

Johanna Huhtala

LASTEN AHDISTUNEISUUDEN ETÄ- JA RYHMÄMUOTOISET
HOIDOT

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Kevätlukukausi 2019

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Johanna Huhtala

LASTEN AHDISTUNEISUUDEN ETÄ- JA RYHMÄMUOTOISET
HOIDOT

Lastenpsykiatria

Kevätlukukausi 2019

Vastuuhenkilö: Terhi Luntamo

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

HUHTALA, JOHANNA: Lasten ahdistuneisuuden etä- ja ryhmämuotoiset hoidot

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 25s.

Lastenpsykiatria

Maaliskuu 2019

Psyykkisistä ongelmista johtuva hoitoon hakeutuminen ja läheteiden määrä ovat lisääntyneet. Hoitoon pääsyä vaikeuttavat kuitenkin esimerkiksi etäisyydet sekä rajalliset resurssit. Näihin ongelmiin voisi etä- ja ryhmämuotoisista hoidoista olla apua. Tämän työn tarkoituksena oli kuvata satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia lasten ahdistuneisuuden hoitoon käytetyistä etä- ja ryhmämuotoisista hoidoista. Etähoitoja voidaan antaa esimerkiksi internetin välityksellä ja ryhmämuotoisia hoitoja taas voidaan antaa esimerkiksi kouluissa.

Tutkimuksia etsittiin Pubmed -tietokannasta keväällä 2018. Työhön sisällytettiin ne englanninkieliset tutkimukset, joissa tutkittavien joukossa oli alle 13 -vuotiaita lapsia. Työhön soveltuvia tutkimuksia löytyi yhteensä 15 kappaletta. Näistä kymmenen tutki etähoitoja ja viisi ryhmämuotoisia hoitoja. Tutkittavien määrä vaihteli välillä 20 – 1339 ja ikä välillä 3 – 18 vuotta. Sukupuolijakauma oli melko tasainen.

Kaikissa tutkimuksissa hoitoryhmään sijoittuneiden lasten ahdistuneisuus väheni. Niissä tutkimuksissa, joissa hoitoa verrattiin jonotuslistaan, oli ahdistuneisuuden vähentyminen merkittävästi suurempaa hoitoryhmissä. Yksi tutkimuksista vertasi etähoitoa yksilölliseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, eikä ryhmien välillä ollut tuloksissa eroa, vaan molemmissa tapahtui ahdistuneisuuden vähenemistä. Työn tulokset olivat positiivisia ja näiden hoitojen laaja-alaisempi tutkiminen ja käyttöön saaminen voisi tuoda helpotusta nykyisten resurssien ja hoitomuotojen mukanaan tuomiin rajoituksiin.

Asiasanat: ahdistuneisuus, etähoito, ryhmähoito, lastenpsykiatria

Työssä käytetyt lyhenteet

Hoidon tehon arviointiin käytettyjen mittarien nimiä ja lyhenteitä ei ole esitetty tässä, vaan ainoastaan taulukossa 1.

CBT: kognitiivinen käyttäytymisterapia

cCBT: tietokonevälitteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia

CESA: Computer-Assisted education, support and attention –ryhmä

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

iCBT: yksilö kognitiivinen käyttäytymisterapia

SSRI: serotoniinin takaisinoton estäjä

Sisällysluettelo

1. Johdanto.....	1
2. Lasten ahdistuneisuushäiriöt.....	1
2.1. Ahdistuneisuushäiriöiden tyypit.....	2
2.2. Hoito	3
3. Työn tavoitteet.....	3
4. Tiedonhaun menetelmät.....	4
5. Diagnostiikassa ja hoidon tehokkuuden arvioinnissa käytetyt mittarit.....	4
6. Tulokset	6
6.1. Etähoidot.....	6
6.1.1 Tutkimusten julkaisuvuosi ja -maa sekä tutkittavien määrä ja ikäjakauma	6
6.1.2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit	8
6.1.3. Hoito-ohjelmien muoto ja sisältö	10
6.1.4. Tutkimusten tulokset.....	14
6.2. Ryhmähoidot	17
6.2.1. Tutkimusten julkaisuvuosi ja -maa sekä tutkittavien määrä ja ikäjakauma	17
6.2.2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit	17
6.2.3. Hoito-ohjelmien muoto ja sisältö.....	19
6.2.4. Tutkimusten tulokset.....	20
7. Pohdinta.....	22
Lähteet	24

1. Johdanto

Lasten psyykkiset ongelmat jatkuvat usein nuoruus- ja aikuisikään saakka. Vastaavasti tiedetään, että valtaosa nuorten aikuisten psykiatrisista häiriöistä alkaa ennen 15 vuoden ikää (Kim-Cohen et al. 2003). Psykiatrisista häiriöistä aiheutuu kaikissa ikäluokissa merkittävää haittaa, joka voi näkyä esimerkiksi kotona, sosiaalisissa suhteissa ja koulussa tai työelämässä. Täten lapsuusiän psyykkisten ongelmien ehkäisy, varhainen tunnistaminen ja hoito on tärkeää.

Psykiatristen häiriöiden varhaista hoitoa vaikeuttavat kuitenkin mm. monet hoidon saatavuuteen liittyvät hankaluudet. Hoitoa on tarjolla rajoitetusti ja odotusajat ovat usein pitkiä. Samaan aikaan hoitoon hakeutuminen ja läheteiden määrä on lisääntynyt. Ongelmaa tämä aiheuttaa varsinkin syrjäseuduilla, missä hoidon saatavuus on erityisen rajallista ja etäisyydet pitkiä. Jotta mahdollisimman monet hoitoa tarvitsevat pääsisivät hoidon piiriin, on kehitetty ja tutkittu erilaisia hoitomenetelmiä, kuten hoidon toteuttaminen etämuotoisesti internetin välityksellä ja ryhmämuotoisesti esimerkiksi kouluissa. Psykiatristen häiriöiden sekä hoitojen suhteen esiintyy vielä valitettavan paljon stigmaa ja tämä voi osaltaan estää häiriöiden tunnistamista sekä hoitoon hakeutumista. Tällaisissa tilanteissa voisi etähoito olla toimiva. Etähoito sopisi myös potilaille, jotka eivät halua toimia ryhmässä muiden potilaiden läsnäolon vuoksi. Etähoidoissa myös aikataulujen järjestäminen on helpompaa eikä potilaiden tarvitse matkustaa. Ryhmämuotoisessa hoidossa taas samalla kerralla hoitoa saa useampi potilas. Ryhmissä myös vertaistuen merkitys on usein suuri. Jotta mahdollisimman moni hoitoa tarvitseva saisi nopeasti hyvää hoitoa, on näiden vaihtoehtoisten hoitomuotojen tutkiminen luotettavissa tutkimusasetelmissä tärkeää.

2. Lasten ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuus on normaali sekä tarpeellinen tunne ja se liittyy normaaliin lapsen kehitykseen, esimerkiksi pienen lapsen eroahdistus. Silloin, kun oireet ovat normaalia vakavampia sekä vaikuttavat lapsen toimintakykyyn tai aiheuttavat kärsimystä, voidaan puhua ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuushäiriöistä kärsii kansainvälisten tutkimusten mukaan noin 3-9 % lapsista ja ne ovat lasten yleisimpiä mielenterveyden

häiriöitä. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat eroahdistus, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, määräkohteiset pelot, paniikkihäiriö sekä julkisten paikkojen pelko. Monia ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy enemmän tytöillä kuin pojilla. Tyypillisten ahdistuneisuusoireiden lisäksi ahdistuneisuuteen voi lapsella viitata mm. tiettyjen tilanteiden välttely (esim. koulupoissaolot), fyysiset oireet (esim. vatsa- tai pääkivut) sekä keskittymisvaikeudet, levottomuus tai kiukkukohtaukset. (Ranta ja Koskinen 2016)

2.1. Ahdistuneisuushäiriöiden tyypit

Eroahdistushäiriö on lapsuuden ahdistuneisuushäiriöistä tavallisin, sen esiintyminen on noin 3-8 % tutkimuksista riippuen. Pääasiallisena oireena eroahdistuksessa on poikkeuksellisen voimakas pelko jouduttaessa eroon kiintymyksenkohteista. Lapsella voi esimerkiksi olla poikkeuksellisia ajatuksia siitä, mitä erossa ollessa voi tapahtua ja lapsi voi olla hyvinkin takertuva. (Ranta ja Koskinen, 2016.)

