

Aija Myllyniemi, Noora Seilo, Jasmin Kaljadin, Tiia-Reeta Kukko,  
Nina Mellenius, Sara Tani ja Outi Linnaranta

## Ja mikä olikaan vaikuttava hoitoannos? Esimerkkinä nuorten interpersonaalisen terapian muokkaukset

Interpersonaalista terapiaa (IPT) on muokattu eri kohderyhmille, käyttöaiheisiin ja toimintaympäristöihin soveltuvaksi. Siitä nuorille muokatut menetelmät voidaan jakaa kahteen pääryhmään: yksilömuotoiset ja ryhmämuotoiset menetelmät. Nuorten interpersonaalinen terapia (IPT-N) on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi masennuksen hoidossa. Sen lisäksi ryhmämuotoinen IPT-taitoharjoittelu (IPT-TH) masennuksen ehkäisyyn on osoittautunut vaikuttavaksi. Suomessa on viime vuosina koulutettu yli 1 700 nuorten kanssa työskentelevää ammattilaista käyttämään IPT-N:ää tai vuorovaikutusohjantaa (IPC-N), ja IPT-TH:ta pilotoidaan. Laaja ammattilaisten kouluttaminen interpersonaalisen viitekehyksen menetelmiin masennusoireisten nuorten hoidossa avaa ovia niiden käyttökohteiden laajentamisen. Tämä edellyttää kuitenkin huolellista muokkauksen tarpeen arviointia ja suunnitelmallista toteuttamista.

Masennukseen liittyvät ihmissuhdeongelmat ovat hoidon kohteena interpersonaalisessa terapiassa. IPT:tä on suunnitelmallisesti muokattu eri kohderyhmille ja erilaisissa toimintaympäristöissä toteutettavaksi, muun muassa huomioimaan nuoruusiän kehityksen erityispiirteet.

Menetelmän suunnitelmallinen muokkaaminen eli adaptointi voi edistää menetelmän vaikuttavuutta verrattuna tilanteeseen, jossa menetelmä otetaan käyttöön uudessa käyttöympäristössä tai uudelle kohderyhmälle ilman muokkausta (1). Toisaalta muokkausten on oltava harkittuja: menetelmien vaikuttavuuden tuottavien osien muokkaaminen tai poistaminen voi myös vähentää vaikuttavuutta (2).

Eniten tutkitut nuorille suunnitelmallisesti muokatut menetelmät ovat IPT-N (interpersonal therapy for adolescents eli IPT-A), IPC-N (interpersonal counseling, IPC-A) ja masennuksen ehkäisyyn tarkoitettu IPT-TH (interpersonal therapy – adolescent skills training, ITP-AST).

IPT-N on 12–16 viikoittaista yksilökäyntiä sisältävä menetelmä, ja näyttö sen vaikuttavuudesta nuorten masennuksen hoitoon on vahva (3). Vuonna 2019 tehdyssä viimeisimmässä meta-analysissä interpersonaalisten menetelmien vaikutuskoko nuorilla oli yhtä suuri kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian ( $d = 0,05$ ,  $p = 0,88$ ,  $k = 2$ ) ja suurempi kuin muun aktiivisen hoidon ( $d = -0,64$ ,  $p < 0,001$ ,  $k = 5$ ) (4). Muutoksen vaikutuskoko masennusoireiden vähenemiseen oli suuri ( $d = -1,48$ ,  $p < 0,001$ ,  $k = 17$ ). Nuorten vuorovaikutusohjanta vastaa sisällöltään IPT-N:ää, mutta käyntikertoja on 3–6.

IPT-TH on 12–17-vuotiaille tarkoitettu ryhmämuotoinen koulussa toteutettava, psykoedukaatiota ja taitoharjoittelua sisältävä menetelmä masennuksen ehkäisyyn. Tuoreessa meta-analysissä IPT-TH:n todettiin ehkäisevän masennusoireita merkittävästi ja tulokset pysyivät kuuden kuukauden seurannassa (5).

