

Terapiat
etulinjaan

Nuorten kognitiivinen lyhytterapia (KLT-N)

Tuloksia perustason mielenterveyspalveluista

2026



**Euroopan unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Kognitiivinen lyhytterapia

- Kognitiivinen lyhytterapia nuorille (KLT-N) (toimenpidekoodi: IDZ02) on keskimäärin seitsemän kontaktikerran hoito. Menetelmä perustuu kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian (CBT) viitekehykseen, jonka perusajatuksena on se, että ihmisen ajattelu, tunteet ja käyttäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa. Kognitiivisessa lyhytterapiassa ammattilainen ja nuori työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa tavoitteellisesti määriteltyä tavoitetta kohden.
- KLT-koulutus sisältää ammattilaisen yleisiä taitoja hoitavan yhteistyösuhteen rakentamiseksi ja terapeuttisen vuorovaikutuksen toteuttamiseksi. Lisäksi koulutus tarjoaa työkaluja ja keinoja lyhytterapioiden toteuttamisesta nuoruusikäisten kanssa sekä vanhempien kanssa työskentelyyn.
- Koulutus sisältää hoitomallit seuraavien mielenterveyden ongelmien hoitamiseksi: yleistynyt ahdistus, masennus, unettomuus, riippuvuudet, sosiaalisten tilanteiden pelko ja paniikki. Koulutukseen kuuluu koulutusohjelmia ja koulutettava saa tiiviin menetelmäohjauksen tuen niiden toteuttamiseen.
- Kognitiivinen lyhytterapia on sopivaa ja oikea-aikaista hoitoa lievissä- ja keskivaikeissa mielenterveyden häiriöissä sekä tietyn edellytyksin myös vakava-asteisten oireiden hoidossa.

Käytettävissä oleva aineisto

- Jokainen koulutukseen osallistuva toteuttaa koulutuksen aikana useita koulutushoitoja ja seuraa niiden vaikuttavuutta arjessa käyntikohtaisesti - koulutuksen yksi keskeinen tavoite on palautetietoisien hoidon toteuttaminen yksilökohtaisen tiedon avulla.
- Analyyseissä hyödynnettävä aineisto on koottu koulutushoitajien seurantatiedoista.
- Aineisto käsittää ensimmäiset nuorten kognitiivisen lyhytterapian koulutushoidot.
- Koulutushoitoja on ollut toteuttamassa **64** ammattilaista **9** eri hyvinvointialueelta
- Käytettävissä oleva aineisto käsittää tällä hetkellä **578** perustasolla toteutettua nuorten kognitiivista lyhytterapiaa.

Nuorten kognitiivisen lyhytterapian kliiniset tulokset

- Tämä raportti käsittelee KLT-N:n kliinisiä tuloksia erityisesti masennuksen, ahdistuksen ja sosiaalisen jännittämisen hoito-ohjelmien osalta.
- Muiden häiriöiden osalta toteutetaan vastaavat raportit, kun aineistoa on kertynyt riittävästi.
- Kliinisiä tuloksia seurataan koulutushoidoissa käynti käynniltä kahdella oirekyselyllä.
 - Käytössä on aina PHQ-9 (Kroenke ym., 2001), jonka lisäksi toisena oireena on hoidettavan kohdeoireen mukainen mittari (ahdistuksessa GAD-7 (Spitzer ym., 2006) ja sosiaalisessa jännittämisessä SPIN-FIN (Connor ym., 2000))

KLT-N toteutus palvelujärjestelmässä

- Nuorten kognitiivinen lyhytterapia on lasten ja nuorten porrastetussa hoitomallissa kolmannen portaan interventio. Se on suunnattu ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon ammattilaisille ja yksiköihin, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy. Menetelmä soveltuu esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeyksiköihin sekä toisen asteen opiskeluhooltoon.
- Tyypillisesti lyhytterapia toteutetaan osana moniammatillisen tiimin hoitotyötä, ja nuorilla on usein taustalla aiempia ennaltaehkäiseviä tai hoidollisia tukitoimia.
- Tästä syystä KLT-N-aineisto edustaa lähtökohtaisesti nuoria, jotka eivät ole hyötäneet aiemmista interventioista odotetusti. Tämän vuoksi tulokset eivät ole suoraan verrattavissa esimerkiksi opiskeluhoollon ennaltaehkäisevissä interventioissa saatuihin tuloksiin.

