

PSYKOTERAPIOIDEN VAIKUTTAVUUS LAPSILLA JA NUORILLA

Yrjänä, Elsa-Reetta
Syventävien opintojen tutkielma
PEDEGO tutkimusyksikkö
Lastenpsykiatrian oppiaine
Oulun yliopisto
Maaliskuu 2021
Ohjaaja: Hanna Ebeling

OULUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Lääketieteen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Yrjänä, Elsa-Reetta: Psykoterapioiden vaikuttavuus lapsilla ja nuorilla
Syventävien opintojen tutkielma: 18 sivua, 1 liite (20 sivua)

Lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa tärkeitä ovat psykoterapeuttiset hoidot, joiden vaikuttavuudesta on kertynyt myös tutkimusnäyttöä. Yleisimmin käytetyt psykoterapiat lapsilla ja nuorilla ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen psykoterapia ja perheterapia. Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tutkia, mitä edellä mainituista lasten ja nuorten psykoterapioista on tutkittu. Tein kirjallisuushaun psykoterapioista ja tutkin, millaisia tutkimuksia näistä on saatavilla ja missä suhteessa. Kognitiivista käyttäytymisterapiasta oli saatavilla runsaasti laadukkaita tutkimuksia lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa. Perheterapiaa ja erityisesti psykodynaamista terapiaa käsitteleviä tutkimuksia oli paljon vähemmän. Kuitenkin nämä eri psykoterapiamuodot ovat kaikki osoittautuneet tutkimuksissa tehokkaiksi hoitomuodoiksi. Vertailevissa tutkimuksissa psykoterapiat näyttäisivät olevan yhtä tehokkaita. Yhteenvetona voidaan todeta, että tutkimusnäyttö lasten ja nuorten psykoterapioista keskittyy hyvin suurelta osin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja enemmän tutkimuksia tulevaisuudessa tarvitaan myös muista psykoterapian muodoista.

Avainsanat: lapsi, nuori, psykoterapia, vaikuttavuus

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	4
2. MENETELMÄT	4
3. TULOKSET	6
3.1. Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	6
3.2. Perheterapia	9
3.3. Psykodynaaminen psykoterapia.....	12
3.4 Tulosten arviointi	12
3.5. Terapian kesto	13
5. RAJOITTEET	14
6. YHTEENVETO	15
7. POHDINTA.....	17
VIITTEET	19

LIITTEET

Liite 1. Taulukko lasten ja nuorten psykoterapioiden tutkimuksista

1. JOHDANTO

Psyykkisten häiriöiden esiintyvyys lapsilla ja nuorilla on arviolta 15-25 %, ja vakavalla tavalla toimintakykyä haittaava psykiatrinen häiriö on 10-15 %:lla (Sourander ym. 2016). Suomessa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kysyntä on kasvanut viime vuosikymmeninä, mutta epidemiologisten tutkimusten mukaan psyykkisen sairastavuuden määrä ei kuitenkaan ole selvästi lisääntynyt (THL 2020). Lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa tärkeitä ovat erilaisiin teorioihin pohjautuvat psykoterapeuttiset hoidot, joiden vaikuttavuudesta on kertynyt myös tutkimusnäyttöä. Psykoterapeuttiset hoidot ovat monimuotoisia, ja useista eri terapiasuuntauksista on kehitetty erityisesti lapsille ja nuorille sovellettuja malleja. (Kumpulainen ym. 2016)

Lasten ja nuorten hoidossa käytetyistä psykoterapioista yleisimmät ovat kognitiivinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia sekä perheterapia. Näillä eri psykoterapeuttisilla viitekehyksillä on omat teoriansa ja lähestymistapansa lasten ja nuorten psyykkisiin häiriöihin.

Kognitiivisen terapian eri sovelluksista on lukumääräisesti eniten tutkimuksia. Kognitiivinen terapia painottaa normaalistavaa psykoedukaatiota sekä ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen välisten yhteyksien tutkimista ja tunnistamista. Keskeinen lähtökohta on, että eri ärsykeille annetut tulkinnat ja merkitykset ohjaavat tunteita ja käyttäytymistä erotuksena siitä, että ärsykkeet itsessään ohjaisivat tunteita ja käyttäytymistä. Kognitiivisessa psykoterapiassa työskennellään potilaan ajatusten ja uskomusten kanssa ja pyritään muokkaamaan niitä realistisemmiksi tai paremmin sopeutumista edistäviksi. Useimmat lasten ja nuorten kognitiivisen psykoterapian tutkitut mallit voidaan laskea kognitiivisiksi käyttäytymisterapioiksi. (Kauppi A ym. 2016)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on todettu tehokkaaksi erityisesti lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Warwick ym. 2017, James ym. 2015). Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa keskeistä on ajatusten ja uskomusten muokkaaminen selviämistä edistävemmäksi sekä hankalien ja ahdistavien tilanteiden harjoittelu ja niille altistaminen. James ym. (2015) totesivat katsausartikkelissaan, että nuoremmilla lapsilla altistamis- ja käyttäytymisharjoitusten painottaminen on tehokkaampaa kuin kognitiivinen työskentely.

Nuorilla sen sijaan kognitiiviset strategiat ovat hyödyllisempiä kehityksellisistä seikoista johtuen. Pienillä lapsilla myös vanhempien mukanaololla on suurempi rooli.

Psykodynaaminen psykoterapia perustuu alun alkaen psykoanalyttiseen teoriaan, jossa keskeisiä käsitteitä määritellään mielen struktuurin ja tiedostamisen mukaan. Mielen struktuurin rakenteet ovat vietit, yliminä ja minä. Tiedostamisen taso jaetaan tiedostettuun, esitietoiseen ja tiedostamattomaan. Psykodynaamisen teorian mukaan psyykkiset oireet ovat mielen struktuurien keskinäisestä tai mielen ja ulkomaailman ristiriidasta syntyviä, ja näiden ristiriitojen syyt ovat useimmiten tiedostamattomia tai esitietoisia. Psykodynaamisessa psykoterapiassa keskeinen tavoite on ymmärtää oireita ylläpitävä dynamiikka sekä saada mielessä olevia tiedostamattomia ristiriitoja vähitellen enemmän tietoiseksi, jolloin lapsi tai nuori voi käsitellä niitä psyykkisen työn kautta. (Ebeling ym. 2016)

Midgley ym. (2017) ja Midgley ym. (2011) totesivat katsausartikkeleissaan, että psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuudesta lapsilla on saatavilla lupaavaa tutkimusnäyttöä. Katsauksissa viitattiin 35:een tutkimukseen, joiden perusteella psykodynaaminen psykoterapia näyttäisi olevan yhtä tehokas hoitomuoto eri mielenterveyden häiriöihin kuin vastaavat muut psykoterapeuttiset hoidot. Tietyt mielenterveyden häiriöt näyttivät olevan responsiivisempia psykodynaamiselle psykoterapialle verrattuna muihin mielenterveyden häiriöihin. Esimerkiksi lapset, joilla oli internalisoivia oireita (kuten ahdistuneisuus, masentuneisuus, itsetuhoisuus), hyötyivät enemmän psykodynaamisesta terapiasta kuin ne lapset, joilla oli eksternalisoivia oireita (kuten käyttäytymishäiriöitä ja keskittymisvaikeuksia). Kuitenkin ne eksternalisoivista oireista kärsivät lapset, jotka kävivät terapian loppuun, hyötyivät hoidosta. Myös nuoremmat lapset näyttäisivät hyötyvän vanhempia lapsia enemmän psykodynaamisesta psykoterapiasta suorissa vertailuissa.

Perheterapiassa keskitytään perheen sisäiseen vuorovaikutukseen. Perheterapiaa voidaan soveltaa mielenterveyshäiriöihin, perheen vaikeisiin konfliktitilanteisiin sekä vuorovaikutusongelmiin perheen sisällä. Perheterapia on kehittynyt vuorovaikutuksessa muiden psykoterapiamuotojen kanssa, niinpä sillä ei ole samalla tavalla yhtenäistä psykologista teoriaa kuin muilla psykoterapiamuodoilla. Perheterapiassa on erilaisia lähestymistapoja. Näitä ovat esimerkiksi psykodynaaminen, behavioraalis-kognitiivinen ja

psykoedukatiivinen, strukturaalinen ja strateginen lähestymistapa. Perheterapiaa voidaan käyttää myös muiden psykoterapiamuotojen tukihoidona. (Aaltonen ym. 2016)

Tämän kirjallisen katsauksen tavoitteena on kartoittaa, mitä lasten ja nuorten psykoterapioista on tutkittu. Keskityn tutkimuksessani kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, psykodynaamiseen terapiaan ja perheterapiaan. Tarkoituksena on tarkastella tutkimusten laajuutta, terapian toteutusta, tutkittavia mielenterveyden häiriöitä, tutkimuksessa käytettävää vertailuryhmää ja psykoterapian tuloksia. Myös tutkimuksen laatua ja niiden rajoitteita tarkastellaan.

2. MENETELMÄT

Tein kirjallisuushaun Oulun yliopiston kirjaston informaatioteknikon avustuksella. Tein psykodynaamisesta terapiasta, kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta sekä perheterapiasta haut erikseen. Tavoitteena oli etsiä artikkeleja, joissa tutkitaan näiden terapioiden vaikuttavuutta. Rajasin hakuni käsittelemään vain lasten- ja nuortenpsykoterapioita, joten sisällytin hakuun vain ne tutkimukset, joissa tutkittavien ikä oli ≤ 18 vuotta. Sisällytin hakuuni mukaan sekä yksilö- että ryhmäterapiat. Rajasin pois terapiat, jotka keskittyivät äiti- ja imeväissuhteeseen. Hauissa tuli merkittävä määrä tutkimuksia, jossa käsiteltiin internetvälitteisiä psykoterapioita, mutta rajasin ne myös pois. Rajasin pois myös tutkimukset, joissa käsiteltiin somaattisia häiriöitä. Myös tapausselostuksia tuli runsaasti ja rajasin nekin pois. Tästä katsauksesta rajautui pois myös potentiaalisesti käyttökelpoisia tutkimuksia, jotka eivät olleet ilmaiseksi saatavilla.

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta tein haun sanoilla ("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR child*[tw] OR adolescent*[tw]) AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR effect*[tw] OR efficac*[tw] OR outcome*[tw]). Viimeisen viiden vuoden ajalta artikkeleita tuli 2104, joista valitsin suuren määrän vuoksi satunnaisesti tarkasteluun 500 artikkelia. Näistä valitsin tutkimukseeni lähempään tarkasteluun otsikoiden ja tiivistelmien perusteella 23 alkuperäistutkimusta.

Perheterapiasta käytin hakusanoja ("Family Therapy"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR child*[tw] OR adolescent*[tw]) AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR effect*[tw] OR efficac*[tw] OR outcome*[tw]). Rajasin julkaisemisajankohdan viiteen viimeiseen vuoteen. Näillä hakukriteereillä artikkeleja tuli 425, joista otsikoiden ja tiivistelmien perusteella valitsin tutkimukseeni neljätoista alkuperäisjulkaisua.

