



Iris Pasternack, Maija Saijonkari, Neill Booth, Pasi Aronen, Carita Fogelholm,
Jaana Isojärvi, Marjukka Mäkelä

Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja
kuntoutusmuodot mielenterveys- ja
päihdehäiriöiden hoidossa: systemaattinen
kirjallisuuskatsaus ja tulosten kriittinen arviointi

■ Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoidot ovat tärkeä osa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoa ja kuntoutusta. Näiden palvelujen saatavuus on merkittävä kysymys uudistuvassa palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön palveluvalikoimaneuvosto tilasi yhteenvedon psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta mielenterveys- ja päihdepotilailla. Toimeksiannon perusteella laadittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa vaikuttavuustieto ja sen luotettavuus (näytön aste) esitetään eri tautiryhmissä ja hoitomuodoissa taulukoituna. Kustannusvaikuttavuutta käsittelevien tutkimusten pohjalta koottiin kuvio, jossa esitetään tutkittujen hoitojen rajakustannusten ja -hyötyjen suhde.

Potilaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen perustuvat psykoterapiat ja muut psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen muodot ovat vaikuttava osa päihde- ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Merkittävien tautiryhmien kohdalla on näyttöä useiden eri terapioiden vaikuttavuudesta eikä terapioiden välillä ole selkeitä paremmuuseroja. Tutkittua tietoa ei tosin löytynyt kaikista Suomessa käytetyistä terapiamuodoista.

Psykoterapioiden kustannusvaikuttavuus pysyi useissa tutkimuksissa alle 30 000 euron laatu-painotettua elinvuotta kohden, jota on joissakin maissa pidetty julkisesti rahoitettavan hoidon raja-arvona. Päätelmiä tehtäessä pitää kuitenkin huomioida, että tutkimuksia Suomen oloista on niukasti ja kustannustiedon siirrossa maasta toiseen virhemahdollisuudet ovat suuret.

Asiasanat

Muut tiedot

Kokonaissivumäärä

Kieli

Nyckelord

Övriga uppgifter

Sidoantal

Språk

SISÄLLYS

1 Johdanto	4
2 Arvioitavan menetelmän kuvaus	5
3 Tavoite.....	6
4 Menetelmät.....	6
4.1 Aiheen rajausta	6
4.2 Aineiston haku ja seulonta	7
4.2.1 Kansainväliset viitetietokannat	7
4.2.2 Käypä hoito -aineisto ja kansainväliset hoitosuosituks	7
4.2.3 Aineiston seulonta	8
4.3 Kriittinen arviointi	10
4.4. Aineiston käsittely	10
5 Tulokset	11
5.1 Psykoterapian vaikuttavuus.....	11
5.1.1 Lääke- ja päihderiippuvuuksien psykososiaalinen hoito	12
5.1.2 Itsetuhoisten potilaiden psykososiaalinen hoito	16
5.1.3 Skitsofrenian ja muiden psykoottisten häiriöiden psykososiaalinen hoito	18
5.1.4 Mielialahäiriöiden psykososiaalinen hoito.....	19
5.1.5 Ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalinen hoito	24
5.1.6 Somatoformisten ja toiminnallisten häiriöiden psykososiaalinen hoito	27
5.1.7 Syömishäiriöiden psykososiaalinen hoito	28
5.1.8 Persoonallisuushäiriöiden psykososiaalinen hoito	29
5.1.9 Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavien käytös- ja tunnehäiriöiden psykososiaalinen hoito	31
5.1.9 Lääkityksen yhdistäminen psykososiaaliseen hoitoon	33
5.1.10 Terapioiden erilaiset toteutustavat	34
5.2 Psykoterapian turvallisuus	34
5.3 Psykoterapian kustannusvaikuttavuus.....	35
5.4 Organisatoriset ja eettiset kysymykset sekä potilasnäkökulma	36
5.4.1 Koulutus ja ammattinimike.....	36
5.4.2 Mikä kaikki on psykoterapiaa?	37
5.4.3 Palvelujen järjestäminen	37
5.4.4 Eettiset kysymykset ja potilasnäkökulma	38
6 Pohdinta.....	39
6.1 Terapia on vaikuttavaa	39
6.2 Kaikki terapiat toimivat	39
6.3 Tulosten tulkinnan haasteita.....	40
6.4 Onko psykososiaalinen hoito lääketieteellisesti perusteltua hoitoa?	41
6.5 Raportin puutteita	41
7 Johtopäätökset	42
Liiteluettelo	43
Lähteet	43

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen merkitys. Mielenterveyden häiriöistä masennus on keskeisin ongelma, mutta ahdistuneisuuteen, väsymykseen tai syömishäiriöihin liittyvät oireet ja ongelmat eivät ole vähentyneet huomimatta yleisen terveydentilan kohenemisesta (Aalto ym. 2009). Päihdeongelmista tärkein on alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus, mutta huumeongelmiakin esiintyy yhä enemmän. Työikäisen väestön alkoholin käyttö on lisääntynyt pitkällä aikavälillä, vaikka muissa elintavoissa, esimerkiksi tupakoinnissa ja ruokatottumuksissa, on tapahtunut myönteistä kehitystä. Alkoholisairauksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolleista suurin osa oli työikäisiä. Henkirikoksiin ja pahoinpitelyrikoksiin syylliseksi epäillyistä noin puolet oli vuonna 2013 alkoholin vaikutuksen alaisena. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2014).

Vuosina 2012-2015 toteutetun Alueellinen terveys ja hyvinvointi -tutkimuksen mukaan naisista noin 12 prosenttia ja miehistä noin 8 prosenttia käytti kyseisenä ajanjaksona jotakin terveyspalvelua mielenterveysongelmien vuoksi. Naiset käyvät perusterveydenhuollossa mielenterveysongelman vuoksi enemmän kuin miehet. (Viertio ym. 2017). Vuonna 2013 hoidettiin terveydenhuollon vuodeosastolla tai erikoissairaanhoidon avohoidossa alkoholisairauden vuoksi noin 24 000 ja huumesairauden vuoksi vajaa 5 000 henkilöä. Päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi terveyspalveluja käytti naisista vajaa prosentti ja miehistä noin kaksi prosenttia. Huumeiden käytön välittömiksi kustannuksiksi arvioitiin Suomessa vuonna 2008 yhteensä jopa 300 miljoonaa ja välillisiksi kustannuksiksi miljardi euroa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2014).

Kunnat ja erikoissairaanhoido ovat mielenterveyden hoidon ja kuntoutuksen ensisijaisia järjestäjiä. Neuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja tuen tarjoamisessa, työssä käyvää väestöä palvelee työterveyshuolto. Päihdehuoltolaki (Päihdehuoltolaki 1986/41) velvoittaa kunnat järjestämään päihdehuollon palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Kuntien tehtävänä on koordinoita julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. Useassa kunnassa mielenterveys- ja päihdepalvelut on yhdistetty.

Kelan kuntoutuspalvelut on tarkoitettu niille, joilla työkyky on uhattuna: ne eivät ole akuuttivaiheen hoitoa. Kelan järjestämään mielenterveyskuntoutukseen osallistuvien määrä on kasvussa. Kelan rahoitustukea psykoterapiaan sai vuonna 2016 yli 31 000 henkilöä; määrä kaksinkertaistui vuodesta 2010 (Tuulio-Henriksson ym. 2017). Vuonna 2015 tehtiin noin 74 500 kuntoutuspäätöstä mielenterveyden, päihdeongelman tai käyttäytymishäiriön diagnooseilla (F00-F99) ja niistä 88 % oli myönteisiä. Kuntoutusta myönnettiin useimmin mielialahäiriöiden tai neuroosien (F30-F48) takia. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat vuonna 2015 kaikkiaan 343 miljoonaa euroa, josta mielenterveysdiagnosilla 141 miljoonaa. Lisäksi kuntoutusrahan kustannukset olivat 99 miljoonaa euroa (Tanja Laukkala, suullinen tiedonanto).

Koska kuntien ja erikoissairaanhoidon järjestämästä psykoterapiasta ja yksityisten palveluyksiköiden toteuttamasta psykoterapiasta ei ole tilastotietoa, on vaikea sanoa mitkä ovat kuntoutuspsykoterapien kokonaiskustannukset Suomessa. Kelan kuntoutusrahoituksen kasvusta huomimatta on arvioitu, että vain alle puolet psykoterapiaa tarvitsevista pääsee hoitoon (Tuulio-Henriksson 2016), vaikka perinteisten pitkien terapioiden rinnalle kehittyneet lyhemmät terapiat ovat laajentaneet psykoterapioiden käyttömahdollisuuksia (Heinonen ym. 2016; Pirkola 2015).

Psykoteroapioiden ja muiden psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen asema mielenterveyden häiriöiden hyvän hoidon osana on tutkimustiedon karttuessa huomioitu muun muassa Käypä hoito -suosituksissa. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä laati kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman sekä toimeenpanosuunnitelman vuoteen 2015 saakka. Niissä linjattiin ensimmäistä kertaa valtakunnallisesti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä yhtenä kokonaisuutena. Palvelujen kehittämisen tavoitteena ovat helposti tavoitettavat, joustavat palvelut sekä mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoitaminen samanaikaisesti yhdessä yksikössä. Peruspalvelujen mielenterveystyön osaamista onkin viime vuosina vahvistettu. Sekä masennus- että päihdehoitajien määrä on Suomen terveyskeskuksissa lisääntynyt ja perusterveydenhuollon henkilöstön kyky hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmia on kohentunut. Terveyskeskuksissa saa yhä enemmän matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja (TEAviisari 2017; Kytöharju 2017).

Kun mielenterveys- ja päihdehäiriöiden psykososiaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen panostetaan, on tärkeää varmistaa käytössä olevien hoitojen vaikuttavuus ja hoidon toteutuminen eri puolilla Suomea. Käynnissä olevan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksen myötä on mahdollista, että terapioiden järjestämisvastuussa tapahtuu muutoksia. Sote-uudistuksen myötä muuttunee Kelan rooli selkeämmin kuntouttavaksi ja hoitavien psykoteroapioiden rahoitus toteutuu maakuntien kautta. Tutkittua tietoa terapioiden vaikuttavuudesta eri sairausryhmissä tarvitaan, kun pohditaan psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen asemaa osana terveydenhuollon verovaroin kustannettua palveluvalikoimaa.

2 ARVIOITAVAN MENETELMÄN KUVAUS

Psykoteroapioiden kansallinen konsensuskokous vuonna 2006 määritteli psykoterapian terveydenhuollon tavoitteelliseksi ammatilliseksi toiminnaksi, joka tähtää psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn lisäämiseen ja jota ohjaavat asiakas- ja potilastyötä koskevat lait, asetukset ja ammattikäytännöt sekä eettiset periaatteet (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen akatemia. 2007). Psykoterapiat pohjautuvat vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja niitä toteuttavilla terapeuteilla on tarvittava koulutus ja kokemus. Suuntauksesta riippumatta psykoterapiat perustuvat potilaan ja terapeutin yhteistoimintaan. Tavoitteena ei ole ainoastaan lievittää oireita vaan myös poistaa kehityksen esteitä, edistää psyykkistä kasvua ja lisätä psyykkistä terveyttä ja toimintakykyä.

Kognitiiviset terapiat ja kognitiiviset käyttäytymisterapiat ovat yleistyneet Suomessa masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden ja syömishäiriöiden hoidossa aikuisilla sekä tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöissä ja psykoottisilla tai psykoosiriskissä olevilla nuorilla. Nuorten masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on perinteisesti käytetty enemmän psykodynaamista psykoterapiaa, osittain saatavuuden vuoksi. Terapioiden kesto ja intensiteetti vaihtelevat menetelmä- ja potilaskohtaisesti, samoin toteutustapa joko yksilökäynnein, ryhmässä tai etäterapiana. Osassa terapioiden käytetään käsikirjoja. Yhden tapaamisen kesto yksilöterapiassa on tyypillisesti 45–60 minuuttia, kun taas perheterapian ja ryhmäterapian kohdalla se on pidempi. Yksilökäyntien tiheys on tyypillisesti vähintään kerran viikossa, kun taas perheterapia ja ryhmäterapia voivat toteutua pidemmin aikavälein. Hoidon kokonaiskesto on aikarajatuissa terapioiden tyypillisesti muutamia kuukausia ja pitkissä terapioiden, joita käytetään erityisesti lasten ja nuorten hoidossa, yhdestä useampaan vuoteen. Lasten psykoterapia edellyttää vanhempien kanssa työskentelyä. Joskus lapsen häiriön ohessa joudutaan arvioimaan myös vanhempien omaa psykoterapian tarvetta ja ohjaamaan heitä hoitoon. Nuoruusikäisen potilaan ikä ja ongelmien laatu vaikuttavat siihen, missä määrin vanhempien osallistuminen on tarpeen. (Huttunen ja Kalska 2015; Marttunen ym. 2015; Haapasalo-Pesu 2016).

Psykiatriassa käytössä olevasta laajasta terapioiden kirjosta haluttiin tämä suositus rajata koskemaan ammattilaisen ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuviin menetelmiin. Näitä ovat varsinaiset psykoterapiat sekä muut mielenterveyspotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa käytetyt psykososiaaliset menetelmät, kuten kognitiivinen kuntoutus ja motivoiva haastattelu. Jälkimmäisillä ei ole varsinaisen psykoterapian asemaa, mutta ne laajentavat merkittävästi terveydenhuollon keinovalikoimaa mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Aiheen laajuuden vuoksi katsauksen ulkopuolelle jätettiin toiminnalliset terapiat, luovat terapiat, monet ryhmä- ja verkostoterapiat sekä systeemit terapiat. Tässä raportissa mainitut terapiat on kuvattu lyhyesti liitteessä 2. Kaikkein ammatilliseen psykiatriseen ja mielenterveystyöhön liittyy varsinaisten terapioiden lisäksi aina asiakkaiden perusteellinen psykososiaalinen tutkiminen ja hyvän, vastuullisen ja tukevan hoitosuhteen luominen.

Koska psykiatrisen potilaan hoitoon kuuluu tyypillisesti sekä terapiaa että lääkehoitoa, katsaus kohdennettiin avohoidon potilailla tehtyihin tutkimuksiin, joissa verrataan psykososiaalisten hoito- tai kuntoutusmenetelmien vaikutuksia, joko yksinään tai yhdistettynä lääkehoitoon. Hoitoa ja kuntoutusta ei ole erotettu toisistaan kirjallisuushakua tehtäessä eikä perusteluita esitettäessä.

Tässä raportissa mainitut terapiat on kuvattu liitteessä 2.

3 TAVOITE

Palveluvalikoimaneuvoston (Palkon) mielenterveys- ja päihdepalvelujaosto nosti 2016 esiin tarpeen tarkastella psykoterapioiden vaikuttavuutta ja Palko päätti pyytää aiheesta kirjallisuuskatsauksen. Sen tavoitteena oli tuottaa vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevista tutkimustiedoista kooste, jota voidaan käyttää pohdittaessa psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen asemaa julkisin varoin rahoitetussa palvelujärjestelmässä.

4 MENETELMÄT

4.1 AIHEEN RAJAUS

Palkon sihteeristön ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden jaoston sekä katsaustyöryhmän käymien keskustelujen pohjalta aihe rajattiin käyttäen PICO-rakennetta seuraavasti (taulukko 1). Aiheen rajaus on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

Taulukko 1. PICO-muuttujat tutkimuskysymysten rajaamiseksi

P (potilas)	Henkilöt, joiden mielenterveys- tai päihdehäiriö kuuluu ICD-10-luokkiin F10-F69 tai F80-F98. Lasten ja nuorten kohdalla otetaan mukaan myös häiriötasoiset ongelmat ilman varsinaisia diagnooseja. Kohteena ovat riskiryhmiin kuuluvat tai potilaat, jotka hakevat apua terveydenhuollosta: pois rajataan suuntaamattomat esimerkiksi väestöön tai kouluun kohdistetut sairauksien ehkäisy- tai terveyden edistämisen interventiot.
I (interventio)	Psykososiaalinen hoito tai kuntoutus sellaisenaan tai yhdistettynä lääkehoitoon. Lasten ja nuorten kohdalla mukana on myös sairauksien ehkäisyinterventioita.
C (vertailuinterventio)	Tavanomainen hoito ilman tavoitteellista, suunniteltua psykososiaalista interventiota tai jonotus hoitoon (kumpikin joko sellaisenaan tai yhdistettynä lääkehoitoon), tai pelkkä lääke-

	hoito
O (terveystulos)	Mielenterveyden tai päihdehäiriön oireiden paraneminen tai lieveneminen, päihteiden käytön väheneminen tai toimintakyvyn koheneminen

4.2 AINEISTON HAKU JA SEULONTA

4.2.1 Kansainväliset viitetietokannat

Aikaa katsauksen tekoon oli annettu seitsemän viikkoa. Diagnoosien runsaus oli tämän katsauksen luonteenomainen piirre ja sen myötä hakutuloksen oletettiin olevan suuri. Työskentelytavan valitsemiseksi teimme aluksi **kartoitushaun** systemaattisiin katsauksiin ja satunnaisesti kontrolloituihin kokeisiin Cochrane Database of Systematic Reviews- ja Health Technology Assessment -tietokannoista sekä Medlinesta. Kartoitushaussa löytyi noin 1600 katsausta ja 4300 alkuperäistutkimusta.

Varsinainen **systemaattinen haku** päätettiin tehdä porrastetusti: aloitimme katsauksista ja etsimme alkuperäistutkimuksia vasta, jos katsauksia ei ollut. Kaikki systemaattiset haut toteutettiin kokenut, HTA-katsauksiin hyvin perehtynyt informaatikko (JI). Hakustrategiat ovat liitteessä 3.

- Ensimmäisessä vaiheessa etsittiin sateenvarjokatsaukset eli katsaukset katsauksista tietokannoista Medline ja PsycInfo. Tässä vaiheessa tehtiin myös kirjallisuushaku kustannusvaikuttavuudesta tietokannoista Medline, PsycInfo ja NHS EED.
- Toisessa vaiheessa etsittiin systemaattiset katsaukset (Cochrane-katsaukset ja terveydenhuollon menetelmien arviointiraportit eli HTA-raportit) viimeisen 10 vuoden ajalta tietokannoista Cochrane Database of Systematic Reviews ja Health Technology Assessment.
- Kolmannessa vaiheessa tehtiin kohdennettu kirjallisuushaku niistä diagnoosi-interventiopareista, joista tietoa edelleen puuttui. Tässä vaiheessa etsittiin systemaattiset katsaukset viimeisen kymmenen vuoden ajalta ja satunnaistetut hoitotutkimukset viimeisen viiden vuoden ajalta tietokannoista Medline ja PsycInfo.

Täydensimme lopuksi tietoja hakemalla Medlinesta julkaisuja tutkijan nimen perusteella käyttämällä Palkon päihde- ja mielenterveysjaoksen asiantuntijoilta saatuja vihjeitä. Työn loppuvaiheessa todettiin lapsia ja nuoria koskevien interventioiden puuttuvan, johtuen alussa käytyistä liian tiukoista sisäänottokriteereistä. Hylättyjen tutkimusten joukosta seulottiin lopuksi lapsia ja nuoria koskevat häiriötasoisten ongelmien interventiotutkimukset.

4.2.2 Käypä hoito -aineisto ja kansainväliset hoitosuositukset

Kävimme läpi 11 aiheen kannalta oleellista Käypä hoito -suositusta: aiheina ADHD, alkoholi, depressio, epävakaa persoonallisuus, huumeongelma, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, syömishäiriöt, traumaperäinen stressihäiriö, tupakkariippuvuus ja unettomuus. Näistä poimittiin ne näytönastekatsaukset, jotka täyttivät katsauksen sisäänottokriteerit.

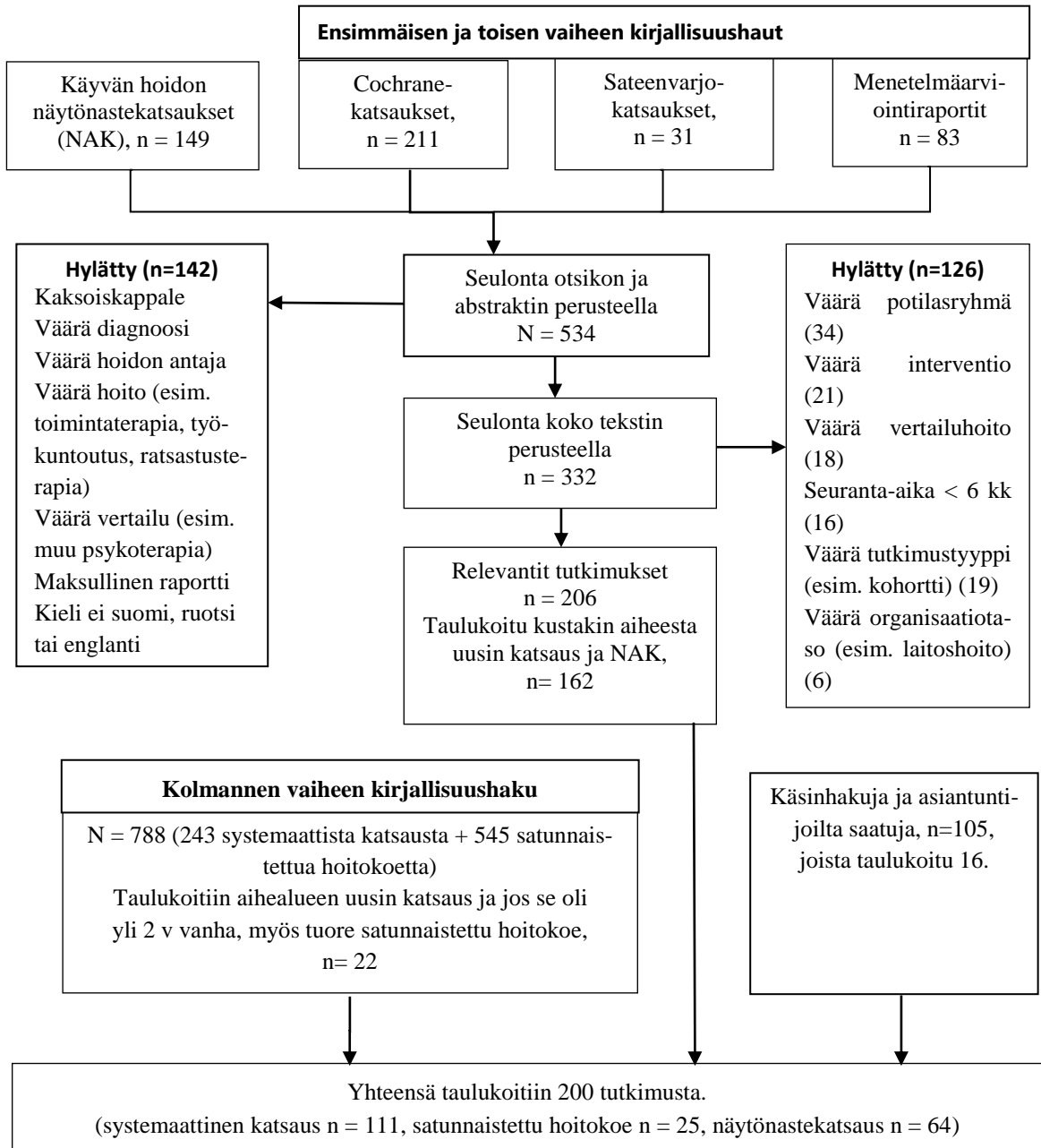
Haimme tietoa kansainvälisistä hoitosuosituksista seuraavien organisaatioiden verkkosivuilta: Ruotsin terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö SBU, Belgian terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö KCE, Britannian National Institute for Clinical Excellence NICE sekä Australian ja Uuden Seelannin psykiatriyhdistyksen (The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists) verkkosivut. Viimeksi mainittu lähde sisältää paitsi yhdistyksen itse tekemiä katsauksia ja suosituksia myös muualla tehtyjä yhdistyksen hyväksymiä

suosituksia. Suositusten tekijät valittiin sillä perusteella, että tekijät ovat tunnettuja organisaatioita ja niiden edustama terveydenhuoltojärjestelmä on suhteellisen samankaltainen suomalaisen järjestelmän kanssa.