Terapiat
etulinjaan

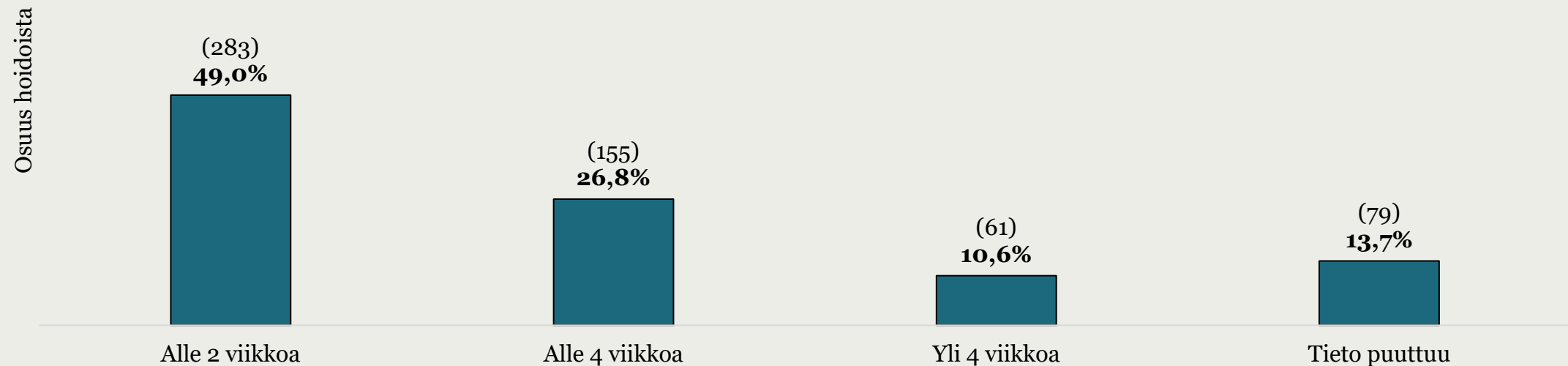
Nuorten kognitiivisen lyhytterapian seurantatulokset



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Suurin osa aloittaa KLT-N:n alle 4 viikossa

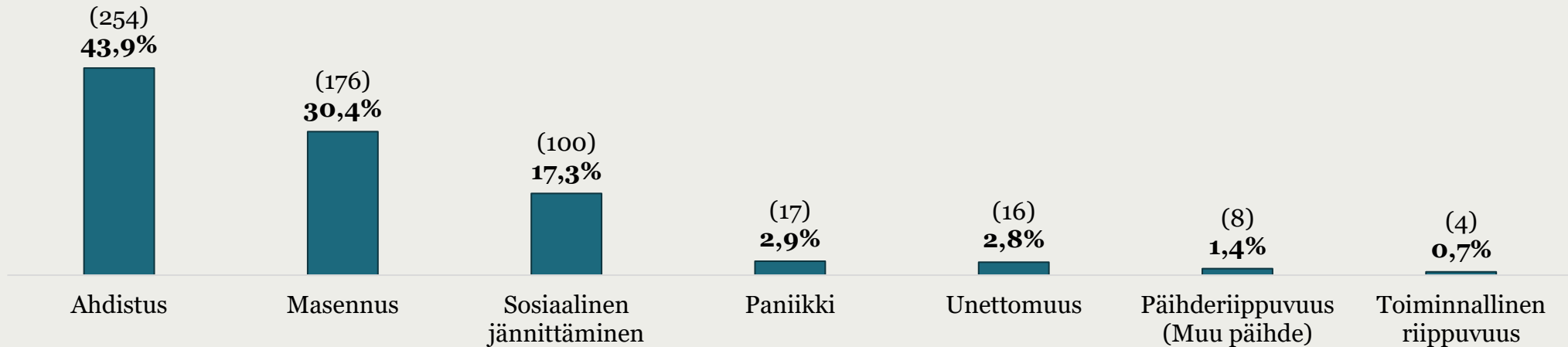
(n = 578)