Psykodynaamisen psykoterapian tutkimuksia hain hakusanoilla ("Psychotherapy, Psychodynamic"[Mesh] OR "Psychotherapy, Psychoanalytic"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR child*[tw] OR adolescent*[tw]) AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR effect*[tw] OR efficac*[tw] OR outcome*[tw]). Aikarajauksella viimeisimmät julkaisut 10 vuoden ajalta artikkeleja tuli 166. Valitsin näistä artikkeleista alkuperäisjulkaisut, joista otsikkojen ja tiivistelmien perusteella valitsin ne tutkimukset, joissa käsiteltiin psykodynaamisen tai psykoanalyttisen terapian

vaikuttavuutta lapsilla ja nuorilla. Suljin pois ne artikkelit, jotka eivät tutkineet psykoterapian vaikuttavuutta. Artikkeleiden saatavuus rajoitti jonkin verran tutkimusten määrää. Psykodynaamisesta terapiasta oli tarjolla paljon tapausselostuksia, jotka karsiutuivat pois. Tähän tutkimukseeni päätyi neljä psykodynaamista tai psykoanalyttista terapiaa käsittelevää artikkelia.

3. TULOKSET

Näistä 41 artikkelista jotka otin mukaan tähän katsaukseen, kognitiivista käyttäytymisterapiaa käsitteli 23 artikkelia. Näistä yksi vertaili kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja psykodynaamista terapiaa keskenään (Goodyer ym. 2017) ja yksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja perheterapiaa keskenään (Valenzuela ym. 2018). Perheterapiaa käsitteleviä artikkeleja oli 14, joissa yhdessä vertailuterapiana oli kognitiivinen käyttäytymisterapia (Le Grange ym. 2015). Psykodynaamisen terapian vaikuttavuutta käsitteleviä artikkeleja tuli hakua tehtäessä poikkeuksellisen vähän, tähän katsaukseen valikoitui niistä neljä.

Tutkimuksista 31:ssä oli vertailuryhmä. Näistä tutkimuksista valtaosa (26) oli satunnaistettuja tutkimuksia (RCT, randomized controlled trial), loput olivat vertailevia ei-satunnaistettuja tutkimuksia, pilottitutkimuksia ja seurantatutkimuksia. Vertailuryhmänä oli oireprofiililtaan samankaltainen ryhmä, joka ei saanut mitään hoitoa, eli verrokkipotilaat olivat niin sanotulla odotuslistalla (WL, waiting list), tai vertailuryhmä sai aktiivista muuta hoitoa. Odotuslistaverrokeita käyttäviä tutkimuksia oli seitsemän ja niitä, joissa oli aktiivista hoitoa saava verrokkiryhmä, oli 24. Niitä tutkimuksia, joissa ei ollut lainkaan vertailuryhmää oli viisi kappaletta. (Katso liite)

Kahdessa tutkimuksessa intervention kohteena olivat useat diagnoosit tai häiriöt. Muissa tutkimuksissa keskityttiin spesifeihin mielenterveyshäiriöihin, joita olivat masennus, ahdistuneisuushäiriö, anoreksia, bulimia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, posttraumaattinen stressihäiriö, pakko-oireinen häiriö, itsetuhoisuus, masennusoireinen käytöshäiriö, selektiivinen mutismi, epävakaat persoonallisuushäiriö, antisosiaaliset käytösoireet ja dysmorfinen ruumiinkuvahäiriö. Eniten tutkimuksia kohdentui masennukseen (9 artikkelia), ahdistuneisuushäiriöihin (7 artikkelia) tai syömishäiriöihin (7 artikkelia).

3.1. Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta ahdistuneisuushäiriöihin tutkittiin kuudessa tähän katsaukseen otetussa artikkelissa. Villabo ym. (2018) vertaili kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehyksessä yksilö- ja ryhmäterapiaa toisiinsa ja vertasi ryhmiä odotuslistan verrokkiryhmään satunnaistetussa vertailututkimuksessa. Sekä yksilö- että

ryhmäterapiaa todettiin tehokkaaksi hoitomuodoksi ahdistuneisuushäiriöön, eikä ryhmien välillä havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Kuitenkin ryhmäterapiaa saaneissa oli vähemmän hoidon keskeyttäneitä ja ne tutkittavat, joilla oli sosiaalisten tilanteiden pelkoa, hyötyivät enemmän ryhmäterapiasta. Gaesser ym. (2017) sekä Hancock ym. (2016) vertasivat satunnaistetuissa vertailututkimuksissaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa ahdistuneisuushäiriön hoidossa toiseen terapiaan. Gaesser ym. (2017) vertasi kognitiivista käyttäytymisterapiaa vaihtoehtoiseen hoitomuotoon (EFT, emotional freedom technique) ja Hancock ym. (2016) vertasi kognitiivista käyttäytymisterapiaa hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (Acceptance and Commitment Therapy). Molemmissa tapauksissa sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia että vaihtoehtoiset terapiat vähensivät ahdistuneisuusoireita tutkittavilta kliinisesti ja tilastollisesti merkitsevästi. Tilastollisesti merkitsevää eroa kognitiivisen käyttäytymisterapian ja vaihtoehtoisen hoitomuodon välillä ei kummassakaan tutkimuksessa tullut ilmi. Silk ym. (2016) tutki kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä supportiivista terapiaa (supportive child-centered therapy) ahdistuneisuushäiriön hoidossa satunnaistetussa vertailukokeessa. Tässä tutkimuksessa ahdistuneisuushäiriöstä parantuneita kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneessa ryhmässä oli 66,67% ja supportiivista terapiaa saaneessa ryhmässä 46,51%. Vuoden seurannassa ero oirepisteissä kahden ryhmän välillä kasvoi kognitiivisen käyttäytymisterapian hyväksi. Van Starrenburg ym. (2017) tutki kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Tässä satunnaistetussa vertailukokeessa kontrolliryhmänä olivat odotuslistalla olevat verrokkit. Ahdistuneisuushäiriön oirepisteet vähenivät enemmän interventioryhmässä ($p < 0,001$) suhteessa kontrolliryhmään. Walczak ym. (2019) vertaili metakognitiivista terapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa ahdistuneisuushäiriön hoidossa sokkouttamattomassa kokeessa. Molemmissa ryhmissä oirepisteet vähenivät. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa tutkittiin neljässä tähän katsaukseen otetussa artikkelissa. Charkhandeh ym. (2016) vertasi vaihtoehtoista Reiki-hoitoa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan masennuksen hoidossa. Näitä interventioryhmiä verrattiin odotuslistan kontroleihin. Kognitiivinen käyttäytymisterapia osoittautui tehokkaammaksi hoitomuodoksi masennukseen. Idsoe ym. (2019) toteuttamassa tutkimuksessa kognitiivista käyttäytymisterapiaa verrattiin tavanomaiseen hoitoon (usual care) masennuksen hoidossa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia laski masennuksen oirepisteitä tavanomaiseen hoitoon verrattuna enemmän. Lorentzen ym. (2020) tutki

satunnaistetussa vertailukokeessa kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta masennuksen sekä ahdistuneisuuden hoidossa nuorilla. Interventioryhmässä oirepisteiden lasku oli tilastollisesti merkitsevää suhteessa odotuslistan verrokkeihin.

Goodyer ym. (2017) tutki laajassa tutkimuksessaan kognitiivisen käyttäytymisterapian, lyhyen psykodynaamisen terapian (STPP) ja lyhyen psykososiaalisen intervention (BPI) tehokkuutta vaikean masennuksen hoidossa. Tutkimukseen osallistui 470 lasta, jotka satunnaistettiin saamaan edellä mainittuja psykoterapeuttisia hoitoja. Masennuksen oireet vähenivät keskimäärin 49-52% interventioryhmissä, mutta ryhmien välillä ei havaittu hoidon tehossa tilastollisesti merkitseviä eroja terapian jälkeen eikä seuranta-ajan jälkeen. Myöskään kustannuseroja ei psykoterapioiden välillä esiintynyt. Vaikka kognitiivisen käyttäytymisterapian, psykodynaamisen terapian sekä lyhyen psykososiaalisen intervention teoreettinen sekä kliininen lähestymistapa psyykkisten häiriöiden hoitoon eroavat toisistaan, hoidon tulos on yhtä hyvä.

Pakko-oireisen häiriön hoidon tehoa lapsilla ja nuorilla kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehuksesta käsittelee tässä katsauksessa kolme tutkimusta (Rozenman ym. 2019, Hojgaard ym. 2017, Selles ym. 2018). Näistä kaikki olivat havainnoivia, ei-kontrolloituja tutkimuksia. Oirepisteytyksessä sekä hoidon vasteen mittaamisessa oli kaikissa näissä tutkimuksissa käytössä sama strukturoitu CY-BOCS-kaavake (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale). Rozenman ym. (2019) toteuttamassa tutkimuksessa tutkittiin myös terapian vaikutusta pakko-oireisen häiriön liitännäisoireisiin masennukseen ja ahdistukseen. Tutkimuksessa havaittiin terapian vähentävän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta pakko-oireisilla lapsilla ja nuorilla, mutta näiden oireiden laskeva trendi ei ollut yhteydessä itse pakko-oireiden vakavuuteen. Hojgaard ym. (2017) seurasi pakko-oireiseen häiriöön kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneita lapsia ja nuoria vuoden ajan. Terapiaa saaneista 72,6% saavutti remission. Seurannassa remissiossa pysyneiden osuus oli 78,1%. Selles ym. (2018) totesi perheille suunnatun ryhmäterapien olevan myös tehokas hoitokeino pakko-oireiseen häiriöön. Näissä tutkimuksissa terapia kesti 12-14 viikkoa.

Grave ym. (2019) tutki kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta anoreksia nervosan hoidossa havainnoivassa, ei-kontrolloidussa tutkimuksessa. Niistä potilaista, jotka jatkoivat terapian loppuun, havaittiin 71,4%:lla kliinisesti merkitsevää painon korjaantumista. Valenzuela ym. (2018) vertasi kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja perheterapiaa bulimia

nervosan sekä siihen liittyvien masennusoireiden ja itsetunto-ongelmien hoidossa. Oireipisteiden väheneminen oli perheterapiassa hiukan parempaa kuin kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa, mutta ero ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Posttraumaattisen stressihäiriön (PTSD) hoidossa käytettävään kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan on sovellettu oma traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia. Meiser-Stedman ym. (2016), Goldbeck ym. (2016), Konanur ym. (2015) ja Jensen et ym. (2017) tutkivat traumafokusoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta PTSD:n hoidossa. Tutkimukset olivat kaikki satunnaistettuja vertailututkimuksia. Kaikissa muissa vertailuryhmänä oli odotuslistan verrokki paitsi yhdessä tavanomainen hoito (treatment as usual) (Jensen ym. 2017). Kaikissa näissä tutkimuksissa saatiin PTSD:n oireipisteissä suuremmat laskut suhteessa verrokkiryhmään.