4.2.3 Aineiston seulonta

Vaikuttavuusaineisto

Kolmessa vaiheessa tehdyt systemaattiset kirjallisuushaut tuottivat yhteensä 1262 viitettä. Kaksi tutkijaa (MS ja CF) kävivät viitelistat läpi käyttäen ennalta laadittuja mukaanotto- ja poissulkukriteerejä (Liite 4). Tutkimusten seulonta tehtiin ensin yksin ja sen jälkeen tarkistaen toisen valinnat laadunvarmistuksen vuoksi. Kolmas tutkija (IP) osallistui epäselvyyksien ratkaisemiseen ja teki itsenäisesti lapsia ja nuoria koskevan tietojen seulonnan. Valitut tutkimukset ryhmiteltiin diagnooseittain ja interventioittain, jotta saatiin käsitys, kuinka paljon tutkimuksia löytyi kustakin diagnoosi-interventioparista. Kullekin diagnoosi-interventioparille valittiin uusin hyvälaatuinen katsaus tai Käypä hoito -suosituksen näytönastekatsaus. Satunnaistettuja hoitotutkimuksia käytettiin, jos uusin katsaus oli yli kaksi vuotta vanha. Palkon päihde- ja mielenterveysjaoksen asiantuntijoilta saatujen 89 viitteen joukosta 15 päätyi lopulliseen arvioon. Näin seulottuna mukaan taulukoitavaksi valikoitui 200 tutkimusta (kuvio 1). Tutkimusten valinta- ja tiedonkeruumenetelmät on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteessä 5.



Kuvio 1. Vaikuttavuustutkimusten valinta

Kustannus-vaikuttavuusaineisto

Kaksi tutkijaa (NB ja PA) kävivät läpi kustannusvaikuttavuushaun viitelistat otsikon ja abstraktin perusteella ensin yksin ja sen jälkeen tarkistaen toisen seulontatuloksen laadunvarmistuksen vuoksi. Artikkelit jaettiin hylättyjen ja mukaan otettavien ryhmiin käyttäen samoja poissulkukriteereitä kuin vaikuttavuushaussa ja lisärajausena oli, että tutkimuksessa raportoitiiin hoidon kustannusvaikuttavuutta. Ensimmäinen haku tuotti 1227 taloudellisen arvon arviointia koskevaa viitettä ja kokoteksteinä luettaviksi päätyi 226 artikkelia, joista 54:stä poimitiin kustannusvaikuttavuustietoja. Poissuljetut tutkimukset luetellaan liitteen 6 taulukossa tärkeimmän poissulkukriteerin mukaan järjestettynä.

4.3 KRIITTINEN ARVIOINTI

Tiiviin aikataulun vuoksi vaikuttavuustutkimusten laatua ei arvioitu käyttäen varsinaisia laadunarviointityökaluja, vaan luotimme kokeneen katsaustyöryhmän (CF, MS) ammattitaitoon karsinnassa. He poistivat ei-järjestelmälliset katsaukset sekä tutkimusmetodologian tai raportoinnin suhteen puutteelliset alkuperäistutkimukset. Mukaan otettujen tutkimusten laatua ei arvioitu kiireellisen aikataulun takia.

Taloudellisten arvioiden ja kustannustietojen laadunarviointi perustuu samoin arvioijien (PA, NB) aikaisempaan kokemukseen ja huolelliseen poissulkukriteerien noudattamiseen. Tulostaulukossa esitetään tutkimusten otoskoko, jota voidaan käyttää yhtenä tulosten luotettavuuden kriteerinä: pienempään otoskokoön liittyy enemmän tilastollista epävarmuutta.

4.4. AINEISTON KÄSITTELY

Vaikuttavuusaineisto

Tieto valituista tutkimuksista uutettiin taulukoimalla diagnoosikohtaisesti käytetty psykososiaalinen interventio, vertailuinterventio, hoitotulos, tavoiteltu hoitotulos, näytön aste ja lähteet (Liite 7). Hoitotuloksena raportoitiiin katsauksen päälopputulomuuttuja sekä toimintakyky- tai elämänlaatumuuttuja silloin, kun sellainen oli ilmoitettu. Hoitotulos raportoitiiin merkitsemällä plus, nolla tai miinus. Plus merkittiin, kun katsauksessa (tai alkuperäistutkimuksessa) oli tilastollisesti merkitsevä tulos terapian hyväksi. Merkitsevyyden raja (nollahypoteesin todennäköisyys) oli katsauksissa 5 % tai pienempi. Nolla merkittiin, kun katsauksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä kyseisen lopputulosmuuttujan suhteen. Miinus merkittiin, kun katsauksessa oli tilastollisesti merkitsevä tulos verrokin hyväksi.

Näytön asteen merkitsemisessä käytettiin A-D koodistoa, joka on erilaisina muunnelmina käytössä muun muassa Käypä hoito -suosituksissa ja kansainvälisesti. A merkitsee vahvaa tutkimusnäyttöä eli sitä, että aiheesta on useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. B merkitsee kohtalaista tutkimusnäyttöä (ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia), C niukkaa tutkimusnäyttöä (ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus) ja D sitä, että luotettavaa tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä ei ole. Käytimme katsauksen kirjoittajien määrittelemää näytön astetta aina kun se oli mahdollista. Jos näytön aste oli ilmoitettu vastaavalla neliportaisella asteikolla, käytimme sitä sellaisenaan. Jos lähde käytti jotain muuta näytön asteen arviointitapaa, työryhmä muunsi raportoidun näytönasteen A-D-koodiksi. Jos lähde ei ollut arvioinut näytön astetta, työryhmä teki sen GRADE-ohjeiden mukaisesti (Jousimaa ym. 2010). Näytön asteen arviointia on kuvattu tarkemmin liitteessä 8.

Kustannus-vaikuttavuusaineisto

Luokittelimme terapiat viiteen ryhmään: 1) yksilöterapiana annettava kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), 2) KKT yhdistettynä johonkin muuhun hoitoon (KKT osana muuta hoitoa), 3) KKT, jota tarjotaan muualla kuin hoidontarjoajan vastaanotolla (sovellettu KKT), 4) internetin kautta tarjottava KKT (Verkkopohjaiset KKT:t) ja 5) muu kuin KKT (Ei-KKT).

Jokaisesta tutkimuksesta on selvitetty kohteena oleva terveysongelma, interventio, vertailuhoido, hoidon vastemuuttuja, elämänlaatumittari (jos vastemuuttujana on käytetty laatupainotettuja elinvuosia), inkrementaalinen kustannus, inkrementaalinen vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuussuhde, kustannusten arvioinnin näkökulma, tutkimusasetelma, perusjoukon koko, tutkimuksen seuranta-aika, maa ja lähde. Kustannustiedot on muutettu euromääräisiksi käyttäen huhtikuun 30. päivän valuuttakurssia.

Tutkimukset, joissa psykoterapioiden vaikuttavuutta on mitattu laatupainotettuina elinvuosina (QALY, quality adjusted life year), ovat periaatteessa vertailtavissa. Näissä tutkimuksissa raportoidut inkrementaaliset kustannusutiliteettisuhteet esitämme kuvana (Kuvio 2). Kuvassa jokaisen tutkimuksen inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde esitetään pisteenä, joka kuvaa eroa hoitokustannuksissa ja QALYissa vertailtaessa tarkastelun kohteena olevaa psykoterapiaa verrokkihoitoon. Pisteiden koko on skaalattu kuvaamaan tutkimuksen perusjoukon kokoa (suurempi piste merkitsee suurempaa otoskokoa).

5 TULOKSET

5.1 PSYKOTERAPIAN VAIKUTTAVUUS

Tämä luku kuvaa systemaattisen katsauksen tuomia tuloksia terapioiden ja muiden psykososiaalisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta. Kunkin häiriökohtaisen alaluvun kohdalla kerrotaan ensin lyhyesti häiriöstä ja sen hoidosta Suomessa ja sen jälkeen hoitojen vaikuttavuutta koskevat tulokset. Yksityiskohtaisemmat tiedot vaikuttavuustuloksista ja viitteet ovat taulukoituna liitteessä 7. Viimeisenä esitetään Suomen ja muutamien muiden maiden hoitosuosittelujen kannottoja psykososiaalisten hoitojen käytöstä kyseisessä potilasryhmässä. Terapioiden sisältö on lyhyesti kuvattu liitteessä 2.

Liitteen 7 tulostaulukoissa tutkimustiedosta on uutettuna interventio, vertailuinterventio, lopputulosmuuttuja, tavoiteltu hoitotulos, näytön aste ja lähteet. Hoitotuloksena raportoituihin katsauksen päälopputulokset sekä toimintakyky- tai elämänlaatumuuttuja silloin, kun sellainen oli ilmoitettu. Hoitotulos raportoituihin merkitsemällä plus, nolla tai miinus. Plus merkittiin, kun katsauksessa (tai alkuperäistutkimuksessa) oli tilastollisesti merkitsevä tulos terapian hyväksi. Merkitsevyyden raja (nollahypoteesin todennäköisyys) oli katsauksissa 5 % tai pienempi. Nolla merkittiin, kun katsauksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä kyseisen lopputulosmuuttujan suhteen. Miinus merkittiin, kun katsauksessa oli tilastollisesti merkitsevä tulos verrokin hyväksi.

Näytön asteen merkitsemisessä käytettiin A-D koodistoa, joka on erilaisina muunnelmina käytössä muun muassa Käypä hoito -suosituksissa ja kansainvälisesti. A merkitsee vahvaa tutkimusnäyttöä eli sitä, että aiheesta on useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. B merkitsee kohtalaista tutkimusnäyttöä (ainakin yksi

menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia), C niukkaa tutkimusnäyttöä (ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus) ja D sitä, että luotettavaa tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä ei ole. Käytimme katsauksen kirjoittajien määrittelemää näytön astetta aina kun se oli mahdollista. Jos näytön aste oli ilmoitettu vastaavalla neliportaisella asteikolla, käytimme sitä sellaisenaan. Jos lähde käytti jotain muuta näytön asteen arviointitapaa, työryhmä muunsi raportoidun näytönasteen A-D-koodiksi. Jos lähde ei ollut arvioinut näytön astetta, työryhmä teki sen GRADE-ohjeiden mukaisesti (Jousimaa ym. 2010). Näytön asteen arviointia on kuvattu tarkemmin liitteessä 8.

5.1.1 Lääke- ja päihderiippuvuuksien psykososiaalinen hoito

Päihdeongelmaisen hoidossa yleisin psykososiaalinen hoito on "tavallinen hoitosuhde" eli hoitava ja tukea antava vuorovaikutus. Myös motivoiva haastattelu on keskeinen menetelmä. Riippuvuusongelmia hoidetaan Suomessa ratkaisukeskeisen tai kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä, jotka painottavat itsehallintaa, käyttäytymisen seurausten hallintaa ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Yksilöterapiasta tai rinnalle voidaan ottaa perhe- ja verkostoterapioita (muun muassa yhteisö vahvistusohjelmaa) sekä palveluohjausta, jossa työntekijä huolehtii, että potilas saa tarvitsemansa palvelut. Myös vertaistukiryhmiä (AA- ja NA -toiminta) sekä toiminnallisia terapioita, kuten taide- ja musiikkiterapioita käytetään. (Huttunen ja Kalska 2015; Huumeongelmaisen hoito Käypä hoito -suositus 2012).

Seuraavassa kappaleessa ja taulukossa esitellään yhteenveto lääke- ja päihderiippuvuuksien hoidon vaikuttavuustutkimusten tuloksista. Sen jälkeen kutakin päihdehäiriötä ja sen tuloksia käsitellään vielä erikseen.

Katsauksen tulokset: Alkoholin, opioidien ja metamfetamiinin aiheuttamien päihdehäiriöiden hoidossa psykoterapioiden vaikuttavuus näyttää tutkimusten valossa vankalta (liite 7, taulukot 1-7). Kognitiivinen käyttäytymisterapia auttaa pääsemään eroon metamfetamiinista ja tupakasta sekä näyttää olevan tehokas myös alkoholin, kannabiksen ja opioidien käytön vähentämisessä. Sen sijaan bentsodiatsepiini- ja amfetamiiniriippuvuuksien hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus on osoittamatta. Palkkiohoitoa on tutkimuksissa käytetty menestyksellä opioidien ja metamfetamiinin vieroituksessa ja käytön vähentämisessä. Motivoiva haastattelu näyttää olevan tehokas päihteiden käytön vähentämisessä yleisesti ja erikseen myös nuorilla: parhaat tulokset on tutkimuksissa saatu metamfetamiinin ja alkoholin ongelmakäyttäjillä. Alkoholin käyttöä voitaneen tehokkaasti vähentää myös ohjatun itsehoidon avulla. Erilaisilla verkko-interventioilla saatiin pieni mutta tilastollisesti merkitsevä suotuisa tulos huumeiden ja erityisesti opioidien käytön, muttei stimulanttien käytön vähentämiseen. Peliriippuvuuksien hoidossa motivoiva haastattelu, verkon kautta toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia tai monia terapiamuotoja yhdistelevä terapia saattavat vähentää pelaamistiheyttä ja helpottaa oireilua enemmän kuin tavanomainen hoito, mutta näyttö on heikkoa (liite 7, taulukko 8).

Yhteenveto: Lääke- ja päihderiippuvuuksien vaikuttaviksi todetut hoidot

Päihde- häiriö	Psykote- rapiat (ylipää- tään)	Kognitiivinen käyttäytymis- terapia	Palkkio- hoito	Moti- voiva haastat- telu	Neu- vonta ja itsehoi- to	Verkkointer- ventiot
Tupakka		A			A	
Alkoholi	B	B		B	A/B	
Huumeet (kaikki)			0	B		B
Opioidit	B	B	B			0
Stimu- lantit		A	A	A		B
Kannabis		B				

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö, 0=vaikuttavuutta ei todettu

Tupakka ja nikotiini

Tupakkariippuvuus on krooninen, vakava sairaus, jonka aiheuttama kuolleisuus ja sairastavuus ovat suuria (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus, 2012). Tupakointi on merkittävä syöpä-, hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksien ja niistä johtuvien kuolemien aiheuttaja. Suomessa tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain 4 000–6 000 henkeä. Suomalaisista miehistä 23 % ja naisista 16 % tupakoi päivittäin vuonna 2010. Tupakoinnin haluaisi lopettaa kuusi kymmenestä tupakoijasta, ja neljä kymmenestä on yrittänyt lopettamista viimeisen vuoden aikana. Nuuskaa käyttää ainakin satunnaisesti kymmenen prosenttia pojista ja nuorista miehistä. Vieroitus voi onnistua, kun lopettajaa rohkaistaan ja tuetaan ja hänelle annetaan käytännön ohjeita tupakoinnille altistavien tilanteiden tunnistamiseen. Käypä hoito suosituksessa listataan tupakasta vieroituksen keinoja erikseen eri sairausryhmille.

Katsauksen tulokset: Psykososiaaliset interventiot ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroituksessa (liite 7, taulukko 1). Tukea ja ohjausta tarjoava keskustelu on tutkimusten mukaan vastaanotolla tehokkaampaa kuin puhelimitse tarjottuna. Ryhmäohjauksella on tutkimuksissa päästy parempiin tuloksiin kuin yksilöneuvonnalla tai oppailla. Erilaiset käyttäytymisterapiat, myös puhelimitse annetut, ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroituksessa, mutta palkkiohoito sen sijaan ei (liite 7, taulukko 5).

Alkoholi

Alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. Alkoholi on myös merkittävä työikäisten kuolemien aiheuttaja. Terveystieteiden tutkimusten mukaan noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjää. Miesten humalahakuinen juominen oli yleisintä 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä. Nuorten alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat tutkimusten mukaan vähentyneet ja raittiiden nuorten osuus on kasvanut 2000-luvulla. Tunnistaminen ja lyhytneuvonta ovat avainasemassa hoidossa. Yleisin psykososiaalinen hoito on "tavallinen hoitosuhde" eli hoitava ja tukea antava vuorovaikutus. Motivoiva haastattelu mainitaan keskeiseksi menetelmäksi ja erilaisia muita terapioiden ja ryhmäinterventioita luetellaan Käypä hoito-suosituksessa. (Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito -suositus 2015).

Katsauksen tulokset: Lyhytneuvonta (puheeksiotto, riskien tunnistus ja motivointi, yleensä 1-5 käyntiä) vähentää alkoholin kokonaiskulutusta perusterveydenhuollon potilailla (erityisesti miehillä), joilla ei ole vaikeaa riippuvuutta, sekä riskiryhmiin ja ongelmakäyttäjiin kohdennettuna nuorilla (11-30 vuotiailla) (liite 7, taulukko 2). Motivoiva haastattelu, myös verkkomuotoisena (Arnaud ym. 2016), ja kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttävät olevan vaikuttavia keinoja alkoholin käytön vähentämiseen. Motivoiva haastattelu, on ilmeisesti vähintään yhtä hyvä kuin muutkin lyhytterapiat, myös sairaalahoitoon joutuneilla nuorilla. Verkkoterapioiden tuloksellisuutta arvioivissa tutkimuksissa oli suurin piirtein saman verran negatiivisia ja positiivisia tuloksia: positiivinen vaikutus alkoholin käyttömäärään oli usein suhteellisen pieni ja näytti kestävän vain muutamia kuukausia. Eri terapioiden välillä ei havaittu tehoeroja, ainakaan vuonna 2008 tehdyn katsauksen mukaan (Imel ym. 2008). Toiminnalliset ja yhteisöohjelmat, kuten AA-toiminta ja 12-askelen ohjelma, olivat tämän katsauksen ulkopuolella, joten tietoa niiden vaikuttavuudesta ei kerätty.

Lääkkeiden väärinkäyttö

Noin seitsemän prosenttia suomalaisista on joskus käyttänyt unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin ilman lääkärin määräystä tai lääkärin määräämää suurempina annoksina. Bentsodiatsepiineja, stimuloivia lääkeaineita ja kipulääkkeitä käytetään myös huumeiden tapaan suonensisäisesti. Yleisimmät Suomessa huumeetarkoitukseen käytetyt opioidit ovat buprenorfiini, tramadoli, oksikodoni ja kodeiini. 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä lääkkeiden väärinkäyttöä ilmenee kymmenellä prosentilla. Opioidien ongelmakäyttäjien määräksi arvioidaan 13 000–15 000 henkilöä. Kuolemaan johtavan myrkytyksen aiheuttaa yleisimmin lääkkeenä käytetty opioidi. Vieroitushoidon jälkeen tarvitaan usein pitkä kuntouttava hoito estämään retkahduksia. (Aalto ym. 2009; Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012; Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2015).

Katsauksen tulokset: Emme erotelleet tutkimuksista lääkkeenä käytettyjä opioideja ja laittomia opioidihuumeita, joten niiden tulokset esitetään yhdistettynä tässä kohdassa. Bentsodiatsepiinien käytön vähentämiseen tähtäävistä psykososiaalisista interventioista löytyi varsin vähän tietoa (liite 7, taulukko 3). Kognitiivinen käyttäytymisterapia ei näytä tutkimusten mukaan auttavan bentsodiatsepiinien käytön vähentämisessä. Motivoivan haastattelun tulokset eivät näyttäneet lupaavilta, mutta näytön puutteellisuuden vuoksi mitään varmaa ei siitä voida sanoa. Opioidien käytön vähentämisessä tulokset olivat lupaavampia. Psykoterapiat, erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu ja palkkiohoito näyttävät olevan tehokkaita hoitoja (liite 7, taulukot 4 ja 5). Erilaiset verkko-interventiot näyttävät myös toimivan opioidiriippuvaisilla. Motivoivalla haastattelulla voidaan ilmeisesti vähentää opioidiriippuvaisen alkoholin käyttöä.