KLT-N:n kohdeoire on tyypillisesti ahdistus, masennus tai sosiaalinen jännittäminen

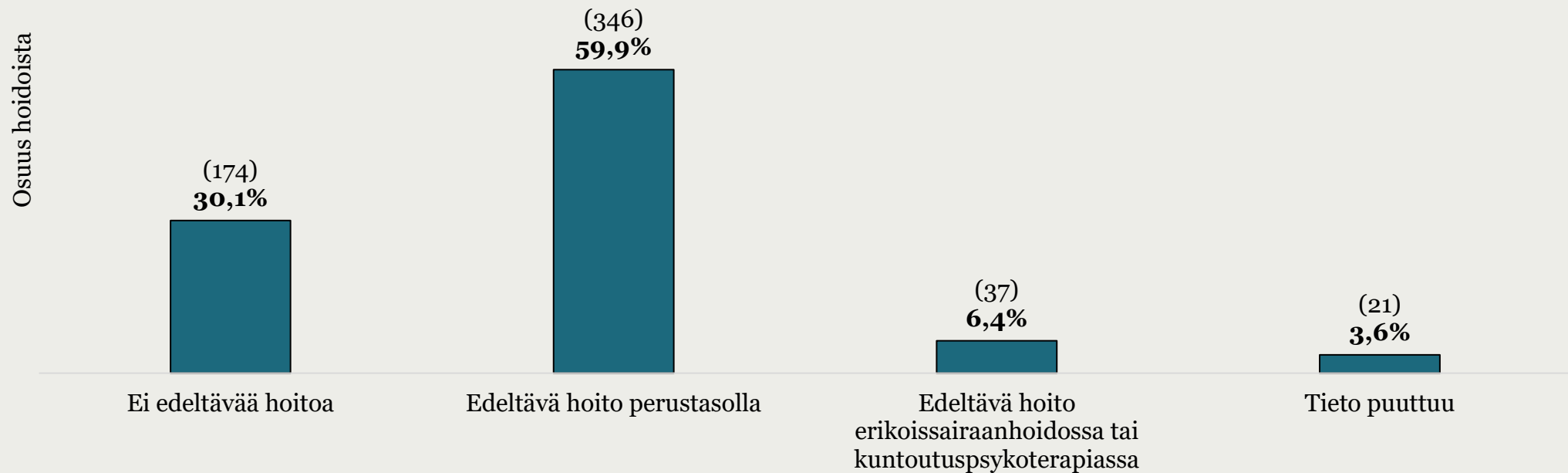
(n = 578)

Osuus hoidoista



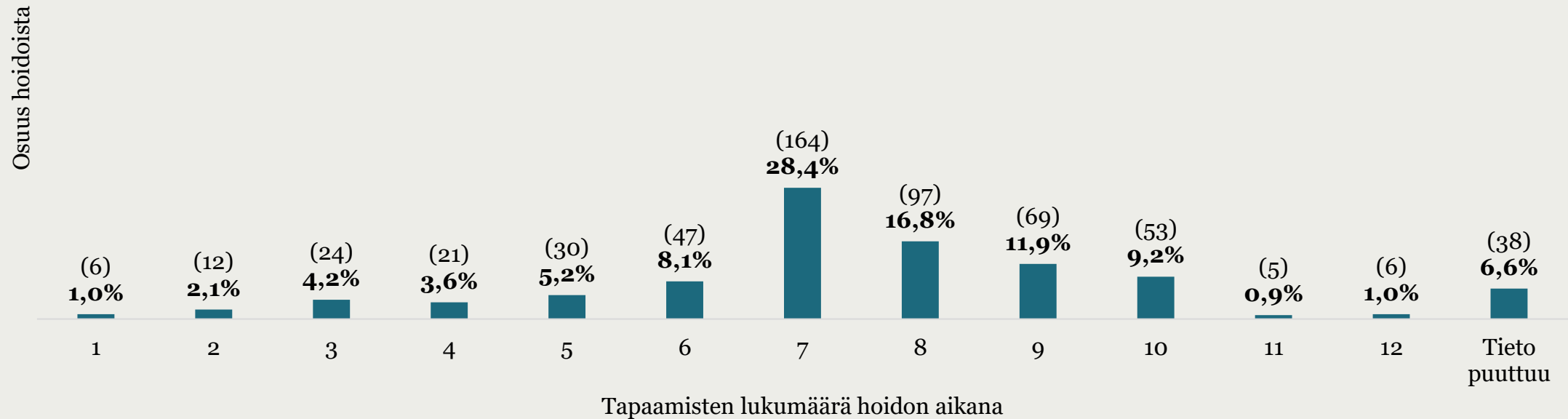
Yli puolella nuorista on aiempaa hoitoa taustalla