Weinstein ym. (2018) tutki kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta itsetuhoisuuden hoidossa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla lapsilla ja nuorilla. Tässä satunnaistetussa vertailututkimuksessa vertailtiin itsemurha-ajatusten vähenemistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneilla tutkittavilla tavanomaista hoitoa saaneisiin (TAU, treatment as usual). Molemmissa interventioryhmissä havaittiin itsemurha-ajatusten vähentymistä, mutta ryhmien välillä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa. MacPherson ym. (2016) tutki kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Verrokkiryhmänä oli TAU (treatment as usual). Kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneet osoittivat suurempaa edistymistä toimintakyvyssä sekä laskua mielialaoireissa vertailuryhmään nähden.

Greenberg ym. (2015) tutki pilottitutkimuksessaan kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta dysmorfisen ruumiinkuvaa sairastavilla lapsilla ja nuorilla. Kognitiivinen käyttäytymisterapia osoittautui tehokkaasti oireipisteiden vähentämisessä. Kyseessä oli pieni, verrokkiryhmällä kontrolloimaton aineisto, jossa tutkittavia oli kolmetoista. Lang ym. (2016) selvitti seurantatutkimuksessaan kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta selektiivisessä mutismissa. Selektiivisestä mutismista parantuneiden osuus oli seurannassa 84,2 %.

3.2. Perheterapia

Perheterapian viitekehuksesta syömishäiriöiden hoitoa on tutkittu tähän katsaukseen otetuissa artikkeleissa viidessä. Tutkimukset käsittelivät syömishäiriöistä anoreksiaa ja bulimiamia. Kaikissa näissä perheterapia osoittautui tehokkaaksi hoitomuodoksi syömishäiriöihin. Le Grange ym. (2016), Wong ym. (2019) ja Matthews ym. (2018) vertasivat perheterapiaa muihin psykoterapeuttisiin hoitoihin anoreksian hoidossa. Le Grange ym. (2016) totesi perheterapian ja vain vanhempiin kohdistetun terapian yhtä tehokkaaksi anoreksian hoidossa lapsilla ja nuorilla. Wong ym. (2019) vertasi pitkittäistutkimuksessaan perheterapian ja vain lapsen tai nuoreen kohdistetun terapian tehokkuutta anoreksian hoidossa. Perheterapiaa saaneet lapset ja nuoret saivat vasteen nopeammin yksilöterapiaan verrattuna ja vuoden seurannassa perheterapiaa saaneista remissiosta oli huomattavasti suurempi osuus kuin yksilöterapiaa saaneista. Matthews ym. (2018) vertasi perheterapiaa tavanomaiseen hoitoon sairaalahoitoisen anoreksian hoidossa. Tässä tutkimuksessa terapian lopussa ryhmien välillä ei ollut eroa, mutta 6 kuukauden seurannassa painon nousu perheterapiaa saaneessa ryhmässä oli tilastollisesti merkitsevästi suurempaa kuin tavanomaista hoitoa saaneiden. Goldstein ym. (2016) tutki perheterapian vaikuttavuutta anoreksian hoidossa ei-kontrolloidussa tapaustutkimuksessaan. Täyden remission tutkimuksessa saavutti 45,9% potilaista ja osittaisen remission 43,2% potilaista. Le Grange ym. (2015) vertasi kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja perheterapiaa bulimian hoidossa. Perheterapia osoittautui tehokkaammaksi hoitomuodoksi syömishäiriökäyttäytymisen parantamisessa kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia.

Perheterapian tehokkuutta masennuksen hoidossa tutkittiin kahdessa tutkimuksessa. Molemmissa verrattiin perheterapiaa muuhun terapiamuotoon. Tompson ym. (2017) vertasi perheterapiaa supportiiviseen yksilöterapiaan (individual supportive therapy). Tässä tutkimuksessa perheterapia osoittautui paremmaksi masennusoireiden vähentämisessä. Poole ym. (2018) tutki perheterapian tehokkuutta masennuksen hoidossa suhteessa tavanomaiseen hoitoon (treatment as usual). Tässä tutkimuksessa interventioryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa masennusoireiden vähentymisessä. Tutkimuksessa kartoitettiin myös vanhempien masennusoireita. Perheterapia osoittautui tavanomaista hoitoa paremmaksi vanhempien masennusoireiden vähentämisessä.

Pakko-oireista häiriötä tutki perheterapian viitekehuksesta Rosa-Alcazar ym. (2017) ja Peris ym. (2017). Rosa-Alcazar ym. (2017) vertasi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvaa perheterapiaa vain vanhempiin kohdistuvaan ohjaukseen pakko-oireisen

häiriön hoidossa. Pakko-oireisen häiriön oireipisteet vähenivät molemmissa ryhmissä, mutta ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Eksternalisoivat oireet vähenivät perheterapiassa enemmän. Peris ym. (2017) vertasi perheterapiaa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja vanhempien psykoedukaatioon pohjautuvaan standardihoitoon pakko-oireisen häiriön hoidossa. Perheterapia osoittautui paremmaksi pakko-oireisen häiriön oireiden laskussa sekä toimintakyvyn paranemisessa.

Asarnow ym. (2017) ja Cottrell ym. (2018) tutkivat satunnaistetuissa vertailukokeissaan perheterapian tehokkuutta itsetuhoisten nuorien hoidossa. Molemmat tutkimukset vertasivat perheterapiaa tavanomaiseen hoitoon (treatment as usual). Asarnow ym. (2017) totesi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan perheterapian olevan tavanomaista hoitoa tehokkaampi itsetuhoisuutta mittaavien oireipisteiden vähentämisessä. Cottrell ym. (2018) tutki sairaalahoitoon johtavien itsetuhoisten käytösten määrää nuorilla, jotka oli valittu satunnaisesti saamaan perheterapiaa tai tavanomaista hoitoa. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sairaalahoitoa vaativien itsetuhoisen käyttäytymisen määrässä 18 kuukauden seurannassa.

Jimenez ym. (2019) tutki perheterapian vaikuttavuutta internalisoiviin ja eksternalisoiviin oireisiin lapsilla ja nuorilla, jotka kärsivät erilaisista mielenterveyshäiriöistä. Kyseessä oli kontrolloimaton kokeenomainen tutkimus, jossa kartoitettiin myös vanhempien stressioireita. Sekä lasten ja nuorten että heidän vanhempiansa oman arvion mukaan lasten internalisoivat ja eksternalisoivat oireet helpottivat intervention myötä ja myös vanhempien raportoima stressi väheni. Liddle ym. (2018) vertasi perheterapian ja laitostuhoitoidon (residential treatment) vaikuttavuutta päihteiden käyttöön, mielenterveysongelmiin ja rikolliseen käyttäytymiseen nuorilla. Molemmissa interventioryhmissä havaittiin laskua päihteiden käytössä, rikollisessa käyttäytymisessä sekä internalisoivissa ja eksternalisoivissa oireissa. Perheterapia oli tilastollisesti merkitsevästi parempi internalisoivien oireiden vähentämisessä verrokkiryhmään nähden; muissa oireissa ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Humayun ym. (2017) vertasi perheterapian ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuutta nuorilla, joilla oli antisosiaalisia käytösoireita ja rikollista historiaa. Tässä satunnaistetussa vertailututkimuksessa molemmissa interventioryhmässä rikollinen käyttäytyminen väheni, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ei havaittu.

3.3. Psykodynaaminen psykoterapia

Psykodynaamista terapiaa käsitteleviä tutkimuksia on tässä katsauksessa neljä, joista yksi (Goodyer ym. 2017) on käsitelty edellä. Salzer ym. (2013) tutki satunnaistetussa vertailututkimuksessa psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta masennusoireista käytöshäiriötä sairastavilla nuorilla. Verrokkiryhmänä oli odotuslista tai tavanomaista hoitoa saaneet verrokkit. Psykodynaaminen psykoterapia osoittautui tehokkaammaksi masennusoireisen käytöshäiriön oireipisteiden laskussa verrokkiryhmään nähden.

Göttken ym. (2014) tutki psykoanalyttisen psykoterapian vaikuttavuutta ahdistuneisuushäiriön hoitoon lapsilla. Verrokkiryhmänä tutkimuksessa olivat terapian odotuslistan verrokkit. Tässä tutkimuksessa interventoryhmässä ahdistuneisuushäiriön diagnostisia kriteerejä ei täyttänyt intervention lopussa 67%; verrokkiryhmässä remissiota ei tapahtunut lainkaan.

Salzer ym. (2014) tutki psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Tutkimus oli kontrolloimaton ja sokkouttamaton koe, jossa terapian vasteen mittareina oli useat oireipisteetykset sekä epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit. Terapian lopussa 39,29% ei täyttänyt enää epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostisia kriteerejä. Myös tilastollisesti merkitsevää oireipisteiden laskua tapahtui useilla mittareilla.

3.4 Tulosten arviointi

Valtaosassa tähän katsaukseen otetuissa tutkimuksista terapian vaikuttavuutta arvioitiin asiantuntijoiden haastatteluiden perusteella täyttämällä strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Osassa tutkimuksista kyselylomakkeet oli suunnattu lasten ja nuorten lisäksi myös vanhemmille. Lang ym. (2016) ohjasi oirekyselyt vain vanhemmille tutkittaessa kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta lasten selektiivisen mutismin hoidossa. Kaikissa tutkimuksissa ei ollut strukturoitua oirekyselyä tuloksen mittarina. Wong ym. (2019) ja Matthews ym. (2018) tutkivat perheterapian vaikuttavuutta anoreksia nervosan hoidossa ja näissä tutkimuksissa ensisijaisen tuloksen mittarina toimi tutkittavien painoindeksi. Cottrell ym. (2018) tutki perheterapian vaikuttavuutta itsetuhoisuuden

hoidossa lapsilla ja nuorilla. Tässä tutkimuksessa hoidon vastetta mitattiin ensisijaisesti sairaalahoitoon johtaneiden itsetuhoisen käyttäytymisen määrällä.