Määräkohteisella pelolla tarkoitetaan pelkoa, jonka aiheuttaa jokin tietty tilanne tai kohde, esim. hämähäkipelko. Pelot ovat lapsuusiässä tavallisia ja häiriöstä puhutaan silloin, kun pelko häiritsee normaalia elämää. Määräkohteista pelkoa esiintyy 2-4 %:lla lapsista ja nuorista (Ranta ja Koskinen, 2016.)

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ahdistuneisuutta eivät aiheuta tietyt paikat tai asiat, vaan ahdistus on laaja-alaisempaa, sitä on vaikea hallita ja se kestää pitkään. Oireina on usein fyysisiä reaktioita sekä hermostuneisuutta. Eri tutkimuksissa esiintyvyys lapsilla vaihtelee 1-10%:n välillä. (Ranta ja Koskinen, 2016.)

Paniikkihäiriö on ahdistuneisuushäiriö, jossa ahdistuneisuus ilmenee kohtauksina, jotka ovat tyypillisesti kestoaltaan noin 10 minuuttia. Paniikkikohtauksiin kuuluu usein sydämen tykyttelyä, hengenahdistusta, pahoinvointia sekä huimausta. Paniikkihäiriö on kyseessä silloin, kun paniikkikohtaukset toistuvat ja lapsi pelkää saavansa kohtauksia. Lapsilla paniikkihäiriötä on noin 0.5%:lla. (Ranta ja Koskinen, 2016.)

Sosiaalisten tilanteiden pelon johtavana oireena on pelko kielteisestä arviosta, esimerkiksi pelko siitä, että joku kritisoi. Häiriössä esiintyy välttämistä, esim. luokassa puhumisen välttäminen. (Ranta ja Koskinen, 2016.)

Julkisten paikkojen pelossa kyse ei ole tietyn paikan pelosta, vaan ahdistuneisuutta aiheuttaa ajatus siitä, ettei lapsi ahdistuessaan pystyisi poistumaan jostakin paikasta tai saisi apua ahdistuneisuuteensa. Julkisten paikkojen pelkoon liittyy usein välttämiskäyttäytymistä ja pelko ilmenee esimerkiksi bussissa ja koulussa. (Ranta ja Koskinen, 2016.)

2.2. Hoito

Tutkimusten mukaan ensisijaisena hoitona on kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT). Kognitiivisen käyttäytymisterapian perustana on yhteyden löytäminen tunteiden, käytöksen sekä ajatusten välillä. Lapsilla painottuu erityisesti tunteiden sekä käytöksen välinen yhteys. Ahdistuneisuuden hoidossa kognitiivisella terapialla lasta autetaan löytämään uusia tapoja ymmärtää ja havainnoida omia tuntemuksiaan ja ympäristöään. Lapselle opetetaan myös erilaisia tapoja, joilla ahdistuneisuuden tunnetta voidaan lievittää, esimerkiksi rentoutuminen. Myös muita selviytymiskeinoja harjoitellaan. (Kauppi ja Ranta, 2016.)

Mikäli kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ei saada tarvittavaa apua, voidaan hoitoon liittää SSRI-lääkitys (serotoniinin takaisinoton estäjä). SSRI-lääkityksen tarkoituksena on saada vähennettyä oireiden voimakkuutta, jolloin voitaisiin kyetä opettelemaan erilaisia käyttäytymistapoja ahdistavien tilanteiden varalle. (Ranta ja Koskinen, 2016.)

3. Työn tavoitteet

Syventävän opintoprojektin ensisijaisena tavoitteena oli etsiä tietoa lasten ahdistuneisuuden etähoidoista. Toisena tavoitteena oli etsiä tietoa lasten ahdistuneisuuden ryhmähoidoista. Tarkoituksena oli arvioida käytössä olevia hoitomuotoja ja niiden tehoa. Tavoitteita mukailleen etähoidoista tehdyt tutkimukset on tässä työssä raportoitu yksityiskohtaisemmin kuin ryhmähoidoista tehdyt tutkimukset.

4. Tiedonhaun menetelmät

Tietoa etsittiin Pubmed-tietokannasta ja hakuun sisällytettiin pelkästään englanninkielellä raportoidut satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset. Tutkimukset sisällytettiin työhön, mikäli tutkittavien joukossa oli alle 13-vuotiaita lapsia. Tutkimuksia etä- ja ryhmähoidoista etsittiin kevään 2018 aikana seuraavilla hakusanoilla: anxious*, anxiety*, "Anxiety"[Mesh], emotional, internalizing; child*, "Child"[Mesh], children, childhood, youth*, pediatric*, paediatric*, adolescen*, preschool*; Internet*, phone*, digital*, cyber*, web*, e-health*, m-health*, mobile*, online treatment*, computer-delivered*, digital treatment*, computer treatment*, internet-delivered*, remote*, computerised CBT; group treatment*, group-based*, group-therapy*, classroom*, group intervention*, group*; treatment, program, therapy, cbt, CBT*, cognitive behavioral, cognitive behavioral therapy*; randomized controlled trial*, RCT*, control group*, waitlist*, delay*. (Lisäksi työhön sopivia tutkimuksia etsittiin hauilla löytyneiden sopivien artikkeleiden lähdeluetteloista. Tämän työn tarkoitukseen löytyi 10 tutkimusta lasten ahdistuneisuuden etähoidoista ja viisi tutkimusta lasten ahdistuneisuuden ryhmämuotoisista hoidoista.

5. Diagnostiikassa ja hoidon tehokkuuden arvioinnissa käytetyt mittarit

Lasten ahdistuneisuuden arviointiin on olemassa erilaisia haastattelumenetelmiä sekä kyselykaavakkeita. Tähän työhön sisältyvissä artikkeleissa käytetyt kyselykaavakkeet ja haastattelumenetelmät (myös muut kuin puhtaasti ahdistuneisuutta mittaavat menetelmät) on listattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuksissa käytetyt mittarit

Mittari	Nimi	Mitä mittaa?
ADIS-C/P	Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: child and parent version	Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostinen haastattelu
AWS	Adolescent well-being scale	Masennusoireita
CA	Cognitive avoidance	Välttämiskäyttäytymistä
CAIS-C/P	The Child Anxiety Impact Scale – child/parent	Ahdistuneisuuden vaikutusta toimintakykyyn
CALIS	Child Anxiety Life Interference Scale	Ahdistuneisuuden vaikutusta toimintakykyyn
CBCL	Child Behavior Checklist	Psyykkisiä oireita
CDI	Children's Depression Inventory	Masennusoireita
CES-D	The Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale	Masennusoireita
CGAS	Children's Global Assessment Scale	Yleistä toimintakykyä
CGI	Clinical Global Impression	Oireiden vaikeutta ja hoitovastetta
CIS-P	Columbia Impairment Scale – parent version	Toimintakykyä
CSR	The Clinician Severity Rating	Kliinikon arvioimaa oireiden vakavuutta
FSSC	Fear Survey Schedule for Children	Tiettyjen asioiden ja tilanteiden pelkoa
FSSC-R	Fear Survey Schedule for Children Revised	Tiettyjen asioiden ja tilanteiden pelkoa
IU	Intolerance of uncertainty	Epävarmuuden sietoa
MASC	Multidimensional anxiety scale for children	Ahdistuneisuusoireita
NBW	Negative Beliefs about Worry	Negatiivista suhtautumista huoliin
NPO	Negative Problem Orientation	Negatiivista suhtautumista ongelmiin
OAPA	The Online Assessment of Preschool Anxiety	Ahdistuneisuusoireita
OI/P	The Over-Involved/Protective Parenting Scale	Vanhempien ylisuojelevuutta
PARS	The Pediatric Anxiety Rating Scale	Ahdistuneisuusoireita
PAS	Preschool Anxiety Scale	Ahdistuneisuusoireita
PAS-R	The Revised Preschool Anxiety Scale	Ahdistuneisuusoireita
PBW-Q	Child Positive Beliefs about Worry Questionnaire	Positiivista suhtautumista huoliin
PSWQ	The Penn State Worry Questionnaire	Huolestuneisuutta
QOLI	The Quality of Life Inventory	Tyytyväisyyttä eri elämän osa-alueisiin
RCADS	The Revised Children's Anxiety and Depression Scale	Ahdistuneisuusoireita
RSEI	The Rosenberg Self-esteem Inventory	Itsevarmuutta
SAI	Spielberger's State Anxiety Index	Ahdistuneisuuden määrää
SCAS	The Spence Children's Anxiety Scale	Ahdistuneisuusoireita
SCQ	The Schema Questionnaire for Children	Ajatusmalleja
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	Psyykkisiä oireita ja vahvuuksia
SMFQ-C/P	Short Mood and Feelings Questionnaire	Masennusoireita
SOP	Self-oriented Perfectionism	Perfektionismin oireita
SPAI	Social Phobia and Anxiety Inventory	Sosiaalisen ahdistuneisuuden oireita ja käytöstä
SPP	Socially Prescribed Perfectionism	Perfektionismin oireita
YSR	The Youth Self-Report	Masennusoireita