(n = 578)



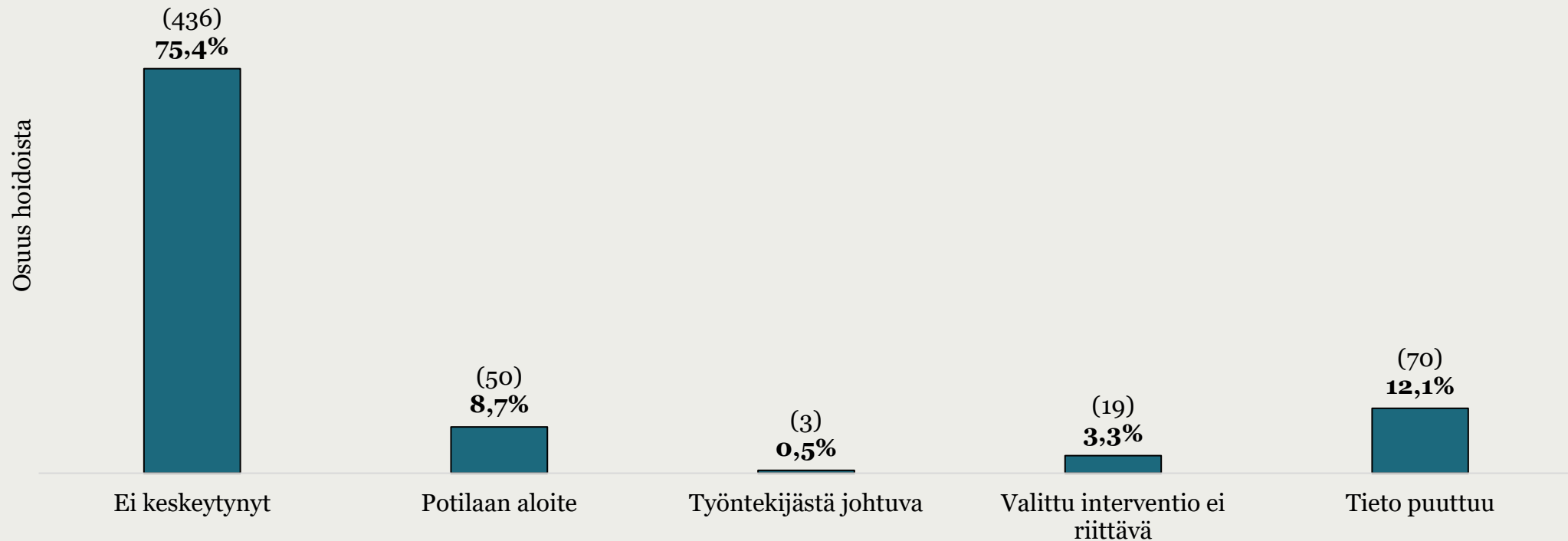
Suurin osa hoidoista kestää 6-10 käyntiä

(n = 578)



