

Olavi Lindfors

Psykoterapia ja psykoterapeutit Suomessa 1980-luvulta 2020-luvulle – psykoanalyttisen kliinikon ja tutkijan pohdintaa alan muutoksista

Psykoterapian käsite ja psykoterapeuttikoulutuksen kehitys

Psykoterapiaan liittyvien suositusten kehittämisen ja psykoterapeuttikoulutuksen järjestämisen alun voi katsoa Suomessa ajoittuneen 1970-luvun lopulle. Tuolloin asetettiin kansallinen asiantuntijaryhmä määrittelemään psykoterapian käsitettä mielenterveyden näkökulmasta, arvioimaan psykoterapiapalveluiden tarvetta ja laatimaan viralliset kriteerit psykoterapeuttikoulutukselle (Pylkkänen ym. 1995). Ryhmään kuului edustajia julkisesta terveydenhuollosta, mielenterveysjärjestöistä, viranomaistahoilta, Kelasta ja keskeisistä psykoterapeuttien koulutusyhteisöistä. Koulutuskriteerit laadittiin erikseen erityistason ja vaativan erityistason koulutukselle. On huomioarvoista, että erityistason koulutus oli alun perin tarkoitettu julkisessa terveydenhuollossa työskenteleville. Myöhemmin näitä kriteerejä käytettiin pitkälti nykyisen yliopistopohjaisen psykoterapeuttikoulutuksen perustana.

Yleisesti tunnetun perinteisen määritelmän mukaan psykoterapia on ”interpersonaalinen prosessi, jonka tavoitteena on mahdollistaa hoitoon hakeutumisen syynä olleiden ongelmallisten tunteiden, ajattelun, asenteiden tai käyttäytymisen muuntuminen” (Strupp 1978). Suomessa yllä mainittu työryhmä ehdotti määritelmään tarkennuksia (Lääkintöhallitus 1984): psykoterapia kohdentuu henkilöihin, joilla on psykiatrinen häiriö, psykologisen kehityksen ongelmia tai ihmissuhteissaan ongelmia, jotka voivat ilmetä psyykkisesti, sosiaalisesti tai somaattisesti. Hoidon tavoitteena on häiriön aiheuttamien ongelmien lievittäminen tai poistaminen sekä psykologisen kehityksen ja toimintakyvyn vahvistaminen. Menetelmien tulee perustua teorioihin, joista on riittävää tutkimusnäyttöä. Psykoterapia edellyttää koulutukseen perustuvaa ammatillista pätevyyttä, ja toteutetaan yhteistyössä asiakkaan ja ammattilaisen välillä, luottamuksellisessa hoitosuhteessa. – Tätä määritelmää voidaan yhä soveltaa eri psykoterapiakoulukunnissa, ja se

sallii vaihtelua siinä, miten tietoon ja taitoon perustuva osaaminen varmistetaan koulutuksessa ja käytännön työssä.

Psykoterapia-ala on kokenut suuria muutoksia, jotka liittyvät sen statukseen, koulutukseen, tutkimuspohjaan, kliinisiin teorioihin, hoitomalleihin ja niiden käytännön soveltamiseen sekä palvelujen tarjontaan ja kysyntään. Suomessa on tehty vuosikymmenten aikana monia organisatorisia ja lainsäädännöllisiä uudistuksia, joista osa on otettu myönteisesti vastaan, kun taas osa on herättänyt epävarmuutta ja vastustusta. Psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten hoitomuotojen kirjo on laajentunut. Nykyään ala on huomattavasti vahvemmin empiirisen tutkimuksen ohjaama.

Noin neljä vuosikymmentä sitten psykoterapeuttikoulutukselle ei vielä ollut yhtenäisiä kriteerejä, eikä tutkimusperustaisen kliinisen käytännön painoarvo ollut kovin suuri. Kliinistä asiantuntemusta arvostettiin, ja vaikka ryhmävertailuihin perustuvia vaikuttavuustutkimuksia ja prosessitutkimuksia oli jo tehty, suuri osa tieteellisestä psykoterapiakirjallisuudesta koostui edelleen tapaustutkimuksista ja teoreettis-kliinisistä julkaisuista. Jo tuolloin maailmalla oli käytössä satoja eri nimikkeiden alla kulkevia psykologisia terapioiden puoli tusinaa suurta psykoterapiakoulukuntaa. Kaikilla niillä oli omat teoriansa, mallinsa, tekniikkansa ja näkemyksensä parantavan hoitosuhteen ja tavoitteellisen hoitoprosessin rakentamiseksi. Monet niistä oli kehittäjien toimesta testattu käytännössä, muokattu ja otettu käyttöön laajemmin psykoterapiatyössä, mutta vain vähemmistöä oli tutkittu objektiivisesti, asianmukaisin ryhmävertailuin, jotta niiden vaikuttavuus oltaisiin voitu todentaa (Roth & Fonagy 2005).

Psykoterapian yleinen vaikuttavuus – esimerkiksi se, että terapia kaksinkertaistaa todennäköisyyden toipua verrattuna hoitamattomuuteen, tai että 80 % psykoterapiaa saaneista voi paremmin kuin ne, jotka eivät saa hoitoa – oli kuitenkin jo osoitettu ensimmäisten meta-analyyysien perusteella, joissa tarkasteltiin

monenlaisten psykiatristen häiriöiden ja psykologisten ongelmien hoitoja (Smith ym. 1980).

