

**VERA GERGOV**

PsM  
Helsingin yliopisto ja  
HUS Psykiatriakeskus,  
Nuorisopsykiatria  
vera.gergov@hus.fi

**KLAUS RANTA**

LT, dosentti  
Helsingin yliopisto ja  
HUS Psykiatriakeskus,  
Nuorisopsykiatria

**NINA LINDBERG**

professori  
Helsingin yliopisto,  
Oikeuspsykiatria ja  
HUS, Psykiatriakeskus

**THEA STRANDHOLM**

PsL  
THL, Terveysosasto,  
Mielenterveysyksikkö

**VELI-MATTI TAINIO**

LT  
Helsingin yliopisto ja  
HUS Psykiatriakeskus,  
Nuorisopsykiatria

**LEENA EHRLING**

FT  
Suomen Mielenterveysseura

**MAURI MARTTUNEN**

professori  
Helsingin yliopisto ja  
HUS, Psykiatriakeskus,  
Nuorisopsykiatria  
THL, Terveysosasto,  
Mielenterveysyksikkö

# Psykoosiriskissä olevien nuorten ja nuorten psykoottisten häiriöiden psykoterapeuttiset hoitomuodot

Systemaattiseen kirjallisuushakuun perustuva katsaus

- Psykoosiriskissä olevien nuorten hoidossa suositellaan ensisijaisesti psykososiaalisia hoitoja, ja psykoottisten häiriöiden hoidossa niitä suositellaan lääkehoidon rinnalle.
- Psykoosiriskissä olevien nuorten hoidossa kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta on varovaisen positiivista näyttöä.
- Psykoottisista häiriöistä kärsivät nuoret saattavat hyötyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivis-analyttiseen psykoterapiaan pohjaavista hoidoista sekä kognitiivisesta remediaatioterapiasta.
- Useissa psykoosiriskin ja psykoosien hoitomuodoissa yhdistetään kognitiivis pohjaiseen psykoterapiaan perheterapeuttisia elementtejä.
- Nuoruusikäisten psykoosiriskissä olevien ja psykoottisten potilaiden psykososiaalisia hoitoja koskeva tutkimusnäyttö on niukkaa, ja ryhmien väliset erot tasaantuvat pitemmässä seurannassa.

Psykoosilla tarkoitetaan mielen häiriötä, jolle tyypillistä on kyvyttömyys hallita ja erottaa toisistaan mielen sisäistä todellisuutta ja ulkoisia realiteetteja. Psykoosin ydinoireet on kuvattu taulukossa 1. Nuorten psykoottisiin häiriöihin luetaan mm. lyhytkestoinen psykoosi, skitsofrenia, psykoottistasoinen masennus ja päihdepsykoosit (1,2). Skitsofrenialle ovat tyypillisiä ajatushäiriöt, kuten hajanaisuus ja erikoislaatuiset assosiaatiot, sekä epäluuloisuus, aistiharhat ja motoriikan häiriöt (3). Skitsofrenian synty selitetään yleisimmin stressi-haavoittuvuusmallin

positiiviset psykoosioireet tai lyhytaikaiset, ohimenevät psykoositilat (4). Spesifisten riskioireiden lisäksi esiintyy moninaisia epäspesifisiä oireita, kuten fyysisiä oireita, mielialaoireita, tunte- ja tahtuelämän muutoksia sekä kognitiivisia ja käyttäytymisen muutoksia, joita on vaikea erottaa tavanomaisista nuoruusiän muutoksista (6). Usein hoitoon hakeutumisen syy on ensisijaisesti epäspesifisten oireiden aiheuttama kärsimys. Toimintakyvyn heikkeneminen alkaa ja pahenee yleensä ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista (7).

Riskioireiden tunnistaminen on tärkeää, koska hoito voi ehkäistä tai viivästyttää varsinaisen psykoosin puhkeamista (8,9). Lisääntyneitä psykoosiriskiä kuvaamaan on kehitetty useita määritelmiä; yleisimmin käytetty on erittäin suuren psykoosiriskin määritelmä (Ultra High Risk, UHR) (10) (taulukko 2). Lisäksi kriteerinä on käytetty 15–30 vuoden ikää, joka on korkein riski-ikä sairastumiselle (11).

Eryteisesti psykoosin varhaisvaiheissa erotusdiagnoosiikka on haastavaa, ja usein vasta aika ja seuranta varmistavat diagnoosin (12). Suuren riskin potilaista ylipäänsä alle 40 % sairastuu psykoosiin (13,14). Pohjoissuomalaisessa syntymäkohortissa vuodelta 1986 ensipsykoosien kumulatiivinen ilmaantuvuus 12–20 ikävuoden aikana oli noin 0,45 % (15). Psykoosien

*Hoito voi ehkäistä tai viivästyttää varsinaisen psykoosin puhkeamista.*

pohjalta, jossa ajatellaan perimältään alttiilla henkilöllä psykoosin voivan puhjeta psyykkisesti kuormittavien tekijöiden seurauksena (4).

Psykoottisia häiriöitä esiintyy nuoruusiässä enemmän kuin lapsuudessa, ja nuorilla esiintyy usein 14–18 vuoden iässä lisääntyneeseen psykoosiriskin viittaavia oireita (5). Psykoosin ennako-oreet voidaan jakaa alkuvaiheeseen, jota luonnehtivat oudot kokemukset ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella, sekä välittömään riskivaiheeseen, jolle ovat tyypillisiä lievät

LIITEAINESTO  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 38/2015

VERTAISARVIOITU



## KIRJALLISUUTTA

- 1 Mäki, P. Nuorten psykoosit. Lääkärin käsikirja, 13.9.2013. www.terveysportti.fi
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5. uudistettu painos. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.
- 3 Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Nuorisopsykiatria. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria, 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014:645–80.
- 4 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 22.1.2015. www.kaypahoito.fi
- 5 Luutonen S, Heinisuo A-M, Ilonen T ym. Varhain: Vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006.
- 6 Rantanen P. Nuoruusiän psykoosit. Kirjassa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T ym, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2004.
- 7 Schmidt S, Schultze-Lutter F, Schimmelmann B ym. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 2015;30:388–404.

elinikäiseksi esiintyvyydeksi väestössä on arvioitu 1–3 % (3,16). Nuoruusiässä ensipsykoosi voi alkaa vähitellen, jolloin hoidon aloitus saattaa viivästyä aikuisuuteen verrattuna (17). Varhaisella interventiolla voidaan todennäköisesti parantaa psykoosin ennustetta (18).