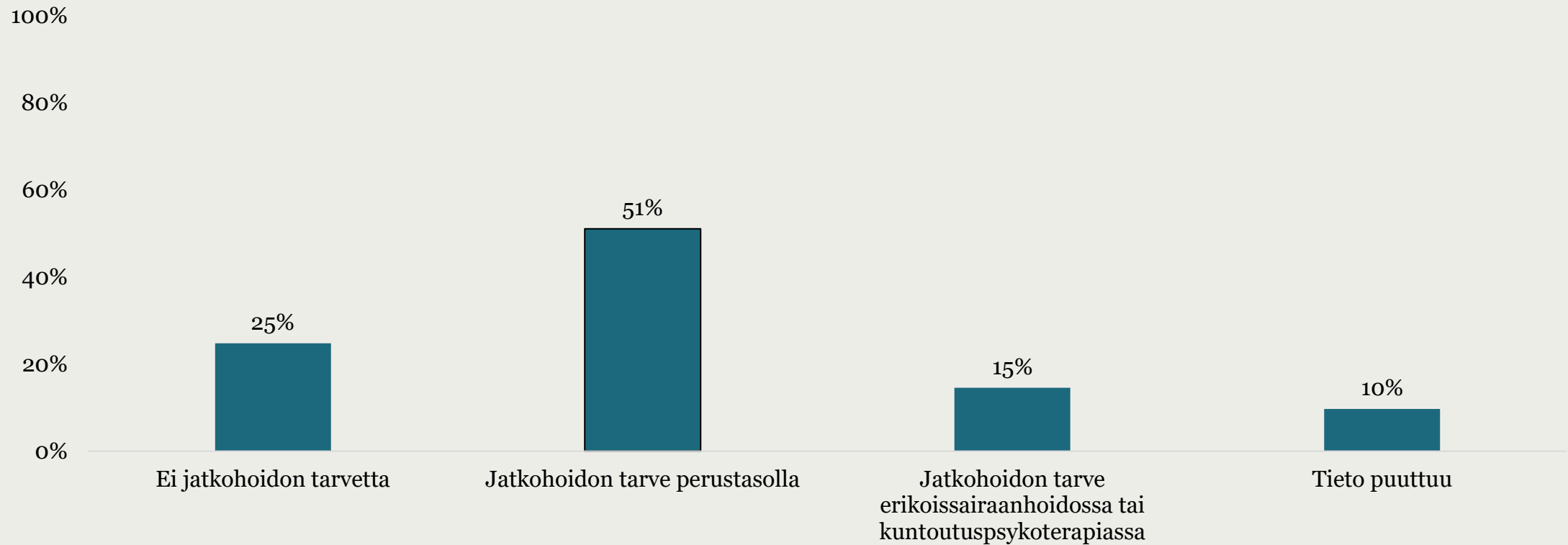
Valtaosa KLT-N:stä päättyy suunnitellusti

(n = 578)



Joka neljäs nuorista ei tarvitse jatkohoitoa KLT-N:n jälkeen

(n = 578)