Psykoanalyttinen suuntaus ja uudet esiin nousevat virtaukset

Kun aloitin urani kliinisenä psykologina 1980-luvun alkupuolella julkisen sektorin psykiatriassa ja aloittelin samalla osa-aikaista psykoterapeuttista yksityisvastaanottoa (psykoterapiaa tai psykoterapeutteja koskevaa lainsäädäntöä kun ei tuolloin vielä ollut), psykiatrian, kliinisen psykologian ja psykoterapian kenttää hallitsi pitkälti psykoanalyttinen perinne. Psykoanalyttisen suuntauksen johtava asema kesti Suomessa pidempään kuin useimmissa länsimaissa. Suuntaus ei kuitenkaan ollut valtasijoilleen staattisesti asettunut, vaan kliiniset teoriat, käytännöt ja tutkimus kehittyivät jatkuvasti. Meneillään oli paradigman muutos intrapsykykisestä painotuksesta kohti yhä enemmän intersubjektiivisempaa näkökulmaa. Terapeuttisen allianssin transteoreettisen käsitteen merkitys alettiin tunnustaa merkittäväksi, yhdistäväksi elementiksi erilaisissa psykoterapian suuntauksissa (Bordin 1979). Myös persoonallisuuden toimintaa määrittävien vuorovaikutustekijöiden ja sisäistettyjen objektisuhteiden kehitystason painoarvo hoidon suunnittelun perustana kasvoi (Greenberg & Mitchell 1983). Järjestelmällinen vauvatutkimus avasi uusia näkökulmia ja käsitteitä ymmärtää suhteessa olemisen tarpeita ja minuuden kehitystä (Stern 1985). Uusia yhdistelmäteorioita, tutkimuksia ja integroituja hoitomalleja aloitettiin kehittämään erityisesti henkilöille, joilla oli vaikeampia kehityksellisiä ongelmia – kuten identiteetin hajanaisuutta, vakavia vaikeuksia tunnesäätelyssä ja itsetunnossa – ja nämä perustuivat järjestelmällisempiin hoitostrategioihin ja tutkimukseen (mm. Kernberg 1975). 1980-luvulta alkaen oli myös lisääntyvää kiinnostusta ja jatkokoulutusta lyhyisiin terapioihin, jotka olivat fokuksittuja, intensiivisiä mutta tavoitteiltaan rajattuja.¹

1980-luvulla perheterapeuttiset suuntaukset, erityisesti systeeminen lähestymistapa, olivat melko vahvasti läsnä suomalaisessa terapiakentässä. Samalla kognitiivisen terapian vai-

kutus alaan ja kasvu jatkuivat: oppimiseen perustuvista hoitostrategioista ja terapeutin direktiivisistä käyttäytymisen muutokseen tähtäävistä interventioista siirryttiin uusien kognitiivisten rakenteiden, kuten skeemojen, minäpystyvyyden ja selviytymisstrategioiden käsittelyyn sekä niiden muuttamista varten kehitettyihin uusiin jäsenneltyihin interventi-oihin. Integratiivinen kognitiivis-analyttinen terapia tuotiin Suomeen ja otettiin käyttöön 1980-luvun puolivälissä. Samoihin aikoihin ranta-utauivat myös uudet manuaalipohjaiset, häiriö-spesifiset lyhytterapiamallit, kuten intersoo-nallinen psykoterapia (IPT) masennuspotilaille. Ratkaisukeskeinen terapia, joka oli alun perin kehitetty perheterapian piirissä, oli Suomessa uusi tulokas 1980-luvun lopulla, ja 1990-luvun puolivälistä lähtien sitä on yhä enenevässä määrin alettu käyttämään yksilöterapiana.

Kentän monipuolistuminen näkyi myös siinä, että tarjolla oli yhä enemmän yksilöpsykoterapian koulutusohjelmia eri ikäryhmille (aikuiset, nuoret ja lapset), mutta koulutusohjelmia oli myös perhe- ja ryhmäpsykoterapiaan sekä musiikki- ja taideterapian sovelluksiin (Pylkkänen ym. 1995). Psykoterapeutit olivat kuitenkin jakautuneet maantieteellisesti hyvin epätasaisesti: 1990-luvun alussa heidän suhteellinen määränsä oli viisi kertaa suurempi kolmessa yliopistokaupungissa (Helsinki, Turku, Kuopio) kuin muualla maassa.

Psykoterapeuttien oikeudellinen asema ja koulutus

Vuonna 1994 terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki oli käännekohta psykoterapian ammattikäytännölle. Se säänteli psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöä. Lain myötä potilasturvallisuus parani, sillä se takasi, että hoidosta vastaavalla henkilöllä on asianmukainen koulutus. Samalla psykoterapeuttien asema terveydenhuollon ammattilaisina selkiytyi ammattinimikkeeseen sisältyvine vastuineen ja velvollisuuksineen.

Psykoterapeuttikoulutus pysyi kuitenkin Suomessa pitkään varsin hajanaisena. Sitä jär-

jestivät kymmenet yksityiset yhteisöt ja organisaatiot. Koulutusten laatu, standardit ja käsitys ammatillisuudesta vaihtelivat. Myös joissakin yliopistojen laitoksilla järjestettiin psykoterapeuttikoulutusta esimerkiksi psykiat-riaan erikoistuville lääkäreille tai psykoterapian erikoispsykologeiksi erikoistuville. Jyväskylän yliopisto oli edelläkävijä integratiivisen näkö-kulman ja integratiivisen psykoterapian koulu-tukselle.

Vaikka kansallinen valvova viranomainen (Terveystenhuollon oikeusturvakeskus, myö-hemmin Valvira), asiantuntijaryhmien avusta-mana, määritteli muodollisesti hyväksyttävien koulutusohjelmien kriteerit, psykoterapeutin ammattinimike voitiin myöntää vasta koulutuk-sen suorittamisen jälkeen, mikä aiheutti epä-varmuutta koulutuksen järjestäjille ja suurelle määrälle opiskelijoita – erityisesti silloin, kun kyse oli uusista lähestymistavoista ja terapia-muodoista.

Vuonna 2011 päivitetty terveydenhuollon am-mattihenkilöistä annettu asetusta – jota edelsi vuosien valmistelutyö komiteoissa ja asian-tuntijaryhmissä – asetti uudet vaatimukset psykoterapeutin ammattinimikkeen saamisel-le. Psykoterapeutti määriteltiin itsenäiseksi terveydenhuollon ammattilaiseksi, ja oikeus psykoterapeuttikoulutuksen järjestämiseen annettiin yksinomaan yliopistoille, joissa oli psykologian tai lääketieteen koulutusta. Ta-voitteena oli yhtenäistää ja parantaa psykote-rapeuttikoulutuksen laatuksiteerejä, siirtää koulu-tus julkiseen yliopistojärjestelmään ja edistää psykoterapiatutkimuksen mahdollisuuksia.

Tähän mennessä yliopistopohjaiset psykote-rapeuttikoulutusohjelmat on toteutettu enim-mäkseen yhteistyössä ulkopuolisten koulutus-yhteisöjen tai muiden organisaatioiden kanssa, joilla on tietyn psykoterapiasuuntauksen kou-luttamiseen psykoterapeuttista ja pedago-gista osaamista. Se, että yliopistoilla ei ole velvollisuutta järjestää psykoterapeuttikoulu-tusta eikä niillä ole valtion budjetista tulevaa rahoitusta siihen, on rajoittanut tutkimuksen ja koulutuksen kehittämismahdollisuuksia. Opis-

kelijoille koulutus on kallista, mikä muodostaa tasa-arvo-ongelman: koulutus on vaihtoehto lähinnä vain niille, joilla on varaa maksaa kustannukset itse – toisin kuin esimerkiksi lääkäreillä, joille erikoistumiskoulutus on valtion tukemaa. Tällä hetkellä hallituksen mielenterveyspolitiikan tavoitteisiin kuuluu suunnitelma kaksitasoisesta psykoterapeuttikoulutuksesta ja siitä, että alemman tason koulutus olisi opiskelijalle maksutonta.

