

Kaija Puura, Ilona Luoma, Jenni Toivanen ja Hanna Ebeling

## Lasten psykoterapiat

Mielenterveyden häiriöiden synnyn ja hoidon kannalta lapsuuden tekee erityiseksi aivojen voimakas muovautuvuus. Muovautuvuuden vuoksi aivot ovat herkemmat kielteisten kokemusten vaikutuksille, mutta toisaalta hoidolla on mahdollista korjata vaurioita ja mahdollistaa myöhempi terve kehitys. Lasten mielen­terveyden häiriöiden hoito koostuu monista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä, joista psykoterapia on yksi. Tavallisimmat leikki- ja kouluikäisten lasten mielen­terveyden häiriöiden hoitoon käytettävät psykoterapi­an muodot ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen psykoterapia ja perhepsykoterapia. Asianmukaisella psykoterapeuttisella hoidolla voidaan usein korjata lapsen mielen­terveyden häiriöön liittyneitä haitallisia ajatus- ja käyttäytymismalleja, parantaa lapsen toimintakykyä kotona ja kodin ulko­puolella sekä mahdollistaa myöhempi iänmukainen kehitys. Varhain toteutettu hoito vähentää lasten ja perheiden inhimillistä kärsimystä, ehkäisee syrjäytymistä ja säästää terveydenhuollon voimavaroja.

Suomessa mielen­terveyden häiriöitä esiin­tyy noin 20 %:lla lapsista (1,2). Erityista­son tutkimusta tai hoitoa tarvitsee noin 10 % lapsista (3). Häiriöiden syntyy­yn vaikutta­vat geneettinen alttius, läheisistä ihmissuhteis­ta saadut kokemukset sekä kielteiset elämä­ntapahtumat (4). Mielenterveyden häiriöiden synnyn ja hoidon kannalta lapsuuden tekee erityiseksi aivojen voimakas muovautuvuus (5). Muovautuvuuden vuoksi aivot ovat herkemmat kielteisten kokemusten vaikutuksille, mutta tois­aalta hoidolla on mahdollista korjata vaurioita ja mahdollistaa myöhempi terve kehitys (6,7).

Lasten mielen­terveyden häiriöiden hoito koostuu monista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä, joista psykoterapia on yksi (KUVA). Suurin osa mielen­terveyspalveluita tarvitse­vista lapsista hoidetaan muilla hoitomuodoilla (8). Psykoterapiaan lapset ohjautuvat erikois­sairaanhoidossa tapahtuvan lastenpsykiatrisen tutkimuksen sekä psykoterapian tarpeen ja toteutumismahdollisuuksien arvion jälkeen (Laukkala ym. tässä numerossa).

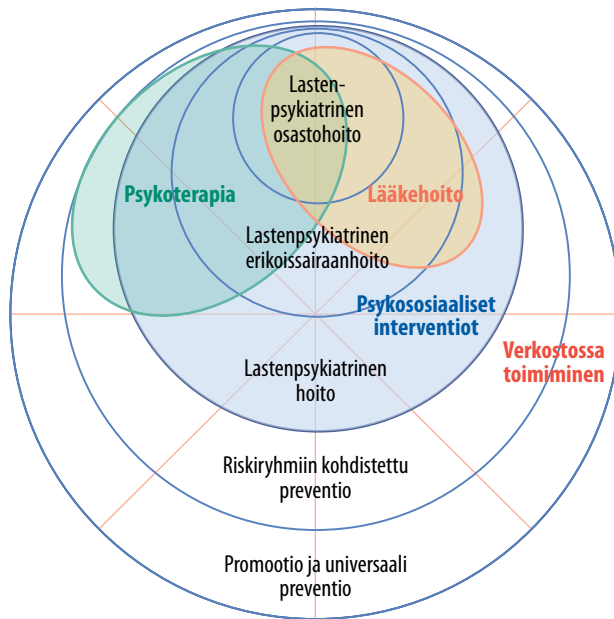
Lastenpsykiatrisen häiriön psykoterapeu­ttisen hoitomuodon valintaan vaikuttavat diag­noosin lisäksi lapsen ikä, perheen tilanne, lap­sen oma motivaatio ja ominaisuudet sekä van­

hempien motivaatio ja ominaisuudet. Lasten psykoterapiaa ei yleensä voida aloittaa, jos vanhemmat ovat sitä vastaan tai jos lapsen muut olosuhteet ovat epävakait. Näissä tilanteissa muut psykososiaaliset hoitomuodot ovat ensisijaisia. Kaikkiin lasten yksilöpsykoterapioihin liittyy olennaisena osana vanhempien säännöllinen tapaaminen ja ohjaus.