**Terapiat
etulinjaan**

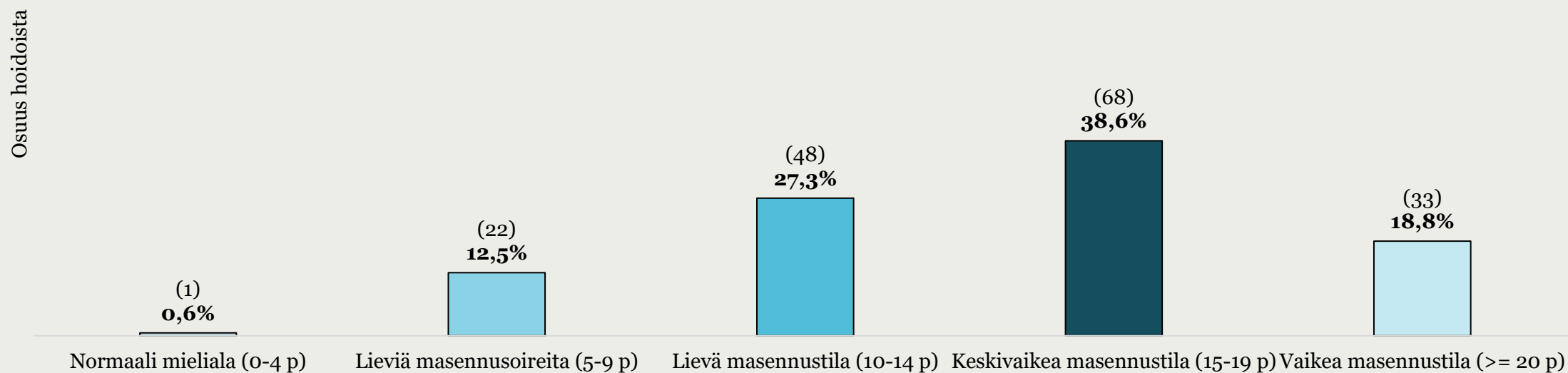
Masennus kohdeoireena



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

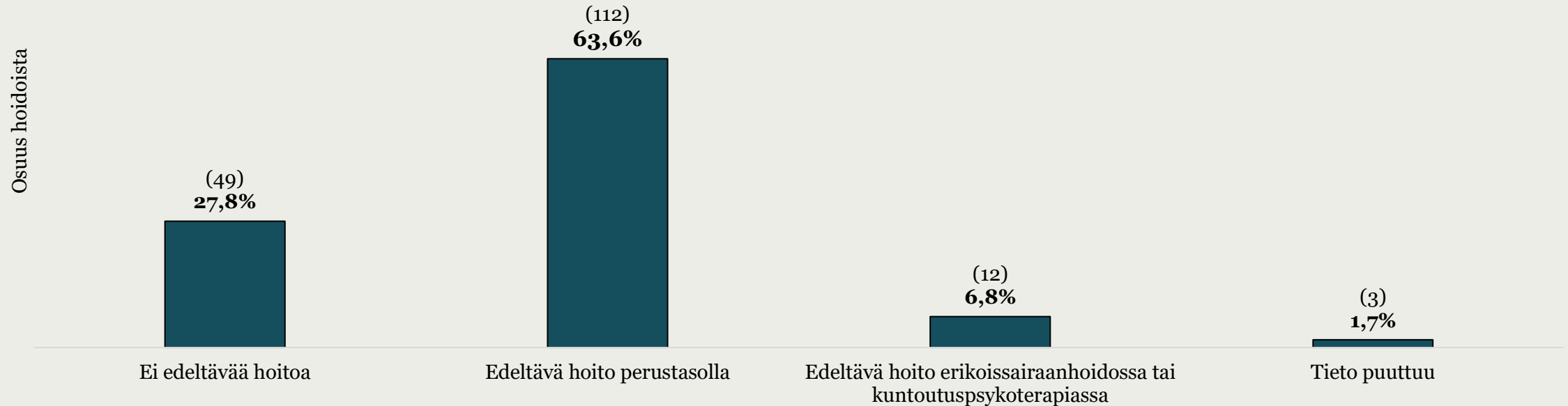
Masennusoireiden jakauma hoidon alussa

PHQ-9 (n = 176)