Laittomat huumeet

Huumeaineiden käyttö on Suomessa ollut muuhun Eurooppaan verrattuna vähäistä. Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 17 prosenttia suomalaisista aikuisista on käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain laitonta huumetta. Kokeilut liittyvät enimmäkseen kannabikseen. Kannabista on elämänsä aikana käyttänyt 17 % suomalaisista. Amfetamiinien ongelmakäyttäjien määräksi Suomessa arvioidaan 11 000–18 000. Puolet ongelmakäyttäjistä on 25–34-vuotiaita. Tässä ikäryhmässä amfetamiineja ja ekstaasia oli joskus kokeillut noin 6 prosenttia ja kokaiinia 4 prosenttia. Opioidista eniten käytetään buprenorfiinia ja vähiten heroiniä. Amfetamiinin ja opioidien käyttäjien määrä ei ole merkittävästi muuttunut viimeisen 10 vuoden aikana. Huumeongelman hoidossa käytetään samoja psykososiaalisia hoitoja kuin alkoholiongelman hoidossa. (Huumeongelman hoito Käypä hoito -suositus 2012; Aalto ym. 2009).

Kannabis

Kannabistuotteet valmistetaan hampukasvista. Marihuana on hampun kuivattuja lehtiä ja kukkia ja hasis emikasvin kuivattua hartsia. Kannabista käytetään yleisimmin polttamalla.

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan tehokas hoito kannabisriippuvaisuuden hoidossa. Motivoiva haastattelu saattaa olla tehokas kannabiksen käytön vähentämisessä, mutta tulokset ovat ristiriitaisia (Liite 7, taulukko 5). Nuorilla toisen asteen oppilaitoksissa toteutetut motivoivat haastattelut ja muut lyhyet interventiot sekä perheinterventiot näyttävät harventavan kannabiksen käyttömäärää, vaikkei vaikutusta saatu päihteettömyyteen tai riippuvuuden asteeseen. Yksittäisiä uudempia satunnaistetuissa tutkimuksissa päihteiden riksikäyttöön taipuvaisilla nuorilla motivoivaan haastatteluun on lisätty vertaistuki ja näissä tutkimukset tulokset ovat olleet hyviä, ne vähensivät käyttökertoja ja tilanteista joissa nuori joutui tilanteeseen jossa huumeita tarjottiin (Mason ym. 2015; Mason ym. 2017). Palkkiohoito ei näytä auttavan kannabisriippuvaisten hoidossa.

Stimulantit: amfetamiini, sen johdokset, kokaiini ja ekstaasi

Amfetamiini on buprenorfiinin ohella Suomen yleisin pistoshuume. Sen johdos metamfetamiini vaikuttaa keskushermostoon vielä voimakkaammin ja aiheuttaa herkästi riippuvuutta. Johdosta käytetään suun kautta, nenän kautta nuuskaamalla, suonensisäisesti tai hydrokloridina polttamalla. Kokaiinia käytetään suonensisäisesti, nuuskaamalla tai suun kautta. Sen alkaloidijohdosta (crack) poltetaan savukkeina tai vesipiipussa. Stimulantteihin luetaan myös "rave"-kulttuuriin liittyvä, yleensä tabletteina kaupiteltava ekstaasi. Stimulantteihin kuuluu myös muita niin sanottuja klubihuumeita tai muuntohuumeita. Tutkimuksia stimulanttiriippuvaisten psykososiaalisista hoitomuodoista on tehty pääosin Yhdysvalloissa ja ne koskevat lähinnä kokaiini- ja metamfetamiiniriippuvuuden hoitoa. Hoitotuloksia voidaan ehkä soveltaa myös amfetamiiniriippuvuuden hoidossa. (Huumeongelman hoito Käypä hoito -suositus 2012; Aalto ym. 2009).

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu ovat vaikuttavia hoitoja metamfetamiinivieroituksessa, ainakin vastaanotolla toteutettuna (liite 7, taulukot 5 ja 7). Verkkomuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia tai verkkointerventiot yleensä eivät näytä olevan vaikuttavia hoitoja stimulanttiriippuvaisten hoidossa (liite 7, taulukko 7). Motivoiva haastattelu voi myös auttaa vähentämään stimulanttiriippuvaisen alkoholinkäyttöä (liite 7, taulukko 5). Palkkiohoito auttaa vähentämään metamfetamiinin ja ilmeisesti myös amfetamiinin käyttöä. Sen sijaan kokaiiniriippuvaisilla palkkiohoito ei ehkä anna parempia tuloksia kuin tavanomainen hoito. Muuntohuumeriippuvuuden psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkittua tietoa.

Hallusinogeenit

Hallusinogeenihin (psykotoimimeetteihin) kuuluu joukko erilaisia aineita: joko kasvien osia tai synteettisesti valmistettuja. Aineet aiheuttavat erilaisia aistivääristymiä ja ajatushäiriöitä. Hallusinogeenit ovat muun muassa LSD (lysergihapon dietyyliamidi), psilosiini (sienimyrky), meskaliini, dimetyylitryptamiini (DMT, "businessman's lunch") ja PCP (fensyklidiini). (Huumeongelman hoito Käypä hoito -suositus 2012)

Katsauksen tulokset: Psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkittua tietoa.

Sekakäyttö

Sekakäyttö on eri psykoaktiivisten aineiden (alkoholi, lääkkeet, laittomat huumeet) yhtäaikaista päihdekäyttöä. Sekakäyttö on yleistynyt: jopa 14 % 25–34-vuotiaista miespuolisista alkoholiongelmakäyttäjistä on käyttänyt laittomia huumeita (Huumeongelman hoito Käypä hoito -suositus 2012).

Katsauksen tulokset: Tutkimuksia sekakäytön hoidosta oli vain vähän, mutta motivoivalla haastattelulla pystytään ilmeisesti vähentämään päihteiden käytön määrää sekakäyttäjillä (liite 7, taulukko 5).

Hoitosuositusten kantoja päihderiippuvuuksien psykososiaalisesta hoidosta:

Tupakka	
Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus, 2012)	Omalääkärin, työterveyslääkärin ja hammaslääkärin velvollisuutena on käydä tupakoivan potilaan kanssa tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa.
Britannia (NICE 2013)	Lyhyt, alle 10 min kestävä, vastaanotolla tapahtuva puuttuminen, tuki, ohjaus, opasmateriaali kaikille. Tarjoa yksilöllistä tai ryhmämuotoista käyttäytymisneuvontaa ja lääkehoitoa.
Alkoholi	
Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015)	Hyvä hoitosuhde ja psykososiaaliset hoidot ovat hoidon perusta. Lyhytneuvonta (mini-interventio) on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen. Alkoholiongelmaan kietoutuu potilaan koko elämämpiiri, joten hoidonkin on oltava kokonaisvaltaista.
Britannia (NICE 2011)	Haitallinen juominen ja lievä riippuvuus: Tarjoa (kognitiivista) käyttäytymisterapiaa, yhteisöterapiaa tai pariterapiaa. Kohtalainen–vaikea riippuvuus: Tarjoa lääkityksen ja terapian yhdistelmää Lapsilla ja nuorilla: Tarjoa perheterapiaa
Huumeet	
Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito –suositus 2012)	Psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa. Kannabis: Psykososiaalisilla hoidoilla voidaan lisätä täysin vieroittuneiden määrää ja vähentää käytöstä aiheutuvia haittoja. Hoidon pituudella tai intensiteetillä ei näytä olevan suurta merkitystä. Opioidit: Vieroitushoitoon liitetty psykososiaalinen hoito parantaa vieroitushoidon tuloksellisuutta
Britannia (Department of Health 2007)	Vastaanotoilla tapahtuvaa keskustelua ja vertaistukiryhmiä tulee tarjota motivoituneille esim. neulan vaihtojen yhteydessä. Palkkiohoito tulisi ottaa käyttöön huumeyksiköissä

5.1.2 Itsetuhoisten potilaiden psykososiaalinen hoito

Itsetuhoisuus voidaan nähdä jatkumona kuolemanajatuksista ja itsen vahingoittamisesta itsemurhayrityksiin ja itsemurhiin. Nuorilla itsetuhoisuuteen liittyy usein kiinteästi epävakaa oireilu. Itseään vahingoittavilla nuorilla, on huomattavasti suurentunut itsemurhayrityksen vaara. Itsemurhakuolleisuus on Suomessa suuri verrattuna muihin maihin ja itsemurha on nuorten yleisimpiä kuolinsyitä. Masennustilat, kaksisuuntainen mielialahäiriö, päihdeongelmat ja käytöshäiriöt ovat nuorten itsetuhoisuuden riskitekijöitä. Myös epävakaa persoonallisuus ja käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn häiriöt altistavat nuorta itsetuhoisuudelle. (Strandholm ym. 2016).

Katsauksen tulokset: Psykososiaaliset hoitomuodot näyttävät vähentävän nuorten itsetuhoisuutta enemmän kuin tavanomainen hoito. Tämä käy ilmi 19 satunnaistettua hoitokoetta sisältävän meta-analyysin tuloksista: psykososiaalista hoitoa saaneista 28% uusi itsetuhoisen tekonsa tutkimuksen seuranta-aikana, kun taas tavanomaista hoitoa saaneilla nuorilla näin kävi 33 %:lle. Ero on suhteellisen pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä (Ougrin ym. 2015). Lääkehoidon ja psykoterapian välisistä tehoeroista itsetuhoisuuteen ei ole vertailevia tutkimuksia. Itsetuhoisten nuorten hoidossa suositellaankin ensisijaisesti psykososiaalisia hoitoja. Myös tavanomainen hoito on tutkimuksissa vähentänyt itsetuhoisuutta, mutta itsetuhoisille nuorille se ei yleensä ole riittävä hoito (Strandholm ym. 2016).

Kun tarkastellaan erikseen erityyppisiä interventioita (liite 7, taulukko 9 ja 10), vahvinta näyttöä nuorten itsetuhoisuuden vähentämiseen on mentalisaatioon perustuvilla terapioidilla. Lupaa-viksi tässä suhteessa ovat osoittautuneet myös nuorten dialektinen käyttäytymisterapia, joka yhdistää taitoharjoittelun ja yksilöterapian perhekeskeisellä otteella, sekä perheinterventiot yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon, mutta niiden osalta näyttö on heikkoa. Dialektisen käyttäytymisterapian todettiin vähentävän itsetuhoisuutta eniten niillä nuorilla, joilla saatiin merkittävää lievitystä myös masennukseen, toivottomuuteen ja itsemurha-ajatuksiin (Hawton ym. 2015). Näytön niukkuudesta huolimatta perheterapeuttisten elementtien yhdistäminen itsetuhoisten nuorten psykoterapiaan katsotaan yleensä tarpeelliseksi ja vakavissa tapauksissa suositellaan käsikirjaan perustuvia psykoterapiamuotoja (Strandholm. ym.2016). Itsetuhoisten nuorten epävakaiden oireiden lievittämisessä apua voi olla kognitiivisanalyttisestä ja mentalisaatioon perustuvasta terapiasta, Itsetuhoisten nuorten vanhemmille suunnatulla kasvatuseuvonnalla saadaan väkivaltaisia kasvatustapoja ja lasten häiriökäyttäytymistä vähennettyä. Psykodynaamisen ja supportiivisen psykoterapian tehosta tavanomaiseen hoitoon tai hoidon odotukseen verrattuna ei ole vertailevaa tutkimustietoa itsetuhoisten potilaiden hoidossa.

Aikuisilla itsetuhoisilla potilailla mentalisaatioterapia näyttää vähentävän itsensä vahingoittamista enemmän kuin tavanomainen hoito (taulukko 9). Lupavia tuloksia on saatu myös kognitiivisen käyttäytymisterapian, dialektisen käyttäytymisterapian ja ryhmämuotoisen tunteiden säätelyterapian tuloksellisuudesta, mutta näyttö näiden osalta on heikkoa. Pelkkä palveluohjaus ei näytä olevan riittävä interventio. Etäkontaktien puhelimitse, kirjeitse tai mobiililaitteilla toteutetuilla psykoterapioilla, supportiolla tai hoitoon sitouttamisella ei ole tutkimuksissa saatu vähennettyä itsen vahingoittamista tai itsemurhia itsetuhoisilla aikuispotilailla (Hawton ym. 2016). Kun vakavaan mielenterveydenhäiriöön liittyy päihdeongelma, monet tutkitut psykososiaaliset hoitokeinot näyttävät tehottomilta. Kognitiivisella käyttäytymisterapialla tai motivoivalla haastattelulla ei ole saatu apua mielenterveyden ongelmiin tai päihteiden käyttöön (liite 7, taulukko 11).

Yhteenveto: Itsetuhoisuuden vaikuttaviksi todetut hoidot

Häiriö	Perinteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia	Mentalisaatioterapia	Kognitiivisanalyttinen terapia	Dialektinen käyttäytymisterapia	Ryhmämuotoisen tunteiden säätelyterapia
Itsetuhoisuus aikuisilla	C	B		C	C
Itsetuhoisuus nuorilla	0	B	C	C	0

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö, 0=vaikuttavuutta ei todettu

5.1.3 Skitsofrenian ja muiden psykoottisten häiriöiden psykososiaalinen hoito

Psykoottisuus on oire, jossa todellisuudentaju pettää jollain aisti- tai ajatustoiminnon alueella. Taustalla voi olla psykiatrinen tai somaattinen sairaus, lääkitys tai vieroitusoireet. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus. Muita psykoosisairauksia ovat muun muassa harhaluuloisuushäiriö, mania, psykoottinen masennus, delirium ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Psykoosisairauksien elinikäinen esiintyvyys väestössä on parin prosentin luokkaa ja niihin sairastutaan tyypillisesti 15-30-vuotiaana. Nuorilla esiintyy usein 14-18 vuoden iässä lisääntyneeseen psykoosiriskiin viittaavia oireita. Suuren psykoosiriskin potilaista noin 40 prosenttia sairastui psykoosiin pohjoissuomalaisessa vuoden 1986 syntymäkohortissa (Mäki ym. 2010). Riskioireiden tunnistaminen on tärkeää, koska hoito voi ehkäistä tai viivästyttää varsinaisen psykoosin puhkeamista (Gergov ym. 2015). Varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla katsotaan myös voitavan parantaa psykoosisairauden ennustetta. Jo 1980-luvulla todettiin, että skitsofrenian hoidossa saadaan hyviä tuloksia yhdistämällä lääkehoitoon käyttäytymisterapeuttisia perheterapiamenetelmiä ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Mitä nuoremasta potilaasta ja hankalammista oireista on kyse, sitä tärkeämpää on yhteistyö vanhempien ja verkoston kanssa. Riskioireiden hoidossa ei suositella rutiininomaista lääkityksen aloittamista. Terapian päämääränä on psykoottisten oireiden lievittäminen, nuoruuden kehityksen, itsenäistymisen ja koulutuksen tukeminen sekä hoitoon sitoutumisen parantaminen (Huttunen ja Kalska 2015; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015; Gergov ym. 2015).

Katsauksen tulokset: Psykoosiriskissä olevien nuorten kohdalla kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian mahdollisuuksista psykoosien ehkäisemisessä on heikkoa näyttöä: tutkimuksissa, joissa terapiaa on verrattu hoidon odottamiseen tai supportiiviseen terapiaan ei ole saatu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille (liite 7, taulukko 12). Tutkijat ovat tuoneet esille sen, että psykoosiriskissä oleville potilaille tulisi tarjota pitempiä kuin kuuden kuukauden hoitojaksoja, jotta tulokset paranisivat (Phillips ym. 2007). Psykoedukaatio on keskeisessä asemassa sekä psykoottisten häiriöiden että riskioireilun hoidossa, vaikka satunnaistettuihin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä sen vaikuttavuudesta ei olekaan. Kliinisessä käytössä saattaa olla käytössä myös muita vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista toistaiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö. Psykoottisista häiriöistä kärsivät nuoret saattavat hyötyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivis-analyttiseen psykoterapiaan pohjaavista hoitomuodoista sekä kognitiivisesta kuntoutuksesta, mutta näyttö on heikkoa (liite 7, taulukko 13). Tutkimusnäyttö nuorten psykoosipotilaiden tietokoneavusteisesta kognitiivisesta kuntoutuksesta on lisääntymässä (Gergov ym. 2015).

Skitsofrenian kohdalla psykologiset interventiot näyttävät olevan vaikuttavaa hoitoa ainakin negatiivisten oireiden ja sosiaalisen toimintakyvyn suhteen (liite 7, taulukko 14). Psykoedukaatiivisen perheintervention ja kognitiivinen kuntoutuksen osalta näyttö vaikuttavuudesta on vahvinta skitsofreniapotilaiden kognitiivisen toimintakyvyn ja lääkemyöntyvyyden parantamisessa sekä uusiutumisten ja sairaalajaksojen vähentämisessä. Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää niin ikään vähentävän skitsofreniapotilaiden positiivisia ja negatiivisia oireita sekä kohentavan heidän toimintakykyään. Näyttö psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta oli riittämätöntä johtopäätösten tekoon. Skitsofreniapotilaat, joilla on samanaikainen päihdehäiriö näyttävät tutkimusten mukaan hyötyvän psykoterapioista vähemmän, mutta perheenjäsenten psykoedukaatiota ja motivoivaa neuvontaa sisältävä kognitiivinen integroitu terapia saattaa heilläkin kohentaa toimintakykyä ja vähentää sairaalajaksoja. Harhaluuloisuushäiriön osalta näyttö kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on niin niukkaa, ettei sen vaikuttavuudesta ei voi sanoa varmuudella mitään (liite 7, taulukko 15).

Yhteenveto: Skitsofrenian vaikuttaviksi todetut hoidot

Häiriö	Psykokoterapiat (ylipäättään)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia	Psykoedukatiivinen perheinterventio	Kognitiivinen kuntoutus
Skitsofrenia	B	B	C	A	A

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö,

Hoitosuositusten kantoja skitsofrenian psykososiaalisesta hoidosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015)	Hoidossa keskeisiä ovat psykoosilääkityksen lisäksi psykososiaalisen yksilöhoidon spesifiset muodot, kuten kognitiivinen-käyttäytymisterapia, koko perheen koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio), potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua lisäävät psykososiaalisen kuntoutuksen muodot sekä työkuntoutuksen ja tuetun työllistymisen edistäminen. Alueelliset hoitopalvelut tulee järjestää siten, että eriasteisesti häiriintyneet potilaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon ja kuntoutuksen joustavasti ja integroidusti. Jotta tehokkaiksi osoittautuneet menetelmät saadaan osaksi hoitojärjestelmäämme, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilökunnalle on järjestettävä koulutusta. Skitsofrenian hyvä avohoitopainotteinen hoito edellyttää riittäviä henkilöstö- ja osaamisresursseja.
Britannia (NICE 2014)	Tarjoa perheinterventiota ja yksilöllistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa lääkkityksen lisäksi
Australia ja Uusi-Seelanti (Galletly 2016)	Hoitona kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kognitiivinen kuntoutus (cognitive remediation). Tarjoa iäkkäille skitsofreniapotilaille myös mm. sosiaalisten taitojen harjoittelua tai eläinavusteisia terapioita.

5.1.4 Mielialahäiriöiden psykososiaalinen hoito

Masennus

Masennustilasta kärsii vuoden aikana noin 5 % suomalaisista. Noin 15 % on sairastanut depression 21 ikävuoteen mennessä. Masennusta sairastavista nuorista 40-80 %:lla on myös jokin muu mielenterveyden häiriö, yleisimmin ahdistuneisuus-, käytös- tai päihdehäiriö. Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaihe, jatkohoito (uusiutumisen ehkäisy) ja pitkäkestoisen ja toistuvan masennuksen ylläpitohoito. Hoito perustuu psykoterapioihin, lääkkeisiin ja niiden yhdistelmiin. Yleisimmin Suomessa käytetyt psykoterapiat ovat erilaiset kognitiivisen ja käyttäytymisterapeuttisen terapian muodot, psykodynaamiset terapiat sekä interpersoonalliset ja ratkaisukeskeiset terapiat. Yleisin toteutustapa on yksilöterapia. Ennen psykoterapiaan ohjaamista on tarkoituksenmukaista arvioida, olisiko lyhytkestoinen terapia riittävä apu potilaalle vai tarvitaanko todennäköisesti pidempiaikaista terapiaa tai vielä kattavampaa hoitokokonaisuutta. Lasten ja nuorten kohdalla käytetään myös perheterapiaa, jolloin työskent-

tely kohdistuu perheen ongelmallisiin vuorovaikutussuhteisiin tai -tapoihin. (Huttunen ja Kalska 2015; Depressio: Käypä hoito -suositus 2016; Marttunen ym. 2015).

Katsauksen tulokset: Systemaattisten katsausten perusteella voidaan yleisesti todeta, että psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät vähentävät masennusoireita ja parantavat aikuisten masennuspotilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke (liite 7, taulukko 16). Tämä näyttää pätevän myös silloin, kun tarkastellaan erikseen vain masennuksen akuutti- tai ylläpitovaiheen hoitoa, ryhmämuotoista hoitoa tai hoitoa perusterveydenhuollossa. Edellä mainittujen kohdalla näyttö on vahvaa tai kohtalaista. Vain hyvin varhaisen, masennustilaa ehkäisevän psykoterapeuttisen hoidon ja toisaalta kroonisen masennuksen hoidon vaikuttavuuden kohdalla näyttö on heikkoa. Kun tarkastellaan erikseen nuorten masennuksen hoitoa, vahvinta näyttöä on kognitiivisen käyttäytymisterapian ja interpersoonallisen terapian vaikuttavuudesta (liite 7, taulukko 17). Raskauden aikaisen tai synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa psykoterapiat näyttävät lievittävän masennusoireita enemmän kuin tavanomainen hoito (liite 7, taulukko 18). Psykoterapiat auttavat myös somaattisen sairauden vuoksi masentuneita: kohtalaista näyttöä löytyy dementiaan ja eturauhassyöpään liittyvän masennuksen hoidosta (liite 7, taulukko 19). Todettakoon, että masennuksen hoidosta eri henkilöryhmissä tai eri sairauksissa ei tehty erillistä hakua, joten on mahdollista, että tiedot näiltä osin ovat puutteellisia.