6. Tulokset

6.1. Etähoidot

6.1.1. Tutkimusten julkaisuvuosi ja -maa sekä tutkittavien määrä ja ikäjakauma

Kaikkiaan kymmenestä tutkimuksesta kuusi oli tehty Australiassa (Donovan ym. 2014, Spence ym. 2011, Infantino ym. 2016, Morgan ym. 2017, March ym. 2008, Schoneveld ym. 2017), kaksi Euroopassa (Vigerland ym. 2015, Stallard ym. 2011) ja kaksi Yhdysvalloissa (Storch ym. 2015, Khanna ym. 2010). Kuusi tutkimusta (Vigerland ym. 2015, Donovan ym. 2014, Infantino ym. 2016, Morgan ym. 2017, Schoneveld ym. 2017, Storch ym. 2015) oli julkaistu viimeisen viiden vuoden aikana (2013-2018) ja loput neljä (Spence ym. 2011, March ym. 2008, Stallard ym. 2011, Khanna ym. 2010) sitä ennen, vuosina 2008-2011 (taulukko 2.). Tutkittavien lasten ikäjakauma oli 3-18 vuotta. Tarkemmat ikäjakaumat on tutkimuskohtaisesti esitetty taulukossa 2. Kaikissa tutkimuksissa sukupuolijakauma oli melko tasainen. Pienin tutkittavien määrä oli 20 (Stallard ym. 2011) ja suurin oli 433 (Morgan ym. 2017). Yhdessä tutkimuksessa hoidon kohteena olivat vain vanhemmat (Morgan ym. 2017), neljässä vain lapset (Schoneveld ym. 2017, Karbasi ym. 2017, Stallard ym. 2011, Khanna ym. 2010) ja kuudessa sekä lapset että heidän vanhempansa (Vigerland ym. 2015, Donovan ym. 2014, March ym. 2008, Storch ym. 2015, Spence ym. 2011, Infantono ym. 2016). Tutkimuksiin haettiin tutkittavia mainosten, lääkäreiden tai mielenterveystyöntekijöiden suosittelemana sekä kouluista ja päiväkodeista.

Taulukko 2. Tutkimusten osallistujat, rekrytointimenetelmät ja sisäänottokriteerit

Tutkimuksen numero	Ensimmäinen kirjoittaja	Julkaisuvuosi ja -maa	Ikäjakauma	Tutkittavien kokonaismäärä	Rekrytointi	Sisäänottokriteeri #
1.	Donovan	2014, Australia	3-6 v.	52 lasta ja jokaiselta ainakin yksi vanhempi	Mainoksilla sekä päiväkodeista, kouluista ja yleislääkäreiltä	Aiemmin diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö ADIS-C mukaan
2.	Morgan	2017, Australia	3-6 v.	43 vanhempaa	Mainoksilla internetissä ja päiväkodeissa	Estynyt temperamentti / perustuen testiin internetissä
3.	Infantino	2016, Australia	5-11 v.	24 lasta ja jokaiselta ainakin yksi vanhempi	Mainoksilla sekä opettajilta, opinto-ohjaajilta ja mielenterveysammattilaisten suosittelemana	Aiemmin diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö
4.	March	2008, Australia	7-12 v.	73 lasta ja jokaiselta ainakin yksi vanhempi	Mainoksilla mediassa ja kouluissa	Ahdistuneisuushäiriö tai kliinisesti merkittäviä oireita ADIS-C/P mukaan
5.	Schoneveld	2017, Australia	7-12 v.	174 lasta	Kahdeksan koulun oppilaille lähetetyillä informaatiokirjeillä	Ahdistuneisuusoireet kyselykaavakkeella mitattuna
6.	Khanna	2010, Yhdysvallat	7-13 v.	49 lasta	Vanhemmilta, kouluista tai lääkäreiltä	Aiemmin diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö
7.	Storch	2015, Yhdysvallat	7-13 v.	100 lasta	Mielenterveysammattilaisten suosittelemana	Aiemmin diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö ADIS-C/P mukaan
8.	Vigerland	2015, Ruotsi	8-12 v.	93 lasta, 182 vanhempaa	Lehti-ilmoituksella	Aiemmin diagnosoitu DSM-IV kriteerien mukainen ahdistuneisuushäiriö.
9.	Stallard	2011, Iso-Britannia	11-16 v.	20 lasta	Mielenterveysammattilaisten suosittelemana	Aiemmin diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö
10.	Spence	2011, Australia	12-18 v.	115 lasta ja jokaiselta ainakin yksi vanhempi	Mainoksilla sekä opinto-ohjaajilta, yleislääkäreiltä ja mielenterveysammattilaisten suosittelemana	Aiemmin diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö

Kunkin tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit esitetään tarkemmin kappaleessa 6.1.2.

ADIS-C/P: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version, DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

6.1.2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tutkimukset on numeroitu taulukossa 2. Tutkimuksen 1. (Donovan ym. 2014) sisäänottokriteeri oli aiempi diagnoosi sosiaalisten tilanteiden pelosta, eroahdistushäiriöstä, määräkohteisesta pelosta tai yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä. Poissulkukriteereinä olivat diagnoosi laaja-alaisesta kehityshäiriöstä tai käynnissä oleva psykologinen hoito muualla.

Tutkimuksen 2. (Morgan ym. 2017) sisäänottokriteerinä oli 3-6-vuotias lapsi, jolla on estynyt temperamentti. Poissulkukriteerinä oli vakava kehitysviive.

Tutkimuksen 3. (Infantino ym. 2016) sisäänottokriteeri oli aiempi eroahdistushäiriön, pakko-oireisen häiriön, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon tai määräkohteisen pelon diagnoosi. Poissulkukriteereinä olivat vakava masennus, dystymia, kehityshäiriö tai käynnissä oleva psykologinen hoito.

Tutkimuksen 4. (March ym. 2008) sisäänottokriteerinä oli ahdistuneisuushäiriödiagnoosi (ei saanut olla pakko-oireista häiriötä, paniikkihäiriötä tai post-traumaattista stressihäiriötä) tai kliininen / riskirajoilla oleva ahdistuneisuus. Tutkimukseen osallistuminen edellytti myös kykyä lukea kahdeksanvuotiaan tasoisesti ja kotona tuli olla mahdollisuus internetin käyttöön.

Tutkimuksen 5. (Schoneveld ym. 2017) sisäänottokriteerinä oli ahdistuneisuusoireet (mitattiin SCAS:lla): Kokonaispistemäärän tuli olla joko 1) 1 SD:n verran yli keskiarvon tai 2) vähintään kahden alaskaalan pistemäärän 1 SD yli ko. alaskaalan keskiarvon. Poissulkukriteereinä olivat käynnissä oleva psykiatrinen hoito, pakko-oireinen häiriö, post-traumaattinen stressihäiriö tai autismin kirjon häiriö.

Tutkimuksen 6. (Khanna ym. 2010) sisäänottokriteeri oli ahdistuneisuushäiriön diagnoosi DSM-IV kriteereiden mukaan. Poissulkukriteereinä olivat älykkyydosamäärä alle 80, psykoottiset oireet, ahdistuneisuus- tai masennuslääkitys, käynnissä oleva psykoterapia tai sujumattomuus englannin kielessä.

