

Alaikäisten psykoosipotilaiden psykososiaaliset hoitointerventiot

Lääketieteen koulutusohjelma

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Viki Hakala

Kevätlukukausi 2026

Turku

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

Syventävien opintojen opinnäyte

Tutkinto-ohjelma, oppiaine: Lääketieteen lisensiaatti, nuorisopsykiatria

Tekijä: Viki Hakala

Otsikko: Alaikäisten psykoosipotilaiden psykososiaaliset hoitointerventiot

Ohjaaja: Katri Lahti, LT

Sivumäärä: 32 sivua

Päivämäärä: 07.04.2026

Psykoosit ovat ryhmä vakavia mielenterveydenhäiriöitä, joissa todellisuudentaju heikentyy, ja kyky erottaa asioiden ja tapahtumien todenperäisyyttä häiriintyy. Nuoruusiässä puhkeava psykoosi vaikeuttaa aikuistumista ja itsenäistymistä sekä hidastaa kouluttautumista ja ammattiin valmistumista ja täten myös vaikeuttaa työelämään pääsemistä. Psykososiaaliset hoitomuodot ovat tärkeä osa psykoosisairauksien kokonaisvaltaista hoitoa, joilla pyritään edistämään potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia, jotta tämä kykenisi elämään sairaudesta huolimatta mahdollisen laadukasta elämää.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehdä suomenkielinen narratiivinen katsaus alaikäisten psykoosipotilaiden hoidossa käytettävistä hoitointerventioista. Katsauksen materiaalina on käytetty PubMed-tietokannasta haettuja artikkeleja. Artikkelihakua rajattiin julkaisuajankohdan, osallistujien iän ja tutkimustyyppin mukaan. Valitut artikkelit, niiden tutkimusasetelmat ja merkittävimmät löydökset esitellään tulokset-osiossa taulukoissa yksilö-, ryhmä- ja perheinterventioihin ja digitaalisavusteisesti toteutettuihin interventioihin luokiteltuina. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa artikkeleissa edustettuina psykososiaalisina hoitointerventioina ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia (KBT), kognitiivinen remediaatioterapia (CRT), strukturoitu ryhmäterapia, psykoedukatiivinen perheterapia ja tietokone avusteinen kognitiivinen remediaatio -ohjelma (CRT).

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että psykososiaalisista hoitointerventioista alaikäisten psykoosipotilaiden hoidossa on ajankohtaisesti niukasti tutkimuksia, ja jatkossa aihe vaatii lisätutkimusta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa artikkeleissa erinäisillä psykososiaalisilla hoitointerventioilla saavutettiin kuitenkin lupaavia tuloksia, mikä viestii sen puolesta, että psykososiaalisia hoitointerventioita tulisi hyödyntää alaikäisten psykoosipotilaiden hoidossa.

Avainsanat: Psykoosi, psykososiaaliset hoitointerventiot

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
1.1	Psykoosi	4
1.2	Psykoosin riskitekijät	6
1.3	Oireet	7
1.4	Psykososiaaliset interventiot psykoosisairauksien hoidossa	9
2	Aineisto ja menetelmät	11
3	Tulokset	14
3.1	Yksilöinterventiot	16
3.2	Ryhmäinterventiot	23
3.3	Perheinterventiot	25
3.4	Digitaaliset interventiot	29
4	Pohdinta	31
	Lähteet	35

1 Johdanto

1.1 Psykoosi

Psykoosit ovat ryhmä vakavia mielenterveydenhäiriöitä, joissa yksilön todellisuudentaju heikentyy merkittävästi ja asioiden sekä tapahtumien todenperäisyyden erottaminen häiriintyy. Tämä ilmenee usein aistiharhoina, harhaluuloina, sekä puheen hajanaisuutena. Psykooseihin kuuluvat skitsofrenia, päihdepsykoosit, harhaluuloisuushäiriöt, lyhytkestoiset psykoosit, ja psykoottiset mielialahäiriöt eli psykoottinen masennus, tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö psykoottisin piirtein ja skitsoaffektiivinen häiriö. (1) Tässä kirjallisuuskatsauksessa edellä listatuista häiriöistä käsitellään ainoastaan määrittelemätöntä ei-elimellistä psykoottista häiriötä ja skitsofreniaa.

Psykoosia edeltävät usein ennakko-oireet eli prodromaalioireet. Prodromaalioireet ovat usein varsin epäspesifejä psykoosisairauksille, sillä samanlaisia oireita ja kokemuksia voi ilmetä ohimenevästi osana normaaliakin nuoruusiän kehitystä tai ne voivat ennakoida tai olla osa jotakin toista psykiatrista häiriötä. Psykoosiin johtavan sairastumisprosessin alkuvaiheen tyypillisiä ennakko-oireita ovat ahdistuneisuus, unihäiriöt, eristäytyminen, huomio- ja keskittymiskyvyn heikentyminen, poikkeava käyttäytyminen, epäluuloisuus, motivaation ja energian väheneminen, psykosomaattiset oireet sekä sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen tai koulunkäynnin ja opiskelun vaikeudet. Nämä alkuvaiheen oireet voivat alkaa jo vuosia ennen psykoosioireiden alkamista. (2)

Varsinaisen psykoosin lähestyessä ennakko-oireet lisääntyvät ja vaikeutuvat. Vaikeutuvat ennakko-oireet ennustavat sairastumista alkuvaiheen oireita paremmin. Tällaisia oireita ovat pakkoajatukset, vaikeudet kuvitelmien ja havaintojen erottamisessa toisistaan, kielen ymmärtämisen häiriöt, automatisoituneiden toimintojen vaikeutuminen, suhteuttamistaipumus ja muutokset minäkokemuksessa tai oman ruumiin havaitsemisessa. Usein jo prodromaalivaiheen aikana sosiaalinen, emotionaalinen ja kognitiivinen toimintakyky heikkenevät, mikä mahdollistaa riskissä olevien tunnistamisen ja toimintakyvyn tukemisen jo varhaisessa vaiheessa. (2)

Psykoosin puhkeaminen ajoittuu usein nuoruuteen tai nuoreen aikuisikään. (1) Vuonna 2021 julkaistun meta-analyysin mukaan primaariseen psykoottiseen häiriön

yleisin puhkeamisikä on 21 vuotta, moni kuitenkin sairastuu psykoosiin pitkin aikuisikää, mikä nostaa sairastumisen mediaani-ikä 25 vuoteen (3)

Psykoottistasoisen häiriön elinaikainen prevalenssi Suomessa on 3,5 %. (4) Vuonna 2020 julkaistussa tanskalaisessa kansallisessa rekisteritutkimuksessa todettiin psykoosisairauteen sairastumisen riskin olevan matala ennen 13 vuoden ikää, jonka jälkeen riski kääntyy kasvuun molemmilla sukupuolilla. Kahdeksantoista vuoden ikään mennessä skitsofreniaan on sairastunut 0,19 % tytöistä ja pojista 0,12 % pojista, kun taas akuuttiin psykoosiin on sairastunut 0,16 % tytöistä ja 0,12 % pojista. (5)

Yleisin psykoosisairausista on skitsofrenia, jonka esiintyvyyden väestössä arvioidaan olevan noin 1 %. (2) Skitsofrenialle tyypillinen piirre on sairausjaksojen toistuminen ja yli 80 % skitsofreniaan sairastuneista kokeekin vähintään yhden uuden psykoosijakson ensipsykoosinsa jälkeen. Näiden sairausjaksojen välillä toimintakyky usein kohenee osittain. Täydellinen toipuminen on kuitenkin harvinaista. Yksi seitsemästä skitsofreniapotilaasta toipuu kliinisesti ja sosiaalisesti, mikäli toipuminen määritellään oiretason, sosiaalisen sekä ammatillisen toimintakyvyn palautumisena ennalleen. (1)

Alle 18 vuoden iässä puhkeavasta skitsofreniasta käytetään termiä varhain alkava skitsofrenia (early onset schizophrenia, EOS). (1) Varhain alkavan skitsofrenian kumulatiivinen insidenssi on todettu olevan tytöillä 0,19 % ja pojilla 0,12 %. (5) Skitsofrenian ennustetta heikentää entisestään sairastuminen lapsuudessa tai nuoruudessa ja näistä potilaista suuremmalle osalle muodostuu krooninen taudinkulku. Myös lääkeväste on varhain alkavassa skitsofreniassa heikompi myöhemmin alkavaan skitsofreniaan verrattuna. Heikosta toipumisennusteesta huolimatta on hoidolla ja kuntouksella mahdollista parantaa yksilön vointia ja toimintakykyä. (1)

Nuoruusiän ajoittuu moni merkittäviä biologisia, psyykkisiä ja psykososiaalisia muutoksia ja nuoruusiässä skitsofreniaan sairastuminen häiritsee merkittävästi monia keskeisiä kyseiseen elämänvaiheeseen kuuluvia prosesseja kuten aikuistumista ja itsenäistymistä. (2) . Nuoren psykoosin on myös todettu hidastavan kouluttautumista, ammattiin valmistumista ja täten myös työelämään pääsemistä. Sairastuminen psykoosiin nostaa nuorilla myös itsemurhariskiä ja voi heikentää

aggressionhallintakykyä nostaa väkivaltakäyttäytymisen riskiä. Norjalaisessa tutkimuksessa alle 18-vuotiailla ei-affektiiviseen ensipsykoosiin sairastuneilla oli enemmän masennusoireita ja suurempi itsemurhariski kuin täysi-ikäisillä. (6)

1.2 Psykoosin riskitekijät

Psykoosien etiologia on monitekijäinen ja sairastumisen riskiin vaikuttavat niin geneettiset tekijät kuin myös ympäristötekijät. Näiden tekijöiden yhteisvaikutusta selitetään usein stressi-haavoittuvuus-mallin avulla. Mallin mukaan perimänsä vuoksi psykoosialttiille henkilölle puhkeaa psykoosi stressiä aiheuttavien ympäristötekijöiden seurauksena. (6) Vanhemman skitsofrenia nostaa lapsen riskiä sairastua skitsofreniaan noin kymmenkertaiseksi. Muidenkin lähisukulaisten ja vanhempien muut vakavat mielenterveyshäiriöt ovat yhteydessä kohonneeseen psykoosiriskiin. (1)