Psykoterapioiden ja lääkehoitojen keskinäisestä paremmuudesta voidaan todeta, että nuorilla psykoterapiat näyttävät olevan vähintään yhtä tehokasta kuin lääkehoito, kun tarkastellaan kaikkia psykoterapiamuotoja ja kaikkia masennuksen vaikeusasteita yhdessä (liite 7, taulukko 17). Samaan tapaan ylätasolla tarkastellen psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on tehokkaampaa kuin pelkkä masennuksen lääkehoito (liite 7, taulukko 16). Eri psykoterapiamuotojen ja lääkehoitojen keskinäisestä paremmuudesta voidaan tutkimusten perusteella sanoa seuraavaa: Kognitiivinen käyttäytymisterapia lyhytterapiana on tehokkaampaa kuin lääkehoito lievässä ja keskivaikeissa masennus-tiloissa. Ratkaisukeskeinen terapia sekä pari- tai perheterapia näyttävät olevan tehokkaampia kuin pelkkä lääkehoito masennusoireiden lievittäjänä. Sama pätee kroonisessa masennuksessa käytettävään CBASP-yhdistelmäterapiaan, yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon. Tietoista läsnäoloa kehittävä mindfulness-terapian vaikuttavuus masennuksessa on tutkimusten mukaan samanveroinen kuin lääkehoidon. Kun tarkastellaan ainoastaan lapsilla ja nuorilla tehtyjä tutkimuksia, näyttää siltä että psykoterapiat ovat samanveroisia tai parempia kuin pelkkä lääkehoito tai lääkehoidon ja terapian yhdistelmä. Lääkityksen lisäksi psykoterapian rinnalle ei näytä tuovan lisähyötyä nuorille masennuspotilaille ja vastaavasti, kognitiivisen käyttäytymisterapian lisääminen lääkitymisen rinnalle saattaa tehostaa nuorten masennuksen hoitoa (liite 7, taulukko 17).

Tässä katsauksessa ei haettu vastausta eri psykoterapiasuuntausten keskinäisestä paremmuudesta. Seuraavissa kappaleissa kerrotaan kuitenkin tutkimustuloksia eri psykoterapioiden vaikuttavuudesta aikuisten masennuksen hoidossa, kun vertailuhoitona on hoidon odotus tai tavanomainen hoito. Yksittäisistä psykoterapioista vahvinta on näyttö kognitiivisen käyttäyty-

misterapian ja käyttäytymisaktiivoinnin (behavioral activation, uuden polven kognitiivisbehavioraalisia terapeutoita, kuvaus liitteessä 2) sekä lieväoireisessa masennuksessa ratkaisukeskeisen terapian suotuisista vaikutuksista masennusoireisiin verrattuna hoitoa odottaviin tai tavanomaista hoitoa saaviin masennuspotilaisiin (liite 7, taulukko 16). Kohtalaista näyttöä löytyy seuraavista terapiamuodoista aikuisten masennuspotilaiden hoidossa: psykoedukaatio ja itsepuoppaat, kognitiivinen käyttäytymisterapia verkkoterapiana, supportiivinen terapia, pitkä psykodynaaminen terapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä positiivisen psykologian mukaiset interventiot.

Nuorten kohdalla yksilö- ja ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudessa ei liene eroa (Marttunen ym. 2015). Interpersonaalisesta psykoterapiasta on kehitetty nuorille 3-4 kuukauden kestoisen ryhmähoito, jonka aikana terapeutti tapaa myös vanhempia. Tätä hoitoa koskevat tutkimushavainnot ovat lupaavia, vaikkakin lyhytaikaisia (Young ym. 2010). Pari- tai perheterapian ja hoitoresistentin depression kohdalla myös ratkaisukeskeisen terapian vaikuttavuudesta on kohtalalaista näyttöä nuorten masennuspotilaiden hoidossa. Suomessa on kehitetty lasten ja nuorten ongelmien ratkaisemiseen tarkoitettu menetelmä, joka tunnetaan nimellä Muksuoppi (Marttunen ym. 2015). Sitä voidaan käyttää ahdistus- ja mielialahäiriöiden sekä riippuvuuksien hoitoon, joko yksilöterapiana tai pari-, perhe- tai ryhmäterapiana.

Perheterapiaa koskevia tutkimuksia nuorten depression hoidossa on melko vähän, mutta moni psykososiaalinen hoito sisältää myös vanhempien tapaamisia. Vanhempien osallistumisesta näyttää tutkimusten valossa olevan ainakin jonkin verran hyötyä nuorten erityyppisten mielen-terveyden häiriöiden hoidossa (Dowell ja Ogles 2010). Eri terapiamuotojen vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että perheterapia on nuorten depressioiden hoidossa yhtä vaikuttavaa kuin supportiivinen tai psykodynaaminen psykoterapia, mutta toisaalta sen vaikuttavuus on huonompi kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian (Marttunen ym. 2015). Nuoria masennuspotilaita hoidetaan Suomessa yleisesti psykodynaamisella psykoterapialla, jota pidetään lupaavana hoitona, vaikka näyttöä satunnaistetuista hoitokokeista ei vielä olekaan.

Masennuksen hoitotutkimuksissa seuranta aika on tyypillisesti noin kuusi kuukautta, mutta jos tarkastellaan erikseen tutkimuksia, joissa seuranta aika on yli yhden vuoden, tulokset ovat heikompia. Näin todetaan meta-analyysissa, jossa verrattiin erilaisten näyttöön perustuvien psykoterapioiden hoitotuloksia verrattuna tavanomaiseen hoitoon masennus- ja ahdistuspotilailla 12-18 kuukauden kohdalla en hoidon tuloksiin potilailla (Flückiger ym. 2014). Uusimmissa nuorten masennuksen hoitotutkimuksissa on sisällytetty 6-9 kuukauden kestoisen jatko- ja estohoitovaihe, jonka on havaittu parantavan hoitotulosta (Marttunen ym. 2015). Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan nuorten depressioiden jatko- ja estohoitoa voidaan toteuttaa lääkehoidon lisäksi harvajaksoisin kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisin seurantatapaamisin, vaikka näyttö aiheesta on vielä hyvin heikkoa (Cox ym. 2012).

Varsin moni terapia todetaan tutkimuksessa paremmaksi kuin hoidon odottaminen, eikä tällaisen tuloksen saavuttaminen vielä kerro paljoa terapian vaikuttavuudesta. Jos terapia todetaan

tehokkaammaksi kuin tavanomainen hoito, se kertoo vaikuttavuudesta jo enemmän, vaikka emme tarkkaan tietäisi mitä tavanomainen hoito sisältää. Tutkijat ovat todenneet, että ainakin lasten ja nuorten depression hoidossa tutkimustiedon perusteella vaikuttavaksi todetut psykoterapiat ovat vain hieman vaikuttavampia kuin niin sanottu tavanomainen hoito (Weisz ym 2006). Nuorten tavanomainen psykiatrinen hoito voi siis olla yllättävän vaikuttava hoito. Psykososiaaliset hoidot näyttävät tehoavan myös nuorten depression ehkäisyssä, ainakin lapsilla ja nuorilla. Riskiryhmiin kohdennettuna perinteiset ja uudemman polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat ja interpersoonalliset terapiat näyttivät tutkimuksissa ehkäisevät kliinisen depression puhkeamista (Hetrick ym. 2016).

Yhteenveto: Masennuksen vaikuttaviksi todettuja hoitoja. Tarkemmat tiedot liitteen 7 taulukoissa 16-19.

Masennus	Psykoterapiat (ylipäättään)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Interpersoonallinen terapia	Ratkaisukeskeinen terapia	Psykodynaaminen
Masennus	A B (ryhmä) C (puhelin) A (verkko)	A	C (lyhyt)	B	B (pitkä)
• akuutti	B				
• ylläpito	B				
• krooninen	C				
Nuorilla		A	A	B	
Raskaana olevilla ja synnytyksen jälkeen	B	B	B		B

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö.

Hoitosuositusten kantoja masennuksen psykososiaalisesta hoidosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Masennus Käypä hoito – suositus 2016)	Masennustilojen akuuttihoitossa keskeisimpiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja psykoterapiat. Nämä hoidot ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa depressioissa, joissa niitä voidaan käyttää vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti. Mitä vaikeampi masennustila on, sitä tärkeämpiä ovat depressiolääkehoidon rooli ja psykoterapian yhdistäminen lääkehoitoon. Perusterveydenhuollossa voidaan toteuttaa lyhyitä psykoterapeuttisia hoitoja lääkehoidon rinnalla tai ainoana hoitona.
Ruotsi (SBU 2015 ja SBU 2013a)	Kognitiivista käyttäytymisterapiaa verkkoterapiana suositellaan lieväoireiseen masennukseen Ratkaisukeskeinen terapia voi auttaa yli 65-vuotiaita.
Britannia (NICE 2016)	Lieväoireinen masennushäiriö: Tarjoa kognitiivis-behavioraalista itseapumateriaalia ja/tai verkko- tai puhelinterapiaa 2-3- kuukauden ajan.. Harkitse ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Vaikeahoitoinen lieväoireinen tai kohtalaisin oirein ilmenevä masennushäiriö: Tarjoa kognitiivista käyttäytymisterapiaa, interpersoonal-

		lista terapiaa, käyttäytymisaktivointia (behavioral activation, kuvaus liitteessä 2) tai behavioraalista pariterapiaa. Jos edelliset eivät sovel- lu, tarjoa lyhyttä psykodynaamista terapiaa. Krooninen ja uusiutuva masennus: Jos ei lääkitystä, niin tarjoa kroo- nista käyttäytymisterapiaa tai mindfulness-terapiaa.
Belgia (2014)	(Karyotaki)	Akuutti ja ylläpitovaihe lievässä ja keskivaikeassa masennushäiriös- sä: Psykoterapia yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon on ensisijainen hoito. Pelkkää lääkehoitoa tulisi välttää.
Australia ja Seelanti (2015)	Uusi- (Malhi)	Akuutti masennushäiriö: Menetelminä kognitiivinen käyttäytymiste- rapia, interpersoonallinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, käyttäy- tymisaktivointi (behavioral activation, kuvaus liitteessä 2), lyhyt psykodynaaminen terapia. <ul style="list-style-type: none"> • Lievässä-keskivaikeassa masennuksessa psykoterapia on ensisijainen. • Keskivaikeassa-vaikeassa masennuksessa psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on ensisijainen hoito. Ylläpitohoito: Kognitiivinen käyttäytymisterapia tai mindfulness- terapia niille, joilla on toistuvia masennusjaksoja. Krooninen masennus: Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on ensisijainen

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy ma-
sennus-, mania- ja sekamuotoisia sairausjaksoja ja vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita.
Kyseessä on useimmiten krooninen, uusiutuva sairaus. Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jak-
sojen uusiutumista mielialaa tasaavilla lääkkeillä ja psykoosilääkkeillä. Kaksisuuntaisen mie-
lialahäiriön psykososiaalinen hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa. Hoidon tavoitteena
on tukea potilasta, parantaa lääkehoitoon sitoutumista, helpottaa mielialajaksojen varhaisoi-
reiden tunnistamista ja lievittää potilaan ja hänen omaistensa vaikeuksia sopeutua sairauteen.
Psykososiaalisesta hoidosta lienee eniten hyötyä sairauden alkuvaiheessa. (Huttunen ja Kalska
2015, 67; Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013)

Katsauksen tulokset: Psykoedukaation lisääminen lääkehoidon rinnalle vähentää kaksisuun-
taisesta mielialahäiriöstä kärsivän potilaan oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito (liite 7,
taulukko 19). Ryhmäpsykoterapia näyttää toimivan paremmin kuin tavanomainen hoito. Kog-
nitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja kognitiivisesta kuntoutuksesta saattaa olla apua oireiden
vähentämisessä. Psykologisen perheintervention lisääminen lääkityksen rinnalle ei tuonut tut-
kimuksissa tilastollisesti merkitsevää lisähyötyä potilaille.

Yhteenveto: Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikuttaviksi todetut hoidot

Häiriö	Kognitiivinen käyttäytymistera- pia	Ryhmäpsykotera- pia	Psykoedukaa- tio	Kognitiivi- nen kuntou- tus
Kaksisuuntai- nen mielialahäi- riö	C	B	A	C

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö.

Hoitosuositusten kantoja kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalisesta hoi-
dosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013)	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalista hoitoa varten on kehitetty spesifisiä terapioiden. Näillä hoitomuodoilla on runsaasti yhteisiä aineksia, eikä niiden vaikuttavuuden vertailu ole toistaiseksi mahdollista. Psykososiaalinen hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa. Psykososiaalisesta hoidosta on eniten hyötyä sairauden alkuvaiheessa.
Britannia (NICE 2016)	Tarjotaan erityistä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon kehitettyä manualisoitua psykoterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa, interpersoonallista terapiaa tai behavioraalista pariterapiaa. Nuorille tarjotaan koulutuksellisia interventioita ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa bipolaarin masennuksen hoitoon.
Australia ja Uusi-Seelanti (Malhi 2015)	Strukturoimaton psykoedukatiivinen tuki sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia ja perheterapia bipolaariseen depressioon.

5.1.5 Ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalinen hoito

Ahdistuneisuushäiriöihin (anxiety disorders) kuuluvat yleinen ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö, julkisten tilojen pelko (agorafobia), sosiaalisten tilanteiden pelko (sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö) ja spesifit pelkotilat eli fobiat. Jopa yhdellä kymmenestä perusterveydenhuollon asiakkaasta on yleistynyt ahdistusta, mutta sen tunnistuksessa ja diagnosoinnissa on usein puutteita (Aalto ym. 2009). Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä: erityisesti sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja paniikkihäiriö yleistyvät nuoruusiän aikana (Ranta ym. 2015). Ahdistuneisuushäiriöiden hoito perustuu psykoterapioihin sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä-lääkkeisiin. Psykoterapioina käytetään erilaisia kognitiivisia ja käyttäytymisterapioita ja pelkoihin asteittaista totuttamista. Terapioissa oleellista on tiedon lisääminen oireista ja välttämiskäytöksen estäminen (Huttunen ja Kalska 2015; Huttunen 2016). Merkittävä osa potilaista ei kuitenkaan saa apua hoidoista, eikä hoitojen yhdistely tuota välttämättä parempaa tulosta (Hofmann ym. 2009). Ahdistuneisuuden hoidosta on tekeillä Käypä hoito suositus (M. Henriksson, suullinen tiedonanto).

Katsauksen tulokset: Psykoterapiaa (riippumatta suuntauksesta) saaneilla ahdistuneisuushäiriöiden oireet helpottavat enemmän kuin niillä, jotka odottavat hoitoa. Tämä pätee ainakin lapsilla ja nuorilla, mutta todennäköisesti myös aikuisilla (liite 7, taulukko 20). Tilanne on sama, kun tarkastellaan erikseen sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön hoitoa (liite 7, taulukot 21 ja 24). On arvioitu, että 60-80% ahdistuneisuushäiriöpotilaista hyötyy ensi linjan psykoterapeuttisesta ja tarvittaessa lääkehoidosta (Bandelow ym. 2004).

Lääkehoidon ja psykoterapeuttisen hoidon keskinäisestä asemasta voi todeta, että ainakin lapsilla kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää lievittävän ahdistuneisuushäiriön oireita ja vähentävän uusiutumisia tehokkaammin kuin lääkehoito (liite 7, taulukko 20). Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle näyttää tehostavan hoitoa pelkkään lääkehoitoon verrattuna, ainakin traumaperäisessä stressihäiriössä ja pakko-oireisessa häiriössä, sekä aikuisilla että nuorilla (liite 7, taulukot 23 ja 24). Ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia on ilmeisesti lääkehoidon veroinen hoito ahdistuneisuushäiriöissä.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia, sekä yksilö- että ryhmäterapiana, on tutkimusten mukaan vaikuttavaa hoitoa sekä aikuisten että nuorten ahdistuneisuushäiriöihin verrattuna hoidon odotukseen tai lumelääkkeeseen (liite 7, taulukko 20). Näyttö vaikuttavuudesta on kohtalaista, kun tarkastellaan erikseen sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön hoitoa tai internetin kautta toteutettua hoitoa (liite 7, taulukot 21 ja 23). Heikointa näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian ja supportiivisen terapian vaikuttavuudesta on paniikkihäiriön hoidossa (liite 7, taulukko 22). Myös uuden polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat (hyväksymis- ja omistautumisterapia ja mindfulness) näyttävät sekä aikuisilla että lapsilla ja nuorilla lievittävän ahdistuneisuushäiriöiden oireita enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke. Perhekontekstissa toteutettava kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla hyödyllistä, mutta tutkimuksia nuorista tarvitaan lisää. Suomessa laajalti ahdistuneisuushäiriöihin sovellettu psykodynaaminen psykoterapia lienee myös vaikuttavaa ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa (liite 7, taulukko 20). Näyttöä on myös meditaation ja huomioharjoittelun (attention bias modification, katso määritelmä liitteessä 2) vaikuttavuudesta (liite 7, taulukko 20). Kliinisessä käytössä voi olla käytössä myös muita vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista tois- taiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö (Ranta ym. 2015).

Yhteenveto: Ahdistuneisuushäiriöiden vaikuttaviksi todettuja hoitoja. Tarkemmat tiedot liitteen 7 taulukoissa 21-25.

Häiriö	Psykote- rapiat (ylipää- tään)	Kognitiivinen käyttäytymiste- rapia	Hyväksymis- ja omistautumiste- rapia	Tietoinen läsnäolo (mindful- ness)	Medi- taatio
Ahdistuneisuus- häiriöt (yleisesti)	B	A B (ryhmä tai verkko)	B	B	A
Yleinen ahdistu- neisuushäiriö	B	C			
Paniikkihäiriö	?	C			
Sosiaalinen ah- distuneisuus- häiriö		B C (verkko)			
Pakko-oireinen häiriö		B/C			

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö.

Hoitosuositusten kantoja ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Ruotsi (SBU 2013a; SBU 2005 vol 1-2)	Yleistynyt ahdistuneisuus: Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) Paniikkihäiriö: KKT yhdistettynä altistusterapiaan. Psykoterapian vaikutus kestää pidempään kuin lääkehoidon. Pakko-oireinen häiriö: Käyttäytymisterapia Sosiaalinen fobia: KKT, myös verkkoterapiana terapeutin tukemana.
Britannia (NICE 2005)	Pakko-oireinen häiriö: Tarjoa aikuisille lyhyttä, yksilöllistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT), jossa altistusterapiaa. Lapsille

	ja nuorille lieväoireisissa tapauksissa riittää ohjattu itseapu. Sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö: Aikuisille tarjoa KKT:aa (yksilö KKT kustannusvaikuttavampi kuin ryhmämuotoinen). Jos KKT ja lääkehoito eivät auta, harkitse lyhyttä psykodynaamista terapiaa. Lapset ja nuoret: Tarjoa yksilö- tai ryhmämuotoista KKT:aa.
Kanada (Katzman ym 2014)	Psykologisilla hoidoilla on merkittävä asema ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia, yksilö- tai ryhmä-terapiana, yhdistettynä pelottaville asioille altistamiseen, soveltuu kaikille ahdistuneisuushäiriöille. Psykoterapian vaikutus on samaveroinen kuin lääkityksen. Lääkitystä ja psykoterapiaa ei tule rutiinisti yhdistää.
Yhdysvallat (AACAP 2007)	Ahdistuneisuushäiriöiden ensisijainen hoitomuoto on psykoterapia
Australia ja Uusi-Seelanti (RANZCP 2003)	Sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö: Kognitiivinen käyttäytymisterapia on lääkitystä kustannusvaikuttavampi

Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäisiä stressireaktioita ja -häiriöitä esiintyy kaikenikäisillä, pelottavia tai traumaattisia asioita kokeneilla ihmisillä. Akuuttien tilanteiden hoidolla pyritään ehkäisemään pitkittyntä ahdistuneisuusoireilua. Lieviä ja 1 - 2 kuukautta kestäneitä häiriöitä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa psykiatristen konsultaatioiden tuella. Akuuteissa ja lievissä tapauksissa hoidoksi riittää turvallinen hoitokontakti. Leikkiä käytetään paljon lasten psykoterapiassa ja traumaterapiassa (Ranta ym. 2015). Vaikeat stressihäiriöt sen sijaan kuuluvat psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Hoito toteutetaan yleensä avohoitona (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014).

Katsauksen tulokset: Psykoterapiat vähentävät vähintään kaksi kuukautta kestäneen traumaperäisen stressihäiriön oireita ja ovat ilmeisesti myös parantava hoito (liite 7, taulukko 24). Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle näyttää lievittävän traumaperäisen stressihäiriön oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on hoidoista eniten tutkittu: sen osalta näyttö vaikuttavuudesta on kohtalaista oireiden vähenemisen ja nuorilla myös paranemisen suhteen. Vahvinta näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta oireiden ja käytösongelmien vähenemiseen on lapsilla, joita on käytetty seksuaalisesti hyväksi. Ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla tehokasta, mutta näyttö on heikkoa. Terapioiden traumakeskeisyyttä usein korostetaan, mutta tutkimusten perusteella ei pystytty tekemään selvää eroa traumakeskeisen ja ei-traumakeskeisen terapian vaikuttavuuden välillä. Psykoedukaatio, virtuaalitodellisuusterapia ja erityisesti maahanmuuttajaperheiden lapsille ja nuorille suunnattu narratiivinen altistusterapia saattavat myös olla tehokkaita oireiden lievittäjiä, mutta niitä koskeva näyttö on heikkoa. Silmänliiketerapiaa koskeva näyttö on ristiriitaista: se saattaa kuitenkin olla lääkehoidon veroinen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Eri terapioiden vertailussa ei ole löydetty merkittäviä keskinäisiä tehoeroja (Benish ym. 2008).