Eri mielenterveyden häiriölle oli tutkimuksissa omat oireiden vakavuutta mittaavat strukturoidut kyselylomakkeet, joiden mukaan terapian vaikuttavuutta arvioitiin. Tutkimuksissa terapiaa saaneen lapsen tai nuoren hoitovaste katsottiin hyväksi, jos oirepisteissä tapahtui tilastollisesti merkitsevää laskua. Osassa tutkimuksista vaikuttavuutta arvioitiin tutkittavan mielenterveyden häiriön diagnostisilla kriteereillä. Mikäli diagnostiset kriteerit eivät terapian jälkeen suoritettussa arviossa enää täyttyneet, katsottiin terapian johtaneen sairauden remissioon. Terapian tehokkuutta arvioitiin remission saavuttaneiden potilaiden osuudella kaikista terapiaa saaneista. Terapian vaikuttavuutta arvioitiin useissa tutkimuksissa diagnoosispesifisien oirekyselyiden lisäksi myös muilla mittareilla, jotka arvioivat yleisesti elämänlaatua tai toimintakykyä. Näistä yleisimmin käytetyt olivat esimerkiksi toimintakykyä mittaava CGAS-kyselykaavake (the Children Global Assessment Scale), sekä elämänlaatua mittaava QoL-lomake (Quality of Life).

Arvioinnit suoritettiin tutkimuksissa ennen terapiaa, terapian jälkeen ja tietyn seuranta-ajan jälkeen. Suurimmassa osassa tutkimuksista arviointiin kuului seuranta-aika, joka vaihteli tutkimuksien välillä viikoista kahteen vuoteen. Kymmenessä tutkimuksessa arviot suoritettiin vain ennen ja jälkeen terapian ja seuranta-aika puuttui näistä kokonaan.

3.5. Terapian kesto

Terapian kesto vaihteli huomattavasti eri tutkimusten välillä, kolmesta terapiakäynnistä noin vuoden kestäväan terapiaan. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa käsittelevissä tutkimuksissa suurin osa terapioista koostui 10-20 käynnistä, tyypillisimmin yksi terapiakäynti viikossa. Perheterapian kestossa oli huomattavasti enemmän variaatiota, pääsääntöisesti terapia kesti pidempään kuin kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Myös psykodynaamista terapiaa käsittelevissä tutkimuksissa terapian kesto oli keskimääräistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa pidempi, noin 20-30 käyntiä. Lisäksi terapiakertoja saattoi olla viikossa useampi, mikä teki terapiasta intensiivisemmän.

5. RAJOITTEET

Tutkimusten sisältö ja laatu vaihtelivat huomattavasti. Vain osa tutkimuksista oli satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (RCT), joita pidetään tutkimusasetelmista laadultaan parhaina. Satunnaistetussa tutkimuksissa tutkijat eivät voi itse vaikuttaa, kenet valitaan interventioryhmään ja ketä ei valita, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Ihannetilanteessa tutkimus suoritettaisiin myös sokkoutettuna, jolloin tutkimukseen osallistuva henkilö ja tutkijat eivät tiedä, kuuluuko tutkittava interventio- tai kontrolliryhmään. Tällainen astelema on kuitenkin psykoterapioita tutkittaessa jokseenkin mahdoton järjestää. Tässä katsauksessa kaikissa kontrolloiduissa tutkimuksissa ei ollut satunnaistamista. Myöskään kaikissa tutkimuksissa ei ollut vertailuryhmää, vaan huomattava osa tutkimuksista oli havainnoivia tutkimuksia.

Terapiat olivat myös eri pituisia ja seuranta-aika vaihteli seurannan puuttumisesta kahden vuoden seurantaan (katso tarkemmin liite). Terapian vasteen säilyminen terapian jälkeen on hyvin olennaista terapian vaikuttavuuden arvioinnissa. Tähän nähden seuranta-ajat olivat tutkimuksissa liian lyhyitä, yleensä alle puoli vuotta. Kymmenessä tutkimuksessa ei seuranta-aikaa ollut lainkaan, jolloin terapian pitkäaikaista vaikutusta ei voida lainkaan arvioida. Tutkimukset painottuivat myös hyvin vahvasti lyhytkestoisiin psykoterapioihin. Vakavasti psyykkisesti sairaiden lasten ja nuorten kohdalla lyhyet psykoterapiat ovat kuitenkin monesti riittämättömiä. Tässä on ristiriitaa tutkimusnäytön ja kliinisen työn välillä.

Selvästi eniten tutkimuksia on saatavilla lyhyestä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Tämä on tutkittavuudeltaan helpoin psykoterapian muoto, joten tutkimusten suuri määrä voi selittyä osin sillä. Vertailevissa tutkimuksissa kognitiivinen psykoterapia ei ole osoittautunut muita psykoterapioita tehokkaammaksi.

Keskeyttäneiden osuus tutkimuksissa oli myös huomattava. Useissa tutkimuksissa keskeyttäneille ei myöskään suoritettu arvioita, joten he jäivät lopullisista tuloksista pois. Joissakin tapauksissa myös ne, jotka eivät saaneet terapialle vastetta, jäivät seuranta-arvioista pois. Esimerkiksi Hojgaard ym. (2017) arvioi vuoden seurannassa ainoastaan ne, jotka saivat terapian aikana vasteen hoidolle, eli niille jotka eivät enää täyttäneet pakko-oireisen häiriön diagnostisia kriteerejä terapian lopussa.

6. YHTEENVETO

Tähän katsaukseen valikoituneista artikkeleista suurin osa koski kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta tutkivia tutkimuksia. Kognitiiviset psykoterapiat ovat lukumääräisesti eniten tutkittuja lasten ja nuorten psykoterapiamuotoja osin sen helpon tutkittavuuden vuoksi. Tämä näkyi artikkelihakua tehtäessä siinä, että huomattavan suuri osa hakutuloksista käsitteli kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuusnäyttöä on kertynyt erityisesti mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidosta, mukaan lukien traumaperäisten häiriöiden hoito.

Tämän katsauksen tulokset tukevat kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä traumaperäisten häiriöiden hoidossa, ja suurin osa tämän katsauksen kognitiivista käyttäytymisterapiaa tutkivista artikkeleista käsittelivätkin kyseisiä mielenterveyden häiriöitä. Aihetta käsittelevät tutkimukset olivat laadukkaita satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Toisaalta suurimmassa osassa niistä tutkimuksista, joissa kognitiivista käyttäytymisterapiaa verrattiin toiseen terapiamuotoon, kognitiivinen käyttäytymisterapia ei osoittautunut verrokkiterapiaa tehokkaammaksi. Esimerkiksi Goodyer ym. (2017) totesi laajassa tutkimuksessaan kognitiivisen käyttäytymisterapian, lyhyen psykodynaamisen terapian sekä lyhyen psykososiaalisen intervention yhtä tehokkaiksi vaikean masennuksen hoidossa.

Myös psykodynaamisesta terapiasta on tutkimusnäyttöä useissa lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa, erityisesti niin sanotuissa internalisoivissa häiriöissä kuten masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä (Ebeling ym. 2016). Tähän katsaukseen otetuissa artikkeleissa psykodynaaminen terapia osoittautuikin tehokkaaksi mielialahäiriöiden hoidossa. Kuitenkin psykodynaamista psykoterapiaa käsitteleviä tutkimuksia on huomattavan vähän verrattuna esimerkiksi kognitiivisen psykoterapian tutkimuksiin.

Perheterapiaa käsittelevistä tutkimuksista huomattava osa keskittyi tutkimaan perheterapian tehokkuutta syömishäiriöiden hoidossa. Perheterapian vaikuttavuuteen syömishäiriöiden hoidossa perehtyi viisi tähän katsaukseen otetuista tutkimuksista. Le Grange ym. (2015), Wong ym. (2019) ja Matthews ym. (2018) vertasivat tutkimuksissaan perheterapiaa lapsi- tai nuorikeskeiseen yksilöterapiaan ja totesivat perheterapian tehokkaammaksi hoidettaessa lasten ja nuorten syömishäiriöitä. Perheterapia osoittautui myöskin tehokkaaksi

vaihtoehdoksi masennuksen, pakko-oireisen häiriön sekä itsetuhoisuuden hoitoon. Esimerkiksi Peris ym. (2017) vertasi perheterapian ja standardihoitona käytettävän kognitiivisen käyttäytymisterapian ja vanhempien psykoedukaation yhdistelmän tehokkuutta pakko-oireisen häiriön hoidossa. Perheterapia osoittautui tässä tutkimuksessa tehokkaammaksi hoitomuodoksi.

Tämän katsauksen tutkimuksissa kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen psykoterapia sekä perheterapia osoittautuivat kaikki tehokkaiksi hoitomuodoiksi lasten ja nuorten eri mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Näitä terapian viitekehyksiä verrattiin keskenään yhteensä neljässä tutkimuksessa, joissa yhtä tutkimusta lukuun ottamatta (jossa perheterapia osoittautui tehokkaammaksi kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia) terapioiden välillä ei ollut tehokkuudessa eroa. Enemmän tutkimuksia tarvittaisiin eri psykoterapioiden vaikuttavuudesta lapsilla ja nuorilla, sekä eri viitekehysten vertailevia tutkimuksia, että johtopäätöksiä vaikuttavuudesta eri psykoterapioiden välillä voitaisiin tehdä.

7. POHDINTA

Lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa psykoterapeuttiset hoidot ovat tärkeitä. Vahvin tutkimusnäyttö psykoterapioista on kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja sen teho etenkin masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on tullut esiin useissa tutkimuksissa. Kuitenkin verrattaessa kognitiivista käyttäytymisterapiaa muihin psykoterapioihin ei voida tehdä päätelmää kognitiivisen käyttäytymisterapian paremmuudesta toisiin aktiivisiin hoitomuotoihin nähden. Katsausartikkelissaan James ym. (2015) toteaa kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkaaksi ahdistuneisuuden hoitoon, mutta verrattuna muihin psykoterapioihin kognitiivinen psykoterapia ei ole parempi. Vahva näyttö kognitiivisen psykoterapian tehokkuudesta juontuu siis sitä tarkastelevien tutkimusten määrästä, ei niinkään siitä, että muut psykoterapiat olisivat vaikuttavuudeltaan heikompia.

Haasteena psykoterapian vaikuttavuutta tutkiessa ja erityisesti psykoterapioiden keskinäisessä vertailussa on se, että eri psykoterapeuttisilla viitekehyksillä on oma lähestymistapansa ja vaikutuksensa psyykkisten häiriöiden hoidossa. Midgley ym. (2017) tutki katsauksessaan psykodynaamisen terapian vaikuttavuutta ja totesi että psykodynaamisen terapian vaikutus eroaa jonkin verran muista psykoterapioista: vaste terapialle saattaa tulla hitaammin, mutta vaikutukset ovat pysyvämpiä. Psykodynaamiseen terapiaan on myös liitetty ilmiö terapian jälkeen tapahtuvasta edistymisestä (ns. ”sleeper effect”).

Psykoterapian vaikuttavuutta mitataan yleisesti tutkimuksissa diagnoosilähtöisesti oirepisteillä. Kuitenkin psykoterapian hyödyt voivat ulottua pidemmälle henkisen kasvuprosessin myötä. Joissakin tutkimuksissa kartoitettiin tutkittavan häiriön oirepisteiden lisäksi myös psykoterapian vaikuttavuutta esimerkiksi toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Perheterapian vaikuttavuutta arvioitaessa katsotaan usein oirepisteiden muutosta, kun taas perheterapian tavoitteena on keskittyä perheen sisäiseen vuorovaikutukseen, parantaa perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja sen kautta hoitaa lapsen tai nuoren mielenterveyden häiriötä (Aaltonen ym. 2016).