Interpersonaalisen viitekehyksen menetelmien käyttöaiheet laajenevat myös Suomessa: osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus

**TAULUKKO 1.** Menetelmän kuvaus.

Menetelmän kuvauksen ulottuvuus	Selite
Kohderyhmä	Kenelle menetelmä on tarkoitettu ja kenelle ei (poissulkukriteerit) Esim. kohderyhmän ikähaarukka ja ongelmien vakavuusaste
Toteutustavat	Kenelle menetelmä on tarkoitettu? Miten menetelmää toteutetaan? Mikä on menetelmän tapaamismuoto, käyntikertojen määrä, kesto ja tapaamistiheys? Mikä on menetelmän kokonaiskesto?
Toteutusympäristö	Missä ympäristössä menetelmää on tarkoitus toteuttaa?
Toteutus validointitutkimuksissa	Ketkä toteuttivat menetelmän? Mikä oli menetelmän toteuttajien lisäkoulutus?

-ohjelmaa on koulutettu yli 180 nuorten kanssa työskentelevää ammattilaista IPT-N:n ja yli 1 500 ammattilaista lyhyemmän perusterveydenhuoltoon tarkoitettujen nuorten vuorovaihtusohjannan käyttöön (6). Menetelmien todellista käyttöastetta ei tiedetä. Seuraavaksi Suomeen pilotoidaan IPT-TH:ta.

Tämän katsauksen tavoitteena on kuvata interpersonaalista viitekehuksesta muokatut 13–25-vuotiaiden masennuksen ehkäisyn ja hoidon menetelmät, tunnistaa ne kohderyhmät ja toimintaympäristöt, joille muokkauksia on tehty, sekä arvioida, kuinka hyvin vaikuttavuustutkimuksissa pystytään määrittämään vaikuttava hoitoannos.

## Menetelmät

THL:n informaation kanssa laaditussa systemaattisessa haussa eri tietokannoista tunnistetuista tutkimuksista (n = 1 510) seulottiin 704 tutkimuksen abstraktit, joista 124 tutkimuksen kelpoisuus arvioitiin katsomalla alkuperäisarikkelit kokonaan läpi. Systemoidun kirjallisuuskatsauksen protokolla rekisteröitiin etukäteen (7).

Kriteereinä tutkimuksen mukaan ottamiselle olivat nuorella todettu masennus, masennusoireet tai riski sairastua masennukseen, masennusoireiden mittaaminen ja raportointi tuloksissa sekä se, että tutkimuksessa käytettiin interpersonaalisen viitekehysten menetelmää. Hoidon syy ei vaikuttanut sisäottoon. Tutkimusasetelmaa ei rajattu satunnaistettuihin vertailututkimuksiin (RCT), myös havainnoivat tutkimukset otettiin mukaan.

Kuvaamme ne systemaattisessa haussa tunnistetut tutkimukset (n = 34), joissa tutkimuksen kohteena oli nuorille IPT:stä muokattu menetelmä. IPT-N:n vaikuttavuustutkimuksissa käytetyt yhdeksän menetelmää kuvataan **INTERNETTAULUKOSSA**, mutta vaikuttavuustutkimusten kuvaus jätetään tämän tarkastelun ulkopuolelle, koska IPT-N:n vaikuttavuus on jo aiemmin raportoitu (3,8).

Kirjoittajat (AM, JK, TRK, NM, NS, ST, OL) käyttivät tätä työtä varten luotua kuvauspohjaa (**TAULUKKO 1**) samaa menetelmää käyttävien tutkimusten tunnistamiseen ja muokattujen menetelmien sisällön kuvaukseen.

Hoitoannoksella tarkoitetaan tässä tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon vaikuttavuuteen: esimerkiksi käyntien määrä, menetelmän toteutustapa ja hoitavan ammattilaisen koulutustaso.

## Muokattujen menetelmien hoitoannoksen arvioimisen haasteet

Tunnistimme kaksi muokattujen menetelmien pääryhmää: lyhyet yksilömuotoiset ja ryhmämuotoiset menetelmät (**TAULUKKO 2**). Muokkaruokaus on syntynyt, kun alkuperäisestä toteutuksesta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on siirrytty perusterveydenhuoltoon tai sosiaalihuollon kenttää muistuttaviin ympäristöihin, kuten nuorten äitien ja haavoittuvassa asemassa olevien nuorten hoitoon. Samalla hoitoon tarkoitettujen menetelmien rinnalle on kehitetty ehkäiseviä menetelmiä, joiden kohderyhmänä ovat masennusriskissä olevat tai lievemmin oireilevat nuoret.