Yhteenveto: Traumaperäisen stressihäiriön vaikuttaviksi todettuja hoitoja

Häiriö	Kaikki terapiat	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Psykoedukatio	Silmänliiketerapia	EMG-biopaute	Virtuaalitodellisuus
Traumaperäinen stressihäiriö	B	B	C	C	C	C

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö.

Hoitosuositusten kantoja traumaperäisen stressihäiriön psykososiaalisesta hoidosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Trauma-peräinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014)	Akuutissa stressihäiriössä tulee voimakkaita stressivasteita pyrkiä rauhoittamaan tarjoamalla psykososiaalista tukea. Pitkäkestoisen traumaperäisen stressihäiriön ensisijainen hoito on psykoterapia. Toissijainen hoito on lääkitys tai psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmä.
Ruotsi (SBU 2005; SBU 2001)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdistettynä altistusterapiaan. Psykoterapian vaikutus kestää pidempään kuin lääkehoidon. Silmänliiketerapia on suositeltava lisähoito, etenkin lapsille.
Britannia (NICE 2005)	Traumakeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja/tai silmänliiketerapiaa tulee tarjota yli 3 kuukautta oireilleille. Ei rutiinisti varhaista puuttumista (debriefing).
Kanada (Katzman ym 2014)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdistettynä altistukseen on ensilinjan hoito. Muita suositeltavia hoitoja ovat silmänliiketerapia ja stressinhallinta. Debriefingia ei rutiinisti.

5.1.6 Somatoformisten ja toiminnallisten häiriöiden psykososiaalinen hoito

Somatoformiset eli elimellisoireiset psykiatriset häiriöt ovat häiriöitä, joiden oirekuvaa hallitsee joku ruumiillinen tai elimelliseen sairauteen viittaava oire, jolle ei löydy mitään tunnettua elimellistä syytä. Somatoformisista häiriöistä yleisimpiä ovat hypokondriinen häiriö, konversiohäiriö ja somatisaatiohäiriö. Hypokondriassa henkilö pelkää sairastavansa jotakin vakavaa sairautta tai se ilmenee dysmorfisena ruumiinkuvan häiriönä. Konversiohäiriössä on vähintään yksi tahdonalaisen lihaksen tai aistien toimintaan liittyvä, yleensä ohimenevä oire tai vajaus, joka muistuttaa neurologista tai muuta ruumiillista häiriötä. Somatisaatiohäiriössä henkilö on kärsinyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden vuoden ajan lukuisista erilaisista ruumiillisista oireista. Somatisaatiohäiriö on suhteellisen yleinen häiriö: yhden prosentin luokkaa naisilla ja harvinaisempi miehillä. Somatoformisten häiriöiden syntyyn liittyy psykologisia tekijöitä, ja oireen ilmenemistä tai pahentumista edeltää erilaisia psyykkisiä ristiriitoja, stressitekijöitä tai traumaattiseen tunnemuistoon liittyviä tapahtumia. (Huttunen 2016).

Toiminnallisista häiriöistä raportoidaan tässä katsauksessa tuloksia ainoastaan toiminnallisen unettomuuden psykososiaalisesta hoidosta. Kroonisesta unettomuudesta kärsii 200 000–300 000 suomalaista. Jatkuva unenpuute aiheuttaa väsymystä ja lisää nukahtelutaipumusta. Univaje huonontaa vaativimpia aivotointoja: päätöksenteko vaikeutuu, ennakoitokyky huononee, onnettomuusriski kasvaa, muistitoiminnot heikkenevät ja muisti huononee. Lisäksi univaje vaikuttaa haitallisesti vastustuskykyyn, ja ikääntymiseen liittyvien sairauksien vaara kasvaa. Unettomuuden Käypä hoito-suosituksen mukaan unettomuuden hoitoon kuuluu omahoito, ympäristötekijöiden huomiointi, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja muiden lääkkeettömien menetelmien soveltaminen sekä lääkehoito. Psykoterapiasta puhutaan pitkäkestoisen unettomuuden yhteydessä (Unettomuus: Käypä hoito –suositus).

Toiminnallisista oireyhtymiä, joissa oireilulle ei löydy elimellistä syytä, mutta joiden kohdalla ei ole kyse varsinaisesta psykiatrisesta häiriöstä, ei käsitellä tässä raportissa. Näitä ovat muun muassa krooninen väsymysoireyhtymä ja monikemikaaliyliherkkyys. Toiminnallisille oireyhtymille on ominaista diagnostiikan ongelmallisuus ja etiologian epäselvyys.

Katsauksen tulokset: Psykoterapeuttinen hoito näyttää vähentävän lääketieteellisesti selittämättömiä fyysisiä oireita, hypokondriaoireita ja ehkä myös dysmorfisen ruumiinkuvan oireita enemmän kuin tavanomainen hoito (liite 7, taulukko 26). Pelkkä psykoedukaatio vaikuttaa olevan tehoton hoitomuoto, ainakin hypokondriapotilailla. Kognitiivinen käyttäytymisterapia lievittää toiminnallista unettomuutta ja parantaa unen laatua ja saattaa lievittää myös masennusoireita (liite 7, taulukko 27). Vastaanotolla tehtävät, vähintään neljän tunnin kestoiset hoidot toimivat paremmin kuin lyhyemmät terapiat tai itseapuaineisto. Vaikutus on samanveroinen kaikenikäisillä ja riippumatta siitä käyttäkö potilas unilääkkeitä (van Straten ym. 2017). Verkkoterapiana toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää unettomuuden aiheuttamia masennusoireita.

5.1.7 Syömishäiriöiden psykososiaalinen hoito

Syömishäiriöt ovat ajallemme ominaisia mielenterveyden häiriöitä erityisesti murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Niihin kuuluvat mm. laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Lihavan ahmimishäiriö (englanniksi binge eating disorder) on yleisin syömishäiriö. Se muistuttaa bulimiam, mutta siinä ei esiinny oksennuksia tai uloste- ja neste-poistolääkkeiden käyttöä. Erilaiset terapeuttiset ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat syömishäiriöiden hoidossa keskeisiä. Asian puheeksi ottaminen voi joskus riittää ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin aikana. Yleisimmin käytössä olevat terapiamuodot ovat perhepohjaiset hoidot, kognitiivinen käyttäytymisterapia, dialektinen käyttäytymisterapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia. (Huttunen ja Kalska 2015; Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014; Huttunen 2016)

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan tavanomaista hoitoa tehokkaampi syömishäiriöpotilaiden elämänlaadun kannalta (liite 7, taulukko 28). Kun tarkastellaan erikseen pelkästään **anoreksiapotilaita**, perhepohjainen hoito näyttää olevan vaikuttavaa hoitoa 12-18 vuotiailla nuorilla (liite 7, taulukko 29). Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta anoreksiapotilailla ei ole voitu osoittaa. Kognitiivinen kuntoutus (cognitive remediation) ja tietoinen läsnäolo (mindfulness) saattavat olla tehokkaampia kuin tavanomainen hoito, mutta näyttö on niukkaa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian, psykodynaamisen ja interpersoonallisen terapian osalta tulokset olivat heikkoja. Ne eivät näytä olevan tavanomaista hoitoa parempia ja voivat jopa heikentää potilaan toimintakykyä.

Ahmimishäiriön kohdalla kognitiivinen käyttäytymisterapia ja muutkin psykoterapiat näyttävät toimivan paremmin (liite 7, taulukko 30). Ne lievittävät bulimisia oireita tehokkaammin kuin tavanomainen hoito. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjattu verkkosovellus sen sijaan näytti tutkimusten valossa tehottomalta. **Lihavan ahmimishäiriön** hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää niin ikään toimivan yksilöterapiana, muttei ryhmäterapiana (liite 7, taulukko 31). Ryhmämuotoisesta dialektisesta käyttäytymisterapiasta sen sijaan saattaa olla hyötyä lihavan ahmimishäiriön hoidossa. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle ei näytä tuovan lisäarvoa lihavan ahmimishäiriön hoitoon.

Tästä katsauksesta on rajattu pois tutkimukset, joiden seuranta-aika oli alle kuusi kuukautta. Aikarajaus saattaa olla ongelmallinen anoreksiapotilaita koskevissa tutkimuksissa, joissa yleensä raportoitii vain hoidon jälkeisiä tai alle puolen vuoden seurantatuloksia. Tämä voi vaikuttaa tähän raporttiin kerätyn tiedon käyttökelpoisuuteen.

Yhteenveto: Syömishäiriöissä vaikuttaviksi todettuja hoitoja

Häiriö	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Perheterapia	Tietoinen läsnäolo (mindfulness)	Dialektinen käyttäytymisterapia	Kognitiivinen kuntoutus

Syömishäiriöt	B			
Laihuushäiriö	0	B	C	C
Ahmimishäiriö	B			
Lihavan ahmimishäiriö	B		C	

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö, 0=vaikuttavuutta ei todettu

Hoitosuosituksen kantoja syömishäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014)	Erilaiset terapeutit ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat syömishäiriöiden hoidossa keskeisiä.
Ruotsi (SBU 2016)	Lihavan ahmimishäiriö: Kognitiivinen käyttäytymisterapia (myös itseapumateriaalina) ja interpersoonallinen terapia.
Britannia (NICE 2017a)	Laihuushäiriö: Tarjoa moniammatillista tukea ja tietoa, myös perheelle. Harkitse kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT) tai laihuushäiriölle spesifistä manualisoitua terapiaa (MANTRA tai SSCM*). Jos edelliset eivät toimi, harkitse psykodynaamista terapiaa. Ahmimishäiriö: Aikuisilla: Harkitse itseapumateriaaleja, Jos tämä ei toimi, harkitse yksilöllistä KKT:aa. Lapsilla ja nuorilla: Tarjoa perheterapiaa. Jos tämä ei toimi, harkitse yksilöllistä KKT:aa. Lihavan ahmimishäiriö: Tarjoa KKT-itseapumateriaaleja. Jos tästä ei apua, tarjoa ryhmämuotoista KKT:aa. Jos tästä ei apua harkitse yksilöllistä KKT:aa.
Australia ja Uusi-Seelanti (Hay 2014)	Laihuushäiriö: Tarjoa perheterapiaa aina. Harkitse nuorille yksilöllistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Ahmimishäiriö ja lihavan ahmimishäiriö: Aikuisilla ensilinjan hoito on kognitiivinen käyttäytymisterapia

* Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), specialist supportive clinical management (SSCM) =adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa.

5.1.8 Persoonallisuushäiriöiden psykososiaalinen hoito

Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään nuorella aikuisiällä. Niiden esiintyvyys väestössä on noin kuusi prosenttia ja ne ovat tavallisimpia nuorena aikuisiässä. Persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeen pääryhmään: 1) Epäluuloiselle (paranoidinen), eristäytyvälle (skitsoidinen) tai psykoosipiirteiselle (skitso-tyyppinen) persoonallisuushäiriölle on ominaista käytöksen erikoisuus tai outous, 2) epäsosiaaliselle (antisosiaalinen), epävakaa ("rajatila", "borderline"), huomiohakuiselle tai narsistiselle persoonallisuushäiriölle on ominaista käytöksen dramaattisuus, emotionaalisuus tai epävakaus ja 3) estyneelle, riippuvaiselle tai pakko-oireiselle persoonallisuushäiriölle on tyypillistä ahdistuneisuus ja pelokkuus. Usein henkilöllä ilmenee samanaikaisesti usean eri persoonallisuushäiriön piirteitä. Psykoterapiassa käytetään sekä psykoanalyttistä että erilaisia kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisia lähestymistapoja. (Huttunen ja Kalska 2015).

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä henkilöillä kyky tunnistaa ja arvioida kielteisiä ajatuksia ja tunteita on puutteellinen. Erilainen itseä vahingoittava käyttäytyminen on tavallista, minkä vuoksi kriisien hallinta on keskeistä hoidon suunnittelussa. Nuorilla esiintyy epävakaista piirteitä ilman varsinaista persoonallisuushäiriötä. Epävakaasta persoonallisuus tai sen piirteet ovat usein yhteydessä itsetuhoisuuteen ja noin 10 % epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä päätyy itsemurhaan. Potilaiden hoidossa käytetään Suomessa psykoterapeuttisia menetelmiä yhdessä lääkehoidon kanssa. Psykoterapioina käytetään muun muassa dialektista käyttäytymisterapiaa, muita kognitiivis-behavioraalisia psykoterapioita, skeemakeskeistä psykoterapiaa, mentalisaatioterapiaa, psykoedukaatiota ja transferenssikeskeistä psykoterapiaa. Myös erilaisia ryhmäterapioita ja koulutusohjelmia on käytössä. (Epävakaasta persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015; Strandholm ym. 2016).

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö eli psykopaattinen käytös alkaa jo ennen 15 vuoden ikää. Länsimaisissa vankiloissa sitä todetaan lähes puolella miesvangeista ja viidesosalla naisvangeista. Rikollisuus sinänsä ei ole sairaus, mutta sen taustalla toisinaan oleva persoonallisuushäiriö on ainakin oireyhtymä (Repo-Tiihonen ja Hallikainen 2016). Käytökselle on ominaista väkivaltaisuus, häikäilemättömyys ja taipumus toistuviin lainrikkomuksiin.

Katsauksen tulokset: Psykoterapia on vaikuttavaa hoitoa persoonallisuushäiriöissä yleisesti (liite 7, taulukko 32). Sama tulos saadaan, kun tarkastellaan pelkästään psykodynaamisia ja kognitiivis-behavioraalisia lyhytterapioita. **Epävakaan persoonallisuushäiriön** hoidossa tutkimustulokset puhuvat vahvimmin dialektisen käyttäytymisterapian vaikuttavuuden puolesta (liite 7, taulukko 33). Se lievittää oireita, kohentaa vihansäätelyä ja vähentää itsensä vahingoittamista enemmän kuin tavanomainen hoito. Psykodynaamiset terapiat ja erityisesti transferenssikeskeinen terapia näyttävät tepsivän tavanomaista ja muuta hoitoa paremmin. Sama pätee uuden polven kognitiivis-behavioraaliin terapioihin, skeematerapiaan, mentalisaatioterapiaan sekä STEPP-hoito-ohjelmaan (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving). Lyhyt psykoedukaatiivinen interventio saattaa myös vähentää impulsiivisuutta ja ihmissuhteiden myrskyisyyttä. Perinteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia ei tutkimusten mukaan näytä toimivan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla. Nuorilla esiintyvä epävakaasta oireilu, mikä ilmenee käytöshäiriönä ja itsetuhoisuutena, on autettavissa vanhemmille suunnatulla kasvatusneuvonnalla (Liite 7, taulukko 34). Myös kognitiivisanalyttiset tai mentalisaatioon perustuvat terapiat voivat olla tehokkaita nuorten epävakan oireilun hoidossa.

Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä pakkiohoito näyttää tutkimusten mukaan parantavan sosiaalista toimintakykyä (liite 7, taulukko 35). Kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistäminen tavanomaiseen hoitoon saattaa parantaa hoitotulosta. Psykoedukaation vaikuttavuudesta ei ole lupaavia tuloksia, mutta näyttö on riittämätöntä luotettavan arvion tekemiseen.

Yhteenveto: Persoonallisuushäiriöiden vaikuttaviksi todettuja hoitoja

Persoonallisuushäiriön tyyppi	Kaikki	Psykodynaamiset			Uuden polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat			Pakkiohoito	Psykoedukaatio
		Psykoedukaation	Transferenssikeskeinen	Dialektinen käyttäytymisterapia	Skeematerapia	Mentalisaatioterapia			
Kaikki	A	A			A				
Epävakaasta	C	B	B	A	B	B		C	
Epäsosiaalinen							B	0	

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö, 0=vaikuttavuutta ei todettu

Hoitosuositusten kantoja persoonallisuushäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta:

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Epävaka persoonallisuus: Käypä hoito –suositus 2015)	Epävaka: Tietyillä psykoterapiamenetelmillä voidaan lieventää tehokkaasti potilaan oireistoa ja kuormittumista sekä edistää sopeutumista ja kohentaa toimintakykyä.
Britannia (NICE 2017b; NICE 2009a; NICE 2009b)	Epävaka: Tarjoa kirjallista tietoa eri terapiamahdollisuuksista. Älä käytä lyhyitä (alle 3 kk) psykoterapioita. Harkitse dialektista käyttäytymisterapiaa naisilla joilla on taipumus vahingoittaa itseään. Epäsosiaalinen: Lapset ja nuoret: Vanhempien ryhmämuotoinen psykoedukaatio on ensisijainen hoito. Jos se ei onnistu, niin yksilöpsykoedukaatio, jossa lapsi mukana. Kouluikäisille harkitaan ryhmä- tai yksilömuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Voimakasoireisilla ja hyperkineettisillä lapsilla lääke on ensisijainen. Aikuiset: Harkitse ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa lievissä tapauksissa tai jos lääkehoito ei onnistu. Rikosseuraamusten ja vankeinhoidon alaisilla henkilöillä: Samat terapiat kuin vankeinhoidon ulkopuolella olevilla. Harkitse palkkiohoitoa ja päihderiippuvuuksien ryhmähoitoa lääkkeiden tai huumeiden väärinkäytön hallintaan.

5.1.9 Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavien käytös- ja tunnehäiriöiden psykososiaalinen hoito

Lasten käytöshäiriöille on ominaista toistuva uhmakas, epäsosiaalinen tai aggressiivinen käyttäytyminen, joka rikkoo ikätasoisia sosiaalisia odotuksia. Lapsilla esiintyy usein rajoittamattai pettymystilanteissa lyhytkestoisia, ohimeneviä käytösoireita, mutta käytöshäiriössä oireet ovat pitkäaikaisia ja voimakkaita. Käytöshäiriöitä esiintyy 3-8 %:lla lapsista, mutta rikoksista tuomituista nuorista 70-90 %:lla on käytöshäiriö.

Käytöshäiriöt jaotellaan käytösoireiden ilmiänsun ja lapsen ja nuoren kehitysvaiheen perusteella (perheensisäinen, epäsosiaalinen, sosiaalinen ja uhmakkuushäiriö). Uhmakkuushäiriöt esiintyvät tyypillisesti alle 10-vuotiailla, käytökselle on tyypillistä tottelemattomuus ilman vakavaa aggressiivisuutta. Hoitamattomana uhmakkuushäiriön katsotaan johtavan varsinaisiin käytöshäiriöihin. Häiriöluokkia ovat hyperkineettiset tai tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöt (F90), varsinaiset käytöshäiriöt (F91) sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt (F94). Samanaikaiset käytös- ja tunne-elämän häiriöt kuuluvat luokkaan F92. Häiriötason diagnoosi edellyttää iänmukaisesta poikkeavaa pitkäkestoista poikkeavaa käytöstä sekä laaja-alaisen kehityshäiriön ja vakavien psykiatristen häiriöiden poissulkemista. Kehityksellisessä neuropsykiatriassa häiriössä taustalla on neurobiologinen tai neurologinen häiriö, kun taas käytöshäiriöiden tausta on monitekijäisempi lukuineen altistavine tekijöineen. Kehityksellisiin neuropsykiatriisiin häiriöihin kuuluvat muun muassa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), autisimikirjon häiriöt ja Touretten oireyhtymä. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöllä (F90) viitataan toimintakykyä alentaviin tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriöihin sekä yhdistettyyn aktiivisuuden häiriöön (hyperkineettisyys) ja tarkkavaisuuden häiriöön. Osalla potilaista esiintyy pelkkää hyperkineettisyyttä ja impulsiivisuutta ilman tarkkaavaisuuden ongelmia. Käsite ADHD viittaa kaikkiin edellä mainittuihin tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauksen häiriöihin. Varsinaiset käytöshäiriöt (F91) ja samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt (F92) on diagnostisessa

luokituksessa erotettu edellä mainituista. Samanaikaissairastavuus eri häiriötyypeissä on yleistä.

Lapsen ja nuoren käyttäytymisen poikkeavuuden arviointi edellyttää laaja-alaista psykiatrista selvittelyä. Hoidossa keskeistä on puuttua häiriön riskitekijöihin ja ylläpitäviin tekijöihin. Vanhemmille annettu tuki ja vanhempien omien mielenterveyshäiriöiden hoito on oleellinen osa hoitoa, samoin kuin perheen, päivähoidon, koulun olosuhteisiin vaikuttaminen. Muita keskeisiä hoitokeinoja ovat lapsen tai nuoreen ja hänen ympäristöönsä kohdistuvat tukitoimet, psykososiaaliset hoitomuodot sekä vaikeissa tapauksissa myös lääkehoito. Ennen kouluikää psykososiaaliset hoitomuodot ovat aina ensisijaisia. Osa käytöshäiriöisistä lapsista hyötyy toimintaterapiasta, fysioterapiasta ja puheterapiasta osana käytöshäiriön kokonaiskuntoutusta. Suomessa on psykoterapioista käytössä kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen ja -analyttinen yksilöpsykoterapia, perheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2013; Lindberg ym. 2015).

Katsauksen tulokset: Vanhempiin tai sekä vanhempiin että lapsen kohdistetut psykososiaaliset kuntoutusmenetelmät näyttävät olevan tehokasta lasten käytöshäiriöiden hoitoa (liite 7, taulukko 36). Esimerkiksi ryhmämuotoisten vanhemmuutta edistävien behavioraalisten ja kognitiivisbehavioraalisten terapioiden osalta näyttö on vahvaa. Käytöshäiriöiset nuoret ja heidän perheensä keskeyttävät hoidon usein ennenaikaisesti, ja siksi on tärkeää pyrkiä saamaan koko perhe aitoon yhteistyöhön (Lindberg ym. 2015). Kotikäynneillä ja vanhempien herkkyys- ja käyttäytymisterapialla on saatu tutkimuksissa hyviä tuloksia lasten turvalliseen kiinnittymiseen ja reagoitiherkyyteen (liite 7, taulukko 37). Pelkästään lapsen kohdistuvien interventioiden vaikuttavuus näyttää tutkimusten valossa vähäisemmältä. Psykososiaalisten hoitojen ja lääkehoidon tehoa on verrattu ADHD-potilailla tehdyissä tutkimuksissa. Niiden mukaan käyttäytymisterapiat lievittävät ADHD:n ydinoireita tehokkaammin kuin lääkehoito eikä lääkehoidon lisäämisellä käyttäytymisterapian rinnalle saada lisää tehoa hoitoon (liite 7, taulukko 38).