Osan lasten ja perheiden terapiapalveluis­ta järjestävät lastenpsykiatrisen erikoissai­raanhoidon yksiköt ja perheneuvolat omana toimintanaan, mutta pääosan lasten psykote­riapalveluista tuottavat yksityiset palvelun­tuottajat Kelan korvaamana kuntoutuksena (8). Alueelliset erot terapiapalvelujen kirjossa ja saatavuudessa ovat maassamme kuitenkin suuria. Esittelemme lyhyesti tavallisimmat ja maassamme laajimmin saatavilla olevat leik­ki- ja kouluikäisten lasten hoidossa käytettävät psykoterapian muodot (8).

### Kognitiiviset käyttäytymisterapiat

Kognitiiviset käyttäytymisterapiat pohjautu­vat kognitiivisen psykologian ja käyttäytymis­psykologian teoriaan (9,10). Kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeinen ajatus on, että



**KUVA.** Psykoterapiat lastenpsykiatrisen hoidon kentässä.

ihmisen ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen vaikuttavat kaikki toisiinsa ja että ihminen voi tietoisesti opetella toimimaan vaativassa tilanteessa eri tavalla.

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytetään leikki- ja kouluikäisillä lapsilla etenkin ahdistuneisuus-, mieliala- ja käytöshäiriöiden hoidossa (11). Se sopii usein myös neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivien lasten hoidoksi. Terapiassa työskennellään pääasiassa lapsen nykyhetkessä ilmenevien vaikeuksien kanssa. Terapeutin tehtävänä on auttaa lasta tunnistamaan virheelliset tai toimimattomat ajatuksensa, ongelmallisen käyttäytymisensä ja ahdinkoa tuottavat tunnereaktionsa erilaisissa lapselle haasteellisissa tai vaikeissa tilanteissa.

Lapsen oireita ja ongelmia pyritään vähentämään auttamalla häntä oppimaan uusia tapoja ajatella ja toimia vaikeissa tilanteissa. Terapeutti tutkii lapsen kanssa ensin, mitä hankalissa tilanteissa tapahtuu, mitä ajatuksia ja tunteita lapsella tilanteisiin liittyy ja miten lapsi niissä tilanteissa on toiminut. Sitten lasta autetaan löytämään vaihtoehtoisia selityksiä ja toimintatapoja tilanteisiin.

Lapsen iän ja kehitystason mukaan työsken-

telyssä voidaan käyttää leikkiä, piirtämistä, kirjoittamista ja keskustelua. Vanhemmat voivat olla lapsen terapiassa konsultin roolissa auttaessaan terapeuttia selvittämään lapsen ongelman luonnetta. Jos vanhemmat aiheuttavat tai ylläpitävät osaltaan lapsen ongelmaa, voidaan hoitoa suunnata myös heidän toimintansa muuttamiseen. Vanhemmat voivat olla myös yhteistyökumppaneita auttaessaan lasta toteuttamaan terapiassa annettuja harjoitteita.

Lasten kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. Kognitiivisen käyttäytymisterapian tekniikoita voidaan myös käyttää osana perheterapiaa. Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on kehitetty myös nettiterapioita, traumaattisten kokemusten käsittelyyn kohdennettu trauma-fokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT) lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoitoon ja dialektisen käyttäytymisterapian sovellus lasten ja vanhempien vuorovaikutusongelmien hoitoon (12–14).