Nuoren ensipsykoosin hoito on monimuotoista. Mitä nuoremasta potilaasta ja hankalammista oireista on kyse, sitä tärkeämpää on yhteistyö vanhempien ja verkoston kanssa (12). Yleensä hoidossa yhdistetään psyykenlääkitys ja psykososiaalinen hoito (4). Riskioireiden hoidossa ei suositella rutiininomaista lääkityksen aloittamista (14,19). Psykososiaalisilla hoidoilla pyritään minimoimaan sairauden aiheuttamia haittoja, edistämään nuoruusiän kehitystä, itenäistymistä ja koulutusta sekä parantamaan hoitoon sitoutumista (12). Psykoedukaatio on keskeisessä roolissa sekä psykoottisten häiriöiden että riskioireilun hoidossa.

Psykoottisista häiriöistä kärsivien nuorten psykoterapeuttista hoitoa on tutkittu varsin vähän, ja tutkimus on painottunut kognitiivisiin ja behavioraalisiin terapeutoihin. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (4) mukaan aikuispotilaiden kognitiivisen käyttäytymisterapian todennäköisestä hyödystä oireiden lievittämisessä sekä toimintakyvyn parantamisessa on

näyttöä. Lisäksi kognitiivisen kuntoutuksen (remediaatio) on osoitettu olevan hyödyllistä muuhun kuntoutukseen yhdistettynä (20), samoin kuin psykoedukaation, jonka vaikuttavuus on osoitettu erityisesti, jos myös omaiset ovat mukana hoidossa (21). Psykodynaamisen yksilöpsykoterapian vaikutuksista ei ole näyttöä (22), mutta psykodynaaminen perheterapia saattaa lievittää oireita (23). Luovien terapiamuotojen osalta tutkimusnäyttö on vähäistä. Supportiivinen terapia on osoittautunut vähemmän tehokkaaksi skitsofrenian hoidossa kuin erilaiset spesifiset hoitomuodot (24).

Tämän katsausartikkeli on kolmas nuorten yleisimpien mielenterveyshäiriöiden psykoterapeuttisia hoitomuotoja käsittelevien katsausten sarjasta. Sen tavoite on esitellä tutkimusnäyttöön perustuvat nuorten psykoottisten häiriöiden ja psykoosiriskissä olevien nuorten psykoterapeuttiset hoitomuodot.

## Aineisto ja menetelmät

Katsausta varten suoritimme systemaattisen kirjallisuushaun tietokannoista PubMed, Ovid PsychINFO ja Cochrane Database. Haettavina artikkelityyppeinä olivat randomised controlled trial, controlled trial, systematic review, Cochrane review, meta-analysis. Haku kohdennettiin edeltävään kymmeneen vuoteen: 07/2003–07/2013. Hakusanat olivat psychotherapy, therapy, treatment, psychosocial treatment, adolescent, ja häiriöluokan mukaiset häiriönimikkeet psychosis, psychosis prodrome, at risk for psychosis. Edellä mainittujen psykoterapiaa koskevien yleistermien lisäksi hakusanoiksi lisättiin relevanteiksi arvioidut, eniten tutkittuihin psykoterapiametodeihin ja niiden sovelluksiin liittyvät spesifiset termit family treatment, family therapy, multisystemic therapy, multidimensional family therapy, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, dialectical behavior therapy, behavior therapy, cognitive analytic therapy, psychodynamic therapy, psychoanalytic therapy, supportive psychotherapy. Tarkka hakualgoritmi on saatavissa artikkelin ensimmäiseltä kirjoittajalta. Aineistona olivat julkaisut englanninkieliset artikkelit.

Mukaan otettiin tutkimukset, joissa vähintään puolet tutkittavista oli 13–22-vuotiaita. Jos tutkimuksessa ei ollut raportoitu tämän ikäryhmän osuutta, iän keskiarvon tuli olla vähintään 13 vuotta mutta alle 22 vuotta. Jos iän keski-

## TAULUKKO 1.

### Psykoosin ydinoireet (1).

#### POSITIIVISET OIREET

Aistiharhat (etenkin kuulohallusinaatiot, erityisesti toisen ihmisen puhetta sisältävät, käskävät tai arvostelevat kuuloharhat, ja näköharhat etenkin elimellisissä psykooseissa, kuten päihdepsykooseissa)

Harhaluulot (vainoharhaisuus, mustasukkaisuus- tai somaattiset harhaluulot, suuruuskuvitelmat)

Hajanainen tai käsittämätön puhe

Hyvin hajanainen tai katatoninen käytös, kuten liikkumattomuus, sulkutila eli stupor, oudot asennot ja liikkeet

#### NEGATIIVISET OIREET

Tunteiden latistuminen

Puheen köyhtyminen

Eristäytyminen

#### LISÄKSI VOI ESIINTYÄ AHDISTUS- JA MIELIALAOIREITA

Syvä toivottomuus, suhteettomat itsesyytökset, itsemurhasuunnitelmat ja -yritykset