Tutkimuksen 7. (Storch ym. 2015) sisäänottokriteereinä olivat joko eroahdistushäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, määräkohteisen pelon tai paniikkihäiriön diagnoosi tai vähintään 10 pistettä PARS 3 -testissä. Poissulkukriteerit olivat käynnissä oleva psykoterapia tai muu terapia kohdistuen ahdistuneisuuteen, uusi psykelääke aloitettu viimeisen 6-12 viikon aikana, itsetuhoinen käytös viimeisen kuuden kuukauden aikana tai kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi tai autismi.

Tutkimuksen 8. (Vigerland ym. 2015) sisäänottokriteerinä oli aiemmin diagnosoitu yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, eroahdistushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko tai määräkohteinen pelko. Poissulkukriteerejä olivat neurologisen kehityksen häiriö, vakava masennus, muu vakava psykiatrinen häiriö tai käynnissä oleva psykelääkehoito, jota oli muutettu viimeisen kolmen kuukauden aikana. Myös vanhemman päihdeongelma, huoltajuuskiista, pahoinpitely sekä vakava psykiatrinen ongelma olivat poissulkukriteerejä.

Tutkimuksen 9. (Stallard ym. 2011) sisäänottokriteereitä olivat 11-16 vuoden ikä sekä aiempi ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, määräkohteinen pelko tai paniikkihäiriö) tai lievä/keskivaikea masennus. Poissulkukriteerejä olivat vakava masennus, vakava itsetuhoisuus, post-traumaattinen stressihäiriö, autismi, ADHD, oppimisvaikeudet ja psykoosi. Tutkimukseen ei myöskään voinut osallistua, jos oli hiljakkoin joutunut pahoinpitelyn uhriksi.

Tutkimuksen 10. (Spence ym. 2011) sisäänottokriteeri oli aiempi diagnoosi sosiaalisten tilanteiden pelosta, yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä tai määräkohteisesta pelosta. Tutkittavilla tuli olla myös mahdollisuus internetin käyttöön sekä kyky lukea ja kirjoittaa ikäisensä tasolla. Poissulkukriteereinä olivat kehityksellinen häiriö, oppimishäiriö, merkittävät käytösongelmat, päihdeongelmat, itsemurha-ajatukset sekä itsetuhoinen käytös.

6.1.3. Hoito-ohjelmien muoto ja sisältö

Hoito-ohjelmien kestot vaihtelivat viidestä kerrasta kahteentoista kertaan (Taulukko 3). Internetin tai tietokoneen välityksellä hoitoa annettiin kahdeksassa tutkimuksessa. Yhdessä tutkimuksessa (Schoneveld ym. 2017) hoito tapahtui 3D-videopelin välityksellä ja yhdessä (Infantono ym. 2016) audio-CD:n välityksellä. Neljään hoito-ohjelmaan kuului myös kontakti puhelimen välityksellä ja kahteen ohjelmaan sähköpostin välityksellä. Ohjelmien sisällöt oli artikkeleissa kuvattu erittäin vaihtelevalla tarkkuudella ja seuraavassa sisältö on esitetty käytettävissä olevan tiedon mukaan.

Tutkimuksessa 1. (Donovan ym. 2014) hoito oli BRAVE-ONLINE –sivustolla. Sivustosta oli muokattu erikseen lapsille ja lasten vanhemmille soveltuvat versiot, joita lapset ja vanhemmat suorittivat itsenäisesti. BRAVE-ONLINE -ohjelmassa jokainen perhe saa henkilökohtaisen virtuaalisen terapeutin, joka lähettää perheille sähköpostia jokaisen osion suorittamisen jälkeen. Internetin välityksellä annettuun ohjelmaan yhdistettiin työvihko. Hoito-ohjelmaan kuului psykoedukaatiota sekä ahdistuksen hallitsemisstrategioita, esimerkiksi hengitysharjoituksia. Tutkittavat saivat myös viikoittaisia sähköposteja ja yhden 15-30 minuutin puhelun.

Tutkimuksessa 2. (Morgan ym. 2017) hoito annettiin internetin välityksellä. Siihen kuului psykoedukaatiota sekä neuvoja 1) ahdistuneisuuden vähentämiseen altistuksen avulla, 2) vanhempien ylisuojelevan käytöksen vähentämiseen ja 3) vanhempien omien pelkojen ja huolien hallitsemiseen. Ohjelmaan kuului automaattisia sähköpostiviestejä uudesta osiosta sekä tekstiviestimuistutuksia, jos osallistuja ei ollut kahteen viikkoon ollut internet-sivustolla. Vanhemmat saattoivat myös pyytää puhelimen välityksellä annettavaa tukea.

Tutkimuksessa 3 . (Infantino ym. 2016) hoito toteutettiin audio-CD:n avulla. Ohjelma sisälsi psykoedukaatiota, rentoutumisstrategioita, ongelmanratkaisutaitoja sekä altistusta. Hoitoon kuului myös päivittäisiä kirjoitusharjoituksia, rentoutumis-CD sekä erikseen kaksi vanhemmille tarkoitettua CD:tä.

Myös tutkimuksessa 4. (March ym. 2008) käytettiin BRAVE-online ohjelmaa, kyseessä oli lapsille tehty versio. Ohjelma sisälsi esimerkiksi psykoedukaatiota, tietoa ahdistuneisuuden tunnistamisesta, rentoutumisstrategioita sekä

ongelmanratkaisutekniikoita. Lasten vanhemmille oli omat osiot. Internet-ohjelman lisänä oli kaksi puhelua; toinen ennen hoidon alkua ja toinen hoidon puolessa välissä.

Tutkimuksessa 5. (Schoneveld ym. 2017) hoito toteutettiin 3D-videopeli Mindlight:n välityksellä. Lapset pelasivat peliä koulussa normaalin koulupäivän jälkeen 60 minuutin ajan. Samanaikaisesti luokkahuoneessa oli 5-10 lasta, joista jokainen pelasi peliä itsenäisesti kuulokkeiden kanssa. Mindlight-pelissä käydään läpi Arty-nimisen hahmon tarinaa: Arty kohtaa ahdistavia tilanteita, jotka hän onnistuu kuitenkin voittamaan muuttamalla mielentilaansa taikahatun avulla. Peliin on upotettu ahdistuneisuutta vähentäviä strategioita, esimerkiksi altistumisharjoituksia.

Tutkimuksessa 6. (Khanna ym. 2010) hoito-ohjelmalla oli Camp cope-a-lot, joka on tietokoneen välityksellä annettava ohjelma ja sisältää psykoedukaatiota sekä altistusharjoituksia. Ensimmäiset kuusi tasoa tehdään itsenäisesti ja loput tasot ohjaajan avustamana. Ohjelmassa on animaatioita, kuvia, videoita, palkintosysteemi ja sarjakuvahahmoja. Tutkimuksen vertailuryhmän saama tietokoneohjelma oli Computer-Assisted education, support and attention (CESA), joka sisälsi ensin 30 minuutin osion terapeutin antamana ja sen jälkeen 20 minuutin osion tietokoneen välityksellä

Tutkimuksessa 7. (Storch ym. 2015) tutkittavat saivat tietokoneen välityksellä hoito-ohjelman kunnan tiloissa. Ohjelma keskittyi parantamaan ahdistuneisuuden hallintaa selviytymistaitojen opettelemisen, esimerkiksi rentoutumisharjoitusten, avulla. Osioissa 7-12 oli mukana terapeutti, jolloin keskityttiin pelottaville tilanteille altistamiseen. Lasten vanhemmille oli kaksi osiota, jotka sisälsivät psykoedukaatiota.

Tutkimuksen 8. (Vigerland ym. 2015) hoito keskittyi altistukseen, mutta sisälsi myös psykoedukaatiota, selviytymiskeinojen sekä ongelmanratkaisutaitojen harjoittelua. Ohjelma sisälsi lukemista, videoita, animaatioita, kuvia ja harjoituksia. Siihen kuului kolme (tarvittaessa enemmän) puhelua: yksi hoidon alussa, toinen puolessa välissä ja kolmas hoidon lopussa sekä kontakti psykologin tai kognitiivisen käyttäytymisterapeutin kanssa internetin välityksellä.