Yksittäisistä terapiamuodoista kognitiiviset ja muut käyttäytymisterapiat sekä yksilö- että ryhmämuotoisina tehoavat lasten oireiluun ja vanhemmuustaitoihin ADHD:n ja käytöshäiriöiden hoidossa (liite 7, taulukot 36, 37 ja 38). Tutkijoiden mukaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat interventiot olisivat tehokkaimpia lievä- ja keskivaikea-asteisesti oireilevilla nuorilla ja hieman iäkkäämmillä nuorilla. Lasten ryhmäterapia on pääosin leikkiä ja toimintaa ja siihen liitetään toisinaan heidän vanhempiansa muodostamat ryhmät. Se sopii lapsille, joilla on häiriöitä toverisuhteissaan (Lindberg ym. 2015). Nuorten ryhmäterapia voi olla toiminnallista (liikuntaa, seikkailua, elämyksiä) tai keskustelua. Käytöshäiriöisten nuorten ryhmämuotoista hoitoa toteutetaan Suomessa ART (aggression replacement training) -ohjelman avulla.

Useita terapeuttisia lähestymistapoja yhdisteleviä perheterapeuttisia interventioita käytetään erityisesti käytöshäiriön vaikeiden muotojen hoidossa. Tällaiset multisysteemiset perheterapiat ja perhekotihoidot näyttävät olevan tutkimusten perusteella vertailuinterventioita tehokkaampia vähentämään rikollisen käyttäytymisen, koulupinnaamisen ja raskaudenkeskeytysten määrää, mutta tuloksissa on ristiriitaa ja vaikutuksen suuruus on jäänyt useasti suhteellisen pieneksi (liite 7, taulukko 36). Esimerkiksi Ruotsissa multisysteeminen perheterapia ei odotuksista huolimatta osoittautunut tavanomaisia sosiaalitoimen interventioita tehokkaammaksi menetelmäksi käytöshäiriöisten nuorten hoidossa (Sundell ym. 2008). Hoitomalli näyttää toimivan parhaiten alle 15-vuotiailla nuorilla ja etenkin perhekotimalli näyttää toimivan vain hyvin vaikeasti häiriintyneillä nuorilla. Multidimensionaalisen perheterapian hoitomallia on pilotoitu myös useassa Suomen kaupungeista (Lindberg ym. 2015).

Psykoedukaatio saattaa tutkimusten mukaan lievittää ADHD:n ydinoireita, mutta toimintakykyyn sillä ei näytä olevan vaikutusta (liite 7, taulukko 38). Biopalautehoidolla on saatu lupaavia tuloksia, mutta näyttö on vielä heikkoa. Psykodynaamista psykoterapiaa käytetään Suomessa käytöshäiriöisten nuorten hoidossa yleisesti. Hoidosta on kuitenkin julkaistu toistaiseksi vasta yksi satunnaistettu vertailututkimus, joka perustui kuukausia kestäneen osastolosuhteissa toteutettuun, manuaaliin perustuvaan hoito-ohjelmaan (liite 7, taulukko 37). Suomessa osastohoidon kesto on yleensä selvästi lyhempi käytöshäiriöiden hoidossa. Tulokset olivat parempia kuin hoidotta olleilla tai muulla lailla hoidetuilla verrokeilla.

Yhteenveto: Lapsen käyttäytymishäiriöiden vaikuttaviksi todettuja hoitoja

Häiriö	Käyttäytymis- terapiat	Herkkyy- ja käyttäytymis- terapiat van- hemmille	Perhete- rapia	Multisysteemi- terapiat	Psykody- naaminen
ADHD	B	B	0		
Sosiaalisten vuorovaiku- tusten häi- riöt		B	D		
Käy- töshäiriöt	A	A	B	B	C

Hoitosuosituksen kantoja lasten sosiaalisten vuorovaikutus- ja käytöshäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta::

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (ADHD: Käypä hoito –suositus 2015)	ADHD: Lapsilla ja nuorilla keskeisin psykososiaalinen hoitomuoto on käyttäytymishoito kotona ja koulussa. Strukturoitu vanhempainohjaus vähentää lapsen ADHD-oireita ja parantaa vanhemman toimintakykyä. Aikuisilla ryhmämuotoiset kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat vähentävät itse arvioituja ADHD-oireita.
Ruotsi (SBU 2013b)	ADHD: Lasten hoidossa koulun ja terveydenhuollon tulee tarjota ADHD-potilaille ja heidän perheilleen tukea. Keinoihin ei oteta kantaa. Aikuisen hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla tehokas lisähoito niillä, joilla on lääkehoidosta huolimatta jatkuvia oireita.
Britannia (NICE 2015)	Sosiaalisten vuorovaikutusten ja käytöshäiriöt: Lasten ja nuorten hoidossa tarjoa (sijais)vanhemmille videopalautetta ja käyttäytymisen ohjausta ryhmäharjoitteluna; jos se ei onnistu, yksilöllisesti terapeutin kanssa. Tarjoa lapselle ryhmämuotoista kognitiivista ratkaisuterapiaa tai monitahoista manualisoitua terapiaa. Tarjoa vanhempi-lapsi terapiaa tai traumakeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa lapselle, jos kaltoinkohtelusta merkkejä.

5.1.9 Lääkityksen yhdistäminen psykososiaaliseen hoitoon

Kaikissa mielenterveyden häiriöissä on yleistä, että psykoterapian rinnalla annetaan muutakin hoitoa, kuten lääkehoitoa. Lääkityksen käyttö on ensisijaista muun muassa skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihderiippuvuuksien hoidossa. Masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa lääkityksen merkitys korostuu vaikeaoireisissa tautimuodoissa. Monet tutkimukset tarkastelivat, kuinka psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle vaikuttaa hoitotu-

lokseen (psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmähoito versus pelkkä lääkehoito) ja tulokset olivat suotuisia masennuksen, traumaperäisen stressihäiriön, pakko-oireisen häiriön ja opioidiriippuvuuden hoidossa. Ahmintahäiriössä psykoterapian lisääminen lääkityksen rinnalle ei kuitenkaan näyttänyt tuovan tulosta. Sen sijaan lääkityksen lisäämisestä psykoterapian rinnalle (psykoterapia versus psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmähoito) löytyi tutkittua tietoa vain vähän. Lääkityksen lisäämisellä ei näyttänyt olevan tehoa nuorten masennuksen hoidossa.

5.1.10 Terapioiden erilaiset toteutustavat

Monen terapian kohdalla **ryhmämuotoinen** interventio näyttää toimivan hyvin. Katsauksen tulosten mukaan näin oli skitsofrenian, masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa, traumaperäisen stressihäiriön, epävakaan persoonallisuushäiriön ja lasten ja nuorten käyttöhäiriöiden hoidossa. Lihavan ahmimishäiriössä ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia vähensi ahmimista ja alensi painoa saman verran kuin painonpudotusohjelma.

Verkkovälitteiset terapiat olivat vaikuttavia masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa, sekä paniikkihäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon, peliriippuvuuden ja ADHD:n hoidossa. Amfetamiiniriippuvaisten hoidossa internetin kautta annettu kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva ohjaus ei vähentänyt amfetamiinin käyttöä.

Mobiilisovellukset tekevät tuloaan myös mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoihin. Aina-kin kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (Nicholas ym. 2015) tai ahdistuneisuudesta (Sucala ym. 2017) kärsiville potilaille suunnatut mobiilisovellukset, appsit, ovat vielä tarkoitukseen sopimattomia. Terveystieteiden ammattilaiset eivät yleensä ole osallistuneet niiden kehittämiseen eivätkä niiden sisällöt vastaa näyttöön perustuvaa lääketiedettä. Tuoreessa narratiivisessa katsauksessa todetaan internet-välitteisten ja mobiili-interventioiden, muun muassa pelien, lisätyn todellisuuden ja virtuaalitodellisuuden olevan lupaavia masennuksen hoitokeinojen täydentäjiä (Cuijpers ym. 2017).

5.2 PSYKOTERAPIAN TURVALLISUUS

Tähän raporttiin sisällytetyissä, pääosin satunnaistettuihin hoitotutkimuksiin perustuvissa systemaattisissa katsauksissa haittoja raportoitiin vain satunnaisesti ja nekin liittyivät ainoastaan terapian keskeyttämiseen. Keskeyttämisen syitä ei analysoitu tai ne olivat hoitoon liittymättömiä. Psykoterapioiden haitoista ei ole kovinkaan paljon kirjallisuutta tai tutkittua tietoa (Lauerma 2015). Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian psykoterapiaa koskevassa konsensuslausumassa vuonna 2006 lausuttiin, että psykoterapeutin taitamattomasta toiminnasta voi aiheutua myös haittaa. Psykoterapiaan liittyvät ongelmat voidaan karkeasti jakaa selkeisiin väärinkäytöksiin ja virheisiin sekä terapiatyön luonteeseen kuuluviin, sen aikana väistämättä esiin nouseviin eettisiin ja hienovaraisiin ongelmiin. Psykoterapioiden haitat ovat Suomessa nousseet tutkimuskohteeksi ja osaksi psykoterapiakoulutusta 1990-luvulla.

Haittaa voivat aiheuttaa terapiatyypin väärä valinta, psykoterapeutin ylimitoitettut lupaukset hoidon tehosta, psykoterapeutin työtavat, terapeutin ja potilaan eriävät tavoitteet sekä terapiassa syntyvät valemistot (Lauerma 2015). Tiheät terapiakäynnit voivat aiheuttaa haitallista sairautta leimaa erityisesti nuorilla potilailla (Midgley ja Kennedy 2011). Lääkäri voi hyvää tarkoittaen pahentaa huumeongelman potilaan riippuvuutta määräämällä tälle rauhoittavia lääkkeitä muutoin kuin vieroitustarkoitukseen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Suomalaisessa itsemurhapotilaiden hoitotaustaa selvittäneessä tutkimuksessa todettiin, että psykoterapiaa saaneista itsemurhan tehneistä potilaista vain neljäsosalla oli ollut asianmukainen lääkehoito (Pallaskorpi ym. 2004). Samassa tutkimuksessa todettiin yksityissektorin terapeuttien ja julkisen sektorin hoitoammattilaisten välillä puutteita tiedon kulussa ja

ristiriitaisuuksia hoitotavoitteissa sekä hoitokeinoihin suhtautumisessa. Varhaisen jälkipuinnin (debriefing) negatiivinen vaikutus traumaperäisen stressihäiriön ehkäisyssä (Rose ym. 2002) herätti aikanaan Suomessa keskustelua.

5.3 PSYKOTERAPIAN KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS

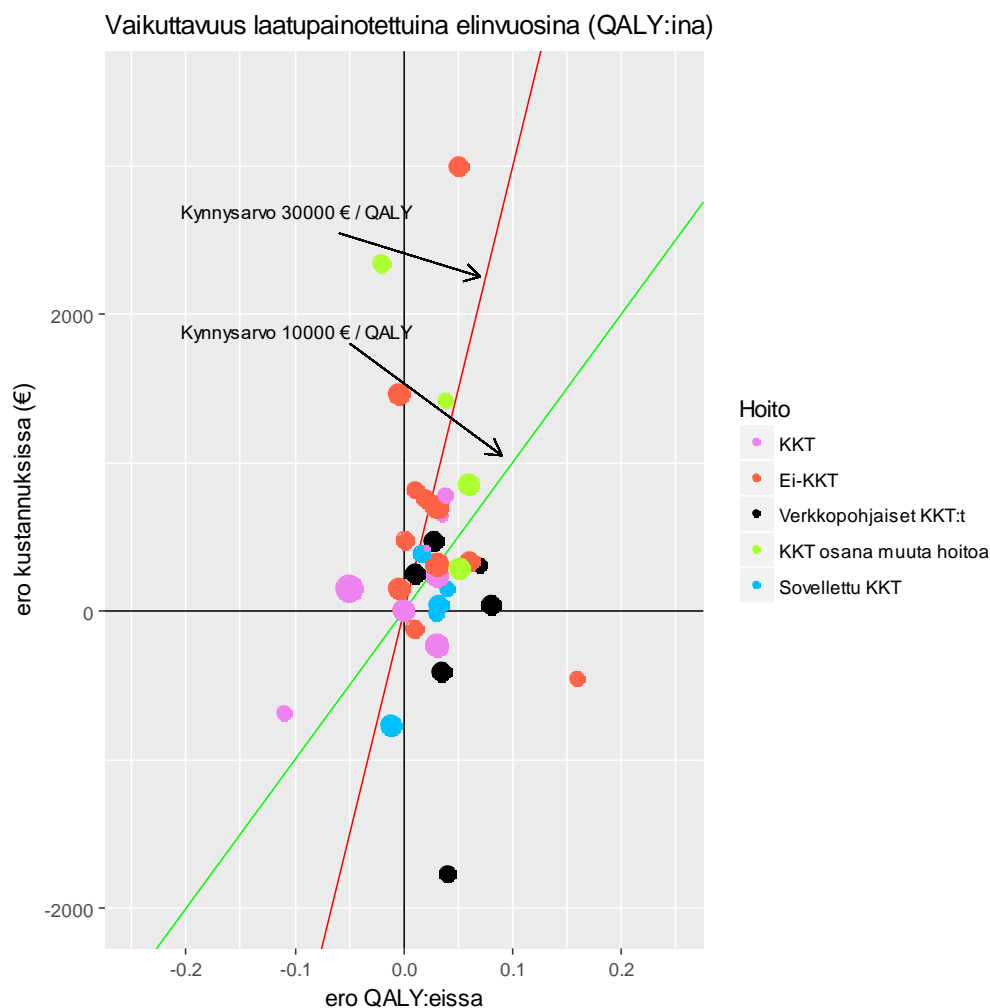
Psykoteroapioiden kustannusvaikuttavuutta koskevia tutkimuksia valittiin tähän katsaukseen 54 ja niiden yhteensä 86 eri tutkimustulosta on kuvattu liitteessä 9. Kustannusvaikuttavuudessa on suuria eroja eri tutkimusten välillä, mikä johtuu muun muassa eroista tutkituissa terapioissa ja kustannusvaikuttavuuden laskentatavoissa. Suurin osa tutkimuksista tarkasteli kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Yleisimmin käytettyjä vaikuttavuusmittareita olivat erot toipuneiden osuuksissa ja muutokset elämänlaadussa tai toimintakyvyssä joko tautispesifillä mittarilla tai yleisellä elämänlaatumittarilla. Yleisenä elämänlaatumittarina käytettiin enimmäkseen laatu-painotteisia elinvuosia (QALY) mittaavaa EQ-5D-mittaria tai sen eri versioita. Monissa tutkimuksissa vaikuttavuutta arvioitiin hyvin monilla mittarilla, mutta raportoimme niistä enintään neljä kustakin tutkimuksesta.

Suomalaisia mielenterveys- tai päihdeongelmien kustannusvaikuttavuuteen liittyviä selvityksiä on vähän (ks. esim. Reini 2016, Jyväskylän yliopisto, ym. 2011, Eronen 2015). Australialaisessa tutkimuksessa (Andrews ym. 2004) laskettiin kymmenen eri mielenterveys- tai päihdeongelman hoidon kustannusvaikuttavuutta käyttäen vaikuttavuusmittarina haittapainotteisia elinvuosia. Kustannusvaikuttavimpia olivat yleiseen ahdistuneisuuteen annettavat hoidot, ja vähiten kustannusvaikuttavaa oli skitsofrenian hoito. Tulokset vaihtelivat suuresti terveysongelman mukaan, mikä on ehkä selitettävissä terveysongelmien erilaisella vakavuusasteella ja vaikuttavuusmittarin ominaisuuksilla.

Tämän analyysin kustannusvaikuttavuutta koskevat tulokset on esitetty tiivistettynä kuviossa 2. Eri terapioiden välillä ei näyttäisi olevan havaittavia eroja kustannusvaikuttavuudessa (terapioiden ryhmittelystä luvussa 4.4). Suurin osa hoitojen kustannusvaikuttavuustuloksia asettuu alle kynnsarvon 30 000 €/QALY, mitä esimerkiksi Britanniassa pidetään joskus kustannusvaikuttavuuden kynnsarvona julkisesti rahoitettavalle hoidolle (National Institute for Health and Care Excellence 2013). Useimpien hoitojen kustannusvaikuttavuus asettuu myös alle toisen, toisinaan järkevän kustannusvaikuttavuuden kynnsarvon 10 000 €/QALY. Rahaan sidottujen kynnsarvojen käyttö sisältää kuitenkin paljon epävarmuustekijöitä, joita ei tässä analyysissä ole voitu huomioida.

Psykoterapiat vaikuttavat olevan kustannusvaikuttavaa hoitoa, mutta tutkimustiedon tulkintaa hankaloittaa moni seikka. Päätös siitä, ovatko terapiat kustannusvaikuttavia vai ei, riippuu vahvasti kustannusvaikuttavuustiedon laadusta. Tässä katsauksessa ei kuitenkaan ollut mahdollista tarkistaa kustannusvaikuttavuustiedon laatua ajan puutteen vuoksi. Laadun arvioinnin tärkeyttä korostaa se, että otoskoko valtaosassa tutkimuksia oli varsin pieni ja kustannusvaikuttavuustulosten tilastolliset luottamusvälit olivat melko suuria, eli tutkimusten tulokset (kustannukset per vaikutukset) ovat epävarmoja. Eri tutkimusten tulosten vertailemista toisiinsa hankaloittaa myös seuranta-aikojen erilaisuus, sillä hoidon vaikuttavuus ja kustannukset eivät välttämättä toteudu samanaikaisesti. Tulosten vertailukelpoisuutta voi heikentää merkittävästi erot tutkimuksissa käytetyissä alkuperäisvaluutoissa, laskelmien aikajänteissä, rahan tulevaisuuden nykyarvon laskemisessa (diskonttaaminen), terveydenhuoltojärjestelmän toteutustavoissa (esim. julkinen vs. yksityinen) ja vertailuhoidoissa.

Toinen tulosten tulkintaa hankaloittava seikka liittyy vertailujen tekemiseen: on käytännössä mahdotonta arvottaa tautispesifien mittareiden kustannusvaikuttavuutta yhteismitallisesti. Usein tutkimuksen kirjoittajat raportoivat terapian olevan kustannusvaikuttavaa, vaikka viime kädessä päätös siitä onko terapia kustannusvaikuttava vai ei kuulu maksajalle tai muulle päätöksentekijälle.



Kuvio 2. Tutkimukset, joissa vaikuttavuutta on mitattu elämänlaatu-painotettuina elinvuosina. Suurempi pistekoko kuvastaa suurempaa tutkimuksen otoskoko.

5.4 ORGANISATORISET JA EETTISET KYSYMYKSET SEKÄ POTILASNÄKÖKULMA

5.4.1 Koulutus ja ammattinimike

Psyko-terapeutin koulutustason tai -taustan vaikutuksesta hoidon vaikuttavuuteen ei löytynyt tutkittua tietoa. Koulutustason sijaan tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota terapeutin ammatilliseen itseluottamukseen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin terapian tuloksellisuuden vaikuttavina tekijöinä. Eri maiden kansallisissa hoitosuosituksissa korostetaan, että terapiapalvelujen tarjoajien tulee olla koulutettuja.

Suomessa psyko-terapeutti on rekisteröity ammattinimike, jonka myöntää Valvira. Suomessa on noin viisituhatta ammattinimikkeen käyttöön oikeutettua henkilöä. Kolmasosa heistä tekee psyko-terapiata osana virka- tai työsuhteista työtä pääosin julkisella sektorilla, kaksi kolmasosaa toimii ammatinharjoittajina. Noin puolet osallistuu Kelan kuntoutuspsyko-terapioiden tuottamiseen. Väkimäärään suhteutettuna terapeutteja on eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella (Valkonen ym. 2011). Psykologin, sairaanhoitajan ja lääkärin koulutus ovat Suomessa psyko-terapeuttien tavallisimmat pohjakoulutukset. Psyko-terapeuttikoulutusta järjestävät psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuun omaavat yliopistot, yksin tai yhdessä muiden koulutusorganisaatioiden kanssa. Koulutettavat kustantavat koulutuksensa

itse tai yhdessä työnantajansa kanssa. Yleisimmät harjoitettavat psykoterapiat ovat sisällöltään kognitiivisia, psykodynaamisia, perheterapeuttisia tai ryhmäterapeuttisia. Tarjolla on myös erilaisia ratkaisukeskeisiä terapioidia, trauma- tai kriisipsykoterapioita ja monenlaisia lyhytterapioita (Valkonen ym. 2011).

5.4.2 Mikä kaikki on psykoterapiaa?

Kaikkeen hyvään psykososiaaliseen hoitoon sisältyy psykoterapeuttisia aineksia ilman varsinaista psykoterapiaakin. Yksi tai muutama tapaaminen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja lupa ottaa yhteyttä tarpeen vaatiessa voivat olla psykoterapian vertaisia tapahtumia potilaalle. Pitkien terapiasuhteiden loppuvaiheessa hyvin harvajaksoinen yhteydenpito, vaikkapa vain postiviesteillä, voi estää monen pahenemisvaiheen puhkeamisen. Kotikäynnit ovat alikäytetty keino lääkärin ja terapeuttien työssä ja voisivat antaa ammattilaiselle nopeasti arvokasta tietoa potilaan arjesta ja ongelmista. (Huttunen ja Kalska 2015).

Psykoterapia-nimellä kulkevan toiminnan ulkopuolelle jää – vastaanotoilla käytyjen tukea ja neuvoja antavien keskustelujen lisäksi – muitakin psykososiaalisia kuntoutusmenetelmiä, kuten kognitiivinen kuntoutus ja erilaiset haastattelumenetelmät. Näillä ei ole varsinaisen psykoterapian asemaa, mutta ne laajentavat merkittävästi terveydenhuollon keinovalikoimaa mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Telelääketieteen mahdollisuudet, internet sekä pelien käyttö ovat tuomassa uusia alueita terapiakenttään.