Lasten kognitiivisen psykoterapian kesto on tyypillisimmillään 10–20 käyntiä, mutta lyhyimmät kognitiiviset käyttäytymisterapiat voivat käsittää alle kymmenen käyntiä. Yksilö-

käynnit kestävät 30–60 minuuttia kerrallaan, ja tyypillisimmin terapiassa käydään kerran viikossa. Ryhmämuotoisessa kognitiivisessa terapiassa käynnit voivat olla kestoaltaan 45–90 minuuttia ja toteutua samoin yleensä viikoittain.

Kokeellisten tutkimusten lisäksi lasten kognitiivisten psykoterapioiden tutkimuksessa on siirrytty tutkimaan hoidon vaikuttavuutta todellisissa olosuhteissa. Uusissa meta-analyysissä on osoitettu kognitiivisten käyttäytymisterapioiden olevan

lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa yhtä tuloksellisia kuin muutkin hoidot, ja noin puolet lapsista paranee hoidon tuloksena (15,16). Kognitiivisen psykoterapian eri muodot eivät näytä olevan toisiaan vaikuttavampia, mutta lapsen sosiaalinen ahdistuneisuus, samanaikainen muu häiriö ja vanhempien psykopatologia liittyvät huonompaan hoitotulokseen (16).

Kognitiivisilla psykoterapioilla on saatu kohdallainen vaikuttavuus lasten masennuksen hoidossa (17). Erityisesti sekä käyttäytymisen että ajattelun muutokseen tähtäävä hoito ja vanhempien hyödyntäminen hoidossa näyttävät liittyvän parempaan hoitotulokseen (17).

## Psykodynaamiset terapiat

Lasten psykodynaamisen psykoterapian kehitys alkoi 1900-luvun alkupuolella, ja siihen liittyvä havainnoiva tapaustutkimus antoi merkittävää tietoa lapsuuden psykososiaalisesta kehityksestä. Psykodynaamisen teorian perustavana käsitteenä on tiedostamaton, joka vaikuttaa ajatteluun, kommunikaatioon ja toimintaan. Keskeistä teoriassa on myös tasapaino psyyken kokonaisuuden eri osien välillä. Näitä psyyken osia voivat olla esimerkiksi tunteet, kyky suojautua liian vaikealta ja toimia ikätasoisesti sekä sisäistetty kokemus huolenpidosta ja toisaalta kohtuullisista vaatimuksista toimia ”oikein”. Oireet pohjautuvat – usein tiedostamattomina – näiden psyyken osa-alueiden, ”rakenteiden”, keskinäiseen epätasapainoon ja liittyvät myös traumaattisiin kokemuksiin. Eriyisesti lasten oireita ja hoitoa arvioitaessa on muistettava, että mikä tahansa yksilön psyykkisen käsittelykyvyn ylittävä tapahtuma voi olla

psyykkisesti traumaattinen.

Psykoterapian tavoite on edistää lapsen kykyä löytää aiempaa toimivampia tapoja kohdata elämän tavanomaisia stressitekijöitä ja trauma-jakin (18). Terapiassa pyritään siihen, että yksilö kykenee tulemaan toimeen vaikeiden tunteiden kanssa suojautumalla niiltä joustavasti sekä elämää ja yksilöä rakentavin vaihtoehtoin. Ymmärretyksi tulemisen kokemus on olennainen, jotta sisäinen kasvu voi lisääntyä ja itseä ja toisia koskevat mielikuvat voivat monipuolistua.

Terapiatapaamisissa lapsi esimerkiksi juttelee, leikkii tai pelaa sen mukaan, mikä hänestä tuntuu tärkeältä. Olennaisinta ei ole tekemisen muoto, vaan se, mitä lapsi tekemisellä kertoo. Esimerkiksi pelissä olennaista voi olla häviämisen katkeruus, voittamisen pelko, toista piinaava kiusaaminen, yhteinen leikkillisuus tai tunteilta suojautuminen. Tätä kaikkea terapeutti pyrkii kuuntelemaan ja ymmärtämään. Näin syntyvässä vuorovaikutuksessa suhteessa terapeuttiin lapsi toistaa sisäistyneitä vuorovaikutusmallejaan, jolloin niiden havaitseminen tulee mahdolliseksi ja niihin voi vähitellen vaihtua.