Ensimmäisen kymmenen vuoden aikana yliopistopohjaisen psykoterapeuttikoulutuksen käynnistymisestä (2011–2021) on koulutettu noin 1 300 psykoterapeuttia (Laukkanen 2022). Määrä on jonkin verran pienempi kuin aikana, jolloin koulutus oli yksityisten koulutusyhteisöjen vastuulla. Uusista terapeuteista suurin osa suuntautui kognitiiviseen terapiaan – yhteensä noin 40 %. Seuraavina tulivat perhe- ja pariterapia (16 %), integratiivinen (13 %), psykodynaaminen (12 %) ja ratkaisukeskeinen psykoterapia (8 %) sekä yksittäiset pienemmän volyymin koulutusohjelmat. Viime vuosina on ollut nähtävissä nouseva trendi kognitiivisten ja integratiivisten terapeuttien määrässä. Koulutusohjelmien tarjonnassa eri yliopistojen välillä on paljon vaihtelua.² Lastenpsykoterapeuttikoulutusten määrä on ollut erityisen vähäinen.

Kaiken kaikkiaan eri orientaatioiden koulutusohjelmavalikoima on ollut suhteellisen laaja. Koordinointi ja yhteisymmärrys siitä, miten psykoterapeuttikoulutusta tulisi ohjata ja kehittää väestön tarpeiden mukaisesti eri sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilla huomioiden mielen-terveyshäiriöiden kirjo, eri ikäryhmät ja yksilöllisesti soveltuvat terapiamuodot, on ollut puutteellista. Nykyisin psykoterapeuttikoulutuksen laadunvalvonta on paljon läpinäkyvämpää kuin aiemmin, ja eri suuntausten opiskelijoilla on enemmän mahdollisuuksia keskinäiseen vuorovaikutukseen. Psykoterapeuttikoulutettavien määrää tulisi kuitenkin lisätä. Vuoden 2023 lopussa Suomessa oli yhteensä 8 608 rekisteröityä psykoterapeuttia, joista lähes 40 % oli eläkeiän kynnyksellä tai jo eläkkeellä (Avoindata 2023).³

Psykoterapeuttien ja terapioiden moninaisuus 2010- ja 2020-luvulla

Vuonna 2010 toteutettu valtakunnallinen noin 5 000 rekisteröidylle psykoterapeuteille tehty kyselytutkimus heidän käytännöstään toi tärkeää tietoa psykoterapiapalveluista ja ammatista yleisemmin (Valkonen ym. 2011). Yksilöpsykoterapiaa antaneista noin puolet (55 %) oli saanut koulutuksensa psykodynaamisessa tai -analyttisessä koulutusyhteisössä. Kognitiivisten terapioiden osuus oli 15 %, traumaterapian 9 %, ratkaisukeskeisen 7 % ja kognitiivis-analyttisen terapian 4 %. Yhteensä 36 % psykoterapeuteista oli saanut perheterapiakoulutuksen ja 6 % ryhmäpsykoterapiakoulutuksen. Psykoanalyttisen psykoterapian (68 %) ja kognitiivisen terapian (25 %) osuus Kelan kuntoutuspsykoterapiaa antaneista terapeuteista oli hieman suurempi kuin osuus koko rekisteröityjen psykoterapeuttien joukossa (Kallio 2009). Joka viides psykoterapeutti oli saanut erityisesti nuorille tai lapsille suunnatun psykoterapiakoulutuksen.

Valkosen ym.:iden (2011) kyselytutkimuksen mukaan noin kaksi kolmasosaa potilaista oli ohjattu psykoterapiaan julkiselta sektorilta. Moni kyselyyn vastanneista psykoterapeuteista painotti sitä, että potilaiden ohjausta ja soveltuvuuden arviointia ennen psykoterapiaa tulisi parantaa – vain yksi kolmesta katsoi, että potilaat olivat saaneet riittävästi ohjausta psykoterapiaan hakeutumisessa. Pitkäkestoinen (> 1 vuosi) psykoterapia näytti olevan yleisin hoitomuoto: jopa kolme neljäsosaa terapeuteista raportoi, että se oli heidän tyypillisin terapian toteutumistapansa.

Kysely toi myös tietoa psykoterapeuttien työmäärästä: suurin osa työskenteli psykoterapian parissa osa-aikaisesti muiden ammatillisten tehtävien ohella joko yksityisellä tai julkisella sektorilla. Noin kolmannes piti kokopäiväistä yksityisvastaanottoa. Ei tiedetä, kuinka moni psykoterapeutti oli osallistunut lisäkoulutuksiin näyttöön perustuvista lyhyt- tai pitkäkestoisista hoitomalleista tai erityisistä menetelmistä, jotka eivät sisältyneet heidän peruskoulutuk-

seensa, eikä myöskään tiedetä, kuinka moni sovelsi tai yhdisti eri suuntauksia ja eri tavoin toteutettavia terapioiden työssään.