**TAULUKKO 2.** Interpersonaalisen viitekehyksen hoitomenetelmät ja niiden käyttöaiheet nuorten hoidossa.

Menetelmä	Menetelmän eri muodot	Menetelmän käyttöaiheet tutkimuksissa (tutkimusten viitteet)
<b>Interpersonaalinen yksilöterapia</b> 12–16 tapaamista	Interpersonaalinen terapia Intensiivinen interpersonaalinen terapia masentuneille nuorille, joilla on riski tehdä itsemurha tai jotka käyttäytyvät itsetuhoisesti Masentuneille nuorille ja heidän vanhemmilleen suunnattu interpersonaalinen terapia Interpersonaalinen terapia nuorille, joilla on oppimisvaikeuksia tai aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)	Satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset – Masennus (34–39) Havainnoivat tutkimukset – Masennus (40–42) – Oppimisvaikeudet sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) (31)
<b>Lyhyet menetelmät</b> 3–6 tapaamista	Vuorovaikutusohjanta (IPC) Lyhyt IPT Lyhyt IPT perinataalimasennukseen Ultralyhyt kriisi-interventio lapsille ja nuorille, joilla on riski tehdä itsemurha	Satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset – Masennusoireet (11,12) – Itsetuhoainen käytös ja itsemurhariski (32) Havainnoivat tutkimukset – Masennusoireet (13–15) – Perinataalimasennus (29)
<b>Ryhmämuotoiset menetelmät</b> 4–16 tapaamista	Ryhmä-IPT Interpersonaalinen taitoharjoittelu (IPT-TH) UTalk Koulussa toteutettava ryhmä-IPT	Satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset – Masennusoireisille kohdennettu IPT-TH (16,17,19,20) – Sodan uhrin (22) – Traumaperäinen stressihäiriö (23) – Orvoksi jääneet ja aidsille altistuneet (24) Havainnoivat tutkimukset – Masennusoireisille kohdennettu IPT-TH (21) – Masentuneet (25) – Perinataalimasennus (30) – Sosiaalisten tilanteiden pelko (27) – Krooninen somaattinen sairaus (28)

Vuorovaikutusohjannasta ja IPT-TH:sta on olemassa manuaalit, ja menetelmät on selkeästi kuvattu (9,10). **TAULUKON 1** avulla kerättyjen tietojen kuvaus havaittiin puutteelliseksi lähes puolessa menetelmistä (14/34, 41 %, **INTERNETTAULUKKO**), eikä menetelmien hoitoannoksen tarkka vertailu siis onnistunut. Useimmin puuttuvat tiedot olivat toteuttajan peruskoulutus, menetelmäkoulutuksen laajuus ja sisältö sekä intervention kokonaiskesto. Menetelmien sisältöjä oli muokattu, jotta ne huomioisivat paremmin kohderyhmän tarpeet, kuten nuoren kehitystason, oppimisvaikeudet tai akuutin itsetuhoisuuden, mutta näiden muokkausten tarkkaa sisältöä ei kuvattu.

Etenkin havainnoivissa tutkimuksissa menetelmiä oli muokattu tutkimuksen tarpeisiin niin, että hoitoannos erosi alkuperäisestä menetelmästä. Ero saattoi liittyä käyntien määrään, keston, tiheyteen, toteutustapaan tai

hoitojakson kokonaispituuteen.

Yksilö- ja ryhmätapaamisten määrän ja keston kuvauksissa esitettiin usein vaihteluväli, joten tavoiteltu ja toteutunut hoitoannos saattoivat vaihdella osallistujien välillä. Hoitoannoksen määrittelyä vaikeutti se, että kaikki arviointi- ja seurantakäynnit, yksilö- ja ryhmäkäynnit tai vanhempien käynnit sisältävä kokonaiskäyntimäärä jäi usein epäselväksi.

Myös menetelmän toteutusmuoto, vanhempien osallisuus, oheismateriaalin käyttö, hoidon toteutusympäristö ja hoidon toteuttajan pohja- ja lisäkoulutusten määrä vaihtelivat eri tutkimuksissa.

Edellä lueteltujen tekijöiden lisäksi vaikutuskoko on riippuvainen kohderyhmästä ja oireiden vaikeusasteesta. Menetelmiin tehtyjen muokkausten mahdollista yhteyttä vaikuttavuuteen ei tutkimuksissa tarkasteltu.