Tässä katsauksessa on useita rajoitteita. Tutkimukset ovat keskenään hyvin heterogeenisiä: tutkimuksen laatu ja sisältö vaihtelivat huomattavasti ja aineistojen koot olivat hyvin

erilaisia. Mukana oli sekä pitkiä että lyhyitä psykoterapioita käsitteleviä tutkimuksia. Tutkimusnäyttö painottuu vahvasti lyhyihin psykoterapioihin, vaikka kliinisessä työssä on monesti tarve pidemmille psykoterapioille. Myös vaikuttavuuden mittausmenetelmät vaihtelivat tutkimusten välillä, joten luotettavaa johtopäätöstä eri viitekehysten tehokkuudesta on vaikeaa tehdä. Psykodynaamisesta psykoterapiasta oli huomattavasti vähemmän tutkimuksia saatavilla verrattuna kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja perheterapiaan ja ongelmana oli myös artikkeleiden saatavuus. Myös vastaavasti laadukkaita RCT-tutkimuksia muista kuin kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta oli vaikeampi löytää. Enemmän tutkimuksia pidemmistä psykoterapioista sekä etenkin psykodynaamisesta terapiasta tarvittaisiin jatkossa tutkimusnäytön vahvistamiseksi.

Tämän katsauksen tavoitteena oli kartoittaa, mitä lasten ja nuorten psykoterapioista on tutkittu. Kuitenkin tutkimusten määrä tässä katsauksessa on luotettavan johtopäätöksen saamiseksi liian pieni, eikä syventävien opintojen puitteissa laajempaan tutkimukseen ole mahdollisuutta.

VIIITEET

Aaltonen J, Piha J, Perheterapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttinen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.

Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Jun;56(6):506-514. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.015. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28545756; PMCID: PMC5474088.

Charkhandeh M, Talib MA, Hunt CJ. The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Res*. 2016 May 30;239:325-30. doi: 10.1016/j.psychres.2016.03.044. Epub 2016 Mar 30. PMID: 27058159.

Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, Boston P, Eisler I, Fortune S, Graham EH, Green J, House AO, Kerfoot M, Owens DW, Saloniki EC, Simic M, Tubeuf S, Farrin AJ. A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: the Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT) trial. *Health Technol Assess*. 2018 Mar;22(12):1-222. doi: 10.3310/hta22120. PMID: 29532784; PMCID: PMC5867393.

Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *Int J Eat Disord*. 2019 Sep;52(9):1042-1046. doi: 10.1002/eat.23122. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31199022.

Ebeling H, Laukkanen E, Psykodynaaminen psykoterapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttinen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.

Gaesser AH, Karan OC. A Randomized Controlled Comparison of Emotional Freedom Technique and Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Adolescent Anxiety: A Pilot Study. *J Altern Complement Med*. 2017 Feb;23(2):102-108. doi: 10.1089/acm.2015.0316. Epub 2016 Sep 19. PMID: 27642676.

Goldbeck L, Muche R, Sachser C, Tutus D, Rosner R. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychother Psychosom*. 2016;85(3):159-70. doi: 10.1159/000442824. Epub 2016 Apr 5. PMID: 27043952.

Goldstein M, Murray SB, Griffiths S, Rayner K, Podkowska J, Bateman JE, Wallis A, Thornton CE. The effectiveness of family-based treatment for full and partial adolescent anorexia nervosa in an independent private practice setting: Clinical outcomes. *Int J Eat Disord*. 2016 Nov;49(11):1023-1026. doi: 10.1002/eat.22568. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27270494.

Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, Holland F, Kelvin R, Midgley N, Roberts C, Senior R, Target M, Widmer B, Wilkinson P, Fonagy P. Cognitive-

behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technol Assess.* 2017 Mar;21(12):1-94. doi: 10.3310/hta21120. PMID: 28394249; PMCID: PMC5392705.

Greenberg JL, Mothi SS, Wilhelm S. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. *Behav Ther.* 2016 Mar;47(2):213-24. doi: 10.1016/j.beth.2015.10.009. Epub 2015 Nov 7. PMID: 26956653.

Göttken T, White LO, Klein AM, von Klitzing K. Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study. *Psychotherapy (Chic).* 2014 Mar;51(1):148-158. doi: 10.1037/a0036026. PMID: 24635002.

Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018 Mar-Apr;47(2):296-311. doi: 10.1080/15374416.2015.1110822. Epub 2016 Mar 21. PMID: 26998803.

Humayun S, Herlitz L, Chesnokov M, Doolan M, Landau S, Scott S. Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017 Sep;58(9):1023-1032. doi: 10.1111/jcpp.12743. Epub 2017 May 15. PMID: 28504358.

Højgaard DRMA, Hybel KA, Ivarsson T, Skarphedinsson G, Becker Nissen J, Weidle B, Melin K, Torp NC, Valderhaug R, Dahl K, Mortensen EL, Compton S, Jensen S, Lenhard F, Thomsen PH. One-Year Outcome for Responders of Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Nov;56(11):940-947.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.002. Epub 2017 Sep 13. PMID: 29096776.

Idsoe T, Keles S, Olseth AR, Ogden T. Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: results from a cluster randomized controlled trial of a group course. *BMC Psychiatry.* 2019 May 22;19(1):155. doi: 10.1186/s12888-019-2134-3. PMID: 31117989; PMCID: PMC6532239.

James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 18;2015(2):CD004690. doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub4. PMID: 25692403; PMCID: PMC6491167.

Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *J Abnorm Child Psychol.* 2017 Nov;45(8):1587-1597. doi: 10.1007/s10802-017-0270-0. PMID: 28124224.

Jiménez L, Hidalgo V, Baena S, León A, Lorence B. Effectiveness of Structural-Strategic Family Therapy in the Treatment of Adolescents with Mental Health Problems and Their Families. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Apr 8;16(7):1255. doi: 10.3390/ijerph16071255. PMID: 30965678; PMCID: PMC6479931.

Kauppi A, Ranta K, Lasten ja nuorten kognitiivinen psykoterapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttinen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.

Konanur S, Muller RT, Cinamon JS, Thornback K, Zorzella KP. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a community-based program. *Child Abuse Negl.* 2015 Dec;50:159-70. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.013. Epub 2015 Aug 28. PMID: 26318778.

Kumpulainen K, Laukkanen E, Johdatus psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttinen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.

Lang C, Nir Z, Gothelf A, Domachevsky S, Ginton L, Kushnir J, Gothelf D. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *Eur J Pediatr.* 2016 Apr;175(4):481-7. doi: 10.1007/s00431-015-2651-0. Epub 2015 Oct 24. PMID: 26498645.

Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Aug;55(8):683-92. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.007. Epub 2016 May 25. PMID: 27453082.

Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Nov;54(11):886-94.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.008. Epub 2015 Sep 2. PMID: 26506579; PMCID: PMC4624104.

Liddle HA, Dakof GA, Rowe CL, Henderson C, Greenbaum P, Wang W, Alberga L. Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2018 Jul;90:47-56. doi: 10.1016/j.jsat.2018.04.011. Epub 2018 Apr 27. PMID: 29866383.

Lorentzen V, Fagermo K, Handegård BH, Skre I, Neumer SP. A randomized controlled trial of a six-session cognitive behavioral treatment of emotional disorders in adolescents 14-17 years old in child and adolescent mental health services (CAMHS). *BMC Psychol.* 2020 Mar 14;8(1):25. doi: 10.1186/s40359-020-0393-x. PMID: 32171328; PMCID: PMC7073009.

MacPherson HA, Weinstein SM, Henry DB, West AE. Mediators in the randomized trial of Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for pediatric bipolar disorder. *Behav Res Ther.* 2016 Oct;85:60-71. doi: 10.1016/j.brat.2016.08.014. Epub 2016 Aug 18. PMID: 27567973; PMCID: PMC5071888.

Matthews A, Peterson CM, Peugh J, Mitan L. An intensive family-based treatment guided intervention for medically hospitalized youth with anorexia nervosa: Parental self-efficacy and weight-related outcomes. *Eur Eat Disord Rev.* 2019 Jan;27(1):67-75. doi: 10.1002/erv.2632. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30062744.

Meiser-Stedman R, Smith P, McKinnon A, Dixon C, Trickey D, Ehlers A, Clark DM, Boyle A, Watson P, Goodyer I, Dalgleish T. Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial addressing preliminary efficacy and mechanisms of action. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 May;58(5):623-633. doi: 10.1111/jcpp.12673. Epub 2016 Dec 15. PMID: 27976374; PMCID: PMC5362068.

Midgley N, Kennedy E. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *J Child Psychother* 2011;37:232-60

Midgley, Nick & O'Keeffe, Sally & French, Lorna & Kennedy, Eilis. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*. 43. 1-23. 10.1080/0075417X.2017.1323945.

Peris TS, Rozenman MS, Sugar CA, McCracken JT, Piacentini J. Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Dec;56(12):1034-1042.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2017.10.008. Epub 2017 Oct 14. PMID: 29173737; PMCID: PMC5875916.

Poole LA, Knight T, Toumbourou JW, Lubman DI, Bertino MD, Lewis AJ. A Randomized Controlled Trial of the Impact of a Family-Based Adolescent Depression Intervention on both Youth and Parent Mental Health Outcomes. *J Abnorm Child Psychol*. 2018 Jan;46(1):169-181. doi: 10.1007/s10802-017-0292-7. PMID: 28374218.

Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Storch EA, Rosa-Alcázar Á, Parada-Navas JL, Olivares Rodríguez J. A preliminary study of cognitive-behavioral family-based treatment versus parent training for young children with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2017 Jan 15;208:265-271. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.060. Epub 2016 Oct 6. PMID: 27792972.

Rozenman M, Piacentini J, O'Neill J, Bergman RL, Chang S, Peris TS. Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2019 Jun;276:115-123. doi: 10.1016/j.psychres.2019.04.021. Epub 2019 Apr 19. PMID: 31075706; PMCID: PMC7197731.

Salzer S, Cropp C, Jaeger U, Masuhr O, Streeck-Fischer A. Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2014 Jul;44(10):2213-22. doi: 10.1017/S003329171300278X. Epub 2013 Nov 12. PMID: 24229481.

Salzer S, Cropp C, Streeck-Fischer A. Early Intervention for Borderline Personality Disorder: Psychodynamic Therapy in Adolescents. *Z Psychosom Med Psychother*. 2014;60(4):368-82. doi: 10.13109/zptm.2014.60.4.368. PMID: 25528872.