Geneettisten tekijöiden ajatellaan olevan pääasiassa altistavia, joten ne vaativat ilmentyäkseen altistavia ja laukaisevia ympäristötekijöitä. Sukuun ja perheeseen liittyvät tekijät voivat kuitenkin olla itsessään myös psykososiaalisia riskitekijöitä. (1) Tällaisia ympäristötekijöitä voivat olla perheen kokemat haasteet nuoren lapsuudessa, kuten yksinhuoltajuus, taloudelliset vaikeudet tai vanhemman pitkäaikaistyöttömyys. (2) Varhaisimmat ympäristötekijät voivat ajoittua raskausaikaan, jossa psykoosin riskitekijöitä ovat äidin raskausajan infektio ja synnytyskomplikaatiot. Lapsuuden aikana skitsofrenian riskiä voivat nostaa keskushermoston tulehdukset ja vammat sekä erilaiset psyykkiset traumat. Esimerkiksi kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö voivat lisätä alttiutta psykoosille. Lisäksi päihteet, erityisesti kannabis ja amfetamiini, altistavat psykooseille ja näiden laukaisema päihdepsykoosi altistaa skitsofrenian puhkeamiselle. (1)

Edellä mainittujen riskitekijöiden kartoittamisen lisäksi nuoren psykoosiriskiä voidaan arvioida myös tarkastelemalla tämän ajankohtaisia psykoottistyyppisiä oireita. Erityisesti nuorilla näitä oireita esiintyy kuitenkin muissakin tilanteissa kuin psykoosissa. Nuorilla 8 %:lla esiintyy outoja havaintoja, kokemuksia ja ajatuksia ja vain pieni osa näistä nuorista sairastuu psykoosiin. Psykoosiriskin arvioinnissa psykoottistyyppiset oireet voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensimmäisessä luokassa

oireet ovat normaalivaihtelua psykoosijatkumolla, esimerkiksi nuoren ohimeneviä kokemuksia. Esimerkiksi kokemukset jatkuvasta kielteisestä huomiosta ovat varsin normaaleita nuoruudessa, mutta ne voidaan tulkita virheellisesti psykoosioireiksi. Toisessa luokassa ovat psykoottistyyppiset oireet, jotka esiintyvät lievemmän psykiatrisen sairauden kuten masennuksen tai ahdistuneisuuden oheisoireiluna. (7) Nuorella voi esimerkiksi voimakkaan ahdistuksen yhteydessä esiintyä psykoottistyyppistä tunnetta ympäristön epätodellisuudesta, joka kuitenkin ohittuu ahdistuksen ohittuessa (1). Kolmannessa luokassa ovat psykoosia ennakoivat ennakko-oireet (7). Tällaisia ennakko-oireita ovat esimerkiksi pakkoajatukset, vaikeudet kuvitelmien ja havaintojen erottamisessa sekä kielellisen ymmärtämisen vaikeudet (2). Nämä ennustavat psykoosia erityisesti pitkään jatkuessaan ja negatiivisiin oireisiin yhdistyvinä (7).

Psykoottistyyppisiä oireita ja psykoosin ennakko-oireita sekä yleistä toimintakykyä ja mahdollisia riskitekijöitä arvioimalla voidaan selvittää, täyttyykö potilaalla psykoosiriskisyndrooman kriteerit. Tässä apuna käytetään esioirehaastatteluita, joissa selvitetään edellä mainittuja asioita sekä oireiden ilmaantumisen tiheyttä ja oireiden kestoa. Riskikriteerien täyttymisen mukaan voidaan arvioida psykoosiriskisyndroomalle myös psykoosiriskiluokka, eli onko kyseessä vaimentunut psykoosiriskioireyhtymä, lyhytkestoinen ohimenevä psykoottinen oireyhtymä vai geneettisen riskin ja toimintakyvyn heikentymisen oireyhtymä. (7)

Psykoosiriskiryhmiin kuuluvista nuorista sairastuu psykoosiin nykytiedon mukaan noin 15 % (8). Kun psykoosiriski todetaan, on kuitenkin tärkeää vähentää potilaan psykososiaalista stressiä, kartoittaa mahdollisia kuormittavia tekijöitä elämäntilanteessa ja perheympäristössä sekä kartoittaa mahdollista traumataustaa ja päihteidenkäyttöä, ja sitten puuttua näissä havaittaviin riskitekijöihin psykoosiriskin minimoimiseksi. (7)

1.3 Oireet

Psykoosisairauksissa keskeisiä oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, puheen ja/tai käytöksen hajanaisuus, katatonia ja negatiiviset oireet. Lisäksi kognitiivisen

toimintakyvyn ongelmat, ahdistuneisuus, mieliala-alaoireet ja itsetuhoisuus ovat myös yleisiä ja hoidon kannalta merkityksellisiä oireita. (2)

Oireita voidaan jaotella positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot ja aistiharhat, kun taas negatiivisia oireita ovat vaiennut tunneilmaisuus, anhedonia, tahdottomuus ja puheen köyhtyminen. Positiivisilla oireilla siis viitataan normaalin psyykkisen toiminnon häiriintymiseen, joka vuorostaan johtaa ikään kuin ylimääräiseen toimintaan, kun taas negatiiviset oireet ovat normaalien psyykkisten toimintojen heikkenemistä tai vaimentumista. (2) Nuorilla psykoosipotilailla esiintyy aikuisia potilaita yleisemmin negatiivisia oireita. (1) Negatiivisiksi oireiksi luetaan tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, mielihyvän tuntemisen kyvyttömyys sekä ihmissuhteista vetäytyminen. (4) Lisäksi univaikeudet ja vuorokausirytmien muuttuminen ovat nuorilla tavallisia oireita. (1)

Aistiharhoista eli hallusinaatioista tyypillisimpiä ovat kuuloharhat. Kuuloharhat ovat varhain alkavassa skitsofreniassa yleisempiä kuin myöhemmin alkavassa skitsofreniassa. Useimmiten kuuloharhat ovat ihmisääniä ja ne voivat olla joko yksittäisiä sanoja tai lauseita, joiden sävy on potilasta kohtaan uhkaava, syyttelevä, pilkkaava, komentava tai kommentoiva. Aistiharhat voivat ilmetä myös näkö-, tunto- ja hajuharhoina. Myös näitä aistiharhoja esiintyy enemmän lapsuudessa ja nuoruudessa alkavassa skitsofreniassa kuin myöhemmin puhkeavassa skitsofreniassa. (1)

Olellaisena osana psykoosia ovat ajattelun häiriöt. Usein ajattelun häiriö ilmenee harhaluuloina eli deluusioina. Tyypillisesti harhaluulot liittyvät kontrolloiduksi, vaikutetuksi tai ohjatuksi tulemiseen. Harhaluuloihin voi liittyä myös pelottava kokemus uhasta tai erilaisia somaattisia deluusioita. Ajatushäiriö on havaittavissa myös psykoosipotilaan puheessa. Ajatuksen loogisuuden ja sisällön huomattava häiriintyminen näkyy puheessa löyhinä assosiaatioita, epäloogisuuksina ja puheen hajanaisuutena. (1)

Niin kuin muiden psykoosisairauksien, myös skitsofrenian diagnostiikassa avainasemassa ovat kliiniset oireet sekä potilaasta tehdyt havainnot. Skitsofrenian diagnostiikassa tulee oireiden ja havaintojen suhteen täyttyä tietyt kriteerit, jotta diagnoosi voidaan asettaa. ICD-10-luokituksessa skitsofrenian diagnostisissa

kriteereissä oireet on jaoteltu kahteen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvia oireita ovat kokemukset ajatusten kaikumisesta, siirrosta, riistosta tai lähettämisestä, harhaluulot liittyen ohjatuksi, kontrolloiduksi tai vaikutetuksi tulemiseen, kuuloharhat, jotka kommentoivat potilaan käytöstä tai keskustelevat potilaasta tai toisentyypiset äänet, jotka kuuluvat jostakin ruumiinosasta sekä muut kulttuuriin sopimattomat ja täysin mahdottomat harhaluulot. Toiseen ryhmään taas kuuluvat pitkään kestäneet minkä vain aistin aistiharhat, joihin liittyy harhaluuloja tai itsepintaisia yliarvostettuja ajatuksia, tavallisen ajatuksen keskeyttävät neologismit eli uudissanat, katkot tai irralliset väliintulevat ajatukset, katatoninen käytös, mutismi, negativismi tai täydellinen pysähtyneisyys sekä negatiiviset oireet. Näiden lisäksi tulee olla varma, että häiriötä ei voida pitää elimellisenä aivosairautena tai alkoholin tai muiden päihteiden käyttöön liittyvänä. Jos potilas täyttää maanisen jakson tai masennustilan kriteerit tulee psykoosikriteerien täytyä ennen kuin mielialahäiriö kehittyy. (1)

Psykoosin puhjetessa nuorella tulee pohtia skitsofrenian lisäksi myös lukuisia erotusdiagnostisia vaihtoehtoja ja alkuun voi olla haastavaa saada täyttä varmuutta skitsofreniadiagnoosin suhteen. Pitkäkestoisenkin psykoosin alkuvaiheessa on hankala erottaa varmuudella skitsofrenia mielialahäiriöön liittyvästä psykoottisesta jaksosta. Lisäksi päihteiden käyttö voi lisätä haasteetta diagnostiikkaan, jolloin skitsofrenia, mielialahäiriöön liittyvä psykoottinen jakso ja päihteiden aiheuttama psykoosi ovat vaikeita erottaa toisistaan. Usein lopullinen diagnoosi tarkentuukin vasta seurannan myötä. (1)

1.4 Psykososiaaliset interventiot psykoosisairauksien hoidossa

Psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat monimuotoisia toimia, joilla pyritään edistämään potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia, jotta potilas voisi sairaudesta huolimatta elää mahdollisimman laadukasta elämään ja uusia sairausjaksoja kyettäisiin ehkäisemään. Ne koostuvat erinäisistä aktiivisista toimista, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön mielenterveyteen, niin että hoidon vaikutukset olisivat havaittavissa käyttämisen, tiedon käsittelyn tai tunteiden hallinnan tasolla. Erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja ovat muun muassa itsehoito, psykoedukaatio,

kognitiivinen harjoittelu, perhetuki sekä perhepohjainen hoito ja psykoterapian eri muodot. (2)