## Ydinasiat

- ▶ Interpersonaalinen terapia (IPT) on muokattu lukuisille eri kohderyhmille, myös nuorten masennuksen ehkäisyyn ja hoitoon.
- ▶ Menetelmän muokkaukset on tehty soveltuvuuden lisäämiseksi ikäryhmän tarpeisiin, ehkäisevään työhön ja sosiaalihuoltoon.
- ▶ Muokkauskeinoja ovat olleet muun muassa menetelmän lyhentäminen ja toteutus ryhmämuotoisena.
- ▶ Muokattujen menetelmien kuvaus on edellytys ”hoitoannoksen” määrittelylle, mutta sitä ei ole tehty systemaattisesti.
- ▶ Myös muokatuilla menetelmillä on saatu hyviä vasteita, ja vahvin vaikuttavuusnäyttö on IPT-N-, IPT-TH- ja nuorten vuorovaikutusohjanta (IPC-N) -menetelmistä.

## Vaikuttavuustutkimusten tulokset

Menetelmän vaikuttavuutta kuvaamme niistä interpersonaalista terapiasta nuorille muokatuista menetelmistä, joista on tehty RCT tai vähintään kaksi havainnoivaa tutkimusta: näitä ovat lyhyet yksilömuotoiset menetelmät ja ryhmämuotoiset menetelmät (TAULUKKO 2).

**Nuorten vuorovaikutusohjannasta** on kaksi RCT:tä. Peruskouluikäisiä tutkineessa suomalaistutkimuksessa kuuden hoitokerran vuorovaikutusohjantaa ( $n = 33$ ) verrattiin lyhyeen, aktiiviseen psykososiaaliseen tukeen ( $n = 22$ ) (11). Masennusoireet vähenivät molemmissa ryhmissä, eikä ryhmien välinen ero ollut tilastollisesti merkitsevä. Vuorovaikutusohjannassa muutoksen vaikutuskoko masennusoireissa oli kohtalainen hoidon päätyttyä ( $d = 0,73$ ) ja kolmen kuukauden seurannassa ( $d = 0,58-0,78$ ) sekä suuri kuuden kuukauden seurannassa ( $d = 1,04-1,20$ ) (11). Yliopisto-opiskelijoita koskeneessa RCT:ssä kolmen tapaamisen vuorovaikutusohjanta ( $n = 15$ ) vähensi masennusoireita enemmän kuin tavanomainen hoito ( $n = 16$ ) ( $t = -2,300$ ,  $df = 29$ ,  $p = 0,029$ ) (12).

Vuorovaikutusohjannasta on lisäksi kaksi

havainnoivaa tutkimusta. Nuorisotyöntekijöiden toteuttaman kuuden hoitokerran vuorovaikutusohjannan aikana sekä lievemmin että vakavammin oireilleiden peruskouluikäisten ( $n = 23$ ) masennusoireet vähenivät (13). Vuorovaikutusohjannassa käyneiden yliopisto-opiskelijoiden ( $n = 10$ ) masennuspisteet vähenivät niin ikään 3–6 hoitokerran jälkeen, ja muutoksen vaikutuskoko oli suuri ( $d = 2,45$ ) (14).

Nuorten lyhyt-IPT (lyhyt-IPT-N, brief-IPT-A, BIPT-A) on nimensä mukaisesti lyhyempi, kuuden viikoittaisen vastaanottokäynnin pituinen versio IPT-N:stä. Se on muokattu IPT-N:stä perusterveydenhuollon tarpeisiin ja teoreettisesti sama kuin IPT-N ja IPC-N (8). Ilman verrokkiryhmää toteutetussa tutkimuksessa ( $n = 10$ ) masennusoireet vähenivät merkitsevästi intervention aikana ( $t = 3,02$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,015$ ;  $t = 3,79$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,004$ ) (15).

**IPT-TH:ta** tutkittiin ensin kahdessa aineistoltaan pienemmässä RCT:ssä (16,17). Tutkimuksessa, jossa kymmenen ryhmäkertaa ja kaksi ryhmäkokoontumista edeltävää tapaamista sisältävää IPT-TH:ta ( $n = 27$ ) verrattiin tavanomaiseen koulukuraattorin, useimmiten yksilötapaamisina toteutuneeseen tukeen ( $n = 14$ ), todettiin IPT-TH:n saaneiden nuorten masennusoireiden vähentyneen enemmän kuin tavanomaista tukea saaneiden. Muutoksen vaikutuskoko oli suuri sekä hoidon jälkeen että kolmen ja kuuden kuukauden seurannoissa ( $d = 1,09-1,52$ ) (17). Tavanomainen tuki kärsitti keskimäärin neljä tapaamista 10–12 viikon aikana.