Tämän jälkeen on tapahtunut huomattava muutos koulutettujen psykoterapeuttien antamien terapioiden jakaumassa ja moninaisuudessa. Selinheimo ym. (2024) tarkastelivat tutkimuksessa henkilöitä (n = 15 208), jotka olivat saaneet Kelan kuntoutuspsykoterapiaa vuosina 2014–2021. Kolme yleisintä terapiamuotoa olivat nyt ratkaisukeskeinen, kognitiivinen ja psykodynaaminen/analyttinen psykoterapia (kunkin osuus noin neljännes, 23–27 %). Niitä seurasivat kognitiivis-analyttinen, perheterapia, trauma- ja integratiivinen psykoterapia (kukin 5–7 %). Vaikka luvut koskevat vain kuntoutuspsykoterapiaa saaneita potilaita, ne kuvaavat koko kentän nopeaa muutosta. Psykodynaamisen/analyttisen terapian osuus on vähentynyt merkittävästi, kun taas ratkaisukeskeinen terapia on kasvanut eniten. Yllättävää on se, että vaikka kaikkien kuntoutuspsykoterapioiden keskimääräinen kesto oli yli kaksi vuotta, ratkaisukeskeinen terapia nousi Suomessa pitkäkestoisen kuntoutuspsykoterapian kärkeen! Tämä on hämmäntävää, koska ratkaisukeskeisen psykoterapian koulutuksen saaneet ovat saaneet koulutuksen ensisijaisesti lyhytterapian tarjoamiseen asiakkailleen, ja sen tutkimusnäyttö perustuu pääasiassa perusterveydenhuollossa tehtyihin lyhytterapiasovelluksiin. Erityistason mielenterveyspalveluissa näyttö sen vaikuttavuudesta on rajallista (Kim ym. 2010; Knekt ym. 2010). Näin ollen vaikuttaa siltä, että pitkän kuntoutuspsykoterapian suhteellisen hyvin toimiva järjestämismalli ja rahoitus voivat johtaa kehitykseen, jossa lyhytterapiaksi tarkoitettua mallia aletaankin soveltaa pitkäkestoisena. Optimaalisempaa nähdäkseni olisi, että nämä terapeutit voisivat ydinosaisensa mukaisesti tarjota lyhyempiä hoitoja useammalle potilaalle – mikäli järjestelmä sen mahdollistaisi.

Kognitiivisen terapian osuuden kasvu on ollut odotettua ja ymmärrettävää myös kuntoutuspsykoterapian piirissä, sillä sen asema näyttöön perustuvana hoitomuotona on vahva ja

sitä on kehitetty myös potilasryhmille, jotka hyötyvät pidempikestoisista hoitoprosesseista, kuten kroonista tai hoitoresistenttiä masennusta sairastavat.

Ei ole tietoa siitä, kuinka moni julkisella sektorilla työskentelevä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen on rekisteröity psykoterapeutti tai miten eri terapiamuotojen koulutus jakautuu eri puolilla Suomea. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueelta saadut melko tuoreet tiedot (Saarni 2024) ulkopuolisilta palveluntuottajilta ostetuista psykoterapiapalveluista (3 834 potilasta) osoittavat samansuuntaisia muutoksia kuin edellä on kuvattu. Vuosina 2022–2023 kolme yleisintä psykoterapiasuuntausta olivat ratkaisukeskeinen (29 %), kognitiivinen (23 %) ja psykodynaaminen terapia (17 %). Seuraavina tulivat kognitiivis-behavioraalinen (11 %), kognitiivis-analyttinen, integratiivinen ja muut terapiamuodot (< 10 %). Jos kuitenkin tarkastellaan myös HUS-psykiatrian myöntämiä erityisiä terapiainterventioita, kuten altistusterapiaa, kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoa tai kognitiivisia ja kognitiivis-behavioraalisia terapioiden yhdistettynä, niiden osuus on paljon suurempi. Vastaavasti jos huomioidaan HUS-psykiatrian omana toimintana tuottamat terapiat, kognitiiviset terapiat nousevat hallitseviksi, ja psykodynaamisen ja ratkaisukeskeisen terapian osuus on paljon pienempi. Vertailun vuoksi: 1980-luvun lopulla HUS:n psykiatrian klinikan järjestämistä ulkoistetuista terapioiden peräti 90 % oli psykodynaamisia tai -analyttisia, ja vain pieni osuus oli kognitiivisia tai perheterapioita (Hannula ym. 1989).⁴

Vaikuttavuuden osoittamisen tarve ja tutkimuksen merkitys käytännön kehittämisessä

Jo 1960-luvulta alkaen kansainvälisessä tutkimusyhteisössä kiinnitettiin yhä enemmän huomiota psykoterapioiden vaikuttavuuteen eri mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Tarve osoittaa häiriöspesifi vaikuttavuus on sittemmin vakiintunut velvoitteeksi kaikille eri psykoterapiamenetelmille. Jo varhain kysymys optimaalisesta psykologisesta hoidosta muotoiltiin ko-

konaisvaltaisesti: “Mikä hoitomuoto, ja kenen toteuttamana, on tehokkain juuri tälle yksilölle, jolla on tämä erityinen ongelma, ja missä olosuhteissa?” (Paul 1967). Tutkimuspanoksia on kuitenkin kohdistettu paljon enemmän eri terapiamenetelmien vaikuttavuuden osoittamiseen tietyissä psykiatrisissa häiriöissä kuin edellä mainittuihin monimutkaisiin kysymyksiin siitä, mikä on optimaalisin hoitovalinta ja hoidon toteutus yksilölliset tekijät huomioiden. Erityisesti kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan edustajat ovat 1970-luvulta alkaen painottaneet menetelmäkeskeistä systemaattista hoitotulosten arviointia spesifisissä häiriöissä ja lyhytterapioiden tutkimusta (Lutz ym. 2021). Monet klinikot ja tutkijat ovat pitäneet vahvaa suuntausta kohti lähes yksinomaan lyhytkestoisia manuaalisoituja hoitomuotoja riittämättömänä (Norcross & Lambert 2018).

Ne hoitomallit, joilla on vahvin empiirinen näyttö – erityisesti satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin (RCT) ja niihin perustuneisiin meta-analyysiin nojautuen – ovat nousseet etusijalle kansallisia hoitosuosituksia laadittaessa (Lutz ym. 2021).⁵ Suomalaisissa mielen-terveyshäiriöitä koskevissa Käypä hoito -suosituksissa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2016–2025) kognitiivis-behavioraaliset hoidot dominoivat A-tason näytön menetelminä, koska niistä on enemmän RCT-tutkimuksia. On kuitenkin olemassa muita näyttöön perustuvia menetelmiä, joilla on yhtä vahva tutkimusnäyttö, sekä B–C-näytönastetason menetelmiä, joita voidaan käyttää kliinisen harkinnan ja potilaan preferenssien perusteella. Yleinen havainto siitä, että vaikuttavaksi havaittujen hoitojen välillä on vain pieniä tai ei lainkaan kliinisesti merkittäviä eroja – esimerkiksi masennuksen, persoonallisuushäiriöiden tai tiettyjen muiden psykiatristen häiriöiden hoidossa (Cuijpers ym. 2023) – jää usein huomiotta palvelujärjestelmässä.