MYÖS KOGNITIIVISIA PUUTOSOIREITA VOI ESIINTYÄ VARSINKIN SKITSOFRENIASSA

- 8 Salokangas R, McGlashan T. Early detection and intervention of psychosis. A review. *Nord J Psychiatry* 2008;62:92-105.
- 9 Yung A, Nelson B. Young people at ultra high risk for psychosis: a research update. *Early Intervention in Psychiatry* 2011;5:52-7.
- 10 de Koning M, Bloemen O, van Amelsvoort T ym. Early intervention in patients at ultra high risk of psychosis: benefits and risks. *Acta Psychiatrica Scand* 2009;119:426-42.
- 11 Nelson B, Yuen K, Yung A. Ultra high risk (UHR) for psychosis criteria: Are there different levels of risk for transition to psychosis? *Schizophr Res* 2011;125:62-8.
- 12 Mäki P, Veijola J. Nuoren ensipsykoosi. *Duodecim* 2012;128:27-34.
- 13 Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung A ym. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:220-9.
- 14 Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A ym. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70:107-20.
- 15 Mäki P, Miettunen J, Kaakinen M ym. Childhood and adolescence predictors of psychosis in the general population-based Northern Finland 1986 Birth Cohort. *Schizophr Res* 2010;117:172-3.
- 16 Perälä J, Suvisaari J, Saarni S ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19-28.
- 17 Joa I, Johannessen J, Langeveld J ym. Baseline profiles of adolescent vs. adult onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta Psychiatrica Scand* 2009;119:494-500.

arvosta ei ollut tietoa, nuoruusikäisten ikäluokkia tuli olla vähintään yhtä paljon kuin aikuisten ikäluokkia.

Haku tuotti 738 viitettä. Niistä luettiin abstraktit ja relevantit tutkimukset luettiin kokonaan. Tässä katsauksessa raportoitaviksi tuli 8 tutkimusta psykoosiriskissä olevien potilaiden hoidosta ja 7 tutkimusta psykoosiin sairastuneiden hoidosta sekä yksi tutkimus molemmista.

### Psykoosiriskissä olevien nuorten psykoterauttinen hoito

Kooste nuorten psykoosiriskissä olevien potilaiden psykososiaalisia hoitoja koskevasta tutkimuksista on Liitetäulukossa 1 artikkelin sähköisessä versiossa ([www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 38/2015).

### Kognitiiviset interventiot

De Koninginin (10) systemaattinen kirjallisuuskatsaus koski aikavälillä 1/1980-6/2008 julkaistuja tutkimuksia erittäin suuren psykoosiriskin potilaiden hoidon vaikuttavuudesta. Tutkimus kattoi 18 tutkimusta, joista valtaosassa tutkittiin lääkehoitoa. Psykoterauttisia hoitomuotoja käsittelevistä tutkimuksista yksi täytti tämän katsauksen kriteerit ja valikoitui mukaan myös itsenäisenä tutkimuksena. Kyseisessä Morrisonin ym. tutkimuksessa (The Early Detection and Intervention Evaluation -hanke, EDIE) verrattiin kognitiivista psykoterapiaa seurantaan (25,26). Kognitiivisessa psykoterapiassa tutkitaan epätarkoituksenmukaisia ajatustapoja ja niiden yhteyksiä ongelmallisiin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintata-

Samana tutkimusryhmän laajemmassa monikeskustutkimuksessa (28) tutkittavat saivat tavanomaisen hoidon ja seurannan lisäksi kognitiivista psykoterapiaa. Hoidon aikana tutkittavat eivät saaneet lääkehoitoa, mutta seurannan aikana tutkimus- ja verrokkiryhmästä yhtä monelle määrättiin antipsykoottista lääkitystä. Kognitiivisella psykoterapialla ei ollut merkitsevää vaikutusta psykoosiin sairastumiseen, mutta se vähensi merkitsevästi psykoottisten kokemusten frekvenssiä ja intensiteettiä. Kognitiivisella psykoterapialla ei ollut vaikutusta tutkittavien depressio- tai ahdistusoireisiin eikä elämänlaatuun. Tulos pysyi kahden vuoden seurannassa.

Yungin ym. (29) tutkimuksessa verrattiin kognitiivista psykoterapiaa supportiiviseen terapiaan. Kognitiivisen psykoterapian ryhmä oli jaettu saamaan lisäksi lääkehoitoa tai lumelääkettä ja verrokkiryhmäläiset saivat lumelääkettä. Ryhmien sairastuvuudessa ei havaittu merkitsevää eroa.

Marshallin ja Rathbonen Cochrane-katsauksessa (30) systemaattinen haku tehtiin 3/2009 taaksepäin. Katsaukseen hyväksyttiin 18 tutkimusta, joista 6 koski psykoosiriskissä olevien potilaiden hoitoa ja 12 ensipsykoosiin sairastuneiden hoitoa. Mukana oli lääketutkimuksia sekä psykososiaalisia hoitoja koskevia tutkimuksia. Tutkimukset olivat aikuisiin kohdistuvia tai seka-aineistoista (nuoret ja aikuiset). Tämän katsausartikkelin kriteerit täyttävistä psykoosiriskin tutkimuksista mukana olivat edellä esitelty Morrisonin ym. (25,26) tutkimus sekä jäljempänä esiteltävä Phillipsin ym. (31) tutkimus, jotka molemmat valikoituivat katsaukseen myös itsenäisinä tutkimuksina.

Phillipsin ym. (31) tutkimuksessa esitettiin pitempiaikaisen seurannan tulokset aiemmasta McGorryn ym. (32) tutkimuksesta (Personal Assessment and Crisis Evaluation -hanke, PACE), jossa tutkittiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Kyseisessä terapiamuodossa keskeistä on käsitellä sitä, kuinka potilas ajattelee ja toimii ratkaistakseen ongelmia (33). Alkuperäisessä tutkimuksessa todettiin, että kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja lääkehoitoa saaneilla tutkittavilla oli pienempi riski sairastua psykoosiin kuin supportiivista terapiaa saaneilla verrokeilla. Sitoutuminen lääkitykseen oli vaihtelevaa, mutta lääkityksen käytöllä ei ollut merkitsevää vaikutusta sairastuvuuteen. Ero

## Tutkimus on vielä niukkaa ja tulokset ovat osin ristiriitaisia.

- 18 Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Nordentoft, M. The quality of life among first-episode psychotic patients in the opus trial. *Schizophr Res* 2010;116:27-34.
- 19 International Early Psychosis Association. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 2005;48 suppl:120-4.
- 20 Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk S, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168:472-85.

poihiin (27). Sitä saaneet potilaat sairastuivat seurantaryhmän potilaita harvemmin psykoosiin puolen vuoden kuluessa hoidon päättymisestä, heidän positiiviset oireensa vähenivät enemmän ja antipsykoottista lääkitystä määrättiin vähemmän kuin seurantaryhmän potilaille. Kolmen vuoden seurannassa erot ryhmien välillä psykoosiin sairastuvuudessa eivät enää olleet merkitseviä, mutta kognitiivista psykoterapiaa saaneille potilaille oli määrätty harvemmin antipsykoottista lääkitystä.