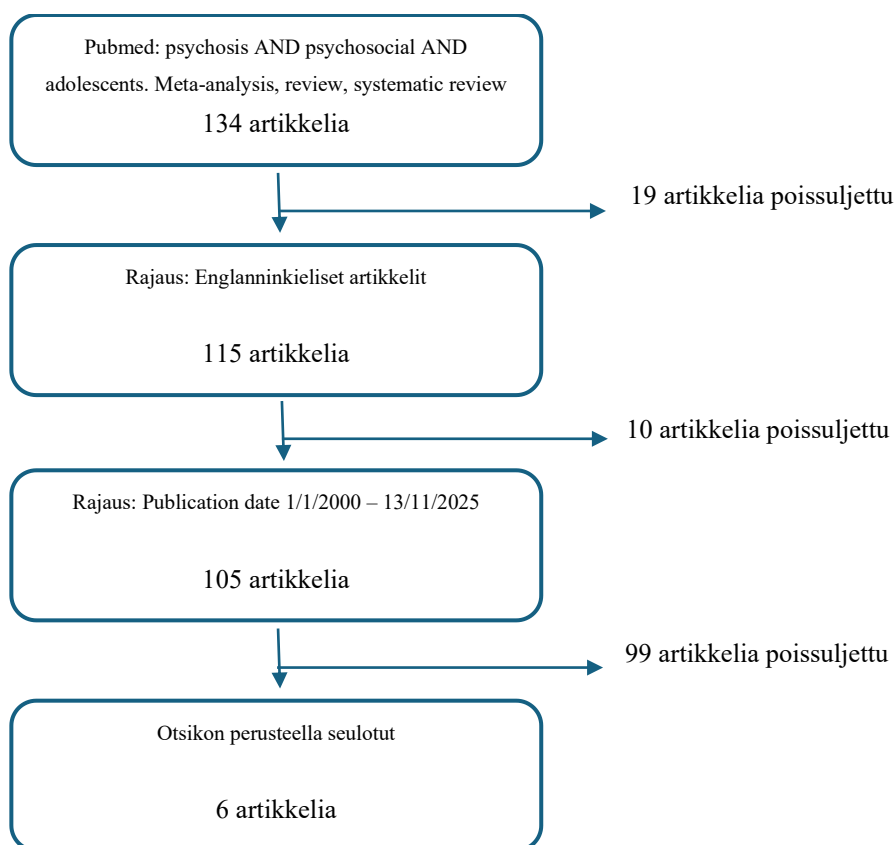
Psykoosisairauksissa, kuten skitsofreniassa täydellisen paranemisen ennuste kliinisellä ja toimintakyvyssä mitattavalla tasolla on heikko lääkehoidosta huolimatta. Potilaan elämänlaadun parantamisen vuoksi onkin siis suositeltua hyödyntää hoidossa lääkehoidon rinnalla erinäisiä psykososiaalisia interventioita. (9)

Suomalainen skitsofrenian Käypä hoito -suositus suosittelee psykososiaalisten hoitojen yhdistämistä muihin hoitotoimenpiteisiin. Käypä hoito -suosituksessa mainitaan skitsofrenian hoitoon soveltuviksi psykososiaalisiksi hoitomenetelmiksi psykoedukaatio, yksilö- ja ryhmämuotoiset kognitiiviset käyttäytymisterapiat, vertaistukeen perustuvat ryhmäterapiat, tukea antavan terapia, mindfulness-harjoitukset, perheinterventiot, luovat terapiat, ammatillinen kuntoutus, kognitiivinen kuntoutus, ja sosiaalisten sekä arkielämän taitojen harjoitusohjelmat. (4) Näiden lisäksi skitsofrenian hoidossa voidaan hyödyntää myös erilaisia digitaalisia psykososiaalisia hoitomuotoja. (2)

Psykososiaalisten hoitomenetelmien käytöllä skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa pyritään ehkäisemään, korjaamaan ja minimoimaan skitsofrenian aiheuttamaa toiminnanvajausta ja sosiaalista haittaa. (2) Psykososiaalisesta hoitomenetelmästä riippuen voidaan pyrkiä parantamaan potilaan sosiaalista toimintakykyä, vähentämään relapsiriskiä ja sairaalahoidon tarvetta, parantamaan lääkemyöntyvyyttä, helpottamaan potilaan toimintaa perheensä kanssa, lievittämään positiivisia oireita ja näiden vaikutusta elämään, lievittämään negatiivisia oireita, auttamaan potilasta ymmärtämään tilaansa paremmin, edistämään toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta ja sanallista muistia sekä parantamaan työllistymisen mahdollisuutta ja työssä suoriutumista.(4)

2 Aineisto ja menetelmät

Tämän narratiivisen katsauksen aineistona on käytetty Pubmed-tietokannasta haettuja artikkeleita. Ensimmäisessä hakuvaiheessa etsittiin aihealueeseen liittyviä katsausartikkeleita ja meta-analyyseja. Hakulausekkeena käytettiin ”psychosis AND psychosocial AND adolescents”. Rajauksiksi hakuun asetettiin meta-analysis, review ja systematic review. Haku rajattiin tämän jälkeen vain englanninkielisiin artikkeleihin. Julkaisuajankohta rajattiin aikavälille 1/1/2000 - 13/11/2025. Otsikoiden perusteella valikoitui 7 kirjallisuuskatsaukseen relevanttia artikkelia, joiden otsikoissa oli (schizophrenia tai early psychosis tai high risk for psychosis) ja (child tai adolescent). Näiden artikkelien valintaprosessi määriin on esitelty tarkemmin vuokaaviossa (Kuva 1).



Kuva 1. Vuokaavio katsausartikkelien ja meta-analyysien hakuprosessista.

Valittujen katsausartikkelien ja meta-analyysien avulla tunnistettiin psykososiaaliset menetelmät, joista tehtiin omat haut. Kaikista valikoituneista katsausartikkeleista ja meta-analyyseista haun kohteiksi tunnistettiin: Kognitiivinen remediaatioterapia, tietokoneavusteinen kognitiivinen remediaatio, psykoedukaatio, kognitiivinen käyttäytymisterapia, perhe-interventio/perheterapia, moniperheterapia, psykososiaalinen ryhmäterapia, strukturoitu ryhmäterapia, taitovalmennus ja sosiaalisten taitojen valmennus. Ensimmäisessä vaiheessa valitut katsausartikkelit ja niistä tunnistetut psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat koottu yksityiskohtaisemmin taulukkoon (Taulukko 1).

Taulukko 1. Valituista katsausartikkeleista ja meta-analyyseistä tunnistetut psykososiaaliset hoitomenetelmät (10–16)

	Julkaisu	Psykososiaaliset menetelmät
1.	Anagnostopoulou, N., Kyriakopoulos, M., & Alba, A. (2019). Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review	CRT, CACR, PE, KKT, FI
2.	Datta, S. S., Daruvala, R., & Kumar, A. (2020). Psychological interventions for psychosis in adolescents	CRT, CACR, PE, GPT, MFT, SGT
3.	Daruvala, R., Kumar, A., & Datta, S. S. (2021). Do Psychological Interventions Work for Psychosis in Adolescents	CRT, CACR, PE, GPT, SGT
4.	Okuzawa, N., Kline, E., Fuertes, J., Negi, S., Reeves, G., Himelhoch, S., & Schiffman, J. (2014). Psychotherapy for adolescents and young adults at high risk for psychosis: a systematic review	CACR, PE, KKT, MFT, ST
5.	Tiffin, P. A., & Welsh, P. (2013). Practitioner review: schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents--evidence-based management approaches.	CRT, PE, KKT, FI, ST
6.	Lecomte, T., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Mian, I., Jackson, K., Jackson, K., & Norman, R. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth	CRT, PE, KKT, FI, SST

CRT = Kognitiivinen remediaatioterapia CACR = Tietokoneavusteinen kognitiivinen remediaatio PE = Psykoedukaatio KKT = Kognitiivinen käyttäytymisterapia FI = Perheinterventio/perheterapia GPT = Psykososiaalinen ryhmäterapia MFT = Moniperheterapia SGT = Strukturoitu ryhmäterapia ST = Taitovalmennus SST = Sosiaalisten taitojen valmennus

Tunnistettujen yksittäisten psykososiaalisten hoitomenetelmien haku toteutettiin hakulausekkeella "(adolescence OR adolescent) AND (psychosis OR schizophrenia) AND ("cognitive remediation therapy" OR "computer assisted cognitive remediation"

OR psychoeducation OR "cognitive behavioural therapy" OR "family intervention" OR "psychosocial group therapy" OR "multi-family therapy" OR "structured group therapy" OR "skills training" OR "social skills training")". Hakulauseke tuotti 985 tulosta.

Haun jälkeen tuloksia rajattiin poissulkukriteerein. Artikkelien julkaisuajankohdaksi rajattiin 1/1/2000 – 13/11/2025 ja haku rajattiin englanninkielisiin artikkeleihin, jolloin haku tuotti 817 tulosta. Tutkimustyyppin mukaan haku rajattiin alkuperäistutkimuksiin, jolloin saatiin 377 tulosta. Tämän jälkeen artikkelit seulottiin abstraktien perusteella ja poissuljettiin muihin psykiatriin sairauksiin kuin ei-elimelliseen psykoosiin ja skitsofreniaan keskittyvät artikkelit, psykoosiriskipotilaisiin keskittyvät artikkelit sekä ne artikkelit, joiden aineistoon sisältyi aikuispsykiatrialla hoidettavia potilaita. Näiden kriteerien mukaan poissuljettiin 367 artikkelia, ja katsaukseen valikoitui haulla 10 artikkelia.

Näiden 10 artikkelin lisäksi katsaukseen sisällytettiin yksi artikkeli, jota haulla ei löytynyt. Tämä artikkeli on haulla löytyneen artikkelin seurantatutkimus, joka löydettiin edeltävän hakuvaiheen katsausartikkelista. Kaikkiaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui siis 11 artikkelia.

3 Tulokset

Katsaukseen valittiin viisi yksilöinterventioita, yksi ryhmäinterventioita, kolme perheinterventioita ja yksi digitaalisia interventioita käsittelevää artikkelia. Artikkelit, niiden tutkimusasetelmat ja kuvaukset interventioista sekä päätulokset ovat esiteltynä alla interventiotyyppin mukaisesti luokiteltuina taulukoissa 2–5.