Vuonna 2006 psykoterapian konsensuskoulouksen konsensuslausuma tunnusti näyttöön perustuvan lääketieteen periaatteiden merkityksen, kun arvioidaan erilaisten psykoterapioiden vaikutuksia spesifisten häiriöiden hoidos-

sa ja psykoterapiapalveluiden kehittämisessä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2006). Paneeli kuitenkin korosti myös sellaisten muiden tutkimusparadigmojen tarvetta, jotka soveltuvat paremmin hoidon vaikuttavuuden arviointiin rutiinikäytännöissä ja potilailla, joilla on muita samanaikaisia mielen-terveyden häiriöitä. Myös psykoterapiaprosessien ja tuloksellisuuden välisen yhteyden tutkimiseen panostamista pidettiin tärkeänä. Paneeli myös esitti porrasteisen hoitojärjestelmän kehittämistä, jossa psykoterapiat voitaisiin pääsääntöisesti aloittaa lyhytkestoisilla interventioilla, kunhan hoito alusta pitäen räätälöitäisiin yksittäisen potilaan tarpeisiin.

Ei ole tiedossa, missä määrin psykoterapeutit tai potilaita psykoterapiaan ohjaavat tahot ottavat huomioon meta-analysien kautta kertyneen mittavan tutkimusnäytön hoitosuhteen tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä – kuten potilaan hoitoon liittyvien odotusten ja yksilöllisten erityistarpeiden huomioimisen merkityksen (Swift ym. 2018) tai sen tosiasian, että psykoterapiamenetelmien väliset erot vaikuttavuudessa ovat vähemmän tärkeitä kuin hoitosuhteeseen liittyvät tekijät eli se, kuinka osuvasti ja taidokkaasti hoito toteutuu riippumatta hoitomuodosta (Norcross & Lambert 2018; Wampold 2001; Wampold & Owen 2021). Mitään yhtä terapiamenetelmää ei voida pitää ainoana ratkaisuna kaikille potilaille (Leichsenring & Steinert 2017).

Vielä 20 vuotta sitten ei ollut luotettavaa tutkimusnäyttöä siitä, ovatko pitkäkestoiset psykoterapiat lyhytterapioita tehokkaampia. Helsingin Psykoterapiatutkimus toi tähän uutta tietoa. Tutkimus tarkasteli satunnaistetussa tutkimusasetelmassa lyhyt- ja pitkäkestoisen psykodynaamisen terapian sekä ratkaisukeskeisen lyhytterapian vaikuttavuutta ahdistus- ja masennuspotilailla. Tulokset osoittivat, että hoidon kesto oli merkittävä tekijä ja että erot vaikuttavuudessa liittyivät seuranta-aikaan: lyhytterapiat toivat nopeammin hyötyjä, kun taas pitkäkestoiset hoidot olivat tehokkaampia pitkällä aikavälillä (Knekt ym. 2010). Tutkimus osoitti myös, että osa potilaista hyötyi riittä-

västi lyhytterapiasta, mutta moni tarvitsi lisäksi muuta psykiatrista hoitoa (Knekt ym. 2011). Lisäksi tunnistettiin lukuisia (potilaaseen, terapeuttiin ja terapiasuhteeseen liittyviä) tekijöitä, jotka vaikuttivat siihen, milloin lyhytkestoinen hoito on riittävä ja milloin pidempi terapia on tarpeen tai enemmän hyödyksi. Näitä löydöksiä voidaan käyttää resurssien kohdentamiseen yksilöllisten tarpeiden mukaan: potilaat, joilla on hyvät psykologiset valmiudet ja rajatummalla ongelmat ennen hoitoa, hyötyvät yleensä riittävästi lyhytterapiasta, kun taas ne, joilla on heikommalla edellytykset hoitoon, kuten vähäisempi psykologinen soveltuvuus, huomattavan ongelmallinen minäkuva tai lapsuudenajan kaltoinkohtelua, tarvitsevat useammin pitkäkestoisesta hoitoa (Laaksonen 2014; Lindfors ym. 2014; Heinonen ym. 2018). Näiden ja muiden viimeaikaisten tuloksellisuuden ennustetekijöitä kartoittaneiden tutkimusten perusteella perusteellisen alkukartoituksen arvo korostuu psykoterapian suunnittelussa.

Psykoterapian palvelujärjestelmä – organisatoriset haasteet

On arvioitu, että Suomessa noin 120 000–140 000 henkilöä tarvitsee vuosittain jonkinlaista psykoterapeuttista interventiota (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023). Vuodesta 2023 alkaen 22 hyvinvointialuetta on ollut vastuussa psykososiaalisten ja psykoterapeuttisten hoitojen sekä kuntoutuksen järjestämisestä kansalaisille. Toistaiseksi on kuitenkin vain vähän tietoa siitä, miten eri alueet aikovat palvelunsa järjestää ja millä tavoin monipuoliseen järjestelmän kehittämiseen tarvittava tutkimusperustainen laadunvarmistusjärjestelmä (Paunio ym. 2012) tullaan toteuttamaan.

Vuonna 2021 tehdyssä kyselyssä selvitettiin tuolloisten sairaanhoitopiirien järjestämiä psykoterapiapalveluita. Sen mukaan itse tuotettujen palveluiden määrä oli huomattavasti pienempi kuin Kelan rahoittaman kuntoutuspsykoterapian. Uutena trendinä psykososiaalisten interventioiden ja itsehoito-ohjelmien tarjoaminen internetin kautta oli yleistynyt: yli 14 000 henkilöä oli käyttänyt kognitiivista

verkkoterapiaa. Suuria investointeja on kohdistettu erityisesti kognitiivis-behavioraalsiin verkko-ohjelmiin mutta myös esimerkiksi interpersoonalliseen terapiaan (IPT) ja neuvonnan (IPC) saatavuuden parantamiseen. Sen sijaan esimerkiksi näyttöön perustuvien, ohjattujen tai osin verkossa toteutettujen psykodynaamisten hoitomuotojen (Johansson ym. 2013; 2017; Lilliengren 2023) käyttöönottoon ei ole investoitu.⁶

Kuntoutuspsykoterapiajärjestelmän merkitys on kasvanut vuoden 2011 lakimuutoksen myötä. Muutoksen ansiosta kansalaisilla on subjektiivinen oikeus saada kuntoutuspsykoterapiaa – enintään 80 käyntiä vuodessa ja yhteensä enintään 200 käyntiä kolmen vuoden aikana – jos he täyttävät sen kriteerit. Järjestelmä on joustava: terapian tiheydestä ja kestosta voidaan sopia asiakkaan ja terapeutin välillä yksilöllisten tarpeiden perusteella. Viimeisten saatavissa olevien arvioiden mukaan noin kolmasosa potilaista käy kuntoutuspsykoterapiassa noin vuoden ajan ja likimain yhtä suuri osa kahden tai kolmen vuoden ajan (Tuulio-Henriksson ym. 2014). Tämä on ylivoimaisesti yleisin väylä psykoterapiaan Suomessa. Sen avulla 64 500 henkilöä sai vuonna 2023 merkittävää taloudellista tukea psykoterapiaan (Kela 2024). Kuntoutuspsykoterapiaa hakevien määrä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 2015 ja on kymmenkertainen vuoteen 2000 verrattuna, jolloin se oli vielä harkinnanvaraista.