Toisessa tutkimuksessa IPT-TH:ta saaneiden ( $n = 36$ ) masennusoireet vähenivät enemmän kuin tavanomaista hoitoa saaneiden ( $n = 21$ ) (16). Muutoksen vaikutuskoko hoidon jälkeen oli suuri ( $d = 0,80-0,81$ ) ja pysyi kohtalaisena kuuden kuukauden seurannassa ( $d = 0,51-0,54$ ), mutta tätä pidemmässä 12 ja 18 kuukauden seurannassa saatiin enää pieni tai kohtalainen vaikutuskoko ( $d = 0,17-0,50$ ) (16). Vanhempien osallisuuden hoitoon todettiin vaikuttaneen positiivisesti nuoren masennusoireiden vähenemiseen hoidon jälkeen, mutta seurannassa vaikutus ei ollut enää tilastollisesti merkitsevä (16). IPT-TH vähensi myös ahdistuneisuutta (18).

Aineistoltaan suuremmissa tutkimuksissa IPT-TH:ta saaneiden (n = 95) masennusoireet vähenivät enemmän kuin ryhmämuotoista koulukuraattorin tukea saaneiden (n = 91) (19). Muutoksen vaikutuskoko oli pieni tai kohtalainen kuuden kuukauden seurannassa (d = 0,31) (19). IPT-TH sisälsi kaksi tapaamista ennen ryhmän alkua, kahdeksan ryhmätapaamista, yhden ryhmän aikana toteutuneen yksilötapaamisen sekä neljä ylläpitotapaamista kuuden kuukauden kuluessa ryhmän päättymisestä. Verrokkihoitoa saaneet saivat käyntien määrän ja keston osalta saman hoitoannoksen. Pidemmässä 24 kuukauden seurannassa ryhmien välillä ei enää havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa (20).

IPT-TH:sta on tehty lisäksi yksi havainnoiva tutkimus, jossa nuorten (n = 20) masennusoirepisteet vähenivät ilman tilastollista merkitsevyyttä (21).

**Hoidollista ryhmämuotoista IPT:tä** on tutkittu haavoittuvassa asemassa olevien nuorten hoidossa kolmessa eri RCT:ssä. Kuudentoista tapaamisen ryhmä-IPT:n todettiin vähentävän sodanjälkeisistä masennusoireista kärsivien ugandalaisnuorten (n = 105) masennusoireita verrattuna passiiviseen (n = 104) verrokkiryhmään (22). Ero oli tilastollisesti merkitsevä vain tyttöjen osalta.

Neljän tapaamisen ryhmä-IPT:tä (n = 14) verrattiin yksilöhoitona annettuun narratiiviseen altistusterapiaan (n = 12) hoidettaessa Ruandan kansanmurhassa vähintään yhden vanhemman menettäneitä nuoria, joilla oli posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD) (23). Molemmat menetelmät vähensivät masennusoireita hoidon jälkeen (Cochranin Q [2, n = 14] = 9,0, p < 0,05; Cochranin Q [2, n = 12] = 6,22, p < 0,05). Masennuspisteiden pieneneminen IPT-ryhmässä hoidon päätyttyä oli lähellä merkitsevää (t[13] = 2,27, p = 0,04) tai merkitsevää (t[13] = 2,67, p = 0,02) käytetyn masennusoiremittarin mukaan. Muutos masennusoireissa lähtötilanteesta kuuden kuukauden seurantaan oli merkitsevä käytetystä mittarista riippumatta (t[13] = 3,02, p = 0,01; t[13] = 3,16, p = 0,01) (23).

Kolmannessa tutkimuksessa tutkittiin eteläafrikkalaisia nuoria, joilla oli riski sairastua

masennukseen (24). Kuudentoista tapaamisen ryhmä-IPT:tä (n = 260) verrattiin tavanomaiseen tukeen (n = 229), joka sisälsi taloudellisia ja koulutuksellisia tukipalveluita. Noin neljäsosa ryhmä-IPT:hen mukaan otetuista nuorista ei osallistunut yhdellekään ryhmäkerralle. Muut osallistuivat keskimäärin yhdeksään tapaamiseen tarjotuista 16:sta. Tutkimuksessa ei havaittu merkitsevää vaikutusta kummallakaan hoitomenetelmällä.