Selles RR, Belschner L, Negreiros J, Lin S, Schuberth D, McKenney K, Gregorowski N, Simpson A, Bliss A, Stewart SE. Group family-based cognitive behavioral therapy for

pediatric obsessive compulsive disorder: Global outcomes and predictors of improvement. *Psychiatry Res.* 2018 Feb;260:116-122. doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.041. Epub 2017 Nov 15. PMID: 29179016.

Silk JS, Tan PZ, Ladouceur CD, Meller S, Siegle GJ, McMakin DL, Forbes EE, Dahl RE, Kendall PC, Mannarino A, Ryan ND. A Randomized Clinical Trial Comparing Individual Cognitive Behavioral Therapy and Child-Centered Therapy for Child Anxiety Disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018 Jul-Aug;47(4):542-554. doi: 10.1080/15374416.2016.1138408. Epub 2016 Mar 16. PMID: 26983904; PMCID: PMC5218980.

Sourander A, Marttunen M, Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttinen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.

van Starrenburg ML, Kuijpers RC, Kleinjan M, Hutschemaekers GJ, Engels RC. Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Indicated Prevention Program for Children with Elevated Anxiety Levels: a Randomized Controlled Trial. *Prev Sci.* 2017 Jan;18(1):31-39. doi: 10.1007/s11121-016-0725-5. PMID: 27822663; PMCID: PMC5236072.

THL 2020: Lasten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/lasten-mielenterveys-ja-mielenterveyden-hairiot>. Luettu 12.2.2021

Tompson MC, Sugar CA, Langer DA, Asarnow JR. A Randomized Clinical Trial Comparing Family-Focused Treatment and Individual Supportive Therapy for Depression in Childhood and Early Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Jun;56(6):515-523. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.018. Epub 2017 Apr 7. PMID: 28545757; PMCID: PMC5482237.

Valenzuela F, Lock J, Le Grange D, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2018 May;26(3):253-258. doi: 10.1002/erv.2582. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29446174; PMCID: PMC6010314.

Villabø MA, Narayanan M, Compton SN, Kendall PC, Neumer SP. Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *J Consult Clin Psychol.* 2018 Sep;86(9):751-764. doi: 10.1037/ccp0000326. PMID: 30138014; PMCID: PMC6108446.

Walczak M, Breinholst S, Ollendick T, Esbjørn BH. Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2019 Jun;50(3):449-458. doi: 10.1007/s10578-018-0853-1. PMID: 30406900.

Warwick H, Reardon T, Cooper P, Murayama K, Reynolds S, Wilson C, Creswell C. Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in

children and adolescents: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Mar;52:77-91. doi: 10.1016/j.cpr.2016.12.002. Epub 2016 Dec 21. PMID: 28040627.

Weinstein SM, Cruz RA, Isaia AR, Peters AT, West AE. Child- and Family-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Applications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 2018 Dec;48(6):797-811. doi: 10.1111/sltb.12416. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29044718; PMCID: PMC5902658.

Wong L, Goh LG, Ramachandran R. Family-based therapy for anorexia nervosa: results from a 7-year longitudinal Singapore study. *Eat Weight Disord.* 2019 Dec;24(6):1215-1219. doi: 10.1007/s40519-019-00654-3. Epub 2019 Feb 16. PMID: 30778869.

KIRJOITTAJA / JULKAISUVU OSI	VIITEKEHYS, TUTKIMUSASETE LMA	TUTKITTAV IEN MÄÄRÄ	TUTKITTAV IEN IKÄ	DIAGNOOSI	TERAPIA N KESTO	MENETELM ÄT	KESKEISET TULOKSET
Weinstein Sally M ym. 2018	Lapsi- ja perhefokusoitu CBT, TAU (treatment as usual) RCT	N=71	Ikä 7-13 v.	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Terapian kesto 12 viikkoa sekä 6 kk kohdalla ”tehoste- käynti”	Itsemurha- ajatukset C- SSR- arviointiloma ketta (Columbia- Suicide Severity Rating Scale) käyttäen, kliinikon arvio hoidon alussa, lopussa sekä 6kk seurannan kohdalla.	Keskimäärin itsemurha- ajatukset vähenivät 72% verrattuna alkutilanteeseen (p=0.03). Kuitenkaan interventoryhmie n välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (p=0.3)
Villabo Marianne A ym. 2018	Yksittäis-CBT vs ryhmä-CBT vs WL (waiting list) RCT	N=165	Ikä 7-13 v.	Ahdistuneisuus (sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuush äiriö, eroahdistus)	Terapian kesto 12 viikkoa	ADIS (Anxiety Disorder Interview Schedule), CGAS (Children’s Global Assessment	Niiden lasten osuudet, jotka eivät enää täyttäneet ahdistuneisuushäir iön kriteerejä, olivat 52% yksittäis-CBT:ssä, 65% ryhmä-

						Scale) alkuvaiheessa, 12 viikon jälkeen sekä 2 vuoden seurannan jälkeen	CBT:ssä ja 14% WL-ryhmässä. Interventioryhmät olivat selkeästi parempia WL- ryhmään verrattuna (p<0.001). Tilastollisesti merkitsevää eroa ei kahden interventioryhmän välillä esiintynyt. Ryhmä- CBT oli sosiaaliseen ahdistuneisuuteen hieman parempi yksilöterapiaan verrattuna
Gaesser Amy H, Karan Orv C 2017	CBT vs Emotional Free Technique (EFT) vs WL (waiting list) RCT	N=63 (CBT=21, EFT=21, WL=21)	Ikä 10-18 v.	Ahdistuneisuus	Terapian kesto 3 tapaamista	Revised Children's Manifest Anxiety Scale-2 (RCMAS-2) ennen terapiaa ja sen jälkeen	EFT-ryhmässä ahdistuneisuus väheni tilastollisesti merkitsevästi (p=0,005) odotuslistaverrokk eihin nähden. CBT-ryhmässä ahdistuneisuus väheni, mutta tulokset eivät

							eronneet tilastollisesti merkitsevästi EFT-ryhmästä (p=0,12)
Grave MD ym. 2019	CBT Havainnoiva tutkimus	N=35	Ikä 11-18 v.	Anoreksia nervosa	Terapian kesto 40 viikkoa	BMI, EDEQ (Eating Disorder Examination Questionnaire), Brief Symptom Inventory, sekä Clinical Impairment Assessment – score. Arviot toteutettiin hoidon alussa, lopussa sekä 20 viikon seurannan jälkeen	71,4% potilaista, jotka jatkoivat terapian loppuun, havaittiin kliinisesti merkitsevää painon nousua (BMI \geq 95% ideaalipainosta) sekä syömishäiriön oireiden vähenemistä
Rozenman M ym. 2019	CBT Havainnoiva tutkimus	N=137	Ikä 7-17	Pakko-oireinen häiriö, sekä pakko-oireisen häiriön liitännäisoireina ahdistuneisuus ja masennus	Terapian kesto 12 käyntiä	ADIS (The Anxiety Disorders Interview Schedule), CYBOCS (Children-s Yale-Brown	Tutkimuksessa havaittiin CBT:n vähentävän tehokkaasti ahdistuneisuutta MASC-pisteytyksellä (oireipisteiden

						Obsessive Compulsive Scale), CGI-I, MASC (The Multidimensional Anxiety Scale for Children), CDI (Children's Depressive Inventory). Arviot suoritettiin ennen ja jälkeen terapian	lasku keskimäärin 50,76 → 41,80, p=.001). Masentuneisuus väheni myös CDI-pisteytyksellä (oirepisteiden lasku keskimäärin 9,83→6,38, p=.001). Kuitenkaan ahdistuneisuuden tai masennuksen lievittyminen ei ollut yhteydessä OCD-oireiden vakavuuteen.
Hancock KM, ym. 2016	CBT vs ACT (acceptance and commitment therapy) vs WL (waiting list) RCT	N=157 (CBT=57, ACT=54, WL=46)	Ikä keskim. 11v.	ahdistuneisuus	Terapian kesto 10 viikkoa	Arviointi ennen ja jälkeen terapian, sekä 3kk seurannan jälkeen. Arvioinnissa käytettiin klinikon, potilaan sekä vanhemman arvioita ahdistuneisuuden oireista	Sekä CBT että ACT tuottivat sekä tilastollisesti että kliinisesti merkitsevästi paremman tuloksen WL-ryhmään nähden. CBT:n ja ACT:n välillä ei havaittu merkitseviä eroja tulosten suhteen

						sekä Quality of life (QOL) - kyselyarviointia	
Walczak M ym. 2019	CBT, MCT-c (metacognitive therapy) Sokkouttamaton tutkimus	N=63 (MCT-c=38, CBT=25)	Ikä 7-14	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	Terapian kesto noin 10 viikkoa, yhteensä terapiatunteja noin 20	ADIS-IV-C/P, RCADS (The Revised Child Anxiety and Depression Scale) ennen ja jälkeen intervention	RCADS-pisteet vähenivät CBT-ryhmässä (pisteiden keskimääräinen lasku 40,28 → 18,41, p<0,001) sekä MCT-c-ryhmässä (41,29 → 22,30, p<0,001) tilastollisesti merkitsevästi. Interventoryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.
Valenzuela F, ym. 2018	CBT vs FBT (family based treatment) RCT	N=110 (CBT=52, FBT=58)	Ikä 12-18	Bulimia nervosaan liittyvät masennusoireet ja itsetunto-ongelmat	Terapian kesto n. 12 viikkoa	Arvioinnit tehtiin ennen ja jälkeen terapian, terapian puolivälissä, sekä 6kk ja 12kk seurannassa.	CBT-ryhmässä BDI-pisteet vähenivät 24,5%, FBT-ryhmässä 36,9%. Keskimääräiset RSES-pisteet olivat intervention alussa CBT-

						Mittareina käytettiin BDI:tä (Beck Depressive Inventory) sekä RSE:tä (Rosenberg Self-Esteem scale)	ryhmässä 21,85 ja puolen vuoden seurannassa 26,55. Vastaavat luvut FBT-ryhmässä olivat 23,39 ja 28,38. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.
Hojgaard D, ym. 2017	CBT Havainnoiva tutkimus	N=177	Ikä 7-17	Pakko- oireinen häiriö	Terapian kesto 14 viikkoa	Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS), ennen ja jälkeen terapian sekä arviointi 6kk ja 12kk seurannassa	Kyseessä oli seurantatutkimus, jossa tutkittiin, kuinka moni hoitovasteen saaneista (72,6% terapian käyneistä) pysyy remissiossa vuoden seurannassa. Remissiossa pysyneiden osuus oli 78,1%, mikä osoittaa, että CBT on tehokas OCD:n hoidossa
Goodyer IM, ym. 2017	CBT, STPP (short term psychodynamic psychotherapy), BPI (brief psychosocial intervention) RCT	N=465 (CBT=154, STPP=156, BPI=155)	Ikä 11-17	Vaikea masennus	BPI: 12 käyntiä 20 viikon aikana STPP: 28 käyntiä 30 viikon aikana CBT: 20 käyntiä 30 viikon aikana	MFQ (Mood and Feelings Questionnaire), K-SADS-PL (The Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and	Masennuksen oireet (MFQ) vähenivät keskimäärin 49-52% interventioryhmissä. Ryhmien välillä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa masennusoireiden määrässä tutkimuksen