Kuntoutuspsykoterapian kysynnän kasvu johtuu muun muassa myönteisemmistä asenteista psykoterapiaa kohtaan, mielenterveyshäiriöiden paremmasta tunnistamisesta ja siitä, että muita taloudellisesti tuettuja väyliä psykoterapiaan hakeutumiselle on vähän. Valtaosalla potilaita keskeisimmät mielenterveysongelmat ovat masennus- tai ahdistuneisuushäiriö, yleisimmin toistuva masennus. Noin kolme neljästä potilaasta on naisia. Ongelmana on muun muassa se, että palveluiden saatavuus vaihtelee paljon alueellisesti eikä psykoterapian käyttö jakaudu sosioekonomisten tekijöiden kannalta tasa-arvoisesti (Selinheimo ym. 2024).⁷

Kelan kuntoutuspsykoterapian kysynnän ja palveluntarjonnan kasvuun verrattuna perusterveydenhuollon psykososiaaliset ja terapeutiset palvelut ovat olleet puutteellisia. Vuonna 2018 Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO) antoi suosituksen, jonka mukaan "[e]mpiirisesti vaikuttavat psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät tulee sisällyttää tavoitteelliseen hoitoon ja kuntoutukseen kaikissa niiden vaiheissa" (Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto 2018).

Tällä hetkellä Suomeen kehitetään porrastetun hoidon mallia, joka saa innoituksensa Britannian NHS:n (National Health Service) Talking therapies -ohjelmasta (aiemmin Improving access to psychological therapies, IAPT). Mallia rakennetaan HUS-psykiatrian johdolla yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Ohjelma painottaa lyhytkestoisia kognitiivis-behavioraalisia interventioita yleisten mielenterveyshäiriöiden, kuten masennuksen ja ahdistuksen hoidossa (Clark 2018; Wakefield ym. 2021), mutta siihen on sisällytetty myös valikoima muita näyttöön perustuvia psykososiaalisia interventioita. Tavoitteena siinä on myös luoda keskitetty koulutusmalli interventioiden toteuttamiseen osana Terapiat etulinjaan -ohjelmaa. Hanke on jaettu useisiin projekteihin, joiden toimivuutta hankkeen kehittäjät ovat arvioineet (Terapiat etulinjaan 2024; Saarni ym. 2022). Ohjelman perusteellinen ja objektiivinen arviointi on kuitenkin tarpeen, jotta sen hyödyt, rajoitukset ja mahdolliset sudenkuopat voidaan tunnistaa (Li ym. 2024). Vastaavasti tarvitaan lisää tutkimusta ja seurantaa koko psykoterapian tuotantojärjestelmän toimivuudesta ja siitä, missä määrin hoitosuosituksia ja kliininen käytäntö kohtaavat sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla (Lindberg ym. 2024).

Yhteenveto

Psykoterapian kenttä on muuttunut merkittävästi viimeisten 40 vuoden aikana. Psykoterapeutin ammattikuva on vahvistunut. Olemme entistä tietoisempia siitä, että psykoterapeuttisten hoitojen kehittämisessä tarvitaan

monenlaista tutkimusnäyttöä. Terapiamallit ja lähestymistavat ovat monipuolistuneet, mutta niiden jakautuminen ja käyttö eivät ole optimaalisia. On todennäköistä, että monia ihmisiä ei ohjata psykoterapeuttiseen hoitoon heidän tarpeitaan, toiveitaan ja yksilöllisiä ominaisuuksiaan riittävästi huomioiden. Psykoterapian saatavuuden tasa-arvoon liittyviin kysymyksiin on syytä puuttua. Tiedämme edelleen suhteellisen vähän muutoksen mekanismeista ja tarvitsemme lisää tutkimusta siitä, miten hoitotuloksia voidaan parantaa ja hoidon epäonnistumisia vähentää. Psykoterapeuttikoulutuksen siirtyminen yliopistoihin on onnistunut. Yhtenäisempiä laatuvaatimuksia on luotu, mutta koordinoitun suunnittelun puute aiheuttaa yhä haasteita. Jännitteitä on edelleen eri psykoterapiasuuntausten välillä: toiset painottavat enemmän yksilöllisiä kehityksellisiä ja hoitosuhteen rakentumiseen ja parantaviin elementteihin liittyviä kysymyksiä, toiset manualisoituja tekniikoita ja oirekeskeisiä hoitopaketteja. Hoitojärjestelmän tasolla vaikuttavuutta voidaan edistää yhdistämällä harkiten matalan intensiteetin hoitoja, näyttöön perustuvia menetelmiä ja uusia teknologioita perinteisten vaativan tason psykoterapioiden kanssa. Innovatiivisia ideoita ja jatkuvaa tutkimusta tarvitaan psykoterapiakentän kehittämiseksi.

Kirjoitus on aiemmin julkaistu nimellä "Psychotherapy and psychotherapists in Finland from 1980's to 2020's – reflections on changes as seen by a psychoanalytic practitioner-researcher". Invited Editorial, Psychiatria Fennica, 5, 2024, 18–27. Viitteet eivät sisälly Psychiatria Fennican artikkeliin.

Suomennos Markus Johansson

Viitteet

¹Suomessa muun muassa professori Veikko Aalbergin johdolla 1980- ja 1990-luvuilla toteutuneet fokaalisen psykodynaamisen lyhytterapian koulutukset täydensivät merkittävästi psykoanalyttisen koulutuksen saaneiden

lyhytterapiaosaamista. Nyt 2020-luvulla on meneillään uusi aikarajallisen terapian jatkokouluttautumisen sykli, minkä innoittajana on teoreettisesti ja menetelmällisesti tarkentunut ja tutkimusnäytöllisesti vahva tunnekeskeinen psykodynaamisen lyhytpsykoterapia.