Ryhmä-IPT:tä on tutkittu lisäksi yhdessä havainnoivassa tutkimuksessa (n = 62) (25). Nepalilaisissa kouluissa toteutetun 12 tapaamisen ryhmähoidon vaikutuskoko oli suuri sekä masennusoireisiin (d = 1,9), ahdistusoireisiin (d = 1,5) että PTSD:n oireisiin (d = 2,0). Vaikutuskoko pysyi suurena myös 8–10 viikon seurannassa (d = 1,5–2,3) (25).

**Muiden havainnoivien yksittäistutkimusten** keskinäisen vertailun esti muun muassa hoitoannoksen suuri vaihtelu tutkimuksissa. Tulokset tukevat menetelmän hyvää soveltuvuutta erilaisille kohderyhmille ja toimintaympäristöille (15,26–32). Erityisesti nuorten perinataalimasennukseen muokatut yksilö- ja ryhmämuotoiset menetelmät (29,30) ovat kiinnostavia, sillä aikuisten perinataalimasennuksessa interpersonaalinen terapia on vahvan vaikuttavuusnäytön menetelmä (33).

## Pohdinta

Interpersonaalisen viitekehyyksen menetelmät ovat vakiinnuttaneet paikkansa nuorten masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa. IPT:tä on muokattu soveltuvaksi nuorille eri käyttöaiheisiin ja toimintaympäristöihin. Huolimatta merkittävästikin menetelmän muokkauksista kokemukset rohkaisevat käytön laajentamiseen, kunhan soveltuvuus ja vaikuttavuus arvioidaan.

Muokkausten perusteet sekä muokattujen menetelmien sisällön ja toteutuksen kuvaukset tutkimuksissa olivat kautta linjan varsin heikkoja. Yhtenäinen viitekehys kuvauksessa parantaisi vertailtavuutta.

Vaikuttavuustulosten vertailu oli useiden seikkojen takia vaativalta. Erityisesti hoitoannos oli yllättävän vaikeaa määrittellä. Tapaamisten lukumäärää oli eri tutkimuksissa lisätty tai vä-

hennetty taikka niitä oli vaihdettu ryhmämuotoisiksi tai vanhempien tapaamisiksi. Lisäksi esimerkiksi yksittäisten käyntien sisällöt tai menetelmän toteuttajien ammattikoulutus ja mielenterveysosaaminen vaihtelevat vaikuttavuustutkimuksissa. Osasta muokatuista menetelmistä vaikuttavuusnäyttöä on jo saatu, mutta osasta näyttö vaatii vielä toistettuja tutkimuksia vertailukelpoisin hoitoannoksin.

Psykoterapian ja muiden kompleksisten ilmiöiden tutkimukseen liittyy aina tekijöitä, joita ei voida vakioida. Tämä pitää huomioida eri tutkimuksia vertailtaessa. Jos hoitoannokseen ja soveltuvuuteen vaikuttavat tekijät kuvataan tutkimuksissa mahdollisimman kattavasti, on helpompaa soveltaa tutkimustietoa palvelujärjestelmän suunnittelussa.

Katsauksen vahvuus on toteutettu systemaattinen kirjallisuushaku. Jatkossa tarvitaan meta-analyysia selvittämään, miten eri tekijät, kuten hoitoannos tai tutkimusten laatu, vaikuttavat hoidon vaikuttavuuteen.

**AIJA MYLLYNIEMI, PsM, tutkija**  
Terveuden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

**NOORA SEILO, LT, nuorisolääkäri, kehittämispäällikkö**  
Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö (Itla)

**JASMIN KALJADIN, TtM, tutkija**  
THL

**TIIA-REETA KUKKO, TtM, tutkija**  
THL

**NINA MELLENIUS, KM, asiantuntija**  
Itla

**SARA TANI, VTM, tutkija**  
Helsingin yliopisto

**OUTI LINNARANTA, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri**  
THL

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Jaana Suvisaari

## Lopuksi

Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisilla on Suomessa laajasti osaamista interpersonaalisen viitekehyksen menetelmistä (6). Jos osaamista halutaan laajentaa täydennyskoulutuksilla ja soveltaa uusiin kohderyhmiin, tulisi menetelmän soveltuvuutta ja muokkaustarvetta arvioida tarkemmin ennen käyttöönottoa. Muokkaukset tulisi toteuttaa suomalaisessa toimintaympäristössä hyödyntämällä suunnitelmallisesti niin menetelmän kohderyhmän kuin ammattilaistenkin näkemyksiä. Kokemusta on jo kertynyt nuorten vuorovaikutusohjannan ja IPT-TH:n käyttöönottoa edeltävistä muokkauksista. ■