Terapeutin emotionaalinen vaste potilaaseen toimii olennaisena tiedon lähteenä. Terapeutti auttaa lasta ymmärtämään tunteitaan ja sisäisiä ristiriitojaan leikin ja keskustelun kautta. Lapselle pulmalliset asiat toistuvat terapiassa eri ilmaisukeinojen kautta, kunnes lapsi on vuorovaikutuksessa terapeutin kanssa löytänyt ja sisäistänyt aiempaa kypsempiä ongelmanratkaisukeinoja.

Psykodynaaminen lasten psykoterapia soveltuu tunne-elämän säätelyn ja kehityksen vaikeuksien hoitoon ja kuntoutukseen (18). Tiiviillä psykoterapialla voidaan hoitaa erityisesti monitekijäisiä ongelmia, koska terapia kohdistuu oiretason sijaan edellä mainittuihin psyyken rakenteisiin.

Hoidon pituus määräytyy ongelmien vaikeuden sekä tavoitteiden saavuttamisen mukaan. Tiheys vaihtelee useimmiten 1–3 viikoittaisen tapaamisen välillä, tätäkin tiiviimpi hoito voi joskus tulla kyseeseen. Psykodynaamisia lyhytterapioita on kehitetty rajallisempien ongel-

Ymmärretyksi tulemisen kokemus on lapselle olennainen

elämää ja yksilöä rakentavin vaihtoehtoin. Ymmärretyksi tulemisen kokemus on olennainen, jotta sisäinen kasvu voi lisääntyä ja itseä ja toisia koske-

### **Ydinasiat**

- ▶ Lasten mielenterveyden häiriöiden hoito koostuu monista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä, joista psykoterapia on yksi.
- ▶ Psykoterapeuttisella hoidolla pyritään korjaamaan lapsen mielenterveyden häiriöön liittyneitä haitallisia ajatus- ja käytäytymismalleja.
- ▶ Kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytetään leikki- ja kouluikäisillä lapsilla etenkin ahdistuneisuus-, mieliala- ja käytös-häiriöiden hoidossa.
- ▶ Psykodynaaminen lasten psykoterapia soveltuu kehityksellisten ja tunne-elämän säätelyn vaikeuksien hoitoon ja kuntoutukseen.
- ▶ Lastenpsykiatriassa perheterapian tavoitteena on hoitaa lapsen häiriötä perhesysteemin kautta.

mien hoitoon, ja manualisoituja hoitomalleja on esimerkiksi masennuksen, ahdistuneisuuden ja käyttäytymisessä näkyvien oireiden hoitoon.

Terapian alkaessa sovitaan vanhempien ja lapsen kanssa terapian tiheys, suunniteltu kesto ja paikka sekä vanhempien tapaamiset. Sovitun kehyksen sisällä rakentuu psykoterapeuttinen suhde ja prosessi. Terapiakontaktin tiiviys tehostaa työskentelyä, ja ennustettavuus lisää turvallisuudentunnetta hoidon pysyvyydestä (19). Psykoanalyttinen teoriatausta antaa rakenteen terapeutin ajattelulle ja interventioille, jotka sovitetaan lapsen tarpeiden ja vastaanottokyvyn mukaisesti.

Terapeutin tehtävänä on kohdata potilas ja hänen vanhempansa ammatillisesti omalla persoonallaan avoimesti, empaattisesti ja sopivan supportiivisesti. Tarkoituksena on edistää lapsen itseilmaisua. Tiivis yhteistyö vanhempien kanssa on psykodynaamisen lapsipsykoterapian olennainen osa, ja vanhempien ohjauskeskustelut lapsen psykoterapeutin tai tämän kanssa yhteistyössä toimivan toisen psykoterapeutin kanssa jatkuvat läpi koko psykoterapia-

prosessin. Useimmiten tapaamisia järjestetään 1–2 kertaa kuukaudessa.

