa voi perheterapeuttisista menetelmistä olla hyötyä, mistä esimerkiksi Gunthard Weber on kirjoittanut.

Tutkimus on ymmärrettävästi menetelmäkeskeistä. Pitääkö minun siis potilaan kohdatessani lähteä liikkeelle menetelmästä (evidence based tai ei) sen sijaan, että tarkastelisin potilaan elämää ja vaikeuksia mahdollisimman avarin mielin – tai ainakin tietoisena omista ennakkoluuloistani?

Psykoterapiatutkimuksen toistuva löydös on, että keskeinen ellei jopa tärkein vaikuttaja on hoitosuhteen laatu: luottamus, toiveikkuuden herääminen, terapeutin innostus ja usko menetelmäänsä. Mitä tästä pitäisi seurata opiskelijavalinnoissa? Pitäisikö koulutuksessa keskittyä näiden ”epäspesifien vaikuttajien” kehittämiseen eikä niinkään teoriaan ja terapiamenetelmiin? Pitäisikö olla koeaika, jolloin arvioidaan onnistumista näissä?

Pikkupoika murtaa jalkapallopelissä värttinäluunsa. Nizzan yliopistosairaalassa laitetaan lentokonekipsi, käsi kipsattuna olkapäästä asti kuin tervehdykseen kohotettuna. Muistelen kuvia sotasairaaloista. Kotona Kroatiassa poliklinikan väki alkaa nauraa hohottaa: ”Tällaisia teimme vuosikymmeniä sitten.” Tämä sattui 2010-luvulla.

Muistelen Gianfranco Cecchiniä ja pientä seminaaria Lago d’Iseon rannalla. Monet esiintyjät kertoivat innostuneesti, mitä kaikkea uutta oli kehitelty. ”Miksi muuttaa sellaista, joka toimii hyvin, kuten systeemistä perheterapiaa, pelkän muutoksen takia?” kysyi Gianfranco.

Varmasti murtuma olisi parantunut lentokonekipsissäkin. Pieni potilas oli tottunut siihen ihmeen nopeasti, mutta varmasti uusi kyynärvarsikipsi ja kantoside oli mukavampi.