- 21 Lincoln T, Wilhelm K, Nestoriciu Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007;96:232–45.
- 22 Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Review* 2001;3.
- 23 Levene J, Newman F, Jefferies J. Focal family therapy outcome study. I: Patient and family functioning. *Can J Psychiatry* 1989;34:641–7.
- 24 Buckley L, Pettit T. Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review* 2007;3.
- 25 Morrison A, French P, Walford L ym. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *Br J Psychiatry* 2004;185:291–7.
- 26 Morrison A, French P, Parker S ym. Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophr Bull* 2007;33:682–7.
- 27 Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008.
- 28 Morrison A, French P, Stewart S ym. Early detection and intervention evaluation for people at risk for psychosis: multisite randomized controlled trial. *BMJ* 2012;344:e2233.
- 29 Yung A, Phillips L, Nelson B ym. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. *J Clin Psychiatry* 2011;72:430–40.
- 30 Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Systematic Review* 2011;6.
- 31 Phillips L, McGorry P, Pan Yuen H ym. Medium term follow-up of randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2007;96:25–33.
- 32 McGorry P, Yung A, Phillips L ym. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921–8.
- 33 Tuomisto M, Lappalainen R. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Kirjassa: Huttunen M, Kalska H, toim. Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012.
- 34 Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell K, Zipursky R. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2011;125:54–61.

## TAULUKKO 2.

### Erittäin suuren psykoosiriskin potilaiden (UHR) arvioimisen kriteerit (9).

#### PSYYKKISET ONGELMAT

#### SEKÄ vähintään yksi seuraavista:

- 1) perinnöllinen alttius, skitsotyyppainen persoonallisuushäiriö ja merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen
- 2) lievät positiiviset oireet edellisen vuoden aikana
- 3) lyhytkestoiset psykoottiset oireet, jotka ovat korjaantuneet spontaanisti

ryhmien välillä tasoittui vuoden kuluttua hoidon alkamisesta. Tässä tutkimuksessa raportoitu pitkäaikaisseuranta toteutettiin 3–4 vuoden hoidon jälkeen, eikä sairastumisessa havaittu eroa ryhmien kesken.

Addingtonin ym. (34) tutkimuksessa verrattiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa supportiiviseen terapiaan. Ainostaan verrokkiyryhmässä sairastui tutkittavia psykoosiin 1–1,5 vuoden seurannan aikana, mutta ryhmien ero ei ollut merkittävä. Molemmat ryhmät hyöttyivät hoidosta positiivisten oireiden sekä masennus- ja ahdistusoireiden vähenemisen perusteella, mutta negatiivisten oireiden vähenemistä tai sosiaalisen toimintakyvyn paranemista ei tapahtunut kummassakaan ryhmässä. Oireiden muutoksen suuruudessa ryhmien välillä ei havaittu eroa, joskin kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneilla positiiviset oireet vähenivät nopeammin.

Samasta tutkimusaineistosta on julkaistu kontrolloimaton tutkimus kognitiivisen käyttäytymisterapian ja supportiivisen terapian vaikutavuudesta oireisiin ja persoonallisuuden piirteisiin potilailla, jotka eivät sairastuneet psykoosiin (35). Koska Addingtonin ym. (34) tutkimuksessa hoidot olivat osoittautuneet yhtä vaikuttaviksi, ryhmät yhdistettiin analyysijä varten. Tutkimuksen mukaan hoidosta oli merkittävä hyötyä psykoosi-, masennus- ja ahdistusoireiden vähenemisenä, ja suurin muutos tapahtui ensimmäisten 6 kuukauden aikana. Myös tutkittavien toimintakyky parani merkittävästi. Persoonallisuuspiirteillä ei havaittu yhteyttä muutokseen. Tulokset säilyivät seurannassa. Tutkittavista 24 % sai tutkimuksen alkaessa antipsykoottista lääkitystä.

## Perheterapeutiset interventiot

Haussa ei löytynyt perheterapiaan liittyviä tutkimuksia, mutta yhdessä kontrolloimattomassa tutkimuksessa (36) psykoedukaatioon pohjaava hoito toteutettiin perhekeskeisesti keskimäärin viiden perheen ryhmässä (psychoeducational multifamily group, PMFG). Tapaamisten tavoitteena oli kehittää sosiaalisia, kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitoja sekä tukea perheiden keinoja hallita oireilua. Hoito vähensi merkittävästi sekä positiivisia että yleisiä oireita, paransi yleistä ja opiskeluun tai työhön liittyvää toimintakykyä sekä vähensi sairaalahoitoa tarvetta. Lisäksi raportoitiin muutosta perheen yhtenäisyydessä, sopeutumiskyvyssä ja rakentavissa selviytymiskeinoissa. Hoitoon osallistuneet nuoret osallistuivat muita todennäköisemmin myös yksilölliseen hoitoon.

## Nuorten psykoottisten häiriöiden psykoterapeuttinen hoito

Kooste nuorten psykoottisten häiriöiden psykososiaalisia hoitoja koskevista tutkimuksista on Liitetaulukossa 2 artikkelin sähköisessä versiossa.