Kiitämme THL:n informaattikko Ritva Miikkiä systemaattisen haun suunnitteluun osallistumisesta ja haun toteuttamisesta.

### SIDONNAISUUDET

**Aija Myllyniemi:** Luottamustoimet (Suomen Psykologiliitto, Lasten ja nuorten mielenterveytyön ammatillinen jaos, jäsen)

**Noora Seilo:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Eusuhm Congress, 2024; Bayer European Society of Contraception (ESC) -kongressi 2016), luottamustoimet (European Union for School and University Health and Medicine, hallituksen jäsen)

**Jasmin Kaljadin:** Ei sidonnaisuuksia

**Tiia-Reeta Kukko:** Ei sidonnaisuuksia

**Nina Mellenius:** Luottamustoimet (MLL liittovaltuuston jäsen)

**Sara Tani:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö)

**Outi Linnaranta:** Apuraha (Imagine-tutkimuskonsortio, STN), luottamustoimet (Valviran Adoptiolautakunnan lupajaosto, terveystasiantuntija 6/2025 asti), hankkeet (Mielenterveysstrategia, Sosiaali- ja terveyskeskusuudistus, Kestävän kasvun ohjelma, Työelämän mielenterveysohjelma, Lapsistrategia)

## KIRJALLISUUTTA

1. Olsson TM, Von Thiele Schwarz U, Hasson H, ym. Adapted, adopted, and novel interventions: a whole-population meta-analytic replication of intervention effects. *Res Soc Work Pract* 2024;34:860–72.
2. Moore G, Campbell M, Copeland L, ym. Adapting interventions to new contexts – the ADAPT guidance. *BMJ* 2021;374:n1679.
3. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2025. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
4. Duffy F, Sharpe H, Schwannauer M. Review: the effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression – a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health* 2019;24:307–17.
5. Zheng K, Xu H, Qu C, ym. The effectiveness of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training for adolescents with depression: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2023;14:1147864.
6. Koivisto J, Muurinen H. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Loppuraportti. Helsinki: THL 2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-347-8>.
7. Myllyniemi A, Seilo N, Marttunen M, ym. Feasibility, efficacy, and cost-effectiveness of interpersonal therapy for adolescents (IPT-A) and IPT-A modifications: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *INPLASY - International Platform of Registered Systematic Review and Meta-analysis Protocols* 2023. <https://inplasy.com/inplasy-2023-9-0046/>.
8. Ranta K, Kontunen J, Marttunen M. Nuorten masennus ja interpersonaalinen terapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2023, s. 336.
9. Parhiala P, Salin-Kares S, Ritakorpi M. Nuorten interpersonaalinen ohjanta (IPC-N). Kirjassa: Nuorten masennus ja interpersonaalinen terapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2023, s. 159–206.
10. Ranta K, Parhiala P. Nuorten interpersonaalinen taitoharjoittelu (IPT-TH) ryhmämuotoinen interventio interpersonaalisten taitojen oppimiseen. Kirjassa: Nuorten masennus ja interpersonaalinen terapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2023, s. 207–30.
11. Parhiala P, Ranta K, Gergov V, ym. Interpersonal counseling in the treatment of adolescent depression: a randomized controlled effectiveness and feasibility study in school health and welfare services. *School Mental Health* 2020;12:265–83.
12. Yamamoto A, Tsujimoto E, Taketani R, ym. The effect of interpersonal counseling for subthreshold depression in undergraduates: an exploratory randomized controlled trial. *Depress Res Treat* 2018;2018:4201897.
13. Wilkinson PO, Cestaro V, Pinchen I. Pilot mixed-methods evaluation of interpersonal counselling for young people with depressive symptoms in non-specialist services. *Evid Based Ment Health* 2018;21:134–8.
14. Rafaeli AK, Bar-Kalifa E, Verdelli H, ym. Interpersonal counseling for college students: pilot feasibility and acceptability study. *Am J Psychother* 2021;74:165–71.
15. Mufson L, Yanes-Lukin P, Anderson G. A pilot study of Brief IPT-A delivered in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37:481–4.
16. Young JF, Mufson L, Gallop R. Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depress Anxiety* 2010;27:426–33.
17. Young JF, Mufson L, Davies M. Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: an indicated preventive intervention for depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1254–62.