Kognitiivista remediaatioterapiaa (CRT) tutkittiin vain yksilöinterventiona. CRT koostuu progressiivisesti haastavammiksi muuttuvista tehtävistä, joita tehdään ammattilaisen ohjaamana ja tukemana. Tehtävät keskittyvät erinäisiin kognition osa-alueisiin ja pyrkivät kehittämään muun muassa potilaan muistia, ajattelun joustavuutta sekä kykyä suunnitella asioita ja käsitellä tietoa. (17) Yhdessä tutkimuksessa CRT-ohjelma toteutettiin digitaalisena interventiona, jossa tehtävät koostuivat tietokoneella tehtävistä harjoitteista (18).

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa tutkittiin vain yksilöinterventiona. Kognitiivinen käyttäytymisterapia koostuu istunnoista psykoterapeutin kanssa. Potilas yhdessä terapeutin kanssa identifioi ongelmia, joita pyritään hoitamaan terapian aikana ja asettaa tavoitteet, joiden eteen työskennellään. Potilas käy keskustellen terapeutin kanssa läpi strategioita, joilla pyritään auttamaan potilaan pärjäämistä tunnistettujen ongelmien kanssa ja samalla opettelee hyödyntämään näitä strategioita ja taitoja elämässään. Lisäksi käydään läpi sairauden alkamisvaiheita ja pyritään estämään sairauden uusiutumiskasvoja tunnistamalla ns. varomerkkejä. (19)

Psykoedukatiivisia interventioita tutkittiin vain perheinterventioina. Psykoedukaatio-ohjelmat koostuvat tapaamisista ammattilaisen kanssa. Tapaamisissa pyritään antamaan potilaalle, ja perheintervention tapauksessa perheenjäsenille, tietoa sairauden eri osa-alueista, kuten oireista, hoidosta ja vaikutuksesta elämään. Näin pyritään lisäämään potilaan ja perheen ymmärrystä sairautta ja niitä haasteista kohtaan, joita sairaus voi elämään tuoda. Samalla pyritään kehittämään ongelmanratkaisutaitoja ja kriisinhallintakeinoja, joiden avulla selvitä näistä haasteista ja ongelmista. (20)

Yksi tutkimus käsitteli minäkuvaan keskittyvää strukturoitua ryhmäterapiaa. Tämä interventio koostui ryhmätapaamisista, joissa käsiteltiin ammattilaisten johdolla erilaisia ennalta määritettyjä teemoja, joilla pyrittiin kehittämään minäkuvan ja

kongruenssin kannalta olennaisia asioita. Käsiteltäviä teemoja olivat esimerkiksi itsetietoisuuden ja itsetunnon kehittäminen, omien hyvien ja huonojen puolien tunnistaminen sekä hyväksyminen ja omien vahvuuksien sekä oman elämän erilaisten roolien tunnistaminen. (21)

3.1 Yksilöinterventiot

Taulukko 2. Yksilöinterventioita käsittelevät tutkimukset (17,22–25,19)

	Julkaisu	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja interventiot	Seuranta	Tulokset
Kognitiivinen remediaatio-terapia					
Puig, O et al. Espanja 2014 (17)	Cognitive remediation therapy in adolescents with early-onset schizophrenia: a randomized controlled trial	Arvioida CRT:n vaikutusta psykoosioireisiin sekä kognitiiviseen ja käytännön toimintakykyyn	12-18-vuotiaat psykoosipotilaita avohoidossa (n = 51). CRT-ryhmän (n = 25) hoitona 2 yksilöllistettyä CRT istuntoa viikossa, kokonaisuudessaan yhteensä 40 CRT istuntoa. Kontrolliryhmän (n = 26) hoitona säännöllinen psykiatrinen hoito, johon sisältyi psykoedukaatiota ja tapauskohtaisesti hoitoa myös psykologin/sosiaalityöntekijän toimesta.	Alku- ja loppuarviot. CRT-ryhmällä 3kk hoidon jälkeen arvio	Hoidon jälkeen CRT-ryhmässä todettiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän kehitystä sanallisessa muistissa, työmuistissa ja toiminnanohjauksessa, arkielämän taidoissa ja yleisessä toimintakyvyssä kuin kontrolliryhmässä. Myös CRT-ryhmän kognitiivisten tulosten todettiin kohentuneen tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin verrokkiryhmän. 3kk seurannassa CRT-ryhmän kognition ja toiminnanohjauksen kehitys olivat pysyneet, mutta arkielämän taitojen ja yleisen toimintakykyjen kehitys ei. Nuorten vanhempien kuormituksen todettiin helpottaneen enemmän CRT-ryhmässä.
Ueland, T & Rund, BR. Norja 2003 (22)	A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis	Arvioida CRT:n vaikutusta psykoosioireisiin sekä psykososiaaliseen toimintakykyyn ja kognitioon.	12-18-vuotiaat psykoosipotilaat osasto- ja avohoidossa (n = 26). CRT-ryhmässä (n = 14) psykoedukaatio-ohjelman ja mahdollisen anti-psykoottilääkityksen lisäksi hoitoon kuului 30 h yksilöllistä CRT-ohjelman mukaista hoitoa 6kk ajan Kontrolliryhmän (n = 12) hoito psykoedukaatio-ohjelman mukaisesti. Lisäksi yksilökohtaisesti anti-psykoottilääkitys.	Alkuarvio ja arvio kotiutumista edeltävästi tai 6kk hoidon jälkeen.	Ryhmien välillä ei löydetty tilastollisesti merkitsevää eroa hoitojen jälkeen arvioiduissa kokonaisuuksissa. Yksittäisiä osa-alueita analysoitaessa ryhmien sisällä todettiin molemmissa ryhmissä tapahtuneen hoitojen myötä merkitsevää kehitystä toiminnanohjauksessa. Analyysissä todettiin, että vain CRT-ryhmän sisällä oli tapahtunut merkitsevää kehitystä visuaalisessa muistissa ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä. Lisäksi vain CRT-ryhmällä todettiin hoidon jälkeen psykoosioireiden lieventyneen merkitsevästi.

Ueland, T & Rund, BR. Norja 2005 (23)	Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study	Arvioida CRT:n pitkäkestoisia vaikutuksia psykoosioireisiin, psykososiaaliseen toimintakykyyn ja kognitioon.	Vuonna 2003 Norjassa tehdyn satunnaistetun vertailukokeen seurantatutkimus vuoden kuluttua hoidon päättymisestä CRT-ryhmässä (n = 14) hoitona ollut psykoedukaatio-ohjelma, yksilöllisesti anti-psykootti lääkitys ja 30 h yksilöllistä CRT-ohjelman mukaista hoitoa 6kk ajan Kontrolliryhmän (n = 11) hoitona psykoedukaatio-ohjelma ja yksilöllisesti anti-psykootti lääkitys.	Arvio vuosi hoidon jälkeen	Vuoden seurannassa molemmissa ryhmissä positiiviset psykoosioireet olivat lieventyneet tilastollisesti merkitsevästi. Myös psykososiaalinen toimintakyky oli kehittynyt merkitsevästi molemmissa ryhmissä. Kahdeksassa kymmenestä arvioidusta kognition osa-alueista todettiin tilastollisesti merkitsevää kehitystä molemmissa ryhmissä. Ryhmien välillä ei kuitenkaan todettu tilastollisesti merkitseviä eroja psykoosioireiden vaikeustasossa tai psykososiaalisessa toimintakyvyssä vuoden seurannassa. CRT-ryhmän eduksi todettiin tilastollisesti merkitsevä ero varhaisen visuaalisen informaation prosessoinnin kehityksessä. Muissa arvioiduissa kognition osa-alueissa ei todettu vuoden seurannassa ryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja.
Kognitiivinen käyttäytymisterapia					
Müller, H et al. Saksa 2019 (24)	Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: a randomized controlled pilot study	Arvioida KKT:n vaikutusta psykoosioireisiin, toimintakykyyn ja subjektiiviseen elämänlaatuun.	14-20-vuotiaat psykoosipotilaat, joita hoidettiin nuorisopsykiatrian avohoidossa (n = 42) KKT-ryhmän (n = 26) hoitona antipsykootin lääkitys ja 20 yksilöllistä nuorille modifioitua KKT-istuntoa 9kk aikana. Kontrolliryhmän (n = 26) hoitona antipsykootin lääkitys ja säännölliset tukikäynnit.	Alkuarvio, 9kk arvio, kahden vuoden arvio	Molemmissa ryhmissä todettiin positiivisten oireiden lieventyneen hoidon jälkeen, eikä tilastollisesti merkitsevää eroa kyetty ryhmien välillä tämän suhteen todistamaan. 9 kuukauden ja 24 kuukauden seurannassa todettiin ryhmien välisessä vertailussa KKT-ryhmällä enemmän lieventymistä negatiivisten oireiden ja hallusinaatioiden suhteen sekä enemmän kehitystä toimintakyvyssä ja elämänlaadussa. Nämä erot ryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.
Browning, S et al. Iso-Britannia 2013 (25)	Psychological interventions for adolescent psychosis: a pilot controlled	Arvioida yksilö-KKT:n ja psykoedukaatiivisen perheterapian vaikutusta psykoosioireisiin, psykososiaaliseen	12-18-vuotiaat psykoosipotilaat osastohoidossa (n = 30) KKT-ryhmän (n = 10) hoitona standardihoidon lisäksi 10x0,5 h nuorille mukautettua yksilö KKT-	Alkuarvio ja arvio osastohoidon päättyessä	Ryhmien välisissä vertailuissa ei kyetty toteamaan tilastollisesti merkitsevää eroa kliinisillä mittareilla tai osastojakson kestossa. Kaikissa ryhmissä todettiin merkitsevää helpotusta oireiden suhteen. Vain terapiaryhmissä todettiin toimintakyvyn kohentuneen merkitsevästi.