CD-ROM:n välityksellä hoitoa annettiin tutkimuksessa 9. (Stallard ym. 2011). Ohjelmaan kuului avustajan läsnäolo (ei CBT-terapeutti), jonka tehtävänä oli auttaa lasta ohjelman suorittamisessa, esimerkiksi tukemalla ja keskustelemalla ohjelmasta. Ohjelma sisälsi mm. psykoedukaatiota ja tunteiden tunnistamisen harjoittelua. Ohjelmaan kuului musiikkia, sarjakuvia ja videoita. Jokaisen osion jälkeen osallistujat tekivät lyhyen tehtävän.

Samoin kuin tutkimuksissa 1 (Donovan ym. 2014) ja 4 (March ym. 2008) myös tutkimuksessa 10. (Spence ym. 2011) käytettiin BRAVE-ONLINE -ohjelmaa, joka oli muokattu teini-ikäisille sopivaksi. Ohjelma sisälsi esimerkkejä eri selviytymistaitojen käyttämisestä oikeassa elämässä. Ohjelmaan kuului kotitehtäviä. Jokaisella perheellä oli oma terapeutti, joka antoi palautetta sähköpostilla jokaisen osion jälkeen. Ohjelmaan kuului myös automaattisia sähköposteja, jotka muistuttivat tulevista osioista ja onnittelivat niiden suorittamisesta.

Taulukko 3: Tutkitut hoito-ohjelmat ja vertailuryhmät

Tutkimus	Hoidon kesto	Hoidon kohde	Hoidon nimi	Minkä välityksellä hoito annettiin?	Hoidon pääpainotus	Mihin verrattiin?
1. Donovan ym, 2014	10 vkoa, 6 (60 min) osiota ja kertauskerrat 1 ja 3 kk kuluttua	Lapset (3-6v.) ja vanhemmat	BRAVE-ONLINE	Internet (+työviikko), viikoittain sähköpostia, 1 puhelu	Psykoedukaatio	Jonotuslista
2. Morgan ym. 2017	8 osiota, suosituksena tehdä 1 / vko (aikaa 6 kk)	Lapset (3-6v.) ja vanhemmat	Cool little kids online	Internet, sähköpostia, tekstiviesti-muistutukset.(+mahdollisuus saada tukea puhelimitse)	Psykoedukaatio	Jonotuslista
3. Infantino ym. 2016	5 vkoa, 10 (20-30 min) osiota	Lapset (5-11v.) ja vanhemmat	Turnaround	Audio-CD	Psykoedukaatio	jonotuslista
4. March ym. 2008	10 vkoa, 10 (60 min) osiota lapsille, 6 (60 min) vanhemmille ja kertauskerrat 1 ja 3 kk kuluttua	Lapset (7-12v.) ja vanhemmat	BRAVE-ONLINE	Internet, 2 puhelua	Selviytymistaidot	Jonotuslista
5. Schoneveld ym. 2017	6 (60 min) osiota	Lapset (7-12v.)	Mindlight	3D-videopeli	Altistus	Ryhmä- CBT
6. Khanna ym, 2010	12 (35 min) osiota	Lapset (7-12v.)	Camp cope-a-lot	Tietokoneohjelma (+ osin avustajan tuki)	Altistus	Yksilö- CBT ja yksilö-CBT + toinen tietokoneohjelma
7. Storch ym. 2015	12 vkoa, 12 (50-60 min) osiota.	Lapset (7-13v.)	-	Tietokoneohjelma kunnan tiloissa terapeutin läsnä ollessa	Selviytymistaidot	Tavanomainen hoito
8. Vigerland ym. 2015	10 vkoa, 11 osiota: 7 vanhemmille, 4 lapsille	Lapset (8-12 v.) ja vanhemmat	-	Internet 3 puhelua, kontakti psykologiin / psykoterapeuttiin internetin välityksellä	Altistus	Jonotuslista
9. Stallard ym, 2011	6 (30-45 min) osiota	Lapset (11-16v.)	Think, Feel, Do	CD-ROM avustajan läsnä ollessa	Tunteiden tunnistaminen	Jonotuslista
10. Spence ym. 2011	10 vkoa,10 (60 min) osiota lapsille, 5 aikuisille ja kertauskerrat 1 ja 3 kk kuluttua	Lapset (12-18v.) ja vanhemmat	BRAVE-ONLINE	Internet, sähköpostia (palautetta ja muistutuksia)	Psykoedukaatio	Hoito klinikalla (sama kuin internetissä, mutta terapeutin kanssa) ja jonotuslista

CBT=kognitiivinen käyttäytymisterapia

6.1.4. Tutkimusten tulokset

Tutkimusten tulokset on esitetty tarkemmin taulukossa 4. Seitsemässä tutkimuksessa tutkittiin primaaridiagnoosien muutosta. Kuudessa näistä mittareina käytettiin ADIS-P ja -C -haastatteluja (Vigerland ym. 2015, Donovan ym. 2014, Spence ym. 2011, Infantino ym. 2016, March ym. 2008, Khanna ym. 2010) ja yhdessä OAPA -arviointia (Morgan ym. 2017). Hoitojen tehoa arvioitiin heti niiden loputtua. Lisäksi viidessä tutkimuksessa (Vigerland ym. 2015, Donovan ym. 2014, Spence ym. 2011, Infantino ym. 2016, March ym. 2008) kartoitettiin primaaridiagnooseja myös pidemmän seuranta-ajan jälkeen, 3 kk (Vigerland ym. 2015, Infantino ym. 2016), 6 kk (Donovan ym. 2014, Spence ym. 2011, March ym. 2008) ja 12 kk (Spence ym. 2011) hoidon alkamisesta. Primaaridiagnoosien määrän väheneminen heti hoidon loputtua oli hoitoryhmässä parhaimmillaan 81 % (Khanna ym. 2010) ja pienimmillään 20 % (Vigerland ym. 2015). Seurannassa kaikissa em. tutkimuksissa oli diagnoosien määrä laskenut entisestään. Primaaridiagnooseista vapaiden tutkittavien määrä vaihteli hoitoryhmissä välillä 78.4 % (Spence ym. 2011) mitattuna 12 kk hoidon loppumisesta - 62.2 % (Spence) mitattuna 3 kk hoidon loppumisesta. Kaikista ahdistuneisuusdiagnooseista vapautuneita heti hoidon päätyttyä oli 25 % (Donovan ym. 2014) - 16.7 % (Infantino ym. 2016). Seurannassa vapaita kaikista ahdistuneisuusdiagnooseista oli parhaimmillaan 64.7 % (Donovan ym. 2014) mitattuna 6 kk hoidon loppumisesta.

Kaikissa tutkimuksissa havaittiin hoitoryhmissä ahdistuneisuuden vähenemistä alkutilanteen ja hoidon päättymisen välillä. Kaikissa tutkimuksissa, joissa etähoitoa verrattiin jonotuslistaan (Vigerland ym. 2015, Donovan ym. 2014, Spence ym. 2011, Infantino ym. 2016, Morgan ym. 2017, March ym. 2008 ja Stallard ym. 2011), oli ahdistuneisuuden vähentyminen merkittävästi suurempaa hoitoryhmissä. Kahdessa tutkimuksessa (Schoneveld ym. 2017, Khanna ym. 2010) verrattiin etähoitoa kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan eikä näiden ryhmien välillä primaaridiagnoosien vähenemisessä ollut merkittäviä eroja. Toisessa tutkimuksista (Khanna ym. 2010) verrattiin tietokoneella annettavaa hoitoa (cCBT) yksilöpsykoterapian (CBT) lisäksi myös näiden yhdistelmään, jossa tietokoneella annettava hoito oli cCBT:n sijaan CESA (computer-assisted education, support and attention). Tässä tutkimuksessa cCBT- ja CBT -ryhmissä tulokset olivat merkitsevästi paremmat kuin yhdistelmäryhmässä. Tutkimuksessa (Schoneveld ym. 2017), jossa

etähoitoa verrattiin kognitiivisbehavioraaliseen ryhmäterapiaan, ei ryhmien välillä havaittu eroja. Tutkimuksessa (Storch ym. 2008), jossa verrattiin etähoitoa tavanomaiseen hoitoon, ahdistuneisuuden vähentyminen oli etähoitoryhmässä suurempaa.