## Kognitiiviset interventiot

Pennin ym. (37) systemaattinen katsaus koski 1/1983–10/2004 julkaistuja kvantitatiivisia tutkimuksia ensipsykoosin psykososiaalisista hoidoista. Katsaukseen valikoitui 30 tutkimusta aikuisista tai seka-aineistoista (nuoret ja aikuiset). Koska tutkimuksia ei analysoitu ikäryhmien mukaisesti, ei katsauksesta voida eritellä tämän katsauksen ikäkriteerit täyttäviä tutkimuksia tai tehdä erityisesti nuorten hoitoa koskevia päätelmiä.

Psykoosiriskiin liittyvien tutkimusten yhteydessä esitellyssä Marshallin ja Rathbonen (30) Cochrane-katsauksessa oli mukana 12 tutkimusta psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidosta, joista 2 täytti tämän katsauksen kriteerit. Linszenin ym. (38) tutkimuksessa potilaat satunnaistettiin sairaalahoitoon jälkeen saamaan joko pelkästään psykooseihin erikoistuneen hoitoryhmän tarjoamaa yksilöhoitoa tai sen lisäksi myös kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavaa perheterapiaa. Tuloksia seurattiin vuoden ja 5 vuoden kuluttua. Relapsien ehkäisyssä ei havaittu eroa ryhmien välillä, mutta tutkimukseen sisältyneet puutteet heikentävät tulosten luotettavuutta.

- 35 Marshall C, Addington J, Epstein I, Liu L, Deighton S, Zipursky R. Treating young individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2012;6:60–8.
- 36 O'Brien M, Zinberg J, Bearden C ym. Psychoeducational multi-family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2007;1:325–32.
- 37 Penn D, Waldheter E, Perkins D, Mueser K, Lieberman J. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry* 2005;162:2220–32.
- 38 Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001;51:55–61.
- 39 Jackson H, McGorry P, Killackey E ym. Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project. *Psychol Med* 2008;38:725–35.
- 40 Bendall S, Killackey E, Marois M, Jackson H. ACE Manual (Active Cognitive Therapy for early Psychosis). Melbourne: ORYGEN Research Centre and Department of Psychology, University of Melbourne 2005.
- 41 Gleeson J, Cotton S, Alvarez-Jimenez M ym. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *J Clin Psychiatry* 2009;70:477–86.
- 42 Gleeson J, Cotton S, Alvarez-Jimenez M ym. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up. *Schizophr Bull* 2013;39:436–48.
- 43 Gleeson J, Chanan A, Cotton S, Pearce T, Newman B, McCutcheon L. Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: a pilot randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry* 2012;6:21–9.
- 44 Ueland T, Rund B. A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psychiatrica Scand* 2004;109:70–4.
- 45 Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2007;94:221–30.
- 46 Muzio E, Oksanen J, Luoma L, Kimmelmä-Paajanen T, Ruohonen M. Kognitiivinen remediaatioterapia: uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen. *Suom Lääkäril* 2010;65:909–14.

Toinen Cochrane-katsauksessa mukana olleista nuoria koskevista tutkimuksista valikoitui katsaukseen myös itsenäisenä tutkimuksena. Jacksonin ym. (39) tutkimuksessa verrattiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavaa hoitoa (Active Cognitive Therapy for Early Psychosis, ACE) aktiiviseen keskusteluun neutraaleista aiheista (befriending). Varhaisvaiheen psykoosien hoitoon kehitetty ACE (40) voidaan toteuttaa vastaanoton lisäksi myös potilaan kotona tai muussa ympäristössä. Sekä tutkittavien että verrokkien oireet vähenivät, mutta hoidon päättyessä ryhmien välillä ei havaittu merkitsevää eroa. Hoidon keskivaiheella ACE-hoitoryhmään kuuluvien toimintakyky oli parantunut enemmän, ja ero säilyi hoidon loppuun saakka, mutta tasaantui vuoden seurannassa. Seurannassa ryhmien välillä ei ollut eroa myöskään sairaalahoitojen määrässä. Kaikilla tutkittavilla oli käytössään neuroleptilääkitys.

Gleesonin ym. (41) tutkimuksessa verrattiin psykoosirelapsien ehkäisyyn kehitettyä terapiaa (relapse prevention therapy, RPT) tavanomaiseen hoitoon ensipsykoosiin sairastuneilla potilailla. RPT sisältää sekä yksilöllistä että perhekeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Yksilöllinen terapia etenee viiden vaiheen kautta, jossa mm. lisätään tietoisuutta relapsiriskistä, opetellaan tunnistamaan varhaisia varoitusmerkkejä ja tehdään suunnitelma relapsien varalle. Perheterapeuttisissa istunnoissa keskitytään näiden lisäksi mm. perheen taakkaan ja selviytymiskeinoihin. Hoidon aikana psykoosi uusiutui hoitoryhmässä merkittävästi harvemmin kuin verrokkiryhmässä ja relapsit esiintyivät verrokeilla aiemmin. Lääkityksen käytössä ei ollut ryhmien välillä eroa, ja molemmissa ryhmissä lääkitymisen käyttö vähentyi merkitsevästi.

Samasta aineistosta julkaistussa seuranta-tutkimuksessa (42) tavanomaista hoitoa saaneella ryhmällä relapseja oli edelleen ilmennyt merkitsevästi enemmän vuoden seurannassa, mutta ero tasaantui pitemmässä seurannassa. Yllättäen tavanomaista hoitoa saaneella ryhmällä negatiiviset oireet olivat vähentyneet ja toimintakyky parantunut merkitsevästi enemmän 2,5 vuoden seurannan aikana, mutta ero ei ollut merkitsevä, kun lääkehoitoon sitoutuminen kontrolloitiin. Hoitoryhmään kuuluneet olivat seurannassa sitoutuneet lääkitykseen paremmin.