						Lifetime), LOI (Leyton Obsessive Inventory). Arviot ennen ja jälkeen terapian sekä 52 viikon seurannan jälkeen.	lopussa. CBT ei ollut tehokkuudeltaan STPP:tä huonompi ($p=0,748$), eivätkä STPP ja CBT olleet tehokkuudessa BPI:tä tilastollisesti merkitsevästi parempia ($p=0,219$)
Meiser-Stedman R, ym. 2016	CT (cognitive therapy) vs WL (waiting list) RCT	N=29 (CT=14, WL=15)	Ikä 8-17	PTSD	Terapian kesto 10 viikkoa	CPSTDI (Children's PTSD Inventory), ADIS-C, CGAS. Arviot suoritettiin ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk ja 12 kk seurannan jälkeen	Tutkimuksen lopussa PTSD:n diagnositisia kriteerejä (CPTSD) ei täyttänyt CT-ryhmästä 71% ja WL ryhmästä 20%. Oirepisteiden lasku interventioryhmässä verrattuna odotuslistalla olleisiin oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$)
Goldbeck L, ym. 2016	TF-CBT vs WL (waiting list) RCT	N=159 (TF-CBT=76, WL=83)	Ikä 7-17	PTSD	14 terapiakäyntiä	CAPS-CA (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents), CGAS (Children's Global Assessment Scale) CPTCI (the Child Posttraumatic Cognitions Inventory) (CPTCI), CDI,	ITT-analyysin mukaan ero CAPS-CA-pisteiden vähenemisessä interventioryhmän ja odotuslistaryhmän välillä oli kliinisesti ja tilastollisesti merkitsevä ($p=0,001$). Myös muilla mittareilla TF-CBT-ryhmä oli parempi; ainoastaan QoL-asteikolla (quality of life) ei nähty tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien

						SCARED (the Screen for Child Anxiety- Related Emotional Disorders), QoL (Quality of Life). Arviot tehtiin ennen terapiaa ja sen jälkeen	välillä tutkimuksen lopussa.
Charkhandeh M, ym. 2016	CBT vs vaihtoehtoinen hoitomuoto Reiki vs WL (waiting list) RCT	N=188	Ikä 12-17	masennus	Terapian kesto 12 viikkoa	CDI (Child Depression Inventory). Arviot tehtiin ennen ja jälkeen terapian	CBT-ryhmässä havaittiin suurempaa CDI-pisteiden laskua kuin Reiki-ryhmässä (oirepisteiden keskiarvo CBT-ryhmässä 29,46 → 19,94; Reiki-ryhmässä 30 → 26,33, p<0,001) ja WL-ryhmässä (p<0,001). Reiki-ryhmässä oli suurempaa CDI-pisteiden laskua suhteessa WL-ryhmään (p=0,031)
Selles R, ym. 2018	GF-CBT (group family-based CBT) Havainnoiva tutkimus	N=85	Ikä 8-18	Pakko- oireinen häiriö	Terapian kesto 12 viikkoa	Intervention arvioinnissa käytettiin lukuisia mittareita (CY-BOCS, FAS, COISR, CD-POC, CGI-I, PGI-I) intervention alussa, lopussa, sekä kuukauden seurannan jälkeen	Muutos CY-BOCS-pisteissä (kliinikon arvioima oireiden vakavuus) intervention alussa (M=24,36) verrattuna intervention loppuun (M=14,63) oli tilastollisesti merkitsevä (p<0,001). Myös muilla seurannan jälkeen

mittareilla tapahtui
paranemista.

MacPherson HA, ym. 2016	CFF-CBT (child- and family-focused CBT) vs TAU (treatment as usual) RCT	N=69	Ikä 7- 13	Lasten bipolaarihäiriö	Terapian kesto 12 viikkoa	Mielialaoireiden sekä toimintakyvyn arviointi intervention alussa, sen aikana, lopussa sekä 39 viikon seurannassa. CMRS (the Child Mania Rating Scale), CBDRS (the Child Bipolar Depression Rating Scale), CGAS (the Children Global Assessment Scale)	CFF-CBT- ryhmässä oirepisteet vähenivät enemmän verrattuna TAU- ryhmään; CMRS (CBT: 19,8 →13,9; TAU: 26,8→29,9, p=0,007), CBDRS (CBT: 17,9→12,8; TAU: 20,6→ 19,2, p=0,03), CGAS (CBT: 50,5 →62,6; TAU: 48,7→58,9, p=0,04)
Idsoe T, ym. 2019	CBT vs UC (usual care) RCT	N=228 (CBT=133, UC=95)	Ikä 16- 18	masennus	Terapian kesto noin 10 tapaamista	CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for adolescents), DAS (Dysfunctional Attitude Scale), RRS (Ruminative Responses Scale). Arviot ennen ja jälkeen terapian sekä 6 viikon seurannan jälkeen.	CBT-ryhmässä oirepisteiden väheneminen oli jonkin verran suurempaa verrattuna UC- ryhmään (p=0,045)

Silk JS, ym. 2016	CBT vs CTT (supportive child-centered therapy) RCT	N=133 (CBT=90, CTT=43)	Ikä 9- 14	ahdistuneisuushäiriö	Terapian kesto 14 käyntiä	PARS (Pediatric Anxiety Rating Scale). Arviot tehtiin ennen interventiota, sen jälkeen ja vuoden seuranta- ajan jälkeen	Sekä CBT- että CTT-ryhmissä valtaosa sai kliinisen vasteen hoidolle (35% lasku oirepisteissä). Kuitenkin täysin parantuneita oli CBT-ryhmässä (66,67%) enemmän kuin CCT-ryhmässä (46,51%) (p=0,037) ja ero kasvoi vuoden seurannassa (p=0,010)
Konanur S, ym. 2015	TF-CBT, WL (waiting list) RCT	N=113	Ikä 6- 12	Posttraumaattisen stressin oireet	Terapian kesto noin 14-16 käyntiä	TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children), TSCYC (Trauma Symptom Checklist for Young Children). Arviointi tehtiin ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk seurannan jälkeen.	Verrattuna waiting list –verrokkeihin, interventioryhmän posttraumaattiset stressioireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi (M=55,93 →47,32, p=0,001)
Van Starrenburg ML, ym. 2017	CBT vs WL (waiting list) RCT	N=141	Ikä 7- 13	ahdistuneisuus	Terapian kesto 12 viikkoa	SCAS (Spence Children's Anxiety Scale). Arviointi tehtiin ennen ja jälkeen terapian sekä 3 kk seurannan jälkeen.	Interventioryhmässä SCAS-pisteet laskivat tilastollisesti merkitsevästi

Jensen TK, ym. 2017	TF-CBT vs TAU (treatment as usual) RCT	N=156	Ikä 10-18	Posttraumaattinen stressi	Terapia koostui noin 12-15 tapaamisesta	CPSS (Child PTSD Symptom Scale) MFQ (Mood and Feelings Questionnaire), SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). Arviointi tehtiin ennen ja jälkeen terapian sekä 18 kk seurannan jälkeen.	(p<0,001) suhteessa kontrolliryhmään PTSD-oirepisteet (CPSS) laskivat molemmissa ryhmissä sekä tilastollisesti että kliinisesti merkitsevästi (p<0,001). Kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää eroa CPSS-pisteissä ryhmien välillä ei ollut (p=0,116). Kuitenkin masennusoireet (MFQ) vähenivät CBT-ryhmässä jonkin verran enemmän TAU-ryhmään nähden (p=0,036)
Lorentzen V, ym. 2020	CBT vs WLC (waiting list control) RCT	N=163 (CBT=88, WLC=75)	Ikä 14-17	Masennus, ahdistuneisuus	Terapia koostui kuudesta käynnistä	DAWBA (Development and Well Being Assessment), SDQ (The Strength and Difficulties Questionnaire), CGAS, BDI-2, MASC. Arviointi ennen ja jälkeen terapian.	SDQ-pisteet vähenivät CBT-ryhmässä 32,9%, kun taas WLC-ryhmässä 11,6%. Ero oli tilastollisesti

merkitsevä
(p=0,039).

Greenberg JL, ym. 2015	CBT Pilottitutkimus	N=13	Ikä 13-17	Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö	Terapia koostui 12-22 viikottaisesta yksilöterapiasta	BDD-YBOCS- A (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD – Adolescent version), CDI, CGI. Arviointi ennen ja jälkeen terapian sekä 3 kk ja 6 kk seurannassa.	BDD-YBOCS- A-pisteytys väheni terapian käyneillä keskimäärin 68,2% intervention aikana (p<0,001). Myös muilla mittareilla tapahtui oirepisteiden laskua.
Lang C, ym. 2016	CBT Seurantatutkimus	N= 36	Ikä 5-15	Selektiivinen mutismi	Terapian kesto keskimäärin noin 12 kk	Vanhempien täyttämä oirekysely: ADIS-IV-L, SMQ(selective mutism questionnaire), CGI. Arviot ennen ja jälkeen seurannan sekä vähintään	SMQ-pisteiden vähenneminen seurannassa oli tilastollisesti merkitsevää (p<0,001). Myös muilla mittareilla havaittiin parantumista.

							vuoden seurannan jälkeen.
Asarnow JR, ym. 2017	CBT-Family therapy vs E- TAU (enhanced treatment as usual) RCT	N=42 (CBT- family therapy=20, E- TAU=22)	Ikä 12- 18	Itsemurhayritys, itsetuhoisuus	Terapian kesto noin 12 viikkoa	Ensisijaisena tuloksena nuorten raportoima itsetuhoinen käytös, C-SSRS (Columbia- Suicide Severity Rating Scale). Arvio ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk ja 12 kk seurannassa	CBT-perheterapiassa todennäköisyys itsetuhoiselle käyttäytymiselle väheni tilastollisesti merkittävästi (p=0,02) verrattuna TAU- ryhmään
Le Grange D, ym. 2015	FBT (family based treatment) vs CBT vs SPT (non-specific treatment) RCT	N=130 (FBT=52, CBT=58, SPT=20)	Ikä 12- 18	Bulimia nervosa	Terapian kesto 18 käyntiä noin 6 kuukauden aikana	EDE (Eating Disorder Examination), BDI. Arviot ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk ja 12 kk seurannassa.	FBT-ryhmässä syömishäiriökäyttäytymine n EDE-pisteytyksellä mitattuna parani terapian jälkeen enemmän verrattuna CBT-ryhmään (39% vs 20%; p=0,04) sekä 6kk seurannassa (44% vs 25% p=0,03). 12kk seurannassa oirepisteillä ei ollut enää tilastollisesti merkittävä eroa ryhmien välillä (49% vs 32% p=0,13)