Taulukko 4 Tutkimusten tulokset

Tutkimus	Primaaridiagnoosit hoidon jälkeen	Muut muuttujat heti hoidon jälkeen	Vaste myöhemmin
1. Donovan ym. 2014	HR:ssä 39.9%:lla, JL:lla 25.9%:lla ei enää diagnoosia	CSR, CGAS, PAS ja CBCL: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla	6 kk: Primaaridg: HR:ssä 70.6%:lla ei enää diagnoosia Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 64.7% vapaita diagnooseista CSR, PAS ja CBCL: HR:ssä edelleen parantumista
2. Morgan ym. 2017	HR:ssä dg määrä väheni enemmän verrattuna JL:aan	SDQ-E ja OI/P: molemmissa ryhmissä parantumista	6 kk: PAS-R: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla
3. Infantino ym. 2016	HR:ssä 58.3%:lla, JL:lla 16.7%:lla ei enää diagnoosia	Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 25% , JL:lla 0% vapaita diagnooseista CSR, CGAS, SCAS-C, SCAS-P, CBCL-int: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla	3 kk: Primaaridg:HR:ssä 66.67%:lla ei enää diagnoosia Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 41.67% vapaita diagnooseista Ainoastaan CGAS edelleen parantunut HR:ssä, muissa mittareissa ei muutosta
4. March ym. 2008	HR:ssä 30%:lla, JL:lla 10.3%:lla ei enää diagnoosia	Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 16.7% ja JL:lla 3.4% vapaita diagnooseista CGAS, CSR, SCAS-P ja CBCL-int: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla CES-D: ei muutosta kummassakaan ryhmässä	6 kk: Primaaridg: HR:ssä 75% ei enää diagnoosia Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 60.7% vapaita diagnooseista CSR, CGAS, SCAS-P, SCAS-C: HR:ssä edelleen parantumista CES-D ja CBCL-int: ei muutosta
5. Schoneveld ym. 2017	-	SCAS lapsen, äidin ja isän arviot: ei eroa ryhmien välillä	3 kk ja 6kk: SCAS lapsen, äidin ja isän arviot: ei eroa ryhmien välillä
6. Khanna ym. 2010	HR:ssä 81%:lla, ICBT:ssä 70%:lla, ja CESA:ssä 19%:lla ei enää diagnoosia	CGAS ja CSR: HR:ssä ja ICBT:ssä paremmat tulokset kuin CESA:ssa CDI ja MASC: ei eroa ryhmien välillä	3 kk (vain HR ja ICBT): CSR, CGAS ja MASC: HR:ssä ja ICBT:ssä edelleen parantumista, ei eroa ryhmien välillä
7. Storch ym. 2010	-	PARS, CGI ja ADIS-IV-C/P CSR: HR:ssä paremmat tulokset kuin TAU:ssa CBCL intja CBCL-ext, CIS-P ja CAIS-P: HR:ssä paremmat tulokset kuin TAU:ssa CDI, CAIS-C ja MASC: ei eroa ryhmien välillä	1 kk: CBCL int ja ext: HR:ssä paremmat tulokset kuin TAU:ssa Muissa mittareissa ei eroa ryhmien välillä
8. Vigerland ym. 2015	HR:ssä 20%:lla ja JL:lla 7%:lla ei enää diagnoosia	CSR, CGAS, SCAS-P: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla SCAS-C: molemmissa ryhmissä parantumista, ei eroa ryhmien välillä QOLI: ei muutosta kummassakaan ryhmässä FSSC-R, PSWQ, SAI ja SPAI: ei eroa ryhmien välillä (dataa puuttui paljon).	3 kk: Primaaridg: HR:ssä määrä vähentynyt CSR, CGAS ja SCAS-P: HR:ssä edelleen parantumista SCAS-C HR:ssä parantumista, mutta ei merkittävästi QOLI: ssa ei muutosta.
9. Stallard ym. 2011	-	SCAS (sosiaalinen fobia), RSEI, AWS, SCQ ja SDQ: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla.	-
10. Spence ym. 2011	HR:ssä 36.6%:lla, clin-ryhmässä 32.5%:lla ja JL:lla 4.2%:lla ei enää diagnoosia	Kaikki ahdistuneisuusdgt: määrä vähentynyt HR:ssä 19.5%, clin-ryhmässä 22.5% ja JL:lla 4.2% CBCL ja YSR: HR- ja clin-ryhmissä paremmat tulokset kuin JL:lla SCAS-P: kaikissa ryhmissä parantumista, SCAS-P: clin:ssä parempi tulos kuin HR:ssä ja JL:lla	6 kk: Primaaridg: HR:ssä 62.2%:lla, clin-ryhmässä 58.3%:lla ei enää diagnoosia Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 54.1%, clin-ryhmässä 50.0% vapaita diagnooseista 12kk: Primaaridg: HR:ssä 78.4%:lla, clin-ryhmässä 80.6%:lla ei enää diagnoosia Kaikki ahdistuneisuusdgt: HR:ssä 62.2%:lla, clin-ryhmässä 72.2%:lla ei enää diagnoosia SCAS-C, SCAS-P, CBCL-int ja YSR-int: HR- ja clin-ryhmissä edelleen parantumista, ei eroa ryhmien välillä

Testien lyhennysten selitykset on esitetty taulukossa 1.

C=lapsi, CESA= Computer-Assisted education, support and attention, Clin-ryhmä=klinikkahoitoinen ryhmä, dg=diagnoosi, ext=eksternalisoivat oireet, e= tunne-elämän oireet,

HR=hoitoryhmä, ICBT=yksilöpsykoterapia (kognitiivinen käyttäytymisterapia), int=internalisoivat oireet, JL=jonotuslista, P= vanhempi, TAU=tavanomainen hoito

6.2. Ryhmähoidot

6.2.1. Tutkimusten julkaisuvuosi ja -maa sekä tutkittavien määrä ja ikäjakauma

Haualla löytyneistä tutkimuksista viisi käsitteli lasten ahdistuneisuuden ryhmämuotoisia hoitoja. Näistä tutkimuksista kaksi oli tehty Euroopassa (Wegeland ym. 2014 ja Stallard ym. 2014), yksi Kanadassa (Manassis ym. 2002), yksi Yhdysvalloissa (Lee ym. 2016) ja yksi Australiassa (Holmes ym. 2014). Ikäjakauma tutkimuksissa oli 7-15 vuotta. Tarkemmat ikäjakaumat tutkimuskohtaisesti on esitetty taulukossa 5. Kaikissa tutkimuksissa sukupuolijakauma oli melko tasainen. Pienin tutkittavien lasten määrä oli 42 (Holmes ym. 2014) ja suurin 1339 (Stallard ym. 2014). Kahdessa tutkimuksessa (Holmes ym. 2014 ja Manassis ym. 2002) hoidon kohteena olivat lapset ja vanhemmat. Lopuissa kolmessa tutkimuksessa (Wergeland ym. 2014, Lee ym. 2016, Stallard ym. 2014) hoidon kohteena olivat vain lapset. Neljä tutkimuksista oli viimeisen viiden vuoden ajalta (2013-2018) ja yksi tutkimus sitä ennen (vuonna 2002).

Taulukko 5. Tutkimusten osallistujat ja rekryointimenetelmät

Tutkimuksen numero	Ensimmäinen kirjoittaja	Julkaisuvuosi ja -maa	Ikä-kauma	Tutkittavien kokonaismäärä	Rekryointi #
1.	Holmes	2014, Australia	7-12v.	42 lasta ja jokaiselta ainakin yksi vanhempi	Mainoksilla sekä kouluista ja mielenterveysammattilaisten suosittelemana
2.	Lee	2016, Yhdysvallat	7-12 v.	61 lasta	Oppilaat kolmesta eri koulusta
3.	Manassis	2002, Kanada	8-12v.	78 lasta, 135 vanhempaa	Lääkäreiden ja mielenterveysammattilaisten suosittelemana
4.	Wergeland	2014, Norja	8-15 v.	182 lasta	Mielenterveysammattilaisten suosittelemana
5.	Stallard	2014, UK	9-10v.	1339 lasta	Oppilaat 45:stä eri koulusta

Kunkin tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit esitetään tarkemmin kappaleessa 6.2.2.