Satunnaistetuin koeesetelmin saatu tutkimusnäyttö psykodynaamisen lasten psykoterapian vaikuttavuudesta on lisääntynyt merkittävästi 2010-luvulla. Riittävän laajoissa tutkimusasetelmissä tehokkuus on osoittautunut ainakin vastaavaksi kuin vertailuhoidoissa (20,21). Näyttöä vaikuttavuudesta on etenkin internalisoivissa eli tunteissa näkyviin oireisiin painottuvissa häiriöissä (22). Eksternalisoivissa eli käyttäytymisoireisiin painottuvissa häiriöissä vaikuttavuus riippuu hoitoon sitoutumisesta (23), ja vaikuttavuutta eksternalisoiviin häiriöihin on enemmän silloin, kun oirekuvassa on mukana ahdistuneisuuden tai tunne-elämän häiriön piirteitä (24). Tutkimuksissa on havaittu toistuvasti sleeper-efekti eli hoidon tulosten tehostuminen psykoterapian päättymisen jälkeen (25).

### **Perhepsykoterapiat**

Perhepsykoterapian varhaiseen kehitykseen 1940-luvulla ovat vaikuttaneet systeemiteoria ja sosiaalipsykiatria (26). Eri maissa on 1950-luvulta lähtien kehittynyt useita perheterapiasuuntauksia, joilla on erilaisia taustateorioita. Nämä voidaan luokitella käyttäytymismalleihin, uskomussysteemeihin ja kontekstiin keskittyviin taustateorioihin (27). Esimerkkejä perheterapiasuuntauksista työskentelyn fokuksen mukaisesti jaoteltuna esitetään **TAULUKOSSA**.

Integratiiviset hoitomallit ja kokeneet perheterapeutit yhdistävät eri perheterapiasuuntausten elementtejä (27). Perheterapia kohdistuu vuorovaikutussuhteisiin lapsen ja hänen vanhempiansa, sisarustensa ja joskus myös laajemman sosiaalisen verkoston välillä. Eri perheterapiasuuntauksille yhteistä on terapeutin, terapeuttityöparin tai useitten terapeuttien muodostaman työryhmän työskentely terapiaistunnoissa yhtä aikaa useamman perheenjäsenen ja toisinaan myös laajemman vuorovaikutusverkoston kanssa (28).

Lastenpsykiatriassa perheterapian tavoitteena on hoitaa lastenpsykiatrisia häiriöitä perhesysteemin kautta, ja tätä terapiamuotoa

**TAULUKKO.** Esimerkkejä perheterapiasuuntauksista työskentelyn pääasiallisen teeman pohjalta (27).

Teema	Perheterapiasuuntaus
Käyttäytymismallit	Lyhytterapeuttinen Strateginen Strukturaalinen Kognitiivis-behavioraalinen Toiminnallinen
Uskomussysteemit ja narratiivit	Konstruktivismi Milanolainen systeeminen perheterapia Sosiaalinen konstruktionismi Ratkaisukeskeisyys Narratiivisuus
Perheen historia ja konteksti	Transgeneraationaalisuus Psykoanalyttinen perheterapia Kiintymyssuhdepohjainen perheterapia Eksperientaalisuus Multisysteemisyytys Psykoedukatiiviset lähestymistavat

voidaankin soveltaa varsin laajasti ja joustavasti. Paitsi lasten mielenterveyden häiriöiden hoitoon perheterapiaa voidaan soveltaa myös perheiden vaikeisiin ristiriitoihin, vuorovaikutuksen häiriöihin ja perheen kehityksellisiin kriisitilanteisiin, jotka voivat ylläpitää tai vaikeuttaa lapsen psyykkistä oireilua. Perheterapialla pyritään muutokseen vuorovaikutusmalleissa, jotka ylläpitävät psykopatologiaa ja estävät kehityksellisesti rakentavia ratkaisuja (28).

Terapian pituus vaihtelee suuresti, muutamasta käynnistä jopa vuosia kestäviin terapia-prosesseihin. Hoito voi myös jaksottua eri pituisiin tiiviin työskentelyn ja harvemman seurannan jaksoihin. Perheterapiakäyntien tiheys vaihtelee: käyntejä voi olla viikoittain, 2–3 viikon välein, kerran kuukaudessa tai harvemmin. Kriisitilanteissa käyntejä voidaan tihentää. Terapiakäynti kestää yleensä noin tunnista puoleentoista tuntiin. Muihin terapiamuotoihin verrattuna perheterapian kesto on keskimäärin lyhyempi, harvoin enemmän kuin 20 istuntoa (29).