	trial in routine care	toimintakykyyn. Lisäksi arvioitiin potilaiden ja vanhempien tyytyväisyyttä hoitoon.	istuntoa osaston psykologin toteuttamana. Perheinterventioryhmän (n = 10) hoitona standardihoiton lisäksi 4–10vko ajan 5h edestä psykoedukatiivista perheterapiaa kahden terapeutin toteuttamana. Kontrolliryhmän (n = 10) hoitona standardihoito, joka koostui yksilöllisestä lääkityksestä, yksilöidystä hoitosuunnitelmasta, osaston päiväohjelmasta ja sairaalakoulusta.		KKT-ryhmän ja kontrolliryhmän välisessä vertailussa todettiin KKT-ryhmän eduksi kohtalainen ero oireiden helpottumisessa, ja pieni ero psykososiaalisen toimintakyvyn kohentumisessa. KKT-ryhmän osallistujien ja vanhempien tyytyväisyys oli loppukyselyssä kontrolliryhmää parempi.
Morrison, AP et al. Iso-Britannia 2020 (19)	Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study	Verrata lääkehoidon, psykologisen hoidon ja näiden kahden yhdistelmähoiton vaikutuksia hoitomyöntyvyyteen ja psykoosioireisiin	14-18-vuotiaat (n = 61) psykoosipotilaat avo- ja osastohoidossa. Lääkityksellisen hoidon ryhmän (n = 22) hoito koostui antipsykoottilääkityksestä, jota saatettiin vaihtaa tutkimuksen aikana hoitavan psykiatrin toimesta tavanomaisten periaatteiden mukaisesti Psykologisen intervention ryhmän (n = 18) hoitona 26 h kognitiivista käyttäytymisterapiaa 6kk aikana. Lisäksi vapaavalintaista perheterapiaa tarjottiin 6 istuntoa. Yhdistelmähoitoryhmässä (n = 21) molemmat interventiot toteutettiin edellä kuvatusti. Kaikissa ryhmissä sallittiin mahdollisten liitännäishoitojen aloittaminen tutkimuksen aikana, mikäli osallistujan kliininen vointi heikkeni.	Alkuarvio, 3kk, 6kk, 12kk arvio.	Seurannassa paras hoitomyöntyvyys säilytettiin psykologista interventiota kohtaan. 82 % terapiaan ohjatuista osallistujista osallistui vähintään kuuteen istuntoon, kun taas lääkkeellisen intervention ryhmän osallistujista 65 % käytti lääkitystä vähintään 6vko putkeen. 6kk seurannassa psykoosioireiden suhteen paras vaste saatiin lääkkeellisen ja psykologisen intervention ryhmässä, jossa PANSS-asteikolla mitattuna pisteet laskivat ryhmässä keskimäärin 13,9 pistettä. Toiseksi paras hoitovaste oli psykologisen intervention ryhmässä, jossa pisteet laskivat 13,1 pistettä. Lääkkeellisen intervention ryhmässä pisteet laskivat 6,2 pistettä

			Dataa mahdollisista liitännäishoitojen aloituksista kerättiin seurannan aikana.		
--	--	--	---	--	--

CRT = kognitiivinen remediaatioterapia, KKT = Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Yksilöinterventioita käsittelevissä artikkeleissa interventiomuotoina olivat edustettuna kognitiivinen remediaatioterapia (CRT), psykoedukaatio ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT). (17,19,22,24,25)

CRT:tä käsittelevissä tutkimuksissa, arvioitiin hoidon vaikutusta osallistujien kognitioon. (16, 17) Vuonna 2014 julkaistussa espanjalaisessa tutkimuksessa todettiin CRT-hoitoa saaneessa ryhmässä kognitiivisten tulosten ($F = 7,48$, $p = 0,009$) sekä työmuistia ($F = 4,43$, $p = 0,041$) ja sanallista muistia ($F = 10,12$, $p = 0,003$) mitanneiden tulosten parantuneen merkitsevästi enemmän kuin psykoedukaatiota saaneessa kontrolliryhmässä. CRT-ryhmässä havaitut kognitiiviset hyödyt säilyivät myös kolmen kuukauden seurannassa. (17) Vuonna 2003 julkaistussa norjalaisessa tutkimuksessa taas todettiin CRT-ryhmässä tapahtuneen merkitsevää kehitystä pitkäkestoisessa visuaalisessa muistissa ($MD = 6,8$, $t = 6,2$, $p < 0,001$) sekä varhaisessa nähdyn informaation käsittelyssä ($MD = 5,9$, $t = -3,4$, $p < 0,005$), mitä ei havaittu pelkästään psykoedukaatiota saaneessa kontrolliryhmässä ($MD = 3$, $t = -1,8$, $p > 0,05$ ja $MD = 2,7$, $t = -1,1$, $p > 0,05$). Tässä tutkimuksessa ryhmien välillä ei kuitenkaan kyetty toteamaan tilastollisesti merkitseviä eroja. (22)

Sekä, CRT-, että KKT-tutkimuksissa arvioitiin vastemuuttujina yleistä toimintakykyä (17,24,25) ja psykososiaalista toimintakykyä (22,23,25). Lisäksi Espanjalaisessa CRT-tutkimuksessa arvioitiin vastemuuttujana arkielämän taitoja ja toiminnanohjausta. Kyseisessä CRT-tutkimuksessa todettiin toiminnanohjauksen ($F = 5,85$, $p = 0,019$), yleisen toimintakyvyn ($F = 5,08$, $p = 0,031$) sekä arkielämän taitojen ($F = 4,52$, $p = 0,039$) kehityksessä tilastollisesti merkitseviä eroja CRT-ryhmän eduksi. Kolmen kuukauden seurannassa ero ryhmien välillä oli osoitettavissa enää ainoastaan toiminnanohjauksessa ($F = 6,64$, $p = 0,017$). (17) Myös kahdessa KKT-tutkimuksessa todettiin interventioryhmissä toimintakyvyn kehittyneen suotuisammin kuin kontrolliryhmissä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (24,25) Psykososiaalisen toimintakyvyn kehittämisessä havaittiin terapiaryhmän eduksi eroja yhdessä CRT-tutkimuksessa ja yhdessä KKT-tutkimuksessa, mutta erot eivät olleet kummassakaan tilastollisesti merkitseviä (22,25).

Psykoosioireiden suhteen ei yhdessäkään tutkimuksessa kyetty osoittamaan tilastollisesti merkitsevää eroa terapiaryhmän ja kontrolliryhmän välillä

(17,19,22,24,25). Vuonna 2020 julkaistussa isobritannialaisessa tutkimuksessa, jossa verrattiin lääkityshoitoa, KKT-hoitoa ja näiden yhdistelmähoitoa toisiinsa todettiin psykoosioireiden lievittyneen enemmän KKT-hoitoa saaneissa ryhmissä, ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (19). Norjalaisessa CRT-tutkimuksessa todettiin hoidon jälkeen oireiden lieventyneen merkitsevästi ainoastaan interventioryhmässä. BPRS-kokonaispisteet laskivat interventioryhmässä keskimäärin 10 pistettä ($t = 2,8, p < 0,05$) ja kontrolliryhmässä keskimäärin 6,9 pistettä ($t = 1,7, p > 0,05$). (22) Vuonna 2013 julkaistussa isobritannialaisessa tutkimuksessa todettiin myös ero KKT-ryhmän eduksi psykoosioireiden lievittämisessä, mutta tämäkään ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. (25) Vuonna 2019 julkaistussa saksalaisessa tutkimuksessa yhdeksän kuukauden hoidon jälkeen todettiin KKT-ryhmässä keskimäärin 0,5 pistettä ($d = 0,46, p = 0,130$) kontrolliryhmää matalammat harhaluuloja mittaavat Psychotic Symptom Rating Scale Delusions Subscale eli PSYRATS DS -pisteet. Myös Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) -mittarin negatiivisten oireiden pisteet olivat keskimäärin 1,5 pistettä matalammat ($d = 0,39, p = 0,169$) KKT-ryhmässä. Kahden vuoden seurannassa todettiin KKT-ryhmässä hallusinaatioita mittaavalla Psychotic Symptom Rating Scale Auditory Hallucinations Subscale eli PSYRATS AH -mittarilla keskimäärin 0,4 pistettä matalammat pisteet ($d = 0,38, p = 0,176$) ja 2,8 pistettä matalammat PANNS-neg pisteet ($d = 0,56, p = 0,086$) kuin kontrolliryhmässä. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei kuitenkaan psykoosioireiden suhteen havaittu ryhmien välillä. (24)

Samassa tutkimuksessa todettiin subjektiivisen elämänlaadun parantuneen KKT-ryhmässä enemmän kuin kontrolliryhmässä hoidon jälkeen sekä 24 kuukauden seurannassa. Ero ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (24)

Vuonna 2020 julkaistussa isobritannialaisessa tutkimuksessa tutkittiin myös hoitomyöntyvyyttä lääkkeellisen ja psykologisen hoidon välillä. Tutkimuksessa verrattiin osallistujien määrää, jotka osallistuivat vähintään kuuteen 24 mahdollisesta terapiaistunnosta, siihen osallistujien määrään, jotka käyttivät antipsykoottilääkitystä vähintään 6 viikkoa taukoamatta. KKT-ryhmästä ja yhdistelmähoitoryhmästä 82 % osallistujista täyttivät osallistumismäärä kriteerin, kun taas lääkkeellisen hoidon ryhmästä ja yhdistelmähoitoryhmästä 65 % täyttivät lääkityshoidon kriteerin. Ero hoitomyöntyvyydessä ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. (19) Iso-Britanniassa 2013 julkaistussa tutkimuksessa taas KKT-ryhmän osallistujien ja

heidän vanhempiensa tyytyväisyys hoitoon oli loppukyselyssä parempi kuin kontrolliryhmän osallistujilla ja vanhemmilla (25).

3.2 Ryhmäinterventiot

Taulukko 3. Ryhmäinterventioita käsittelevät tutkimukset (21)

	Julkaisu	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja interventiot	Seuranta	Tulokset
Strukturoitu ryhmäterapia					
She, P et al. Kiina 2015 (21)	Effect of self-consistency group intervention for adolescents with schizophrenia: An inpatient randomized controlled trial	Selvittää ryhmäterapian vaikutusta psykoosioireisiin, minäkuvaan ja kongruenssiin	16-18 psykoosipotilaat osastohoidossa (n = 60) Standardihoitona lääkitys, terveysopetus, vapaa-ajan toiminta sekä toimintaterapia, lukemisen ja kirjoittamisen muodossa. Terapiaryhmän (n = 30) hoitona standardihoidon lisäksi 6vk ajan 12 tunninkestoista ryhmäterapiaistuntoa psykoterapeutin toimesta. Istunnoilla ennalta määritetyt teemat. Kontrolliryhmän (n = 30) hoitona standardihoidon lisäksi käsityöryhmätoimintaa 12 kertaa 6vk aikana.	Alku- ja loppuarviot. 3kk ja 12kk hoidon jälkeen arvio	Hoidon jälkeen ja 3kk seurannassa terapiaryhmässä todettiin psykoosin oireita mittaavan PANNS-pisteiden laskeneen merkitsevästi enemmän interventioryhmässä. Tilastollisesti merkitseviä eroja todettiin myös jokaisessa minäkuva ja kongruenssia mittaavassa osa-alueessa terapiaryhmän eduksi. 12kk seurannassa tilastollisesti merkitseviä eroja ei kuitenkaan havaittu ryhmien välillä.