Aivojen kuvantamistutkimusten, neuroendokrinologian, immunologian ja epigenetiikan löydökset ovat rikastaneet psykiatristen sairauksien kuvaa ja vahvistaneet psykososiaalisen hoitamisen teoreettista pohjaa. Kun perinteinen kahtiajakoinen ajattelu sairauksien fyysisestä ja psyykkisestä etiologiasta on korvautumassa eri alueet yhdistävillä biopsykososiaalisilla selityksillä, käy yhä luontevammaksi yhdistellä psykoterapioita ja biologisia hoitomuotoja, kuten lääkkeitä ja neurologisia hoitoja. Esimerkiksi biopalautehoito ja virtuaaliterapia, joiden vaikuttavuudesta esitetään tuloksia tässä katsauksessa, eivät ensisijaisesti perustu potilaan ja ammattilaisen psykologiseen vuorovaikutukseen, mutta täydentävät ja tukevat sitä.

5.4.3 Palvelujen järjestäminen

Mielenterveyden häiriöiden hoidosta huolehtiminen kuuluu julkiselle terveydenhuollolle. Järjestämisvastuuta kantavat nykyään kunnat ja niiden sairaanhoitopiirit. Mielenterveysongelmien alkuvaiheen hoidossa psykoterapiaa rahoittavat sosiaalitoimi, vakuutuslaitokset ja työterveyshuolto. Terveydenhuolto tuottaa psykoterapiaa omana toimintanaan tai voi järjestää sitä erilaisin ostopalveluin. Terveydenhuollon psykoterapia on yleensä lyhytkestoista ja aikarajoitteista. Kelan kuntoutuspsykoterapian tarkoitus on täydentää julkisen terveydenhuollon psykoterapiapalveluita. Potilaat joutuvat usein itse etsimään psykoterapeuttinsa yksityiseltä sektorilta ja maksamaan osan hoidoista itse, jolloin he saavat lääkärin antamasta terapiasta Kelan sairausvakuutuskorvauksen. Suurien kaupunkien psykiatrisella erikoissairaanhoidolla on ollut käytössään psykoterapiahankintoihin kohdennettuja varoja, joilla on hankittu ammatinharjoittajaterapeuteilta lisää palveluja. Näillä varoilla terapiaa ovat saaneet sellaiset henkilöt, jotka eivät ongelman tuoreuden vuoksi saa Kelan kuntoutuspsykoterapiaa, tai ne Kelan terapiaa saaneet potilaat, jotka tarvitsevat vielä jatkohoitoa. (Pirkola 2015).

Kela järjestää keskitetysti psykoterapiaa kuntoutuksena niille 16-67-vuotiaille henkilöille, joiden työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveyden häiriön vuoksi. Vuoden 2011 alusta Kelan kuntoutuspsykoterapia tuli lakisääteiseksi, mikä tarkoittaa sitä, että määrärahat eivät enää rajoita psykoterapioiden saajien määrää. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa saavien määrät ovat kasvaneet vuosittain. Psykoterapian lisääntymiseen ovat vaikuttaneet paitsi lainsäädännön muutos myös tarpeiden parempi tunnistaminen, hoitosuosituksien, psykoterapian vaikuttavuus-

tutkimukset, psykoterapeuttien määrän kasvu ja monet muut tekijät (Tuulio-Henriksson ym. 2017). Psykoterapian tarpeen arvioi erikoislääkäri. Arvioinnin onnistumisen edellytyksenä on, että psykoterapian onnistumisen edellytykset tunnetaan (Heinonen ym. 2016). Tämän saavuttamiseksi tarvitaan uudenlaista kouluttautumista.

Päihdepalveluja tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina. Palvelut voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoidtoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa tai kuntoutusta. Palveluissa selvitetään myös toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. Hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita ovat esimerkiksi asumispalvelut, sosiaalinen kuntoutus sekä päiväkeskukset. Monet järjestöt ja yhdistykset antavat tukea päihdekuntoutujille ja heidän läheisilleen. Vertaistukea päihdekuntoutujille antavat muun muassa AA-ryhmät, A-killat ja NA-ryhmät. Läheisten alkoholinkäytöstä kärsiviä tukee muun muassa Al-Anon. Päihdeongelmat ja mielenterveyden ongelmat kietoutuvat usein yhteen. Päihteenkäyttö saattaa seurata mielenterveyden ongelmia tai aiheuttaa niitä, tai molempien taustalla saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Yhteistyö päihdehuollon ja psykiatrisen hoidon kesken onkin usein tarpeen (Päihdetilastollinen vuosikirja 2014; Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito -suositus 2015).

Psykoterapioiden tulisi asiantuntijoiden mukaan olla ensisijainen hoitomuoto lievissä ja alkuvaiheen mielenterveyden häiriöissä; matalan intensiteetin ja kynnyksen palveluja tulisi olla saatavilla jo perusterveydenhuollossa (Ekholm 2016). Jos tästä ei ole apua, potilaat tulisi ohjata erikoissairaanhoidon tai pidempikestoiseen kuntoutuspsykoterapiaan. Sen merkityksestä, annetaanko psykoterapiaa perusterveydenhuollon tasolla vai erikoissairaanhoidon tasolla, ei löytynyt tutkimustietoa.

5.4.4 Eettiset kysymykset ja potilasnäkökulma

Psykiatrian asiantuntijoiden mukaan on vaihtelevaa ja sattumanvaraista, millaiseen hoitoon potilas ohjautuu, jos hänellä todetaan terveyskeskuksessa vaikkapa masennus- tai ahdistusoireita. Psykoterapioiden riittävyttä on kritisoitu: niiden tarve ja kysyntä on monilla alueilla ja sairausryhmissä selvästi suurempaa kuin palvelujen tarjonta (Ekholm 2016; Tuulio-Henriksson 2016). Ongelma ei ole yksinomaan Suomen: Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että kolmannes mielenterveyden ongelmista jää vaille hoitoa (Kohn ym. 2004). Syyksi on mainittu tiedon puute mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, hoitojen etäisyys, kalleus ja korvattavuuden puuttuminen, pitkät odotusajat ja koettu hoitojen leimaavuus. Suomessa kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaa on selitetty pätevien terapeuttien puutteella sekä toiminnan pirstoutumisella yksittäisten palveluntuottajien ja moninaisten rahoituskanavien varaan (Pirkola 2015). Psykososiaalisen hoidon kohdalla ei ole yksiselitteistä, milloin on kyse hoidosta ja milloin kuntoutuksesta. Toimintakykyä heikentävien häiriöiden hyvä lääketieteellinen hoito on kuntouttavaa ja toisaalta psykoterapiakuntoutuksella vaikutetaan mielenterveysongelmaan hoidollisesti. Käsitteiden erillisuus on keinotekoinen ja erillisyydellä on käyttöä lähinnä silloin kun keskustellaan kuntien ja Kelan järjestämistä vastuusta psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen alueella (Pirkola 2015).

On sanottu, että nykyjärjestelmässä julkisrahoitteinen psykoterapia tulee mukaan pääsääntöisesti vasta kuntoutusvaiheessa. Kelan kuntoutuspsykoterapia on monissa kunnissa ainoa vaihtoehto saada rahallista tukea psykoterapiaan; siten Kelan kuntoutukseksi tarkoitettu psykoterapia on käytännössä korvannut kuntien puutteellista hoidollista psykoterapiatarjontaa. Monelle potilaalle olisi kuitenkin hyötyä aikaisemmin aloitetusta lyhytkestoisesta hoidosta, jolloin toipuminen voisi alkaa ennen kuntoutustarpeen kehittymistä. Palvelujen digitalisoimista pidetään yhtenä mahdollisuutena lisätä saatavuutta ja alentaa kynnystä osallistua hoitoon (Webb ym. 2017). Eduskunnan mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta on käynyt keskustelua psykoterapian siirtämisestä sote-uudistuksen yhteydessä maakuntien järjestämistä vastuulla olevaan

palveluvalikkoon (Tuulio-Henriksson 2016; Ekholm 2016). Meneillään olevassa Kelan kuntoutuksen kokonaisuudistuksessa pohditaan myös kuntoutuspsykoterapian prosesseja, muotoja ja paikkaa osana sekä kuntoutusjärjestelmää että psykoterapiajärjestelmää.

6 POHDINTA

6.1 TERAPIA ON VAIKUTTAVAA

Psykoterapioilla ja muilla psykososiaalisilla kuntoutusmenetelmillä näyttää olevan suotuista vaikutus päihdehäiriöiden ja mielenterveyden häiriöiden hoidossa kaikissa tutkituissa häiriöryhmissä. Tämä on linjassa Suomen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian psykoterapian vuoden 2006 konsensuslausuman kanssa, jossa psykoterapia todetaan vaikuttavaksi. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen akatemia. 2007). Kaikista Suomessa käytetyistä terapiamuodoista ei löytynyt kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia. Tämä ei kuitenkaan liene suuri ongelma, sillä eri terapioiden välillä ei näytä olevan selkeitä tehoeroja.

Psykoterapiat näyttävät myös kustannusvaikuttavalta hoidolta, sillä suuri osa tutkituista hoidoista tuottaa laatupainotetun lisävuoden alle 30 000 euron hinnalla, mitä pidetään joissain maissa kynnsarvona kustannusvaikuttavalle hoidolle. Ennalta ehkäisevä psykoterapia näyttää tutkimusten valossa olevan erityisen kustannusvaikuttavaa. Tästä asiasta ei ole kuitenkaan tarkempaa, koottua tietoa, sillä ehkäisevät interventiot olivat tutkimussuunnitelmassa suljettu pois. Kustannustiedon siirto maasta toiseen on myös vaativaa ja virhemahdollisuudet ovat suuret. Tietoa psykoterapioiden kustannusvaikuttavuudesta Suomen oloissa tarvitaan lisää.

Vertailevien kliinisten hoitokokeiden ja kustannusvaikuttavuutta mittavien tutkimusten positiivisten tulosten lisäksi vaikuttavuuteen tarvitaan muutakin. Arkivaikuttavuuden aikaan saamiseksi näyttöön perustuvan lääketieteen tulosten avulla tarvitaan osaavaa henkilökuntaa, joka takaa toiminnan hyvän laadun, hoitoketjujen katkeamattomuuden sekä vertaiskehittämisen käytön (Malmivaara ym. 2015). Osaamiseen kiinnitetään huomiota myös kansainvälisissä hoitosuosituksissa, joissa lähes kaikissa korostetaan koulutettujen ammattilaisten tärkeyttä hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi. Hoitotulosten seuranta- ja palautejärjestelmä parantaa psykoterapeuttien hoitotuloksia (Goldberg ym. 2016a) ja terapeuttien tuloksellisuuserojen on todettu olevan suuremmat pitkissä terapioiden (Goldberg ym. 2016b). Etnisille vähemmistöille räätälöity terapia toimii näillä tavanomaista terapia paremmin (Benish ym. 2011). Yhtenäisten hoidon kriteerien ja hoitoketjujen luominen mielenterveyspotilaiden hoitoon, siten että ongelmiin voitaisiin puuttua nykyistä varhemmin, on noussut puheenaiheeksi Suomessakin (Ekholm 2016). Vertaiskehittämiseen voidaan päästä, jos palvelujen järjestämisvastuu yksinkertaistuu ja rekistereihin koottujen tietojen hyödyntäminen yleistyy.

6.2 KAIKKI TERAPIAT TOIMIVAT

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tutkittu eniten, mutta eri terapiasuuntauksia edustavien psykoterapioiden keskinäistä tehoa verrattaessa ovat tulokset usein samanveroisia (Baardseth ym. 2013). Selkeiden tehoerojen puuttumista terapioiden välillä on selitetty sillä, että hoitotulokseen vaikuttavat terapian erityispiirteiden lisäksi potilaan ja terapeutin ominaisuudet ja yhteistyösuhteen laatu. Näistä tekijöistä potilaan ja terapeutin välinen yhteistyösuhde ja tavoitteiden yhdenmukaisuus (allianssi) sekä terapeutin osoittama empatia selittävät selkeimmin hyvää hoitotulosta (Wampold 2015).

Käsikirjoihin tiukasti tukeutuvat terapeutit ovat tutkimuksissa saavuttaneet huonompia hoitotuloksia kuin joustavat ja yhteistyösuhdetta ylläpitävät terapeutit (Lindfors 2015). Vaikuttavuuden ennakointia mutkistaa kuitenkin se havainto, että terapeuttien hoitotulokset vaihtelevat paitsi terapeuttikohtaisesti myös yhden terapeutin kohdalla potilaskohtaisesti (Leiman 2015). Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa selvitettiin 2000-luvulla neljän erilaisen ja eripituisen psykoterapiamuodon vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Knekt ym. 2010). Tutkimuksessa havaittiin, että psykiatristen oireiden määrä väheni ja työkyky parani kaikissa ryhmissä. Terapeutin heikko ammatillinen itseluottamus ja vähäiset työstä saadut mielihyvän kokemukset ennustivat heikompia hoitotuloksia. Ihmissuhteiden katkeamisesta ja muista vuorovaikutussuhteiden ongelmista kärsivät masennusoireiset potilaat hyötyivät terapiasta erityisen hyvin. Psykoterapiaa edeltävän arvioinnin ja ohjauksen katsotaankin edistävän hoitoon sitoutumista ja terapian tuloksellisuutta (Heinonen ym. 2016; Lindfors 2014).

Terapian pituudella, tiheydellä ja toteutustavalla (esim. yksilökäynnit, ryhmät, verkkoterapiat) voi olla merkitystä paitsi hoidon tuloksellisuuden, myös kustannusten kannalta. Vuoden 2006 psykoterapian konsensuskokouksessa esitettiin, että etusijalla olisivat lyhyet terapiat ja pitkiä käytettäisiin vain valikoiduille potilaille (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen akatemia. 2007). Helsingin psykoterapiatutkimuksessa todettiin, että lyhyet terapiat vaikuttivat nopeammin ja että pidemmät terapiat tuottivat pysyvämpiä tuloksia, mutta erot ryhmien välillä olivat pieniä. Potilaat, jotka kokivat itsensä kielteisesti tai korostuneen kontrolloivasti, hyötyivät enemmän pitkistä kuin lyhyistä terapioista (Knekt ym. 2010). Terapian optimaalisen pituuden valinta edellyttää potilaan psykologisten valmiuksien kattavaa arviointia (Laaksonen 2014). Terapian pituudella ja potilaiden ja terapeuttien profiloinnilla näyttää olevan merkitystä vaikuttavuuden kannalta, vaikka aihe onkin jäänyt liian vähälle huomiolle palvelujärjestelmän tutkimuksessa (Lindfors 2015).

6.3 TULOSTEN TULKINNAN HAASTEITA

Kansainvälisten tutkimusten tuloksia tulkittaessa on hyvä muistaa, että muissa maissa psykoterapiatyö ei ole samaan tapaan organisoitua ja valvottua kuin Suomessa. Suomalaisen psykoterapeutin antamana psykoterapian vaikuttavuus voi poiketa muissa maissa toteutettujen tutkimusten tuloksista. Monet interventiot pohjautuvat interventiokohtaiseen menetelmäkoulutukseen, mutta käytännössä niitä toteuttavat muukin henkilöstö.

Satunnaistettujen vertailevien tutkimusten merkityksestä psykoterapian käytännön vaikuttavuuden kuvaajana on keskusteltu kauan. Terapeutin ja potilaan yhteensopivuuden sanotaan olevan tuloksellisuuden kannalta merkittävämpi tekijä kuin terapiamuodon valinta (Enckell 2015). Toisaalta kognitiivisen käyttäytymisterapian verkkosovellusten hyvät tulokset vastaanotolla toteutettuun terapiaan verrattuna puhuvat sen puolesta, että henkilökohtaisella vuorovaikutuksella ei ehkä olekaan niin paljon merkitystä kuin yleensä oletetaan (Tuomisto ja Lappalainen 2015). On myös havaittu, että julkaistuissa meta-analyseissä vaikutuksen suuruus on sitä pienempi, mitä uudemmassa meta-analyysistä on kyse (Oksanen 2013). Kognitiivisen käyttäytymisterapian paremmuus muihin terapioihin nähden näyttää selvästi vähäisemmältä, kun alkuperäistutkimusten puutteet on huolella huomioitu (Wampold ym. 2017).

Kustannusvaikuttavuuden arviointia vaikeuttaa se, että tutkimusta psykoterapian taloudellisesta arvosta on olemassa vähän. Mielenterveyden ongelmien vaikuttavuuden kirjaaminen on haasteellista ongelmien kroonisen luonteen vuoksi ja siksi, että hoitotulokset saavutetaan useasti vasta melko pitkän ajan päästä. Laatupainotteiset elämänlaatumittarit ovat myös useasti epäherkkiä mittaamaan mielenterveyden ongelmia (Richardson et al., 2014). Suurimmassa osassa tutkimuksia on käytetty joko terveydenhuollon tai terveydenhuollon erikoisalan (psyki-

atria ja päihdehuolto) näkökulmaa. Tuloksia ei siis voi verrata esimerkiksi yhteiskunnallisen näkökulman ottaviin tutkimuksiin, joissa pyritään ottamaan huomioon koko terveydenhuollon kustannukset, yksilön tuottavuuskustannukset ja yhteisölle koituvat kustannukset, mukaan lukien omaishoito.

6.4 ONKO PSYKOSOSIAALINEN HOITO LÄÄKETIETEELLISESTI PERUSTELTUA HOITOA?

Perustuslain 19 §:n (Suomen perustuslaki 1999/731 § 19) mukaisesti julkisella vallalla on velvollisuus turvata jokaiselle riittävät terveystalvet. Terveystalvetlain 7 a § (Terveystalvetlain 2010/1326 § 7 a.) määrittelee terveystalvetlain palveluvalikoimaan kuuluvat asiat, joihin kuuluu mm. lääketieteellisesti perusteltu hoito ja kuntoutus. Laki rajaa palveluvalikoimasta kuitenkin sellaisen hoidon ja kuntoutuksen, johon sisältyy saavutettavan terveystalvetshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveystalvetlle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveystalvetshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Vaikutavuustalvetkimusten tuloksiin nojautuen voidaan sanoa, että psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito tai kuntoutus ovat vaikuttavia hoitoja. Johtopäätös perustuu siihen, että useimmissa tutkimuksissa psykoterapiaryhmiin osallistujat saavuttivat suotuisia hoitotuloksia tilastollisesti merkitsevästi enemmän tai useammin kuin tavanomaista hoitoa saaneet. Ero voi kuitenkin olla niin pieni, että sillä ei ole potilaalle käytännön merkitystä. Arvio todellisesta terveystalvetshyödyestä pitäisi tehdä tautikohtaisesti eikä tässä katsauksessa ollut mahdollista paneutua näin perusteellisesti kuhunkin tautiryhmään. Tämän katsauksen tulosten perusteella ei siis voida varmuudella sanoa, milloin vaikuttavuus on vähäinen ja milloin merkittävä. Psykososiaalinen hoito ei tutkimusten perusteella aiheuta kohtuutonta riskiä potilaille eivätkä kustannuksetkaan näytä ulkomaisten tutkimusten ja arvojen perusteella kohtuuttomilta. Ottaen huomioon päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yleisyys ja niiden merkittävät vaikutukset toimintakykyyn, psykoterapiat ja muu psykososiaalinen kuntoutus ovat lääketieteellisesti perusteltua hoitoa. Hoitotulosten kliinisestä merkityksestä eli terveystalvetshyödyestä kaivattaisiin kuitenkin lisää tietoa.

6.5 RAPORTIN PUUTTEITA

Aiheen laajuuden ja rajallisen aikataulun vuoksi haut kohdistettiin alkuvaiheessa ainoastaan katsauksiin systemaattisista katsauksista, Cochrane-katsauksiin ja HTA-raportteihin. Näin ollen alkuvaiheessa löytymättä jäivät muut systemaattiset katsaukset. Täydensimme kolmea kirjallisuushakua tekemällä epäsystemaattista hakua tiedon aukkojen täydentämiseksi. Harkitusta hakutyöskentelystä huolimatta on mahdollista ja jopa todennäköistä, että raportista puuttuu oleellista tutkimustietoa. Tutkimussuunnitelman mukaan rajasimme katsauksen potilaan ja ammattilaisen keskinäiseen vuorovaikutukseen perustuviin psykososiaalisiin hoitoihin, joiden seuranta-aika oli vähintään kuusi kuukautta. Tämä sulki pois muun muassa mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä koskevat tutkimukset, monet yhteisöhoitot ja etä-, verkko- tai mobiilisolvelluspohjaiset interventiot sekä ne tutkimukset, joissa hoitotuloksia seurattiin vähemmän kuin kuusi kuukautta hoidon päättymisen jälkeen. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä koskevat tutkimukset olisivat kuitenkin olleet tärkeitä, ainakin traumaperäisen stressihäiriön, masennuksen ja alkoholiriippuvuuden hoidon kohdalla. Lyhyt seuranta-aika osoittautui ongelmalliseksi syömishäiriötutkimusten kohdalla, joista useat mittasivat hoidon onnistumista painon nousuna terapian päättyessä, muttei sen jälkeen. Tietokone- ja mobiiliterapioita koskevaa tutkimustietoa lisättiin raporttiin loppuvaiheessa, mutta niiden osalta haut eivät ole systemaatt-

tisia. Hakuja ei myöskään tehty erikseen eri ikäryhmille tai niille, joille mielenterveyden tai päihdehäiriö oli rinnakkaissairaus. Näiden ryhmien osalta raportoidut tiedot voivat myös olla puutteellisia.

Tutkimuksissa käytetään vertailukohtana usein ”tavanomaista hoitoa”. Tavanomaisen hoidon sisällöllä on kuitenkin vaikutus tutkittavan hoidon tehoon (Wampold ym. 2011). Tätä katsaus- ta tehtäessä emme keränneet tutkimuksista tietoa tavanomaisen hoidon tarkemmasta sisällöstä, mikä vaikeuttaa tuloksen tulkintaa. Toisaalta tavanomaisen hoidon sisällöt oli raportoitu niukasti myös systemaattisissa katsauksissa, jotka muodostavat tämän raportin pääasiallisen aineiston. Tiedon kattava kokoaminen olisi edellyttänyt alkuperäistutkimusten tasolle menemistä.