Häiriökohtaisesti on myös kehitetty erityisiä

perheterapeuttisia, manualisoituja hoitomalleja, kuten family therapy for adolescent anorexia nervosa (FT-AN), joka on syömishäiriöiden perhepohjaisen hoitomallin (family-based treatment, FBT) laihuushäiriön hoitoon suunnattu sovellus (30,31). Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (trauma focused cognitive behavioral therapy, TF-KKT) on lasten traumaperäisen stressihäiriön hoitomalli, joka yhdistää kognitiivisen käyttäytymisterapian ja perheterapian työskentelyperiaatteita (32). Kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja psykoedukatiivista perheterapiaa yhdistetään myös lasten masennuksen hoitoon kehitetyssä family focused treatment of childhood depression -hoitomallissa (FFT-CD) (33).

Perheterapeuttisten systeemisten hoitomuotojen on osoitettu olevan tuloksellisia useiden lastenpsykiatristen häiriöiden, kuten pikkulasten syömis-, uni- ja kiintymyssuhdehäiriöiden, käytöshäiriöiden, tunne-elämän ongelmien, syömishäiriöiden, somaattisiin oireisiin liittyvien psyykkisten ongelmien ja ensimmäisten psykoosijaksojen sekä lapsiin kohdistuneen kaltoinkohdellun hoidossa joko yksin tai muihin hoitomuotoihin yhdistettynä (28). Tutkimusnäyttöä on erityisesti kognitiivis-behavioraalisten, strategisten ja strukturaalisten perheterapian muotojen vaikuttavuudesta (29).

Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoidossa multisysteeminen perheterapia saattaa olla muita hoitomuotoja tuloksellisempaa, vaikka erot muihin aktiivisiin hoitomuotoihin ovatkin pieniä (34). Perhepohjainen hoitomalli on lasten laihuushäiriön ja TF-KKT lasten traumaperäisen stressihäiriön näyttöön perustuvaa hoitoa (35–37).

Satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin pohjautuva näyttö perheterapian vaikuttavuudesta lasten masennuksen hoitoon on ollut viime vuosien saakka niukkaa (38). Hiljattain on kuitenkin julkaistu rohkaisevia hoitotuloksia perhepohjaisesta FFT-CD-hoitomallista (39,40). Lasten ahdistuneisuushäiriöiden perheterapeuttisen hoidon vaikuttavuutta on yllättäen tutkittu aika vähän, vaikka yleisemmin tarkasteltuna lasten tunne-elämän häiriöiden systeemiterapeuttisen hoidon vaikuttavuudesta onkin kertynyt tutkimusnäyttöä (41).

## Lopuksi

Lapsuudessa alkavat mielenterveyden häiriöt aiheuttavat lapselle ja perheelle kärsimystä ja muodostavat riskin myös lapsen myöhemmälle terveydelle (42). Asianmukaisella psykoterapeuttisella hoidolla voidaan usein korjata lapsen mielenterveyden häiriöön liittyneitä haitallisia ajatus- ja käyttäytymismalleja, parantaa lapsen toimintakykyä kotona ja kodin ulkopuolella ja mahdollistaa myöhempi iänmukainen kehitys (43). Tuoreen meta-analyysin perusteella lasten psykoterapiat ovat kohtalaisen vaikuttavia, eri psykoterapioiden keskimääräinen vaikutuksen suuruus (Cohenin d-luku) oli 0,46 (44). Vaikuttavuustutkimusten tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että hoito voi

yksittäisen lapsen osalta olla tuloksellista, vaikkei täydelliseen oireettomuuteen päästäisikään. Parhaimmillaan varhain toteutettu hoito vähentää lasten ja perheiden inhimillistä kärsimystä, ehkäisee syrjäytymistä ja säästää terveydenhuollon voimavaroja.