Katsaukseen valikoitui yksi ryhmäinterventiota käsittelevä tutkimus. Tässä kiinalaisessa vuonna 2015 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin strukturoidun ryhmäterapien vaikutusta nuorten psykoosipotilaiden psykoosioireisiin sekä minäkuvaan ja kongruenssiin. (21)

Tutkimuksessa todettiin hoidon jälkeen ja kolmen kuukauden seurannassa interventoryhmän psykoosioireita mittaavien PANNS-pisteiden laskeneen merkitsevästi enemmän interventoryhmässä. Interventoryhmässä hoidon jälkeen PANSS-pisteet olivat laskeneet keskimäärin 5,86 pistettä enemmän kuin kontrolliryhmässä ($T = 6,087$, $p < 0,001$). Kolmen kuukauden seurannassa PANSS-pisteet olivat laskeneet 2.92 pistettä enemmän interventoryhmässä ($T = 2,341$, $p < 0,05$). (21)

Osallistujien minäkuva ja kongruenssia arvioitiin tutkimuksessa SCCS-skaalalla. Hoidon jälkeen ja kolmen kuukauden seurannassa todettiin interventoryhmässä minäkuvan ja kongruenssin parantuneen merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä ($T = 3,741$, $p < 0,005$). Vuoden seurannassa ryhmien välillä ei kuitenkaan enää pystytty osoittamaan merkitseviä eroja. (21)

3.3 Perheinterventiot

Taulukko 4. Perheinterventioita käsittelevät tutkimukset(25,20,26)

	Julkaisu	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja interventiot	Seuranta	Tulokset
Psykoedukatiivinen perheterapia					
Browning, S et al. Iso-Britannia 2013 (25)	Psychological interventions for adolescent psychosis: a pilot controlled trial in routine care	Arvioida yksilö-KKT:n ja psykoedukatiivisen perheterapian vaikutusta psykoosioireisiin, psykososiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi potilaiden ja vanhempien tyytyväisyyttä hoitoon.	12-18-vuotiaat psykoosipotilaat osastohoidossa (n = 30) Kaikkien ryhmien hoitoon kuului standardihoito, joka koostui yksilöllisestä lääkityksestä, yksilöidystä hoitosuunnitelma, osaston päiväohjelmasta ja sairaalakoulusta. KKT-ryhmän (n = 10) hoitona standardihoidon lisäksi 10 puolen tunnin nuorille mukautettua yksilö-KKT-istuntoa osaston psykologin toteuttamana. Perheinterventioryhmän (n = 10) hoitona standardihoidon lisäksi 4–10vk ajan viiden tunnin edestä psykoedukatiivista perheterapiaa kahden terapeutin toteuttamana. Kontrolliryhmän (n = 10) hoitona standardihoito	Alkuarvio ja arvio osastohoidon päättyessä	Ryhmien välillä ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa kliinisessä arvioissa tai osastojakson kestossa. Vertailussa todettiin kaikissa ryhmissä merkitsevää parannusta oireiden suhteen, mutta toisin kuin terapiaryhmissä, kontrolliryhmässä ei todettu parantumista toimintakyvyssä. Perheinterventioryhmän ja kontrolliryhmän vertailussa todettiin pieni ero perheinterventioryhmän eduksi oireiden helpottamisessa ja tätä huomattavampi ero psykososiaalisen toimintakyvyn kohentumisessa. Perheinterventioryhmän osallistujien ja osallistujien vanhempien tyytyväisyys hoitoon oli loppukyselyssä kontrolliryhmää parempi.
Psykoedukatiivinen perheryhmäterapia					
Calvo, A et al. Espanja 2014 (20)	Intervention for adolescents with early-onset psychosis and their families: a	Arvioida strukturoidun psykoedukatiivisen perheryhmäterapian vaikutusta psykoosioireisiin,	14 – 18-vuotiaat psykoosipotilaat avo- ja osastohoidossa (n = 55) sekä molemmat tai toinen osallistujien vanhemmista.	Alkuarvio ja arvio hoidon päätyttyä	Ryhmien välillä todettiin hoidon jälkeen tilastollisesti merkitsevä ero negatiivisten psykoosioireiden lieventymisessä terapiaryhmän eduksi. Positiivisten oireiden todettiin helpottaneen molemmissa ryhmissä,

	randomized controlled trial	perheilmapiiriin sekä osastojaksojen, osastopäivien ja päivystyskäyntien määrään.	<p>Terapiaryhmän (n = 27) hoitona perheterapia, jossa alkuun potilaalla ja vanhemmilla 3 yksilökäyntiä, jonka jälkeen potilaat ja vanhemmat erillisiin osallistuivat terapiarymiin, joiden tapaamiset keskittyivät strukturoidusti psykoedukaatioon ja sisälsivät kirjallista materiaalia lääkitykseen, sivuvaikutuksiin ja kriisinhallintaan liittyen. Yhteensä 12 tapaamista 15 päivän välein.</p> <p>Kontrolliryhmän (n = 28) hoitona strukturoimaton perheterapia, jossa hyödynnettiin tukiryhmämallista lähestymistapaa ennalta määritetyn mallin sijaan, ei sisältänyt kirjallista materiaalia. Muutoin hoidon rakenne oli terapiaryhmän hoitoa vastaava.</p>		<p>eikä tämän suhteen ryhmien välillä todettu tilastollisesti merkitsevää eroa. Interventoriyhmässä tilastollisesti merkitsevästi harvemmalla oli hoidon aikana päivystyskäynti kuin kontrolliryhmässä. Myös harvemmalla terapiaryhmässä oli hoidon aikana sairaalahoitajakso kuin kontrolliryhmässä, ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.</p> <p>Hoidon jälkeen perheympäristön suhteen todettiin tilastollisesti merkitsevä ero potilaiden osallistumisessa perheen aktiiviseen vapaa-ajan toimintaan, ero oli terapiaryhmän eduksi. Vanhemmille tuotetussa kyselyssä perheympäristöstä ei todettu merkitseviä eroja ryhmien välillä.</p>
Calvo, A et al. Espanja 2015 (26)	Psychoeducational Group Intervention for Adolescents With Psychosis and Their Families: A Two-Year Follow-Up	Arvioida psykoedukaatiivisen perheryhmäterapian vaikutusta psykoosioiresiin ja osastojaksojen, osastopäivien sekä päivystyskäyntien määrään 2 vuotta hoitointervention jälkeen.	<p>Vuonna 2014 Espanjassa tehdyn satunnaistetun vertailukokeen kahden vuoden seuranta.</p> <p>2 vuoden seurannassa terapiaryhmän osallistujista arvioitiin 25 ja kontrolliryhmän osallistujista 24.</p>	2 vuotta hoitointervention jälkeen	<p>Kahden vuoden seurannassa terapiaryhmässä 13 % potilaista oli ollut päivystyskäynti- tai käyntejä verrattuna kontrolliryhmän 50 %:n, ero oli tilastollisesti merkitsevä.</p> <p>Osastojaksojen ja osastopäivien määrän välillä ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä.</p> <p>Psykoosin yleistä psykopatologiaa mittaavat pisteet olivat laskeneet merkitsevästi ainoastaan interventoriyhmässä. Positiivisissa ja negatiivisissa psykoosioireissa ei todettu eroa ryhmien välillä kahden vuoden seurannassa.</p>

Perheinterventioita käsitteleviä artikkeleita valikoitui katsaukseen kolme (20,25,26). Vuonna 2013 julkaistussa isobritannialaisessa artikkelissa verrattiin keskenään standardihoitoa, KKT:ta sekä psykoedukatiivista perheterapiaa (25). Espanjalaisessa vuonna 2014 julkaistussa tutkimuksessa verrattiin strukturoitua psykoedukatiivista monen perheen ryhmäterapiaa strukturoimattomaan monen perheen ryhmäterapiaan. Tutkimuksessa osallistujat jaettiin erikseen potilasryhmiin ja perheenjäsenryhmiin. (20) Perheitä seurattiin kahden vuoden ajan intervention jälkeen (26).

Isobritannialaisessa tutkimuksessa todettiin hoidon jälkeen kaikkien ryhmien psykoosioireiden lieventyneen merkitsevästi eikä ryhmien välillä kyetty tässä todistamaan merkitsevää eroa. Perheterapiaryhmässä oireiden todettiin kuitenkin lieventyneen hieman enemmän kuin kontrolliryhmässä, vaikka ero ei ollutkaan tilastollisesti merkitsevää. Suurempi ero perheterapiaryhmän eduksi havaittiin toimintakyvyn kohentumisessa, mutta tämäkään ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. (25)

Espanjalaisessa tutkimuksessa todettiin hoidon jälkeen terapiaryhmässä negatiivisten psykoosioireiden lieventyneen merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä ($p = 0,039$). Terapiaryhmässä negatiivisten oireiden PANNS-pisteet laskivat keskimäärin 3,71 pistettä ja kontrolliryhmässä 1,21 pistettä. Positiivisten oireiden todettiin molemmissa ryhmissä lieventyneen merkitsevästi hoidon jälkeen, eikä ryhmien välillä pystytty tässä toteamaan merkitsevää eroa. Positiivisten oireiden PANNS-pisteet laskivat terapiaryhmässä 4,05 pistettä ($p = 0,022$) ja kontrolliryhmässä 5,15 pistettä ($p = 0,006$) (20) Kahden vuoden seurannassa ryhmien välillä ei todettu merkitseviä eroa positiivisissa tai negatiivisissa psykoosioireissa. Ainoastaan terapiaryhmässä yleistä psykopatologiaa, kuten ahdistusta, masennusta ja toimintakykyä mittaavat PANNS-pisteet olivat laskeneet merkitsevästi seurannassa. Yleisen psykopatologian pisteet olivat laskeneet terapiaryhmässä 3,03 pistettä ($p = 0,037$) ja kontrolliryhmässä nousseet 0,26 pistettä ($p = 0,421$). (26)

Espanjalaisessa tutkimuksessa ja tämän kahden vuoden seurantatutkimuksessa seurattiin myös osallistujien päivystyskäyntien, osastohoitojaksojen, ja osastohoitopäivien määrää (20,26). Tutkimuksen aikana terapiaryhmässä päivystyskäyntejä oli merkitsevästi harvemmallalla kuin kontrolliryhmässä ($\chi^2 = 3,62$, df

= 1, $p = 0,039$). Päivystyskäyntejä oli terapiaryhmässä neljällä, kun taas kontrolliryhmässä päivystyskäyntejä oli 11:ltä. Myös osastohoitojaksoja oli interventioryhmässä harvemmallalla kuin kontrolliryhmässä, ero ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2 = 4,24$, $df = 1$, $p = 0,057$).