6.2.2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tutkimuksen 1. (Holmes ym. 2014) sisäänottokriteerinä oli DSM-IV:n mukainen yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnoosi. Tutkittavien tuli myös osata lukea seitsemänvuotiaan tasoisesti. Poissulkukriteereinä olivat kehityshäiriö, oppimisvaikeus, vakava käytöshäiriö, päihdekäyttö, itsetuhoinen käytös tai itsemurha-ajatukset, psyykelääkehoito tai käynnissä oleva psykologinen hoito.

Tutkimuksessa 2 (Lee ym. 2016) sisäänottokriteerinä oli DSM-IV mukainen yleistyneen ahdistuneisuushäiriön tai sosiaalisten tilanteiden pelon diagnoosi.

Tutkimuksessa 3. (Manassis ym. 2002) sisäänottokriteerinä oli DSM-IV:n mukainen ahdistuneisuushäiriödiagnoosi. Poissulkukriteereinä olivat psykoottiset häiriöt, huono englanninkielen taito, älykkyydosamäärä alle 80 tai oppimisvaikeus, joka haittaisi ohjelman sisällön ymmärtämistä.

Tutkimuksen 4. (Wergeland ym. 2014) sisäänottokriteerinä oli yleistyneen ahdistuneisuushäiriön tai sosiaalisten tilanteiden pelon diagnoosi. Psykelaakkeiden annostuksen tuli olla pysynyt samana viimeiset kolme kuukautta, eikä annosta saanut muuttaa tutkimuksen aikana. Poissulkukriteereitä olivat kehityshäiriö, psykoottinen häiriö sekä kehitysvamma.

Tutkimuksessa 5. (Stallard ym. 2014) tutkittavat olivat 9-10 -vuotiaita oppilaita 45:stä eri koulusta. Poissulkukriteereinä olivat se, jos oppilas ei käynyt sillä hetkellä koulua (esimerkiksi pitkäaikainen sairaus) tai jos oppilas ei esimerkiksi uskonnollisista syistä osallistunut "personal social and health education" -tunneille.

6.2.3. Hoito-ohjelmien muoto ja sisältö

Taulukko 6. Tutkitut hoito-ohjelmat ja vertailuryhmät

Tutkimus	Hoidon sisältö	Hoidon kohde	Hoidon nimi	Mihin verrattiin
1. Holmes ym. 2014	10 vkoa, 10 (90 min) osiota ja kertauskerrat 1 ja 3 kk kuluttua lapsille; 7 osiota vanhemmille	Lapset (7-12v.) ja vanhemmat	No Worries!	Jonotuslista
2. Lee ym. 2016	9 vkoa ja 2 kertauskertaa	Lapset (7-12v.) ja vanhemmat	FRIENDS	Jonotuslista ja ryhmämuotoinen CBT + vanhempien ohjaus
3. Manassis ym. 2002	12 (90 min) osiota	Lapset (8-12v.) ja vanhemmat	The Coping bear workbook ja Keys to parenting your anxious child	Yksilö-CBT
4. Wergeland ym. 2014	10 vkoa, 10 (90 min) osiota lapsille, 2 osiota vanhemmille	Lapset (8-15v.) ja vanhemmat	FRIENDS	Yksilö-CBT ja jonotuslista
5. Stallard ym. 2014	9 vkoa, 60 min / osio	Lapset (9-10v.)	FRIENDS	Koulussa annettavat "personal social and health education" – tunnit ja ammattilaisten antama ryhmäterapia (myös FRIENDS –ohjelma)

CBT= kognitiivinen käyttäytymisterapia

Tutkimuksen 1 (Holmes ym. 2014) No Worries –ohjelma on ryhmämuotoinen ajattelumalleihin keskittynyt hoito-ohjelma. Jokaisella lapsille suunnatulla kerralla paikalla oli kaksi terapeuttia. Vanhempien tapaamisissa oli yksi terapeutti. Ohjelmassa käydään läpi psykoedukaatiota, rentoutumistekniikoita sekä uniongelmiin ja huolehtimisen hallintaa.

Tutkimuksessa 3 (Manassis ym. 2002) jokaista ryhmää ohjasi yksi kokenut ja yksi vähemmän kokenut terapeutti. Lasten kanssa käytettiin the Coping bear workbook –ohjelmaa, joka keskittyi ahdistuneisuuden fyysisiin reaktioihin, rentoutumiseen ja selviytymisstrategioihin. Vanhempien kanssa käytettiin Keys to parenting your anxious child –ohjelmaa, jossa vanhempia autetaan ymmärtämään lastaan ja opetetaan, miten lasta ahdistavissa tilanteissa tulisi toimia.

Tutkimuksessa 4 (Wergeland ym. 2014) käytettiin FRIENDS-ohjelmaa, jossa keskitytään mm. altistamiseen, rentoutumiseen sekä ahdistavien ajatusten tunnistamiseen. Myös tutkimuksessa 2 (Lee ym. 2016) käytettiin FRIENDS-ohjelmaa, mutta siihen oltiin lisätty vanhemmille tarkoitettua materiaalia vanhempien ahdistuneisuuden hallinnasta sekä

lapsen ahdistuneisuuden vaikutuksesta perheeseen. FRIENDS-ohjelmaa käytettiin myös tutkimuksessa 5 (Stallard ym. 2014).

6.2.4. Tutkimusten tulokset

Tarkemmat tulokset on esitetty taulukossa 7. Kahdessa tutkimuksista (Holmes ym. 2014, Wergeland ym. 2014) mitattiin primaaridiagnoosien vähentymistä heti hoidon jälkeen. Diagnostisia kriteerejä ei enää täyttänyt 52.9 % (Holmes ym. 2014) ja 35.4% (Wergeland ym. 2014) lapsista. Vastaavasti tutkimuksessa 1 (Holmes ym. 2014) vapaita kaikista ahdistuneisuushäiriödiagnooseista hoidon loputtua oli 17.6 % ja tutkimuksessa 4 (Wergeland ym. 2014) 22.9 % lapsista. Kaikkien tutkimusten hoitoryhmissä ahdistuneisuus väheni eri mittareilla mitattuna. Kaikissa tutkimuksissa, joissa ryhmähoitoa verrattiin jonotuslistaan (Holmes ym. 2014, Wergeland ym. 2014, Stalard ym, 2014), oli ahdistuneisuuden vähentyminen merkittävästi suurempaa hoitoryhmissä. Kahdessa tutkimuksessa (Manassis ym. 2002, Wergeland ym. 2014) verrattiin ryhmähoitoa yksilöhoitoon (kognitiivinen käyttäytymisterapia) ja molemmissa ryhmissä nähtiin ahdistuneisuuden vähenemistä. Toisessa näistä tutkimuksista (Manassis ym. 2002) yksilöpsykoterapia oli kuitenkin tehokkaampi kuin ryhmähoito. Tutkimuksista kolmessa (Holmes ym. 2014, Wergeland ym. 2014, Lee ym. 2016) mitattiin hoidon vaikutusta myöhemminkin kuin heti hoidon loputtua. Tutkimuksissa 1 ja 2 (Holmes ym. 2014, Lee ym. 2016) ahdistuneisuuden määrä oli edelleen laskenut ja tutkimuksessa 4 (Wergeland ym. 2014) pysynyt samana verrattuna tuloksiin heti hoidon päätyttyä.