Lasten psykoterapioiden saatavuus vaihtelee maassamme edelleen alueittain (8). Perheterapiaa on saatavilla koko maassa, ja kaikissa sairaanhoitopiireissä lapsille on saatavilla joko kognitiivista tai psykodynaamista yksilöterapiaa. Siksi lasten psykoterapeuttinen hoito on joillain alueilla järjestettävä mahdollisuuksien eikä tarpeen mukaan. Maassamme on vielä tehtävä työtä lasten ja perheiden tarvitsemien psykoterapioiden riittävän ja yhtäläisen saatavuuden varmistamiseksi. ■

**KAIJA PUURA**, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri  
Tampereen yliopisto ja Tampereen yliopistollinen sairaala

**ILONA LUOMA**, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri  
Itä-Suomen yliopisto ja Kuopion yliopistollinen sairaala

**JENNI TOIVANEN**, PsM, FL, psykologi, psykoterapeutti  
YET  
Oulun yliopistollinen sairaala

**HANNA EBELING**, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri  
Oulun yliopisto, PEDEGO-tutkimusyksikkö, ja Oulun  
yliopistollinen sairaala

**TEEMANUMERON ERIKOISTOIMITTAJA**  
Suoma Saarni

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Jaana Suvisaari

### SIDONNAISUUDET

**Kajja Puura:** Luottamustoimet (Pirkanmaan erityisvastuualueen eettinen toimikunta, Valviran erityisasiantuntija, World Association for Infant Mental Health -maailmanjärjestön toiminnanjohtaja, Suomen lastenpsykiatriayhdistyksen puheenjohtaja), hankkeet (Lape-hanke)

**Ilona Luoma:** Luottamustoimet (NFBO/NASPCAN (Nordic Association for Prevention of Child Abuse and Neglect, member of the national organizing board of the 11th Nordic Conference on Child Abuse and Neglect), hankkeet (Lasten ja nuorten vaativimpien palvelujen osaamis- ja tukikeskuksia valmistelevalle työryhmän jäsenyys), muut sidonnaisuudet (kirjoittajapalkkiot: Kustannus Oy Duodecim)

**Jenni Toivanen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (oma yksityisvastaanotto), koulutus- ja kongressikulut (OYS Lastenpsykiatria)

**Hanna Ebeling:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Satucon oy, yksityisvastaanotto), luottamustoimet (Lastenpsykiatriayhdistyksen puheenjohtaja (ei enää), Aivosäätiö, lastenpsykiatrian rahaston asiamies), hankkeet (Lape-hanke)

### SUMMARY

#### Child psychotherapy

The plasticity of the brain makes childhood an important period for the development and treatment of mental health disorders. Due to this plasticity, adverse childhood experiences have a stronger effect on the developing brain. However, this same plasticity may also enhance the effects of treatment, making later healthy development possible. Psychotherapy is one method for treating mental health disorders in childhood. The most common types of child psychotherapy currently used in Finland are cognitive-behavioral psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, and family psychotherapy. With adequate psychotherapeutic treatment, it is often possible to alter a child's dysfunctional thought and behaviour patterns, help the child function better both within and outside the home, and enable later age-appropriate psychological development. The early treatment of children's mental health problems reduces the suffering of the child and the family. Furthermore, it reduces the risk of exclusion from society, and thus saves social and health service resources in the long run.