Osastohoitojaksoja oli terapiaryhmässä 11 %:lla ja kontrolliryhmässä 32 %:lla.

Osastopäivien määrässä ei todettu ryhmien välillä merkitsevää eroa. (20) Kahden vuoden seurannassa interventioryhmässä merkitsevästi harvemmallalla oli ollut

päivystyskäynti kuin kontrolliryhmässä ($p = 0,019$). Terapiaryhmässä

päivystyskäyntejä oli ollut neljällä ja kontrolliryhmässä 11:ltä. Osastohoitojaksojen ja osastopäivien määrässä ryhmien välillä ei ollut kahden vuoden seurannassa merkitseviä eroja.(26)

3.4 Digitaaliset interventiot

Taulukko 5. Digitaalisia interventioita käsittelevät tutkimukset (18,27)

	Julkaisu	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja intervention	Seuranta	Tulokset
Tietokone avusteinen kognitiivinen remediaatio-ohjelma					
Holzer, L et al. Sveitsi 2013 (18)	A randomized controlled trial of the effectiveness of computer-assisted cognitive remediation (CACR) in adolescents with psychosis or at high risk of psychosis	Arvioida tietokone avusteisen kognitiivisen remediaatio-ohjelman vaikutusta psykoosipotilaiden kognitiiviseen, ja psykososiaaliseen toimintakykyyn ja psykoosioireisiin. Lisäksi arviotiin hoitomyöntyvyyttä.	13-18-vuotiaat psykoosipotilaat (n = 20) ja korkeassa psykoosiriskissä olevat potilaat (n = 12) avohoidossa. CACR-ryhmän (n = 18) hoidossa käytössä CACR-ohjelma, joka sisälsi harjoituksia keskittymiskyvyn, muistin, silmä-käsikoordinaation, numeeristen konseptien, ongelmanratkaisutaitojen ja itsetunnon sekä itsehallinnan kehittämiseksi. Ohjelmaa lyhennettiin tutkimustarkoituksia varten. Hoitoa ohjelman parissa toteutettiin 16 kertaa 45 minuutin ajan 8vk ajan. Kontrolliryhmään kuului 14 osallistujaa, joiden hoitoon kuului CACR-ryhmän sijaan videopelejä, joita osallistujat pelasivat identtisissä olosuhteissa kuin missä CACR-ohjelman käyttö toteutettiin. Myös harjoitusten frekvenssi ja kesto olivat samat molemmissa ryhmissä Osallistujat jaettiin ryhmiin niin että molemmissa oli samassa suhteessa psykoosihäiriöllä diagnoosoituja potilaita ja psykoosiriskipotilaita.	Alkuarvio ja arvio hoidon jälkeen	Molemmissa ryhmissä hoitomyöntyvyys arvioitiin hyväksi, eikä tässä todettu ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa. CACR-ryhmässä todettiin visuospatiaalisten kykyjen kehittyneen tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä. Muissa kognitiivisissa toiminnoissa, psykoosioireissa ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä todettiin positiivista kehitystä molemmissa ryhmissä, eikä ryhmien välillä näiden suhteen kyetty näyttämään tilastollisesti merkitsevää eroa.

CACR = Tietokoneavusteinen kognitiivinen remediaatio

Katsaukseen valikoitui yksi digitaalista interventiota käsittelevä tutkimus. Tässä sveitsiläisessä tutkimuksessa tutkittiin tietokoneavusteisen kognitiivisen remediaatio-ohjelman vaikutusta nuorten psykoosipotilaiden kognitiiviseen toimintakykyyn, psykoosioireisiin ja psykososiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi arvioitiin hoitomyöntyvyyttä ja hoitomotivaatiota ryhmien välillä. CACR-ohjelma sisälsi harjoituksia keskittymiskyvyn, muistin, silmä-käsikoordinaation, numeeristen konseptien, ongelmanratkaisutaitojen ja itsetunnon sekä itsehallinnan kehittämiseksi. Hoidossa oli mukana kouluttaja, joka antoi palautetta ja rohkaisua CACR-tuokioiden aikana. Kontrolliryhmässä osallistujat pelasivat CACR-harjoituksia vastaavan määrän videopelejä samaisen kouluttajan kanssa. Kouluttaja valitsi pelattavat videopelit ja väkivaltaisia videopelejä vältettiin.

CACR-ryhmässä todettiin merkitsevästi enemmän kehitystä visuospatiaalisissa kyvyissä kuin kontrolliryhmissä ($Z = 2,47$, $p = 0,13$). Muissa kognitiivisissa toiminnoissa, psykoosioireissa ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä todettiin molemmissa ryhmissä positiivista kehitystä, eikä ryhmien välillä kyetty näyttämään edellä mainituissa merkitseviä eroja. Molemmissa ryhmissä hoitomyöntyvyys arvioitiin hyväksi, niin osallistumisprosentin kuin hoitomotivaation osalta, eikä ryhmien välillä kyetty näiden suhteen toteamaan merkitsevää eroa. (18)

4 Pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin olemassaolevaa tutkimusnäyttöä alaikäisten psykoosipotilaiden psykososiaalisista hoitomenetelmistä. Tutkimuksia löydettiin yksilöterapihana toteutetusta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja kognitiivisesta remediaatioterapiasta, perhemuotoisena toteutetusta psykoedukaatiivisesta terapiasta, strukturoidusta ryhmäterapiasta ja tietokoneavusteisesta kognitiivisesta remediaatioterapiasta. Kaikkiaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 11 artikkelia.

Skitsofrenia ja muut psykoosisairaudet ovat usein jo diagnoosivaiheessa aiheuttaneet toimintakyvyn, motivaation, aloitekyvyn ja kognitiivisten toimintojen heikkenemistä. Jotta sairaudesta johtuvaa toiminnanvajavuutta ja sosiaalista haittaa saadaan ehkäistyä ja minimoitua, tulisi psykoosipotilaan lääkehoitoon yhdistää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kuntouttavia toimia kuten psykososiaalista hoitoa. Psykoosin oireet kuitenkin lisäävät haastetta näiden hoitomuotojen toteuttamiseen. On siis tärkeää arvioida mahdollistavatko potilaan toimintakyky, motivaatio ja kognition taso psykososiaalisen hoidon toteuttamisen. Esimerkiksi vaikeat negatiiviset oireet voivat laskea potilaan toimintakykyä niin paljon, ettei psykososiaalista hoitoa saada toteutettua suunnitellusti. Psykoosisairauksiin usein myös liittyy potilaiden matala hoitomotivaatio, joka entisestään hankaloittaa psykososiaalisen hoidon tarjoamista, sillä nämä hoitomuodot usein vaativat pitkäkestoista sitoutumista hoitoon. Erityisesti kognitiivisessa kuntoutuksessa, kuten KKT:ssä tai CRT:ssä tulisi psykoosisairauden olla kliinisesti vakaassa vaiheessa, jotta potilaan toimintakyky ja kognitiivinen taso mahdollistavat sen toteuttamisen. (2)

Nuorilla psykoosipotilailla psykososiaalista hoitoa valitessa ja toteuttaessa tulisi psykoosioireiden tuomien haasteiden lisäksi huomioida myös yksilöllisesti nuoren ajankohtainen kehitysvaihe, sillä terapiaan sitoutumisessa ja sen toteutumisessa voi olla vaihtelua yksilön kehitysvaiheen ja kognitiivisen tason seurauksena (10). Keinoja mukauttaa psykososiaalista hoitoa nuorelle sopivammaksi voivat olla esimerkiksi käytettävän kielen mukauttaminen, kuvien hyödyntäminen terapiassa sekä istuntojen lyhentäminen nuorten heikompi keskittymiskyky huomioiden. Lisäksi voidaan keskittyä konkreettisempiin asioihin, kuten käytöksen muutoksiin, jotka ovat nuorelle helpompia ymmärtää ja käsitellä kuin abstraktimmat asiat kuten tunteet. (25)

Hoidossa tulisi huomioida myös nuoren kehitykselle tärkeitä osa-alueita, kuten identiteetin muodostumista, itsenäistymistä ja perhettä (24). Nuoren hoitomotivaatiota ja keskittymiskykyä voidaan myös pyrkiä parantamaan aktiivomalla nuorta hoidossa, kuten tehtiin CACR-tutkimuksessa, jossa hoito koostui tietokoneella suoritettavista tehtävistä. Tässä tutkimuksessa osallistujien hoitomyöntyvyyden ja motivaation hoitoon arvioitiin pysyneen erittäin hyvänä läpi tutkimuksen. (18)

Nuoren yksilöllisen kehityksen lisäksi toinen tärkeä huomioitava asia nuorten psykososiaalisessa hoidossa on perheen merkitys nuoren elämässä. Perheen läsnäolo nuoren elämässä on voimavara, jota terapiassa voidaan hyödyntää. Perheenjäsenet kykenevät nuoren sairautta ymmärtäessään toimimaan yhdessä nuoren ja terapeutin kanssa ja kehittämään ongelmanratkaisukeinoja ja selviytymisstrategioita. (10) Osallistamalla nuoren perhettä terapiaan pystytään vaikuttamaan nuoren ympäristöön, joka on stressi-haavoittuvuus-mallin mukaan tärkeä osa psykoosisairauksien syntyä ja jatkuvuutta. Perheelle tarjotun psykoedukaation avulla kyetään vähentämään perheen sairauteen liittyvää ahdistusta ja lisäämään perheenjäsenten taitoa käsitellä sairauden aiheuttamia oireita ja haasteita. Tällä on todettu olevan positiivinen vaikutus nuorten psykoosipotilaiden sairauden uusiutumisvaiheisiin. (20)

Valta-osassa kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista artikkeleista psykososiaaliset interventiot toteutettiin pääosin avohoidossa. Osassa tutkimuksissa oli mukana osallistujia, joiden hoitoa toteutettiin avohoidossa ja osastohoidossa tutkimuksen aikana (19,20,22). Suomalainen Käypä hoito suosittelee psykoosipotilaiden psykososiaalisten interventioiden toteutusta avohoidossa. Avohoito mahdollistaa pidempikestoisen hoidon, sillä osastohoitojakson kesto ei ole rajoittamassa intervention kestoja. Pisimmillään kirjallisuuskatsauksen artikkeleissa hoitointervention kesto oli yhdeksän kuukautta (24). Luonnollisesti näin pitkäkestoinen hoito olisi hyvin haastavaa toteuttaa kokonaisuudessaan osastohoidossa. Kahdessa tutkimuksessa, jotka toteutettiin kauttaaltaan osastohoidossa hoitointerventioiden kesto oli toisessa kuusi viikkoa ja toisessa neljästä kymmeneen viikkoon. Lyhyempi intervention kesto siis oli osittain mahdollistamassa interventioiden toteutusta kokonaisuudessaan osastolosuhteissa.