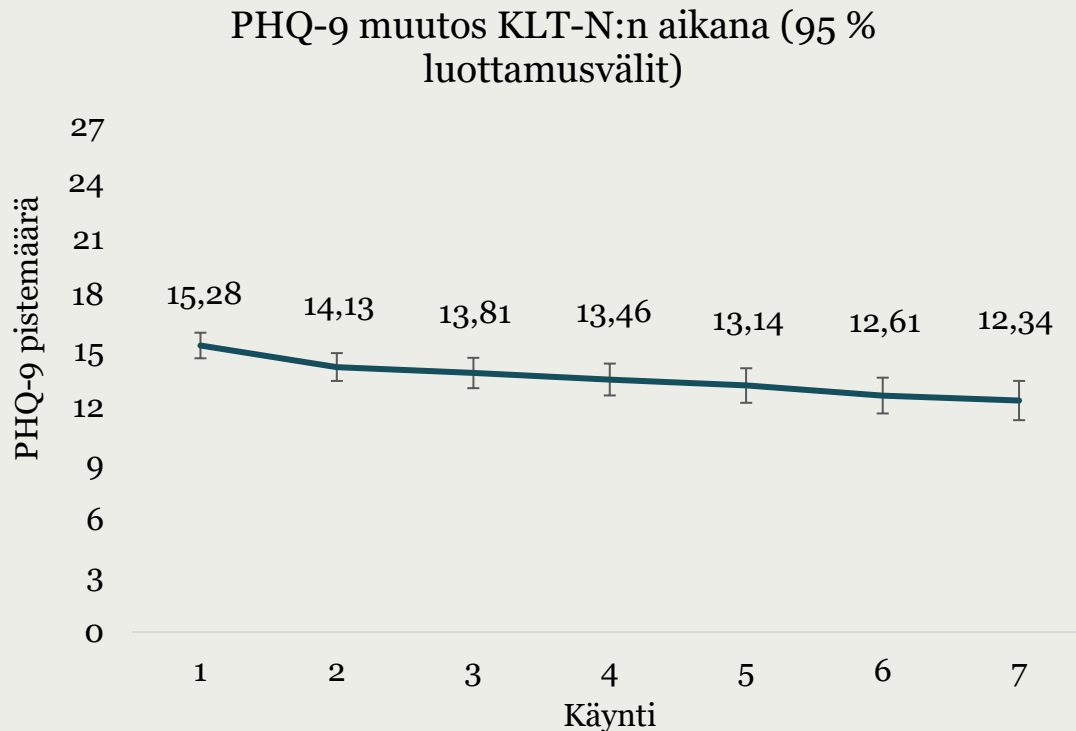
Yli puolella masennuksen hoito-ohjelman käyvällä on edeltävää hoitoa perustasolla

(n = 176)



Lähes joka neljäs häiriötasoisesti oireileva toipuu alle häiriötason hoidon aikana

(n = 176)



| PHQ-9 | n (%) |
|--------------------------------------|--------------|
| Häiriötasoinen oireilu hoidon alussa | 146 (84,9 %) |
| Luotettava toipuminen* | 40 (23,3 %) |
| Luotettava voinnin paraneminen** | 67 (39,0 %) |
| Luotettava voinnin heikkeneminen** | 9 (5,2 %) |