²Koulutusohjelmien tarjonta on yhteydessä niihin kohdistuvaan kysyntään ja kilpailutuksen käytäntöihin. Tietävästi ei ole selvitetty, millä perusteella psykoterapeuttikoulutukseen hakeutuvat tekevät valintoja ensisijaisista tai toissijaisista hakukohteistaan. Asiaan liittyy tietoisia ja tiedostamattomia mielikuvia, taloudellisia tekijöitä, pohdintaa koulutuksen käyttöarvosta ja laadusta ja kokemus sen henkilökohtaisesta soveltuvuudesta. Psykoanalyttisen koulutuksen valinta mietityttäneen hakijoita ainakin suurempien kustannusten vuoksi (oma hoito pidempi, koulutuksessa pienempi ryhmäkoko), mitä voi tosin tasapainottaa syvällisenä, monipuolisena ja laaja-alaisena koettu koulutus, panostus omaan itseensä ja ammatilliseen osaamiseen etenkin pitkäaikaisten hoitosuhteiden näkökulmasta.

³Mielenterveyden palvelujärjestelmässä ja terapioiden rahoituksessa tapahtuvat isot muutokset heijastuvat luonnollisesti myös psykoterapiakenttään. Kuntoutuspsykoterapian osalta ei ole näyttöä siitä, että sen asiakasmäärät olisivat laskussa, vaikka vuoden 2025 aikana psykoterapeutit ovat raportoineet vähentyneistä terapiakyselyistä. Mahdollisesti kyse on siitä, että vuosia jatkunut kasvu on tasaantumassa ja että yksityisellä sektorilla toimivien terapeuttien tarjolla olevat terapia-ajat ovat lisääntyneet. Eläkeikäiset psykoterapeutitkaan eivät usein lopeta kokonaan mielekkääksi kokemaansa työtä vaan voivat jatkaa sitä pitkäänkin pienimuotoisesti.

⁴Muutos on siis todella merkittävä. Laaja-alainen valikoima tutkimusnäyttöön perustuvia lähestymistapoja on perusteltua, mutta muutostrendejä ohjaavat vahvasti myös terveystaloudelliset vaikuttimet, kilpailu ja markkina-voimat, jotka osin ovat vaikeasti ennakoitavia ja hallittavia mutta joihin voi ja tulee myös pyrkiä vaikuttamaan.

⁵Vaikka satunnaistettuja tutkimuksia yleisesti pidetään epidemiologiassa ensisijaisena menetelmänä kliinisen vaikuttavuuden osoittamiseksi, niiden käyttöön psykoterapian yhteydessä liittyy monia rajoituksia ja virhelähteitä, ks. esim. Sampolahti & Kurri (2025).

⁶Nykyisten hyvinvointialueiden mielenterveystyön ja päihdepalveluiden uudistustyö on tätä kirjoitettaessa vasta muotoutumassa ja oman psykoterapian palvelutuotannon ja ostopalveluiden painopisteet haussa. Psykodynaamisten hoitomallien osalta näyttää lupaavalta,

että ainakin mentalisaatioterapiaan perustuvia hoitomalleja ja julkisen sektorin oman henkilöstön koulutusta on joillakin alueilla kehitteillä. On kuitenkin myös organisatorisia, asenteellisia esteitä ja toisinaan varsin rajaavaa suhtautumista sellaisiin tutkimusperusteisiin hoitomalleihin, jotka eivät vastaa hallinnollisessa vastuussa olevien näkemyksiä.

⁷Tutkimuksen näkökulmasta Kelan kuntoutuksen mitavista asiakasvirroista on toistaiseksi ollut varsin rajatusti mahdollista tehdä syventävää tutkimusta ymmärryksen lisäämiselle siitä, mitkä tekijät määrittävät onnistuneita terapiaprosesseja. Rekisteritietoa ei ole saatavissa muun muassa keskeytyneistä terapiaprosesseista, eivätkä uutena seurantavälineenä hiljattain käyttöön otetut CORE-palautekyselyn tiedot ole tutkimuksen käytettävissä.

Kirjallisuus

- Avoindata** (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tietokanta. Ladattavissa osoitteesta <https://www.avoindata.fi/data/fi/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammattihenkilot>
- Bordin, Edward S.** (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252–260.
- Clark, David M.** (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 159–183.
- Cuijpers, Pim; Miguel, Clara; Harrer, Mathias; Plessen, Constantin Y.; Ciharova, Marketa; Ebert, David, & Karyotaki, Erini** (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22, 105–115.
- Greenberg, Jay R. & Mitchell, Stephen A.** (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hannula, Jorma; Aalberg, Veikko; Kaipainen, Markku; Nieminen, Kalevi; Penttinen, Jukka-Pekka & Silvennoinen, Hannu** (1989). *Psykoterapia lääkinnällisenä kuntoutuksena. Selvitys lääkinnällisenä kuntoutuksena tapahtuneesta psykoterapiasta HYKS:n Psykiatrian klinikassa vuonna 1987*. Tutkimusjulkaisuja 3/89. Helsinki: Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Heinonen, Erkki; Knekt, Paul; Härkänen, Tommi; Virta-**