Gleeson ym. (43) ovat julkaisseet tutkimuksen myös ensipsykoosin ja samanaikaisen epä-

vakaan persoonallisuushäiriön hoidosta molempien häiriöryhmien varhaisia interventioita yhdistävän kognitiivis-analyttiseen psykoterapian pohjaavan hoidon avulla (Helping Young People Early, HYPE). Hoitomallissa potilaan läheiset otetaan aktiivisesti mukaan: heidän kanssaan jaetaan potilaan kanssa laadittu käsitteellinen kuvaus hänen vaikeuksistaan, ja heille tarjotaan psykoedukaatiota epävakasta persoonallisuushäiriöstä. Hoitoryhmän nuorilla oli hoidon päättyessä vähemmän psykoottisia oireita, anhedoniaa ja masennusta tai ärtymystä sekä parempi toimintakyky, ja he olivat paremmin sitoutuneita lääkitykseen. Toisaalta hoitoa saaneilla todettiin enemmän päihteiden väärinkäyttöä. Tulokset eivät yltäneet tilastollisesti merkitsevälle tasolle, koska tutkimusaineisto oli pieni. Tulokset säilyivät seurannassa.

Haku tuotti kaksi tutkimusta (44,45), joissa oli tutkittu kognitiivisen remediaatioterapian (cognitive remediation therapy, CRT) vaikuttavuutta ensipsykoosiin sairastuneiden hoidossa. Kognitiivisen remediaatioterapian tavoitteena on spesifisten kognitiivisten harjoitteiden avulla auttaa potilasta tunnistamaan ja tiedostamaan kognitiivisia prosessejaan sekä niiden ongelmia, ja soveltamaan oppimaansa arjessa (46). Uelandin ym. (44) tutkimuksessa vertailuryhmä sai psykoedukaatiota ja hoitoryhmä sen lisäksi ryhmämuotoista kognitiivista remediaatioterapiaa. Kognitiivinen kuntoutus painottui kognitiiviseen erotteluun, tarkkaavuuteen, muistiin ja sosiaaliseen havaitsemiseen. Kognitiivista remediaatioterapiaa saaneiden potilaiden kognitiiviset kyvyt ja toimintakyky paranivat enemmän kuin verrokkien, mutta tutkimusaineiston pienuuden vuoksi tulokset eivät yltäneet merkitsevälle tasolle. Tutkittavista 80 % sai samanaikaisesti antipsykoottista lääkitystä, eikä lääkitymisen vaikutusta kontrolloitu. Tutkimuksesta on julkaistu myös vuoden seurannan tulokset (47), ja tulosten todettiin säilyvän. Wykesin ym. (45) tutkimuksessa verrattiin kognitiivista remediaatioterapiaa tavanomaiseen hoitoon intensiivisen hoidon jälkeen. Kognitiivinen remediaatioterapia painottui muistamiseen, monimutkaiseen suunnitteluun ja ongelmanratkaisuun. Sillä oli enemmän vaikutusta erityisesti kognitiiviseen joustavuuteen kuin tavanomaisella hoidolla, mutta se vaikutti kognitiivisiin kykyihin myös yleisemmin, joskin tämä tulos jäi alle merkitsevän tason. Kognitiivinen

- 47 Ueland T, Rund B. Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scand* 2005;111:193–201.
- 48 Wright B, Casswell G, White D, Partridge I. Family work in adolescent psychosis: the need for more research. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2004;9:61–74.
- 49 Miklowitz D, O'Brien M, Schlosser D ym. Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: results of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:848–58.
- 50 Holzer L, Urban S, Passini C ym. 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;42:421–34.
- 51 Kay S, Fiszbein A, Opfer L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261–76.
- 52 Yung A, Phillips L, Simmons M, Ward J, Thompson K, French P. CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk Mental States. Parkville Victoria: The PACE Clinic, ORYGEN Research Centre, University of Melbourne, Department of Psychiatry 2006.
- 53 McGlashan T, Walsh B, Woods S. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up. New York: Oxford University Press 2010.

#### SIDONNAISUUDET

Vera Gergov, Nina Lindberg, Thea Strandholm, Veli-Matti Tainio, Leena Ehrling: Ei sidonnoisuuksia.  
 Klaus Ranta: Luentopalkkio (Professio)  
 Mauri Marttunen: Käypä hoito -työryhmän jäsen (Depressio, Kaksisuuntainen mielialahäiriö), matka- majoituskulut (Lundbeck), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

► ENGLISH SUMMARY  
 WWW.LAAKARILEHTI.FI ►  
 IN ENGLISH  
 The efficacy of psychotherapeutic interventions for psychosis and high risk for psychosis in adolescents – A review based on a systematic literature search

joustavuus oli yhteydessä oireiden vähenemiseen. Hoidolla ei ollut suoraa vaikutusta toimintakykyyn, mutta se toimi moderaattorina, eli mikäli kognitiivisten kykyjen paraneminen tapahtui kognitiivisen remediaation ryhmässä, sillä oli suotuisa vaikutus myös toimintakykyyn.

#### Perheterapeuttiset interventiot

Marshallin ja Rathbonen (30) Cochrane-katsauksessa oli mukana edellä esitelty tutkimus (38), jossa interventio oli kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavaa perheterapiaa. Perheterapian yhdistämisestä psykooseihin erikoistuneen työryhmän yksilökeskeiseen hoitoon on ristiriitaista näyttöä relapsien ehkäisyssä. Muita perheterapiaan liittyviä itsenäisiä tutkimuksia ei psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidosta löytynyt, mutta perheterapeuttisia elementtejä oli liitetty moniin hoitomuotoihin (esim. RPT ja HYPE).

#### Pohdinta

Lähes kaikki katsauksen haun tulokset olivat tutkimuksia, joissa psykoosiriskissä oleville ja psykoosiin sairastuneille nuorille tarjottu hoito pohjautui kognitiiviseen psykoterapiaan tai kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Psykoosiriskissä olevien nuorten hoidossa kognitiivisesta psykoterapiasta sekä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on varovaisen positiivista näyttöä. Psykoottisista häiriöistä kärsivät nuoret saattavat hyötyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivis-analyttiseen psykoterapiaan pohjaavista hoitomuodoista sekä kognitiivisesta remediaatioterapiasta.