Taulukko 7. Tutkimusten tulokset

Tutkimus	Primaaridiagnoosit hoidon jälkeen	Muut muuttujat heti hoidon jälkeen	Vaste myöhemmin
1. Holmes ym. 2014	HR:ssä 52.9%:lla ja JL:lla 0%:lla ei enää diagnoosia	Kaikki ahdistuneisuusdg:t: HR:ssä 17,6% ja JL:lla 0% vapaita diagnooseista CSR ja CGAS: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla IU, NPO, NBW, CA, SOP, total perfectionism ja SPP: molemmissa ryhmissä parannusta, ei eroa ryhmien välillä SCAS-TOTAL, SCAS-GAD ja PBWQ: ei muutosta kummassakaan ryhmässä Vanhempien arvioimana ei eroa ryhmien välillä millään mittarilla mitattuna	3 kk: Primaaridg; HR:ssä 100%:lla ei enää diagnoosia Kaikki ahdistuneisuusdg:t: HR:ssä 50% vapaita diagnooseista IU, NPO, NBW, CA, SOP, total perfectionism ja SPP: molemmissa ryhmissä parannusta, ei eroa ryhmien välillä SCAS-P-Total, SCAS-P-GAD, CBCL-int ja QoL: molemmissa ryhmissä parannusta, ei eroa ryhmien välillä
2. Lee ym. 2016	-	HR:n ja kahden eri CBT-ryhmän välillä ei eroa millään mittarilla mitattuna CSR-P, CSR-C, MASC, SCARED: HR:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla	3kk: MASC ja SCARED: HR:ssä ja rCBT:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla 12 kk: CSR-P: HR:ssä ja rCBT:ssä paremmat tulokset kuin JL:lla 3 vuotta: Kaikki ryhmät yhtä hyvin parantuneet 3kk-3v.
3. Manassis ym. 2002	-	CGAS sekä MASC lapsen ja äidin arviot: molemmissa ryhmissä parannusta, vain CGAS:lla ICBT:ssä paremmat tulokset kuin HR:llä	-
4. Wergeland ym. 2014	HR:ssä 35.2% :lla, ICBT:ssä 32.5%:lla ja JL:lla 10.5%:lla ei enää diagnoosia. HR- ja ICBT-ryhmien välillä ei merkittäviä eroja	Inklusiiodg: HR:ssä 20.5%, ICBT:ssä 25.3% ja JL:lla 2.6% vapaita diagnooseista SCAS-C, SCAS-P, SMFQ-C ja SMFQ-P: HR:ssä ja ICBT-ryhmissä paremmat tulokset kuin JL:lla	12kk: SCAS-C, SCAS-P, SMFQ-C ja SMFQ-P: tulokset pysyneet samoina kuin hoidon päätyttyä
5. Stallard ym. 2014	-	Kaikissa ryhmissä huomattava ahdistuneisuuden väheneminen RCADS: health-led -ryhmässä huomattavasti paremmat tulokset kuin HR:ssä ja "normaali koulu" -ryhmässä. SDQ: ei eroa ryhmien välillä	-

Testien nimien lyhennyksien selitykset on esitetty taulukossa 1.

C=child, Dg=diagnoosi, GAD=yleistynyt ahdistuneisuus, HR=hoitoryhmä, JL=jonotuslista, rCBT=ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia -ryhmä, ICBT=yksilöpsykoterapia (kognitiivinen käyttäytymisterapia), P=parent, RT=ryhmäterapia-ryhmä, TOTAL= kokonaispistemäärä

7. Pohdinta

Tähän työhön sisältyi viisitoista satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta lasten ahdistuneisuuden hoitoon käytetyistä etä- ja ryhmähoidoista. Kaikissa tutkimuksissa tulokset olivat melko lupaavia. Kaikissa tutkimuksissa ahdistuneisuus väheni hoitoryhmissä hoidon alusta hoidon loppuun verrattuna ja tutkimuksissa, joissa hoitoa verrattiin jonotuslistaan, oli vähentyminen merkittävästi suurempaa hoitoryhmissä. Tulokset olivat tältä osin yhdenmukaisia riippumatta tutkimukseen osallistuvien lasten iästä, vaihtelevista hoito-ohjelmien sisällöistä sekä tarjoamistavoista. Vaikka merkittävässä osassa tutkimuksia etähoidon tehoa verrattiin jonotuslistalla olemiseen, eikä aktiiviseen hoitoon, on huomattava, että etähoitojen teho oli rinnastettavissa myös perinteisiin ahdistuneisuuden hoitomuotoihin (yksilöpsykoterapia, ryhmäpsykoterapia, määrittelemätön tavanomainen hoito). Yksi tutkimuksista vertasi etähoitoa yksilölliseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, eikä ryhmien välillä ollut tuloksissa eroa, vaan molemmissa tapahtui ahdistuneisuuden vähenemistä. Tutkimusten tulosten perusteella etä- ja ryhmähoidoja voisi ajatella varteenotettavana vaihtoehtona lasten ahdistuneisuuden hoidossa.

Kaikissa tutkimuksissa oli omat puutteensa ja ne tulisi ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa. Merkittävässä osassa tutkimuksia ei otettu huomioon tutkittavien sosioekonomisia taustoja - tutkittavien vanhemmat olivat pääosin hyvin koulutettuja, hyvätuloisia ja valkoihoisia. Jatkossa olisikin tärkeä tehdä tutkimuksia, joissa on mukana tutkittavia eri etnisistä ja sosioekonomisista taustoista. Toisena merkittävänä puutteena isossa osassa tutkimuksia oli se, että hoitoryhmää verrattiin jonotuslistaan. Tästä johtuen esimerkiksi kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla ei hoitoryhmälle ollut enää vertauskohdetta, eikä hoidon pitkäaikaisvaikutuksia voitu tutkia. On mahdollista, että hoidon vaikuttavuus seurannassa heikentyisi, tai että ajan myötä lapsi ja perhe omaksuisivat paremmin opittuja ajattelumalleja ja toimintatapoja, jolloin hoidosta saatava hyöty voisikin ajan myötä kasvaa. Lisäksi tuloksia tulkittaessa kannattaa muistaa, että monissa tutkimuksissa tutkittavien määrä oli pieni. Jatkossa olisikin tärkeää tutkia etähoitoja suhteessa tämän hetken hoitosuosituksen mukaisiin kasvokkain toteutettaviin hoitoihin suuremmalla tutkittavien määrällä. Tällöin olisi

mahdollista analysoida myös hoidon tulokseen vaikuttavia tausta- ja hoitoon liittyviä tekijöitä.

Vaikka tehdyissä tutkimuksissa on omat puutteensa ja mahdolliset virhelähteensä, ovat niiden tulokset lupaavia. Jatkossa olisi tärkeää tutkia etähoitojen tehoa myös Suomessa ja vähitellen saada näitä lupaavia hoitomuotoja käyttöön, osaksi ahdistuneiden lasten hoitoa.

Lähteet

Donovan, C. L., March, S. 2014: Online CBT for preschool anxiety disorders: A randomised control trial. *Behaviour Research and Therapy* (58): 24-35.

Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J., ym. 2014: The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood GAD – A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* (61): 122-135.

Infantino, A., Donovan, C. L., March, S. 2016: A randomized controlled trial of an audio-based treatment program for child anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy* (79): 35-45.

Khanna, M. S., Kendall, P. C., 2010: Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (78) 5: 737-745.

Kim-Cohen et al. 2003, Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder – developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry* 60, 709-717.

Lee, S. S., Victor, A. M., James, M. G., ym. 2016: School-Based Intervention for Anxious Children: Long-Term Follow-Up. *Child Psychiatry Hum Dev.* (47) 2: 183-193.

Manassiss, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., ym. 2002: Group and Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (41) 12: 1423-1430.

March, S., Hons, B. P., Spence, S. H., 2009: The efficacy of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy Intervention for Child Anxiety Disorders. *Journal of Pediatric Psychology* (34) 5, 474-487.

Morgan, A. M., Rapee, R. M., Salim, A., ym. 2017: Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children:

Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (56) 5: 417-425.

Kumpulainen, Aronen, Ebeling ym. 2016: *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.

Stallard, P., Richardson, T., Velleman, S., ym. 2011: Computerized CBT (Think, Feel, Do) for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: Outcomes and Feedback from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (39): 273-284.

Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., ym. 2014: Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *Lancet Psychiatry* (1): 185-192.

Schoneveld, E. A., Lichtwarck-Aschoff, A., Granic, I., 2018: Preventing Childhood Anxiety Disorders: Is an Applied Game as Effective as a Cognitive Behavioral Therapy-Based Program?. *Prev Sci* (19): 220-232.

Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S. 2011: A Randomized Controlled Trial of Online Versus Clinic-Based CBT for Adolescent Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (79) 5: 629-642.

Storch, E. A., Salloum, A., King, M, A., 2015: A randomized controlled trial in community mental health centers of computer-assisted cognitive behavioral therapy versus treatment as usual for children with anxiety. *Depression and Anxiety* (32): 843-852.

Vigerland, S., Ljotsson, B., Thulin, U., ym. 2015: Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* (76): 47-56.

Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., ym. 2014: An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy* (57) 1-12.