Intervention toteuttaminen osasto olosuhteissa mahdollisti tiiviin hoitokontaktin, jopa kaksi istuntoa viikossa. (21,25) Yhtä tiheä hoitokontakti oli vain yhdessä avohoidossa toteutetussa tutkimuksessa (17). Kirjallisuuskatsauksen osastohoidossa ja avohoidossa toteutettuja tutkimuksia on haastava verrata toisiinsa suoraan niiden interventioiden erilaisuuden vuoksi, joten ei voida tehdä suoraan päätelmiä onko lyhyt ja tiivis hoitointerventio osastohoidossa tehokkaampi psykoosin hoidossa kuin pidempi hoitointerventio avohoidossa. Mainittakoon kuitenkin, että osasto-olosuhteissa suoritetuissa interventioissa saatiin intervention lyhyt kesto huomioiden varsin hyviä tuloksia. Toisessa tutkimuksessa todettiin interventiolla olleen positiivinen vaikutus psykoosioireiden lievenemiseen ja kongruenssin sekä minäkuvan kohentumiseen heti kuuden viikon hoidon jälkeen ja kolmen kuukauden seurannassa (21). Toisessa tutkimuksessa taas interventiolla saatiin lievennettyä oireita ja parannettua sekä yleistä että psykososiaalista toimintakykyä (25). Tilanteissa joissa psykoosin oireet ovat niin vaikeita, että osastohoitoa tarvitaan, kuten sairauden alkuvaiheessa tai uusimisvaiheessa, voi siis osasto olla oikea paikka aloittaa psykososiaalinen hoito, kun potilaan kognitio ja toimintakyky mahdollistavat sen (2).

Kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeeseen valittiin psykososiaalisia hoitomenetelmiä aihetta koskevien meta-analyysien ja katsausartikkelien pohjalta. Tämän lähestymistavan vuoksi on mahdollista, että joitakin relevantteja artikkeleja on jäänyt haun ulkopuolelle, jos niissä tutkittua hoitointerventiota ei ole käsitelty ensimmäisen vaiheen meta-analyyseissa tai katsausartikkeleissa. Hakulausekkeen rakentaminen ensimmäisen vaiheen artikkelien pohjalta mahdollisti rajaamisen spesifeihin interventioihin, joka rajasi hakutuloksia ja näin helpotti kirjallisuuskatsaukseen sopivien artikkelien löytämistä. Lisäksi ensimmäisen vaiheen artikkeleista tunnistettiin yhden haulla löytyneen artikkelin seurantatutkimus, joka päädyttiin ottamaan mukaan kirjallisuuskatsaukseen, vaikka sitä ei löytynyt hakulausekkeella.

Ongelmia hakuvaiheessa aiheutti useiden muutoin kirjallisuuskatsaukseen relevanttien artikkelien aineisto. Monia artikkeleita jouduttiin poissulkemaan sen vuoksi, että aineisto koostui nuorten lisäksi usein myös nuorista aikuisista.

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin kuitenkin myös yksi artikkeli, jossa vanhimpien osallistujien ikä oli 20 vuotta. Artikkelissa mainittiin, että Saksassa, jossa tutkimus oli tehty, ollaan nuorisopsykiatrian piirissä 20-vuotiaaksi asti, joten se päädyttiin

ottamaan osaksi kirjallisuuskatsausta. Lisäksi useita haulla löydettyjä artikkeleja jouduttiin poissulkemaan, koska ne käsittelivät psykoosiin sairastuneiden nuorien lisäksi myös psykoosiriskissä olevia nuoria tai pelkästään psykoosiriskissä olevia nuoria. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan yksi artikkeli, jonka aineistossa oli myös psykoosiriskipotilaita. Tässä tutkimuksessa psykoosipotilaat ja psykoosiriskipotilaat oli kuitenkin jaettu niin, että interventioryhmässä ja kontrolliryhmässä molemmat olivat samassa suhteessa. Jos kirjallisuuskatsaukseen olisi hyväksytty myös nuoria aikuisia ja psykoosiriskissä olevia nuoria käsitteleviä tutkimuksia, olisi tutkittavasta aineistosta saatu kattavampi, mutta ne päädyttiin poissulkemaan, jotta tulokset vastaisivat yhdenmukaisemmin tutkimuskysymykseen.

Yhteenvetona voidaan todeta, että nuoruusikäisille psykoosipotilaille suunnatuista psykososiaalisista interventioista on verrattain vähän tutkimusta. Varhain alkava psykoosisairaus on usein kuitenkin kohtalaisen vaikeaoireinen ja nuorena sairastuneella vielä kymmeniä elinvuosia edessä. Tulevaisuudessa olisi tärkeä saada lisää vaikuttavuusnäyttöä näistä menetelmistä kyseisen potilasryhmän hoidossa ja lisäksi saada implementoitua näitä vaikuttavia menetelmiä osaksi nuorisopsykiatrista erikoissairaanhoidoa.

Lähteet

1. Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttunen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Duodecim; 2016
2. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Psykiatria. Duodecim; 2017
3. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281–95. doi:10.1038/s41380-021-01161-7 PubMed PMID: 34079068; PubMed Central PMCID: PMC8960395.
4. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2024 (viitattu 21.1.2026).
5. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):155–64. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3523
6. Mäki P, Veijola J. Nuoren ensipsykoosi. Duodecim; 2012.
7. Lindgren M, Therman S, Granö N. Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys. Duodecim; 2016
8. Laajasalo T, Huttunen M, Lindgren M, Manninen M, Mustonen U, Suvisaari J, et al. Psykoosin riskioireet nuorilla. Duodecim; 2010.
9. Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry*. 2023 Jan;28(1):354–68. doi:10.1038/s41380-022-01727-z
10. Anagnostopoulou N, Kyriakopoulos M, Alba A. Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Jun 1;28(6):735–46. doi:10.1007/s00787-018-1159-3
11. Datta SS, Daruvala R, Kumar A. Psychological interventions for psychosis in adolescents - Datta, SS - 2020 | Cochrane Library [Internet]. [cited 2026 Feb 25]. Available from: <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.utu.fi:2443/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009533.pub2/full>
12. Daruvala R, Kumar A, Datta SS. Do Psychological Interventions Work for Psychosis in Adolescents? *Schizophr Bull*. 2021 May 1;47(3):692–4. doi:10.1093/schbul/sbaa132
13. Wright A, Browne J, Mueser KT, Cather C. Evidence-Based Psychosocial Treatment for Individuals with Early Psychosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020 Jan 1;Psychosis in Children and Adolescents: A Guide for Clinicians29(1):211–23. doi:10.1016/j.chc.2019.08.013

14. Okuzawa N, Kline E, Fuertes J, Negi S, Reeves G, Himelhoch S, et al. Psychotherapy for adolescents and young adults at high risk for psychosis: a systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2014;8(4):307–22. doi:10.1111/eip.12129
15. Tiffin PA, Welsh P. Practitioner Review: Schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents – evidence-based management approaches. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(11):1155–75. doi:10.1111/jcpp.12136
16. Lecomte T, Abidi S, Garcia-Ortega I, Mian I, Jackson K, Jackson K, et al. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep 1;62(9):648–55. doi:10.1177/0706743717720195
17. Puig O, Penadés R, Baeza I, De la Serna E, Sánchez-Gistau V, Bernardo M, et al. Cognitive Remediation Therapy in Adolescents With Early-Onset Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Aug 1;53(8):859–68. doi:10.1016/j.jaac.2014.05.012
18. Holzer L, Urben S, Passini CM, Jaugey L, Herzog MH, Halfon O, et al. A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Computer-Assisted Cognitive Remediation (CACR) in Adolescents with Psychosis or at High Risk of Psychosis. *Behav Cogn Psychother*. 2014 Jul;42(4):421–34. doi:10.1017/S1352465813000313
19. Morrison AP, Pyle M, Maughan D, Johns L, Freeman D, Broome MR, et al. Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both in adolescents with first-episode psychosis (MAPS): a multicentre, three-arm, randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep 1;7(9):788–800. doi:10.1016/S2215-0366(20)30248-0
20. Calvo A, Moreno M, Ruiz-Sancho A, Rapado-Castro M, Moreno C, Sánchez-Gutiérrez T, et al. Intervention for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jun 1;53(6):688–96. doi:10.1016/j.jaac.2014.04.004
21. She P, Zeng H, Yang B. Effect of self-consistency group intervention for adolescents with schizophrenia: An inpatient randomized controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2016 Feb 1;73:63–70. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.11.006
22. Ueland T, Rund BR. A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(1):70–4. doi:10.1046/j.0001-690X.2003.00239.x
23. Ueland T, Rund BR. Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(3):193–201. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00503.x
24. Müller H, Kommescher M, Güttgemanns J, Wessels H, Walger P, Lehmkuhl G, et al. Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: a randomized controlled pilot study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Jul 1;29(7):1011–22. doi:10.1007/s00787-019-01415-4

25. Browning S, Corrigan R, Garety P, Emsley R, Jolley S. Psychological interventions for adolescent psychosis: A pilot controlled trial in routine care. *Eur Psychiatry*. 2013 Sep 1;28(7):423–6. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.05.008
26. Calvo A, Moreno M, Ruiz-Sancho A, Rapado-Castro M, Moreno C, Sánchez-Gutiérrez T, et al. Psychoeducational Group Intervention for Adolescents With Psychosis and Their Families: A Two-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Dec 1;54(12):984–90. doi:10.1016/j.jaac.2015.09.018