Raportissa ilmoitetaan hoidon vaikuttavuus yksinkertaisella luokittelulla, jossa plus-merkki kertoo, että tarkastellussa hoitotuloksessa hoitoryhmien keskiarvojen ero on ollut tilastollisesti merkitsevä. Emme ole ottaneet kantaa tilastollisen merkitsevyyden tasoon, mutta yleensä tutkimuksissa käytetään 5 %:n rajaa, joka merkitsee, että otokseen perustuvissa tutkimusryhmissä hoitotuloksissa havaittu ero on todellinen ainakin 95 %:n todennäköisyydellä. Tällainen raportointityyli unohtaa sen tosiasian, että tuloksen tilastollinen merkitsevyys ja kliininen tärkeys eivät ole sama asia: muutosta on voitu mitata tavalla, joka ei kuvaa potilaalle tärkeää terveystulosta. Koetimme kuitenkin valita tarkasteltaviksi tutkimukset, joissa mitattiin potilaille tärkeitä seikkoja, kuten toimintakykyä tai tärkeitä taudin oireita.

Rajusti yksinkertaistettuun raportointiin päädyttiin, koska käsiteltävä aihealue oli niin laaja. Myös lääkehoidon osalta raportointi on samasta syystä hyvin niukkaa. Tulostaulukossa emme raportoineet vaikuttavaa ainetta, vaan merkitsimme ainoastaan, että kyseisessä tutkimuksessa käytettiin lääkettä verrokkina tai lisähoitona.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Potilaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen perustuvat psykoterapiat ja muut psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen muodot ovat vaikuttava osa päihde- ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Merkittävien tautiryhmien kohdalla on näyttöä useiden eri terapioiden vaikuttavuudesta eikä terapioiden välillä ole selkeitä paremmuseroja. Tutkittua tietoa ei tosin löytynyt kaikista Suomessa käytetyistä terapiamuodoista.

Psykoterapioiden kustannusvaikuttavuuden osalta havaittiin useissa tutkimuksissa, että kustannusvaikuttavuuden raja-arvona joissakin maissa pidetty 30 000 euroa alittui. Kustannustiedon siirto maasta toiseen on kuitenkin vaativaa ja virhemahdollisuudet ovat suuret. Psykoterapioiden kustannusvaikuttavuudesta Suomen oloissa on niukasti tietoa eikä kattavia päätelmiä voi tehdä. Liitteisiin koottua aineistoa voi kuitenkin varauksin käyttää tapauskohtaisesti tukemaan pohdintoja hoitojen kustannusvaikuttavuudesta.

LIITELUETTELO

- Liite 1: Aiheen rajaus
- Liite 2: Terapioiden kuvaus
- Liite 3: Hakustrategiat
- Liite 4: Tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit
- Liite 5: Tutkimusten valinta ja tiedonkeruumenetelmät
- Liite 6: Poissuljetut tutkimukset (kustannus-vaikuttavuusanalyysi)
- Liite 7: Vaikuttavuustutkimusten tulokset
- Liite 8: Näytön asteen määrittely
- Liite 9: Kustannus-vaikuttavuusanalyysien tulostaulukko

LÄHTEET

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:267–83.
- Aalto, M., Bäckman, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S., Vuori-lehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltäehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Opas 5.
- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret) (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 18.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 14.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Alkoholiongelman hoito (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 16.5.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley H. 2004. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 184 (6) 526-533; DOI: 10.1192/bjp.184.6.526.
- Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Daubmann A, Thomasius R. Short- to Mid-term Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med*. 2017 Feb;24(2):186-200.
- Arnaud N, Baldus C, Elgán TH, De Paepe N, Tønnesen H, Csémy L, Thomasius R. Effectiveness of a Web-Based Screening and Fully Automated Brief Motivational Intervention for Adolescent Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2016 May 24;18(5):e103. doi: 10.2196/jmir.4643.

- Arvonen T, Korkeila J. Lasten vanhemille suunnattujen neuvontaohjelmien vaikutus kasvatustalleihin. Näytönastekatsaus nak0626, 18.2.2015.
- Baardseth, TP., Goldberg, SB., Pace, BT., Wislocki, AP., Frost, ND., Siddiqui, JR., Lindemann, AM., Kivlighan, DM. 3rd, Laska, KM., Del Re, AC., Minami, T., Wampold, BE. 2013. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. *Clin Psychol Rev*, vol. 33:3. S. 395–405.
- Babowitch JD, Antshel KM. Adolescent treatment outcomes for comorbid depression and substance misuse: A systematic review and synthesis of the literature. *J Affect Disord*. 2016 Sep 1;201:25-33.
- Balhara Y, Verma R. A review of web based interventions focusing on alcohol use. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 Jul;4(4):472-80.
- Bandelow B, Ruther E. Treatment-resistant panic disorder. *CNS Spectrums* 2004;9(10):725-39.
- Benish SG, Quintana S, Wampold BE. 2011. Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 2011 Jul;58(3):279-89.
- Benish, SG., Imel, ZE., Wampold, BE. 2008. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*, vol. 28:5. S. 746–58.
- Benishek, L.A., Dugosh, K.L., Kirby, K.C., Matejkowski, J., Clements, N.T., Seymour, B.L., Festinger, D.S. 2014. Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: A meta-analysis. *Addiction*, vol. 109:9. S.1426–1436.
- Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D., Bogels, S. M., Nauta, M. H., Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G. & Appelboom-Geerts, K. C. 2008. Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 13:4. S. 543–564.
- Bortolon CB, Moreira TC, Signor L, Guahyba BL, Figueiró LR, Ferigolo M, Barros HM. Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. *Subst Use Misuse*. 2017 Jan 28;52(2):164-174.
- Bosmans, J. E., Schaik, D. J., Heymans, M. W., Marwijk, H. W., Hout, H. P. & Bruijne, M. C. 2007. Cost-effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23. S. 480–487.
- Bosmans, J. E., Schreuders, B., Marwijk, H. W., Smit, J. H., Oppen, P. & Tulder, M. W. 2012. Cost-effectiveness of problem-solving treatment in comparison with usual care for primary care patients with mental health problems: a randomized trial. *BMC Family Practice*, 13:98. S. 1–8.
- Cox GR, Fisher CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB, Hetrick SE. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD007504. DOI: 10.1002/14651858.CD007504.pub2.
- Cuijpers, P., Kleiboer, A., Karyotaki, E., Riper, H. 2017. Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depress Anxiety*, May 4. doi: 10.1002/da.22641.
- Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, Carter PM, Booth BM, Blow FC, Barry KL, Walton MA. Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2015 Oct;136(4):e783-93.
- Department of Health (England) and the devolved administrations 2007. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.

- Depressio (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 19.15.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Dowell KA, Ogles BM. The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *J Clin Child Adol Psychol* 2010;;39:131-62.
- Dragioti, E., Karathanos, V., Gerdle, B., Evangelou, E. 2017, Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1–11. Online ISSN: 1600-0447
- Ekholm, V. 10.6.2016. STM pohtii hoitotakuuta psykoterapiaan. *Mediuutiset*. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/stm-pohtii-hoitotakuuta-psykoterapiaan-6558428>
- Enckell, H. 2015. Psykoanalyysi ja psykoanalyttiset terapiat. Teoksessa: Huttunen, Matti.O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim. 2015. S. 26–51.
- Epävakaata persoonallisuus (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 19.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Epävakaata persoonallisuus (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 12.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Eronen, S. 2015. Vaikuttavuutta etsimässä – Palveluntuottajien käsityksiä vaikuttavuudesta tuottamisessaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.
- Finn SE, Tonsager ME. Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms. *Psychological Assessment* 1997;9(4):374-385.
- Flückiger, C., Del Re, AC., Munder, T., Heer, S., Wampold, BE. 2014. Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up--a longitudinal meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* vol. 34:5. S. 367–75.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, C., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., Tran, N. 2016. Clinical practice guideline for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 50:5. S. 1–117.
- Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2.
- Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD006726. DOI: 10.1002/14651858.CD006726.pub2.
- Goldberg SB., Babins-Wagner R., Rousmaniere T., Berzins S., Hoyt WT., Whipple JL, Miller SD., Wampold BE. 2016a. Creating a climate for therapist improvement: A case study. an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy (Chic)*. 2016 Sep;53(3):367-75.
- Goldberg SB., Hoyt WT., Nissen-Lie HA., Nielsen SL., Wampold BE. 2016b. Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychother Res.* 12:1-13.
- Haapasalo-Pesu K-M. Lasten ja nuorten psykoterapeuttiset hoidot. Lääkärin käsikirja. 7.11.2016 • Viimeisin muutos 7.11.2016.
- Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, van Heeringen K, Hazell P. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD012013. DOI: 10.1002/14651858.CD012013.

- Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, Townsend E, van Heeringen K. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD012189. DOI: 10.1002/14651858.CD012189.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W. 2014. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48:11. S. 1–62.
- Heinonen, E. 2014. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy. National Institute for Health and Welfare. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114948/URN_ISBN_978-952-302-127-3.pdf?sequence=1
- Heinonen, E., Kurri, K., Melartin, T. 2016. Sopiiko potilaalleni psykoterapia? *Suomen Lääkärilehti*, vol. 71:15. S. 1072–1076.
- Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub4.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JAJ. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *International Journal of Cognitive Therapy* 2009;2:160-75.
- Huttunen, M.O., Kalska, H. (toim.) 2015. *Psykoterapiat. 3., uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim.
- Huumeongelman hoito (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 12.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Huumeongelman hoito [online]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 18.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM, Amick HR, Brownley KA, Council CL, Viera AJ, Wilkins TM, Schwartz CJ, Richmond EM, Yeatts J, Swinson Evans T, Wood SD, Harris RP. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Jul.
- Jousimaa, J., Liira, H., Liira, J., Komulainen, J. 2010. Hoitosuosituksen näytönasteen ja vahvuuden arviointi GRADE-työryhmän tapaan. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, vol. 126:16. S.1936–1943.
- Jyväskylän yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto & Kaupunkitutkimus TA Oy. 2011. Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset. Ympäristöministeriön raportteja 7/2011, Helsinki, Ympäristöministeriö.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 19.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association

- of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux, McGill University. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14:1. S. 1-83.
- Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, Pitchot W, Raes F, Salomez D, Gillain B, Fairon N, Paulus D, Robays J, Holdt Henningsen K. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. *Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2014. KCE Reports 230. D/2014/10.273/72.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. 2010. Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79944/f1cd96be-3946-4eed-805e-b560b8c37847.pdf?sequence=1>
- Kohler S, Hofmann A. Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Alcohol*. 2015 Mar;50(2):107-17.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., Saraceno, B. 2004. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organisation*. 82:11.
- Kuntoutusportti 2017. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutus/lainsaadanto/>
- Kytöharju, M. 12.1.2017. Vantaalla kokeillaan jonottomia mielenterveys- ja päihdepalveluita. Kirkko ja kaupunki. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] <https://www.kirkkojakaupunki.fi/-/vantaalla-kokeillaan-jonottomia-mielenterveys-ja-paihdepalvelui-1>
- Laaksonen, M. Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. *National Institute for Health and Welfare* 2014. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125321/URN_ISBN_978-952-302-333-8.pdf?sequence=1
- Lauerma, H. 2015. Psykoterapioiden haitoista ja eettisistä ongelmista. Teoksessa: Huttunen, Matti.O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim. 2015. S. 397–407.
- Leiman, H. 2015. Psykoterapiat ja psykoterapeutit. Teoksessa: Huttunen, Matti.O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim. 2015. S. 374–384.
- Li L, Zhu S, Tse N, Tse S, Wong P. Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016 May;111(5):795-805.
- Lindfors, O. 2014. Lyhyt ja pitkä psykoterapia vaikuttavat eri tavalla potilaan minäkuvaan. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/-/lyhyt-ja-pitka-psykoterapia-vaikuttavat-eri-tavalla-potilaan-minakuvaan>
- Lindfors, O. 2015. Psykoterapian resurssit osuvaan käyttöön. *Duodecim*, vol. 131. S. 305–306.
- Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001;51:55–61
- MacDonald, G., Higgins Julian, P.T., Ramchandani, P., Valentine Jeffrey, C., Bronger Laticia, P., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G., Taylor, M. 2012. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*. doi: 10.4073/csr.2012.14
- Malhi, G.S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P.B., Fritz, K., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Murray, G., Porter, R., Singh, A.B. 2015. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 49:12. S. 1–185.
- Malmivaara, A. 2015. Benchmarking Controlled Trial--a novel concept covering all observational effectiveness studies. *Ann Med*. vol. 47:4. S. 332–40.

- Mason M, Light J, Campbell L, Keyser-Marcus L, Crewe S, Way T, Saunders H, King L, Zaharakis NM, McHenry C. Peer Network Counseling with Urban Adolescents: A Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users. *J Subst Abuse Treat.* 2015 Nov;58:16-24.
- Mason MJ, Sabo R, Zaharakis NM. Peer Network Counseling as Brief Treatment for Urban Adolescent Heavy Cannabis Users. *J Stud Alcohol Drugs.* 2017 Jan;78(1):152-157.
- McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;(8):CD005191. doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3. Review.
- Mehlum L, Tørmoen A, Ramberg M ym. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:1082-91.
- Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Apr;55(4):295-300.
- Midgley, N., Kennedy, E. 2011. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 37:3. S. 1–29.
- Mäki P, Miettunen J, Kaakinen M ym. Childhood and adolescence predictors of psychosis in the general population-based Northern Finland 1986 Birth Cohort. *Schizophr Res* 2010;117:172-3.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2013. Guide to the methods of technology appraisal 2013. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). October 2013.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence 2017a. Eating disorders: recognition and treatment. NICE Guideline 69. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. 2017b. Mental health of adults in contact with the criminal justice system. NICE guideline 66. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. 2016. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guideline 185.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence 2015. Children's attachment: attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care. NICE guideline 26. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence 2014. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline 178. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence 2013. Stop smoking services. Public Health guideline 10. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence 2011. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical guideline 115. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. 2009a. Antisocial personality disorder: prevention and management. Clinical guideline 77. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. 2009b. Borderline personality disorder: recognition and management. Clinical guideline 78. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence 2005. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. Clinical guideline 31. Saatavilla: <https://www.nice.org>
- National Institute of Mental Health 1987. Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System. Washington, DC.

- Nicholas, J., Larsen, ME., Proudfoot, J., Christensen, H. 2015. Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. *Journal of Medical Internet Research*, vol. 17:8. S. 198.
- Oksanen, J. 2013a. Kognitiivis-behavioraalinen terapia (KBT) psykoosioireiden hoidossa. Näytönastekatsaus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow J. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescence: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97-107.
- Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, Koran L, Leckman J, Marazziti D, et al. Treatment non-response in OCD: methodological and operational definitions. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2002;5:181-91.
- Pallaskorpi, S., Isometsä, E., Henriksson, M., Suominen, K., Lönnqvist, J. 2004. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 120:5. S. 572–82.
- Passetti LL, Godley MD, Kaminer Y. Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016 Oct;25(4):669-84.
- Phillips L, McGorry P, Pan Yuen H ym. Medium term follow-up of randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2007;96:25-33
- Pirkola, S. 2015. Psykoterapiaa kaikille – mutta miten? Teoksessa: Huttunen, Matti. O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim. 2015. S. 408–416.
- Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/41. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Ranta K, Gergov V, Tainio V-M, Lindberg N, Strandholm T, Ehrling L, Marttunen M. Psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus nuorten ahdistuneisuushäiriöissä. *Suomen Lääkärilehti* 2015;70(18):1253-1259
- RANZCP, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice. 2003. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37:6. S. 641–656.
- Reini, K. 2016. Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja selityksiä ja raportteja 208.
- Repo-Tiihonen, E., Hallikainen, T. 2016. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132:2. S.130–6.
- Richardson, J., Khan, M. A., Iezzi, A. & Maxwell, A. 2014. Comparing and Explaining Differences in the Magnitude, Content, and Sensitivity of Utilities Predicted by the EQ-5D, SF-6D, HUI 3, 15D, QWB, and AQoL-8D Multiattribute Utility Instruments. *Medical Decision Making*, vol. 35:3. S. 276–291.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. 2002. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:1304-13.
- Sayegh, C.S., Huey, S.J., Zara, E.J., Jhaveri, K. 2017. Follow-Up Treatment Effects of Contingency Management and Motivational Interviewing on Substance Use: A Meta-Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 31:4. S. 403–414.
- SBU. 2016. Behandling av hetsättningsstämning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU);2015. SBU. Rapport nr 248/2015. <http://www.sbu.se>
- SBU Utvärderar 2015. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU);2015. SBU. Rapport nr 223/2015. <http://www.sbu.se>

- SBU. Internetformad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013a. SBU Alert-rapport nr 2013-02. ISSN 1652-7151. <http://www.sbu.se>
- SBU Utvärderar. 2013b. ADHD – diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU);2013. SBU. Rapport nr 217/2013. <http://www.sbu.se>
- SBU. Behandling av ångestsyndrom, volym 1. En systematisk litteraturöversikt, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4.
- SBU. Behandling av ångestsyndrom, volym 2. En systematisk litteraturöversikt, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/2. ISBN 91-85413-05-4.
- SBU Alert. EMDR – psykoterapi vid posttraumatiska stressyndrom hos unga. Version 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2001. <http://www.sbu.se>
- Skitsofrenia (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 16.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- STM. Kuntoutus. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>
- STM. Mielenterveyspalvelut. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- STM. Sosiaalinen kuntoutus 2017. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: <http://stm.fi/sosiaalityo>
- Strandholm T, Ranta K, Gergov V, Tainio V-M, Lindberg N, Ehrling L, Marttunen M. Nuorten itsetuhoisuuden ja epävakaiden piirteiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti 2016;71(10):717-723.
- Sucala, M., Cuijpers, P., Muench, F., Cardoso, R., Soflau, R., Dobrean, A., Achimas-Cadariu, P., David, D. 2017. Anxiety: There is an app for that. A systematic review of anxiety apps. *Depress Anxiety*, vol. 34:6. S. 518–525.
- Sundell K, Hansson K, Löfholm CA ym. The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *J Fam Psychol* 2008;22:550-60.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen akatemia. 2007. Konsensuslausuma 18.10.2006. Psykoterapia. [Online], vol. 123. S. 112-120. Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf>
- Suomen Mielenterveysseura. Psykoterapia. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/psykoterapia>
- Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Suomen Psykologiliitto. Psykoterapia. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] Saatavissa: http://www.psyli.fi/psykoterapeuttiluettelo/tietoa_psykoterapiasta
- Syömishäiriöt (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 15.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2015 Apr;51:1-18.
- TEAvisari [verkkotietokanta]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.teaviisari>
- Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Randomized controlled trial of brief alcohol screening and intervention for college students for heavy-drinking mandated and

- volunteer undergraduates: 12-month outcomes. *Psychol Addict Behav.* 2015 Mar;29(1):2-16.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Päihdetilastollinen vuosikirja 2014. Alkoholi ja huumet. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy, 2014 (viitattu 16.05.2017). Saatavissa: www.thl.fi/paihdetilastollinenvuosikirja
- Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL 2014b. Psykoterapeutin ominaisuuksilla on väliä. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] https://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet-ja-uutiset/tiedote/-/asset_publisher/CzFyVvjxyy7T/content/psykoterapeutin-ominaisuuksilla-on-valia/10531
- THL 2016a. Pitkä psykoterapia tuottaa pysyvämpiä hyötyjä kuin lyhyt psykoterapia. [verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/-/pitka-psykoterapia-tuottaa-pysyvampia-hyotyja-kuin-lyhyt-psykoterapia>
- Traumaperäinen stressihäiriö (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 15.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Tuomisto, MT., Lappalainen, R. 2015. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa: Huttunen, Matti.O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim. 2015. S. 86–106.
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu pp.kk.vvvv). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Tuulio-Henriksson, A. 7.11.2016. Psykoterapian järjestämistä halutaan uudistaa. Kelan tutkimusblogi.[verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/3470>
- Tuulio-Henriksson, A., Toikka, T., Heino, P., Laukkala, T. 23.2.2017. Lakimuutos toi psykoterapiaan lisää työuran pidentäjiä. Kelan tutkimusblogi.[verkkoaineisto]. [viitattu 14.5.2017.] <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/3731>
- Unettomuus (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 16.05.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Valkonen, J., Henriksson, M., Tuulio-Henriksson, A., Autti-Rämö, I. 2011. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74/2011*.
- Viertti S., Partanen A., Kaikkonen R., Härkänen T., Marttunen M., Suvisaari J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012 – 2015. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 133(3):292-300.
- Wampold, BE., Flückiger, C., Del Re, AC., Yulish, NE., Frost, ND., Pace, BT., Goldberg, SB., Miller, SD., Baardseth, TP., Laska, KM., Hilsenroth, MJ. 2017. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res*, vol. 2.
- Wampold, BE. 2015. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, vol. 14:3. S. 270–7.
- Wampold, BE., Budge, SL., Laska, KM., Del Re, AC., Baardseth, TP., Fluckiger, C., Minami, T., Kivlighan, DM., Gunn, W. 2011. Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: a meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*, vol. 31:8. S. 1304–12.
- Wang Z, Whiteside SPH, Sim L, Farah W, Morrow AS, Alsawas M, Barrionuevo P, Tello M, Asi N, Beuschel B, Daraz L, Almasri J, Zaiem F, Larrea-Mantilla L, Ponce OJ, LeBlanc A, Prokop LJ, Murad MH. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017 Nov 1;171(11):1049-1056.

- Web, CA., Rosso, M., Rauch, SL.2017. Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: Current Progress and Future Directions. *Harvard Review of Psychiatry*, vol 25:3. S. 114-122.
- Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2006;132:132-49.
- Young JF, Mufson L, Gallop R. Preventing depression: A randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety* 2010;27:426-33.