Erityisesti nuorten psykoosien ja psykoosiriskissä olevien potilaiden psykososiaalisia hoitoja koskeva tutkimus on vielä niukkaa ja tulokset ovat osin ristiriitaisia. Riskioireisista nuorista ylipäänsä harva sairastuu psykoosiin, mikä vaikuttaa tutkimusten luotettavuuteen. Euroopan psykiatriyhdistyksen tuoreen ohjeistuksen (7) mukaan riskioireiden hoidossa on tärkeä keskittyä psykoosin puhkeamisen ehkäisyyn lisäksi myös samanaikaisesti esiintyvien psyykkisten ongelmien ja toiminnallisten puutosten hoitoon, ja hoidossa suositellaan vaiheittain etenevää hoitomallia riskioireiden vakavuuden mukaan (4). Psykososiaaliset hoitomuodot psykoottisten häiriöiden hoidossa on suunniteltu toteutettavaksi yhdistettynä lääkehoitoon, mikä näkyi myös tehdyissä tutkimuksissa.

Tähän katsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa psykoosiriskissä olevien potilaiden hoidot olivat melko lyhyitä ja seuranta päättyi usein 6–12 kuukauden jälkeen. Tutkimusten mukaan psykoosiriskissä oleville potilaille tulisi tarjota pitempiä kuin 6 kuukauden hoitopaketteja, koska sairastumisriski jatkuu pitempään ja hoidon avulla todennäköisesti voidaan ehkäistä tai viivästyttää psykoosiin sairastumista (31). Katsauksessa esitettyjen tulosten luotettavuutta heikentää se, että tulokset pohjaavat yksittäisiin tutkimuksiin tai korkeintaan muutamaan toisistaan riippumattomaan tutkimukseen. Vaikka voisi ajatella olevan selvää, että psykoosiin sairastuneiden nuorten perheelle tulee myös tarjota tietoa ja tukea esimerkiksi sairaalajakson jälkeiseen kotiutumiseen, on perhetyön hyödyistä nuoruusikäisten psykoosipotilaiden hoidossa hyvin vähän tutkimusnäyttöä (48). Tosin alustavaa positiivista näyttöä perhesuhteiden parantamisen sairastumista ehkäisevästä vaikutuksesta riskissä olevien nuorten hoidossa on hiljattain julkaistu (49). Tutkimusnäyttö myös tietokoneavusteisesta kognitiivisesta remediaatioterapiasta on selvästi lisääntymässä (50).

Katsauksessa käsitellyt hoitomuotoja, joista on edes varovaisen positiivista tutkimusnäyttöä, on Suomessa varsin vähän saatavilla nuoruusikäisille, eikä nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa osaa näistä tunneta lainkaan. Kliinisessä käytössä saattaa myös olla vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista toistaiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö. Monet katsauksessa kuvatuista hoitomuodoista ovat verrattain lyhytkestoisia, ja niitä olisi mahdollista ottaa käyttöön melko nopean koulutuksen kautta, joten tulevaisuudessa nuorten erikoissairaanhoidossa olisi tärkeä tutkia, kehittää ja kouluttaa henkilöstöä ottamaan käyttöön erityisesti näitä kognitiivista psykoterapiaa ja perhetyötä yhdistäviä hoitoja psykoosiriskissä olevien ja psykoottisista häiriöistä kärsivien nuorten hoidossa. Hoitoa tulisi porrastaa, ja tarjota pitempiä aktiivisia jatkointerventioita niille potilaille, joille lyhyet interventiot eivät tuota riittävää tulosta. ●

**VERA GERGOV**

Master of Psychology,  
Psychologist  
Adolescent Psychiatry,  
University of Helsinki and  
Helsinki University Hospital  
E-mail: vera.gergov@hus.fi

**KLAUS RANTA**  
**NINA LINDBERG**  
**THEA STRANDHOLM**  
**VELI-MATTI TAINIO,**  
**LEENA EHRLING**  
**MAURI MARTTUNEN**

# The efficacy of psychotherapeutic interventions for psychosis and high risk for psychosis in adolescents

A review based on a systematic literature search

**Background**

The prevalence of psychotic disorders rises from childhood to adolescence, and the highest risk age is from 15 to 30. In adolescence there are typically nonspecific symptoms that indicate a high risk for psychosis, but the differential diagnosis is challenging. In high risk for psychosis psychosocial treatments are the first-line recommendation for treatment, and in psychosis it is recommended to combine psychosocial treatments with medication.

**Methods**

This review of the efficacy studies of psychotherapeutic interventions for adolescents between ages 13 and 22 years is based on a systematic computerised search between July 2003 and July 2013. Databases searched were PubMed, Ovid PsychINFO and Cochrane Database. Article types were randomised controlled trial, controlled trial, systematic review, Cochrane review and meta-analysis.

**Results**

For adolescents at high risk for psychosis there is tentative evidence for the efficacy of cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy. Adolescents with psychotic disorders might benefit from interventions based on cognitive-behavioural or cognitive-analytic psychotherapies and from cognitive remediation therapy. Several interventions for treatments of psychosis or high risk for psychosis combine cognitive based psychotherapy with family therapeutic interventions.

**Conclusions**

There is evidence supporting cognitive based therapies for the treatment of psychosis and high risk for psychosis in adolescence, but the evidence is still very slight and the differences between groups seem to fade in long-term follow-up. More research is needed to be able to draw stronger conclusions.

LIITETAULUKKO 1.

**Nuorten psykoosiriskissä olevien potilaiden psykososiaalisia hoitoja koskevat tutkimukset.**

KT = kognitiivinen psykoterapia, KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia, PMFG = pschoeducational multifamily group, SEU = seurantakäynnit, ST = supportiivinen terapia, UHR = ultra high risk, CHR = clinically high risk, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale (51), CAARMS = Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (52), SIPS = Structured Interview for Prodromal Symptoms (53).