18. Young JF, Makover HB, Cohen JR, ym. Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: anxiety outcomes and impact of comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012;41:640–53.
19. Young J, Benas J, Schueler C, ym. A randomized depression prevention trial comparing interpersonal psychotherapy-adolescent skills training to group counseling in schools. *Prev Sci* 2016;17:314–24.
20. Young JF, Jones JD, Sbrilli MD, ym. Long-term effects from a school-based trial comparing interpersonal psychotherapy-adolescent skills training to group counseling. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2019;48:5362–70.
21. Kanine RM, Bush ML, Davis M, ym. Depression prevention in pediatric primary care: implementation and outcomes of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Child Psychiatry Hum Dev* 2023;54:96–108.
22. Bolton P, Bass J, Betancourt T, ym. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298:519.
23. Schaal S, Elbert T, Neuner F. Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychother Psychosom* 2009;78:298–306.
24. Thurman TR, Nice J, Taylor TM, ym. Mitigating depression among orphaned and vulnerable adolescents: a randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy for groups in South Africa. *Child Adolesc Ment Health* 2017;22:224–31.
25. Rose-Clarke K, Prakash BK, Magar J, ym. School-based group interpersonal therapy for adolescents with depression in rural Nepal: a mixed methods study exploring feasibility, acceptability, and cost. *Glob Ment Health* 2022;9:416–28.
26. Miller L, Hlatala SA, Mufson L, ym. Interpersonal psychotherapy for mood and behavior dysregulation: pilot randomized trial. *Depress Anxiety* 2018;35:574–82.
27. La Greca AM, Ehrenreich-May J, Mufson L, ym. Preventing adolescent social anxiety and depression and reducing peer victimization: intervention development and open trial. *Child Youth Care Forum* 2016;45:905–26.
28. Sayegh CS, Brammer WA, Wright SM, ym. Pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression among young people with chronic illness. *Am J Psychother* 2023;76:93–9.
29. Bledsoe SE, Wike T, Olatte AM, ym. Feasibility of treating depression in pregnant, low-income adolescents using culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy. *J Womens Health* 2010;19:1781.
30. Miller L, Gur M, Shanok A, ym. Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: two pilot studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:733–42.
31. Brunstein-Klomek A, Kopelman-Rubin D, Apter A, ym. A pilot feasibility study of interpersonal psychotherapy in adolescents diagnosed with specific learning disorders, attention deficit hyperactive disorder, or both with depression and/or anxiety symptoms (IPT-ALD). *J Psychother Integr* 2017;27:526–39.
32. Adini-Spielman E, Gvion Y, Haruvi Catalan L, ym. Comparative effectiveness of ultra-brief, IPT-A based crisis intervention for suicidal children and adolescents. *Arch Suicide Res* 2024;28:1249–62.
33. Wang X, Qiu Q, Shen Z, ym. A systematic review of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *J Affect Disord* 2023;339:823–31.
34. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, ym. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:573–9.
35. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, ym. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:577–84.
36. Mufson L, Rynn M, YanesLukin P, ym. Stepped care interpersonal psychotherapy treatment for depressed adolescents: a pilot study in pediatric clinics. *Adm Policy Ment Health* 2018;45:417–31.
37. Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:734–45.
38. Gunlicks-Stoessel M, Mufson L. Innovations in practice: a pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents and their parents. *Child Adolesc Ment Health* 2016;21:225–30.
39. Tang T, Jou S, Ko C, ym. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63:463–70.
40. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1145–55.
41. Mufson L, Moreau D, Weissman MM, ym. Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A) – phase-I and phase-II studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:695–05.
42. Santor DA, Kusumakar V. Open trial of interpersonal therapy in adolescents with moderate to severe major depression: effectiveness of novice IPT therapists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:236–40.