## KIRJALLISUUTTA

1. Puura K, Almqvist F, Tamminen T, ym. Psychiatric disturbances among pre-pubertal children in Southern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:310–8.
2. Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, ym. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1134–45.
3. Borg AM, Kaukonen P, Salmelin R, ym. LAPS-lomake – menetelmä lapsen psykososiaalisen terveyden arviointiin. *Duodecim* 2019;135:393–402.
4. Puura K, Laukkanen E. Biopsykososiaalinen kehitys. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016, s. 20–2.
5. Mäntymaa M, Puura K, Aronen E, ym. Normaali psyykinen kehitys eri ikäkausina. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016, s. 23–34.
6. Dahmen B, Puetz V, B, Scharke W, ym. Effects of early-life adversity on hippocampal structures and associated HPA axis functions. *Dev Neurosci* 2018;40:13–22.
7. Wilkinson M. A whole-person approach to dynamic psychotherapy. Kirjassa Solomon M, Siegel D. How people change: relationships and neuroplasticity in psychotherapy. W. W. Norton & Company 2017.
8. Huikko E, Kovanen L, Tornainen-Holm M, ym. Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 14/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-987-3>.
9. Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. New York: The Guilford Press 2011.
10. Kendall P. Child and adolescent therapy: cognitive behavioral procedures. New York: The Guilford Press 2012.
11. Kauppi A, Ranta K. Lasten ja nuorten kognitiivinen terapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016, s. 525–36.
12. Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, ym. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis *Clin Psychol Rev* 2016;50:1–10.
13. Haravuori H, Luoma I. Traumafokusoituiden kognitiivisen käyttäytymisterapian teho lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Näytönastekatsaus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 9.1.2020.
14. Pöyhkäri J, Ranta K. Dialektinen käyttäytymisterapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria, s. 536–43. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.
15. James AC, James G, Cowdrey FA, ym. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD004690.
16. Warwick H, Reardon T, Cooper P, ym. Complete recovery from anxiety disorders following cognitive behavior therapy in children and adolescents: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017;52:77–91.
17. Oud M, De Winter L, Vermeulen-Smit E, ym. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur Psychiatry* 2019;57:33–45.
18. Kernberg PF, Ritvo R, Keable H. Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:541–57.
19. Target M, Fonagy P. Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:361–71.
20. Laezer KL. Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy and behavioral therapy treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *J Inf Child Adolesc Psychother* 2015;14:111–28.
21. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, ym. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4:109–19.
22. Midgley N, O'Keeffe S, French L, ym. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *J Child Psychother* 2017;43:307–29.
23. Midgley N, Kennedy E. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *J Child Psychother* 2011; 37:232–60.
24. Palmer R, Nascimento LN, Fonagy P. The State of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2013;22:149–214.
25. Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, ym. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2013;52:863–75.
26. Rey JM, Assumpcao FB Jr, Bernard CA, ym. History of child psychiatry. Kirjassa: Rey JM, Martin A, toim. *JM Rey's IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019, s. 1–72.
27. Carr A. Family therapy: concepts, process and practice, 3rd edition. John Wiley & Sons Ltd 2012.
28. Aaltonen J, Piha J. Perheterapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen A, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2016, s. 603–12.
29. Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J Family Therapy* 2014;36:107–57.
30. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Family Therapy* 2005;27:104–31.
31. Lock J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J Clinical Child Adolesc Psychology* 2015;44:707–21.
32. Cohen, JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: Guilford Press 2006.
33. Tompson MC, Langer DA, Hughes JL, ym. Family-focused treatment for childhood depression: Model and case illustrations. *Cogn Behav Pract* 2017;24:269–87.
34. Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrisen jaoksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018 [päivitetty 12.12.2018]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
35. Jewell T, Blessett E, Stewart C, ym. Family therapy for child and adolescent eating disorders: a critical review. *Fam Process* 2016;55:577–94.
36. Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 11.12.2014]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
37. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 9.1.2020]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
38. Forti-Buratti MA, Saikia R, Wilkinson EL, ym. Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:1045–54.
39. Tompson MC, Sugar CA, Langer DA, ym. A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:515–23.
40. Asarnow JR, Tompson MC, Klomhaus AM, ym. Randomized controlled trial of family-focused treatment for child depression compared to individual psychotherapy: one-year outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:662–71.
41. Retzlaff R, von Sydow K, Behr S, ym. The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. *Fam Process* 2013;52:619–52.
42. Sourander A, Marttunen M. Häiriöiden esiintyvyyttä ja luokittelua. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016, s. 116–32.
43. Malhotra S, Sahoo S. Rebuilding the brain with psychotherapy. *Indian J Psychiatry* 2017;59:411–19.
44. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, ym. What five decades of research tells us about the effects of youth psychology therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist* 2017;72:79–117.