Le Grange D, ym. 2016	FBT vs PFT (parent focused treatment) RCT	N=107 (FBT=52, PFT=55)	Ikä 12-18	Anoreksia nervosa	Terapia koostui 18 käynnistä noin 6 kuukauden aikana	BMI, EDE (Remissio: $\geq 95\%$ mediaani-BMI:stä sekä EDE-pisteytys 1 SD:n sisällä keskimääräisestä väestön tuloksesta). Arviot tehtiin ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk ja 12 kk seurannassa.	Intervention päätyttyä PFT-ryhmässä remissio oli suurempaa kuin FBT-ryhmässä (43% vs 22%, $p=0,016$), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä 6kk seurannassa (PFT 39% vs FBT 22%, $p=0,053$) tai 12kk seurannassa (PFT 37% vs FBT 29%, $p=0,444$)
Tompson MC ym. 2017	FT vs IP (individual supportive psychotherapy) RCT	N=134 (FFT=67, IP=67)	Ikä 7-14	masennus	Terapia koostui 15 käynnistä noin 4kk aikana	Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R). Arviointi ennen ja jälkeen terapian.	Molemmissa ryhmissä havaittiin tilastollisesti merkitsevää parantumista masennusoireissa, mutta FFT osoittautui tehokkaammaksi kuin IP masennusoireiden vähentymisessä (77% vs 59,9%, $p=0,0498$)
Jimenez L, ym. 2019	SSFT (Structural Strategic Family Therapy) Näennäiskoe	N=41	Ikä 10-17	Eri mielenterveyshäiriöt (useat diagnoosit)	Terapia koostui kuukausittaisesta yhden tunnin käynnistä, kokonaiskesto noin 10 kuukautta	Child behavior checklist for ages 6-18, parental sense of competence, Parenting styles and dimensions questionnaire,	Sekä nuorten että heidän vanhempien raportoimana nuorten internalisoivat ja eksternalisoivat oireet vähenivät hoidon aikana. Myös vanhempien stressi väheni

						Parenting alliance inventory, Family cohesion and adaptability scale FACES-3. Arviointi ennen ja jälkeen terapian.	
Liddle HA, ym. 2018	Multidimensional Family Therapy (MDFT), Residential Treatmentn (RT) RCT	N=113 (MDFT=57, RT=56)	Ikä = 13-18	Päihteiden käyttö sekä siihen liittyvä komorbidi, rikollinen käyttäytyminen	Terapian kesto 6-9 kuukautta	Päihteiden käyttö: PEI, TLFB Rikollinen käytös: SRD Psyykkiset oireet (internalisoivat ja eksternalisoivat oireet): YSR. Arviot suoritettiin ennen ja jälkeen terapian sekä 2, 4, 12 ja 18 kk seurannan kohdalla.	Molemmissa interventioryhmissä havaittiin merkittävää laskua päihteiden käytössä, rikollisessa käyttäytymisessä sekä eksternalisoivissa ja internalisoivissa oireissa. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, paitsi MDFT-ryhmässä internalisoivien oirepisteiden lasku oli selvästi suurempaa RT-ryhmään nähden (p<0,01)
Poole LA, ym.	FBT (family based therapy),	N=64 (FBT=31, TAU=33)	Ikä= 12-18	masennus	Terapia koostui kahdeksasta	vanhempien oirekysely: DASS-21;	Sikä FBT että TAU olivat tehokkaita

2018	TAU (treatment as usual) RCT				kahden tunnin käynnistä	nuorten oirekysely: SDQ, SMFQ, DEQ-A, AUDIT. Arviot ennen ja jälkeen terapian sekä 3 kk seurannan jälkeen.	nuorten masennusoireiden hoidossa, tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ei ollut. FBT osoittautui paremmaksi vanhempien masennusoireiden vähentymisessä.
Cottrell DJ, ym. 2018	FT (family therapy), TAU (treatment as usual) RCT	N=832 (FT=415, TAU=417)	Ikä 11-17	itsetuhoisuus	Terapian kesto noin 6 kuukautta, jonka aikana noin 8 terapiakäyntiä	Sairaalahoittoon johtavien itsetuhoisuuden määrä 18 kuukauden aikana	Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa itsetuhoisuuden vähenemisessä nuorilla (p=0,3329)
Rosa-Alcazar AI, ym. 2017	CBFT (cognitive behavioral family-based treatment), PT (parent training) Vertaileva tutkimus	N=20 (CBFT=10, PT= 10)	Ikä 5-7	Pakko-oireinen häiriö	Terapia koostui 12 viikottaisesta tunnin käynnistä	ADIS-C/P, CY-BOCS, CGAS. Arviot suoritettiin ennen ja jälkeen terapian sekä 3kk seurannan kohdalla.	Remissio-osuus CY-BOCS-pisteystystä käyttäen oli CBT-ryhmässä 70% ja PT-ryhmässä 60%. Ero ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Eksternalisoivat oireet vähenivät

							CBT ryhmässä enemmän verrattuna PT-ryhmään
Goldstein M, ym. 2016	FBT (family based treatment) Havainnoiva tutkimus	N=34	Ikä M=15	Anoreksia nervosa	Terapian kesto keskimäärin 14.14 käyntiä noin vuoden aikana	%EBW (excepted body weight), DASS-21, EDE-Q (Remissio: EBW≥95%, osittainen remissio 85%<EBW<95%). Arviointi ennen ja jälkeen terapian.	45,9% potilaista saavutti remission ja 43,2% saavutti osittaisen remission. Keskimääräinen %EBW parani 82,72% → 93,20%
Wong L, ym. 2019	FBT, non-FBT pitkittäistutkimus	N=119 (FBT= 42, non-FBT=77)	Ikä ≤18	Anoreksia nervosa	Vähintään 20 tapaamista 6-12 kuukauden aikana	BMI, anoreksia nervosan diagnostiset kriteerit (Remissio: IBW (ideal body weight) ≥95%). Arvio ennen ja jälkeen terapian sekä 1 ja 2 vuoden seurannan kohdalla.	Non-FBT – ryhmässä aika remissioon oli pidempi kuin FBT-ryhmässä (p=0,003). Keskimääräinen aika remissioon FBT-ryhmässä oli 5 kuukautta; non-FBT-ryhmässä aika oli 11 kuukautta pidempi. 2 vuoden seurannassa remission oli saavuttanut FBT-

Matthews A, ym. 2018	FBT, retrospektiivinen TAU (treatment as usual) Vertaileva tutkimus	N(FBT)=49, N(TAU)=44	Ikä 12-18	Sairaalahoitoinen anoreksia nervosa	Terapia koostui neljästä käynnistä	%TGW (treatment goal weight), arviointi ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk seurannan kohdalla.	ryhmässä 90%, non-FBT-ryhmässä 57% Intervention lopussa ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa painon nousussa. Kuitenkin 6 kuukauden seurannassa FBT-ryhmässä painon nousu oli TAU-ryhmään nähden tilastollisesti merkitsevä (p=0.005)
Peris TS, ym. 2017	PFIT (Positive family interaction therapy), ST (standard treatment: CBT + parent psychoeducation) RCT	N=62 (PFIT=32, ST=30)	Ikä 8-17	Pakko-oireinen häiriö	PFIT: 12 käyntiä CBT-pohjaista yksilöterapiaa + 6 perheterapia-käyntiä ST: 12 käyntiä CBT-pohjaista yksilöterapiaa + viikoittainen vanhempien psykoedukaatio	GCI-I (Clinician Global Impression-Improvement), ADIS-C/P, CY-BOCS, COIS-R, FAS, FES (OCD remissio: CY-BOCS≤14). Arviointi ennen ja jälkeen terapian sekä 3 kk	PFIT-ryhmä osoittautui ST-ryhmää tehokkaammaksi GCI-I-pisteiden paranemisessa (PFIT 98%, ST 40%, p=0.03). Remission saavutti CY-BOCS-pisteytyksen mukaan PFIT-

						seurannan kohdalla.	ryhmästä 58% ja ST-ryhmästä 27% (P=0,01)
Humayun S, ym. 2017	FFT (functional family therapy) + MAU (management as usual), MAU RCT	N=111 (FFT+MAU=65, MAU=46)	Ikä 10-17	Antisomiaaliset käytösoireet	Terapian kesto noin 12 käyntiä 3-6kk aikana	Primaari tulos: itse-raportoitu rikollinen käytös. Sekundaariset tulokset: virallisten rikosmerkintöjen määrä, APACS, APQ-15. Arviointi ennen ja jälkeen terapian sekä 18 kk seurannan kohdalla.	Rikollinen käyttäytyminen väheni molemmissa ryhmissä alkutilanteeseen verrattuna (p<0,001). Kuitenkaan ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Salzer S ym. 2013	Psykodynaaminen psykoterapia, WL/TAU (waiting list/treatment as usual) RCT	N=66 (PP=32, WL=34)	Ikä 14-19	Masennusoireinen käytöshäiriö (F92)	Terapian kesto keskimäärin 34 viikkoa	DISYPS-KJ, The Global Severity Index GSI, the Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ sekä oirekysely ennen ja jälkeen terapian sekä 6kk sen jälkeen	Masennusoireisen käytöshäiriön diagnostisia kriteerejä DISYPS-KJ-mukaan ei enää täyttänyt interventioryhmässä 71,9% ja kontrollisryhmässä 8,8%, (p=0,001). SDQ-pisteet vähenivät myös interventioryhmässä tilastollisesti merkitsevästi verrokkiin nähden (p=0,04), mutta ero GSI-pisteissä ei ollut merkitsevä (p=0,18)
Göttken T ym. 2014	Psykoanalyttinen psykoterapia Pilottitutkimus, kontrolloitu koe	N=30	Ikä 4-10 v.	ahdistuneisuus	20-25 terapiakäyntiä	Ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit (DSM-IV). Arviointi ennen ja jälkeen terapian sekä 6 kk seurannan kohdalla.	n. 67% tutkittavista ei enää täyttänyt ahdistuneisuushäiriön diagnostisia kriteerejä; waiting list-kontrolliryhmässä ei tapahtunut yhtään remissiota
Salzer S ym.	Psykodynaaminen psykoterapia	N=28	nuoria	Epävakaa persoonallisuushäiriö	Terapian keskimääräinen	Diagnostiset kriteerit, GAF, GSI, SDQ, IIP ja BPI. Arviointi	39,29% terapian käyneistä ei enää täyttänyt diagnostisia

2014	Havainnoiva tutkimus	kesto 29,87 viikkoa	ennen ja jälkeen terapian.	kriteerejä. Tilastollisesti merkitsevää paranemista oli havaittavissa GAF-, GSI-, SDQ-, IIP-pisteytyksillä (kaikissa $p=0,001$), sekä BPI-pisteytyksellä ($p=0,006$)
------	----------------------	---------------------	----------------------------	---