Tutkimus	Potilaita	Ikä, v (ka)	Psykoosiriskin määritelmä	Vertailuhoito	Hoidon tapaamiset	Hoidon kesto, kk	Vertailutulos	Hoitotulos	Seuranta
<b>KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA</b>									
Morrison ym. 2004 (25) ja Morrison ym. 2007 (26) (satunnaistettu kontrolloitu)	58	16-36 (22)	UHR PANSS	SEU	max. 26 KT, med. 11 1 x kk SEU	6	KT > SEU	psykoosin kehittyminen 12 kk:n kohdalla: KT 6 %, SEU 26 %	36 kk ei eroa
Morrison ym. 2012 (28) (satunnaistettu kontrolloitu)	288	14-35 (20,7)	UHR CAARMS	SEU	max. 26 KT, ka 9,1 1 x kk SEU	6	KT = SEU	psykoosin kehittämisessä ei eroa 12 kk:n kohdalla (6,9 % vs. 9,0 %), vähemmän oireita	24 kk tulos säilyy
Yung ym. 2011 (29) (satunnaistettu kontrolloitu)	115	14-30	UHR CAARMS	ST	1 x vk-1 x 2 v KT 1 x vk-1 x kk ST	6	KT + risperidoni = KT = ST	psykoosin kehittämisessä ei eroa (4,7 % vs. 9,1 % vs. 7,1 %)	-
<b>KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA</b>									
Phillips ym. 2007 (31) ja McGorry ym. 2002 (satunnaistettu kontrolloitu)	41	14-28 (20)	UHR CAARMS	ST	KKT ka 11,3 ST ka 5,9	6	KKT + risperidoni > ST	pienempi riski kehittyä psykoosi (10 % vs. 36 %)	12 kk ei eroa, 36-48 kk ei eroa
Addington ym. 2011 (34) (satunnaistettu kontrolloitu)	51	14-30 (20,9)	CHR SIPS	ST	1-26, ka 12	6	KKT = ST	psykoosin kehittyminen yhtä todennäköistä (0 % vs. 12,5 %)	12 kk ja 18 kk tulos säilyy
Marshall ym. 2012 (35) (ei kontrolloitu)	48	14-30 (21,1)	CHR SIPS	ST, ryhmät yhdistetty	1-26, ka 12	6	-	hyötyivät merkittävästi, muutos oireissa 6 kk:n kuluessa	12 kk ja 18 kk tulos säilyy
<b>PSYKOEDUKAATIOON POHJAAVA PERHEKESKEINEN RYHMÄ (PMFG)</b>									
O'Brien ym. 2007 (36) (ei kontrolloitu)	16	12,5-18,5 (15,7)	UHR SIPS	-	ka 18, 1 x 2 vk	9	-	hyötyivät hoidosta, ennusti yksilöhoitoon sitoutumista (ei merkitsevä, pieni n)	-



LIITETAULUKKO 2.

**Nuorten psykoottisten häiriöiden psykososiaalisia hoitoja koskevat tutkimukset.**

KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia, KKT-PT = kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaava perheterapia, ACE = KKT varhaispsykooseille, RPT = relapse prevention therapy, KAT = kognitiivis-analyttinen psykoterapia, HYPE = helping young people early, CR/CRT = kognitiivinen remediaatio, BE = befriending, TH = tavanomainen hoito, PE = psykoedukaatio.

Tutkimus	Potilaita	Ikä, v (ka)	Psykoosin määritelmä	Vertailuhoito	Hoidon tapaamiset	Hoidon kesto	Vertailutulos	Hoitotulos	Seuranta
<b>KKT-PT</b>									
Linszen ym. 2001 (38) (satunnaistettu kontrolloitu)	76	15–26 (19,3)	dg DSM-III-R	TH	KKT-PT 18	12 kk	KKT-PT = TH	relapsi yhtä todennäköinen	60 kk psykoottisten jaksojen kestossa ei eroa
<b>ACE (KKT)</b>									
Jackson ym. 2008 (39) (satunnaistettu kontrolloitu)	62	15–25 (22,3)	dg DSM-IV	BE	ACE max. 20, ka 9,0 BE ka 7,2	14 vk	ACE = BE	molemmissa oireet lievittyivät ja toimintakyky parani	12 kk ei eroa oireissa tai sairaalahoidoissa
<b>RPT (KKT)</b>									
Gleeson ym. 2009 (41) ja Gleeson ym. 2013 (42) (RCT)	81	15–25 (20,1)	dg DSM-IV	TH	RPT 1 x 2 vk, ka 8,5 TH 1 x 2 vk	7 kk	RPT > TH	relapsi RPT 5,3 %, TH 21,8 %	12 kk tulos säilyy, mutta 18, 24 ja 30 kk ei eroa
<b>HYPE (KAT)</b>									
Gleeson ym. 2012 (43) (satunnaistettu kontrolloitu)	16	15–25 (18,4)	dg (psyk.+epäv.) DSM-IV-TR	TH	HYPE 1 x vk	16 vk	HYPE ≥ TH	vähemmän oireita, parempi toimintakyky (ei merkitsevä, pieni n)	6 kk tulos säilyy
<b>CR/CRT</b>									
Ueland ym. 2004 (44) ja Ueland ym. 2005 (47) (satunnaistettu kontrolloitu)	26	12–18 (15,3)	dg DSM-IV	PE	30 tuntia	6 kk	CR = PE	kognitiiviset taidot ja toimintakyky paranivat (ei merkitsevä, pieni n)	12 kk tulos säilyy
Wykes ym. 2007 (45) (satunnaistettu kontrolloitu)	40	14–22 (18,2)	dg DSM-IV	TH	40 tuntia, ka 3 x vk	3 kk	CRT > TH	kognitiivinen joustavuus parani	6 kk tulos säilyy