- la, Esa & Lindfors, Olavi** (2018). Childhood adversities as predictors of improvement in psychiatric symptoms and global functioning in solution-focused and short- and long-term psychodynamic psychotherapy during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 235, 525–534.
- Johansson, Robert; Björklund, Martin; Hornborg, Christoffer; Karlsson, Stina; Hesser, Hugo; Ljotsson, Brjann; Rousseau, Andreas; Frederick, Ronald J. & Andersson, Gerhard** (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 102, 1–22.
- Johansson, Robert; Hesslow, Thomas; Ljotsson, Brjann; Jansson, Angelica; Jonsson, Lina; Fardig, Smilla; Karlsson, Josefine; Hesser, Hugo; Frederick, Ronald J.; Lilliengren, Peter; Carlbring, Per & Andersson, Gerhard** (2017). Internet-based affect-focused psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial with 2- year follow-up. *Psychotherapy (Chic)*, 54, 351–360.
- Kallio, Marjatta** (2009). Henkilökohtainen tiedonanto.
- Kela** (2024). Kuntoutustilasto 2023. Ladattavissa osoitteesta <http://hdl.handle.net/10138/575571>
- Kernberg, Otto** (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kim, Johnny S.; Smock, Sara; Trepper, Terry S.; McCollum, Eric E. & Franklin, Cynthia** (2010). Is solution-focused brief therapy evidence-based? *Families in Society*, 91, 300–306.
- Knekt, Paul; Lindfors, Olavi, & Laaksonen, Maarit** (2010). *Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa*. Raportti 33/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Knekt, Paul; Lindfors, Olavi; Renlund, Camilla; Sares-Jäske, Laura; Laaksonen, Maarit A. & Virtala, Esa** (2011). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 135, 221–230.
- Laaksonen, Maarit L.** (2014). *Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy*. Tutkimus 2014_144. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laukkanen, Eila** (2022). *Psykoterapiakoulutuksen nykytila ja haasteet ja tarvittavat toimenpite-ehdotukset*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Leichsenring, Falk & Steinert, Christiane** (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *JAMA*, 318(14), 1323–1324.
- Li, Elizabeth; Kealy, David; Aafjes-van Doorn, Katie; McCollums, James; Curtis, John T.; Luo, Xiaochen & Silberschantz, Geroge** (2024). “It felt like I was being tailored to the treatment rather than the treatment being tailored to me”: Patient experiences of helpful and unhelpful psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5(35), 695–709.
- Lilliengren, Peter** (2023). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2(37), 117–140.
- Lindberg, Martin Schevik; Brattmyr, Martin; Lundqvist, Jakob; Solem, Stian; Hjemdal, Odin; Roos, Eirik; Fjeldsæter, Ane Bjøru; Jörgvinsson, Thröstur; Cornish, Peter & Havnen, Audun** (2024). Is the Norwegian stepped care model for allocation of patients with mental health problems working as intended? A cross-sectional study. *Psychotherapy Research*, 6(35), 932–944.
- Lindfors, Olavi; Knekt, Paul; Heinonen, Erkki & Virtala, Esa** (2014). Self-concept and quality of object relations as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 202–211.
- Lutz, Wolfgang; Castonguay, Louis G.; Lambert, Michael J. & Barkham, Michael** (2021). Traditions and new beginnings: historical and current perspectives on research in psychotherapy and behavior change. Teoksessa Barkham, Michael; Lutz, Wolfgang & Castonguay, Louis G. (toim.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 7th edition, 3–18. New York: Wiley.
- Lääkintöhallitus** (1984). *Psykoteraapian kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa*. Ohjekirja 4/84. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Norcross, John C. & Lambert, Michael J.** (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Paul, Gordon L.** (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118.
- Paunio, Tiina; Lindfors, Olavi; Kalska, Hely; Karlsson, Hasse; Kurri, Katja; Lehtovuori, Pirjo; Melart, Paula; Melartin, Tarja; Näätänen, Petri; Pirkola, Sami & Wahlström, Jarl** (2012). Psykoteraapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen Lääkärilehti*, 37(67), 2547–2553.
- Pylkkänen, Kari; Pöllänen, RaijaLiisa, & Upanne, Maila** (toim.) (1995). *Psykoteraapia Suomessa*. Oppaita 29. Helsinki: Stakes.

Roth, Anthony & Fonagy, Peter (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Second edition. New York: Guilford.

Saarni, Samuli I.; Nurminen, Sara; Mikkonen, Kasper; Service, Helena; Karolaakso, Tino; Stenberg, Jan-Henry; Ekelund, Jesper & Saarni, Suoma E. (2022). The Finnish therapy navigator – digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137.

Saarni, Suoma (2024). Henkilökohtainen tiedonanto.

Sampolahti, Timo & Kurri, Katja (2025). RCT-tutkimukset psykoterapiatutkimuksen ”kultaisena standardina”? *Psykologia*, 60(1–2), 83–89.

Selinheimo, Sanna; Gluschkoff, Kia; Kausto, Johanna; Turunen, Jarno & Väänänen, Ari (2024). Kuntoutuspsykoterapian saajat ja kesto suuntauksittain - rekisteriseurantatutkimus vuosilta 2014-2021. *Duodecim*, 140(11), 964–972

Smith, Mary L.; Glass, Gene V. & Miller, Thoma I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2023). Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet, niihin kuuluvien hoitomuotojen käyttö ja toteutus sekä toimenpiteet niiden saatavuuden turvaamiseksi. Muistio. Luettavissa osoitteessa <https://stm.fi/documents/1271139/150418668/Selvitys+psykososiaalisista+menetelmist%C3%A4+090223.pdf/72291d6a-1f9e-1be1-0854-d77ab3b49bc6/Selvitys+psykososiaalisista+menetelmist%C3%A4+090223.pdf?t=1676635452511>

Stern, Daniel (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Strupp, Hans H. (1978). Psychotherapy research and practice – an overview. Teoksessa Bergin, Allen E. & Garfield, Sol L. (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 2nd. edition, 3–22. New York: Wiley.

Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim (2016–2025). Psykiatrian Käypä hoito -suositukset. Luettavissa osoitteessa <https://www.kaypahoito.fi/suositukset?erikoisala=1133860>

Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim & Suomen Akatemia (2006). Konsensuslausuma. Psykoterapia. 18.10.2006. Luettavissa osoitteessa: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf>

Swift, Joshua K.; Callahan, Jennifer L.; Cooper, Mick & Parkin, Susannah R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1924–1937.

Terapiat etulinjaan (2024). Hankkeen verkkosivut luettavissa osoitteessa <https://terapiatetulinjaan.fi/>

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (2018). Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Palveluvalikoimaneuvoston perustelumistio 1.11.2018. Luettavissa osoitteessa <https://palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmät-mielenterveys-ja-päihdehäiriöiden-hoidossa>

Tuulio-Henriksson, Annamari; Heino, Pekka; Toikka, Tuula & Autti-Rämö, Ilona (2014). Kelan työ- ja opiskelukykä tukeva kuntoutus toteutuu eri kestoisena. *Kuntoutus*, 3, 5–17.

Valkonen, Jukka; Henriksson, Mikko; Tuulio-Henriksson, Annamari & Autti-Rämö, Ilona (2011). *Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen*. Sosiaali- ja terveysalan selosteita 74. Helsinki: Kela.

Wakefield, Sarah; Kellett, Stephen; Simmonds-Buckley, Melanie; Stockton, Daniel; Bradbury, Abigail & Delgado, Jaime (2021). Improving access to psychological therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1–37.

Wampold, Bruce E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wampold, Bruce E. & Owen, Jesse (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. Teoksessa Barkham, Michael; Lutz, Wolfgang & Castonguay, Louis G. (toim.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 7th edition, 297–326). New York: Wiley.