Keskimääräinen oirepistemuuotos **-3,4**

Ei jatkohoidon tarvetta **20,9 %**

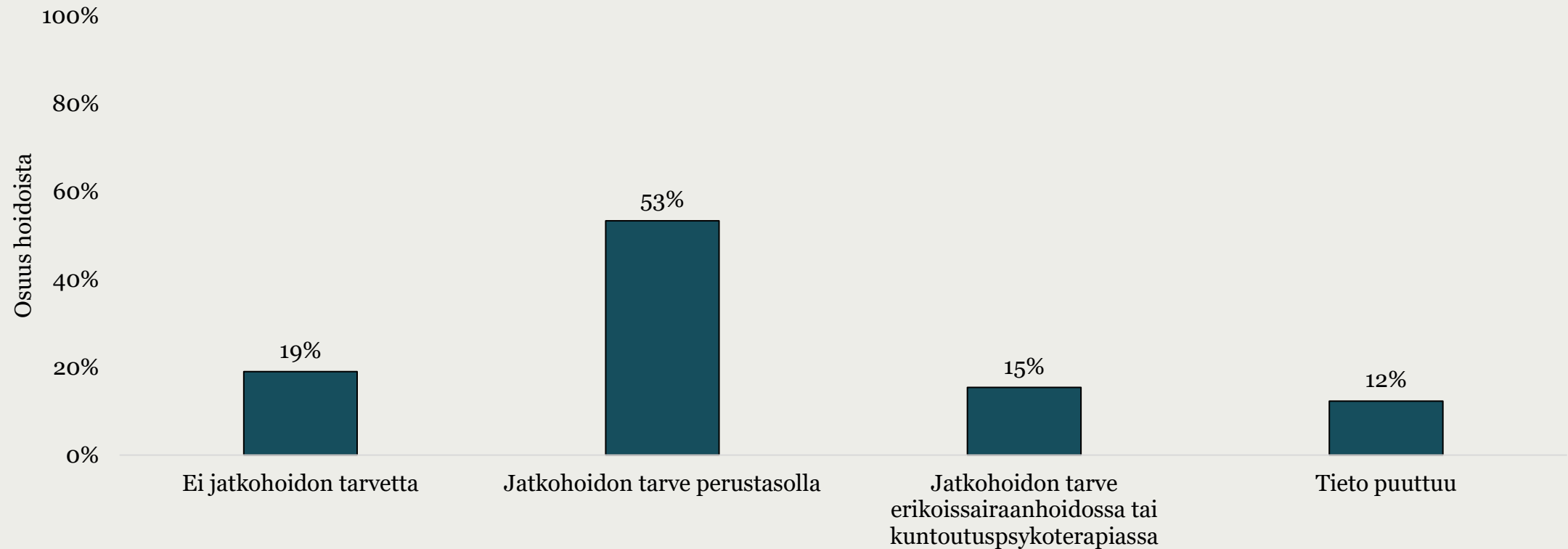
*Luotettava toipuminen: vähintään viiden (5) pisteen muutos (McMillan ym., 2010) ja siirtyminen häiriötasoisesta (≥ 10) oireilusta ei-häiriötasoiseen oireiluun

** vähintään viiden pisteen vähenemä

*** vähintään viiden pisteen kasvu

Noin viidennes masennuksen hoito-ohjelman käynyt ei tarvitse jatkohoitoa

(n = 176)



Terapiat
etulinjaan

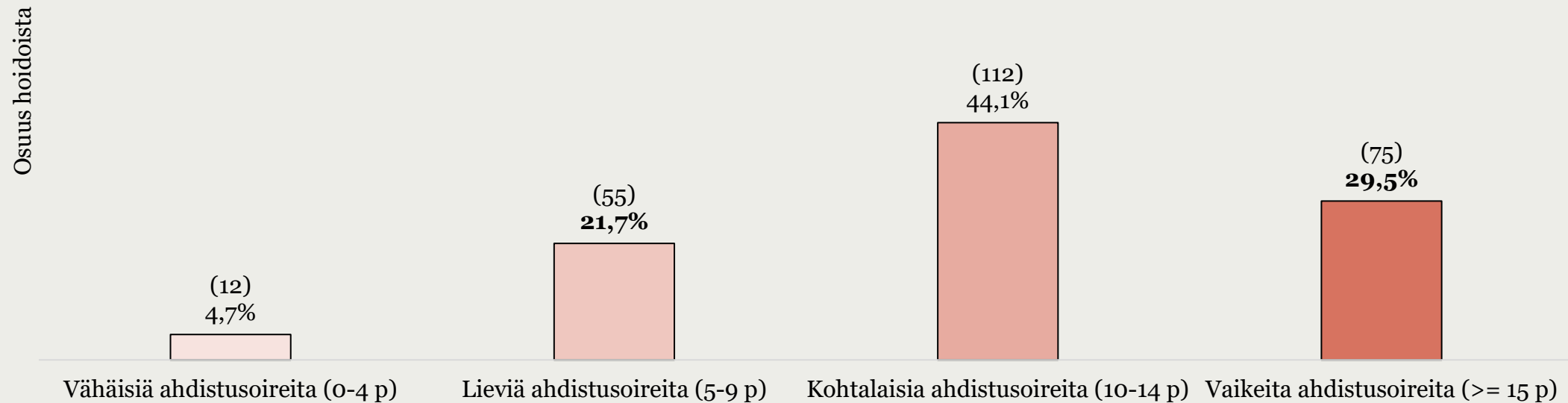
Yleistynyt ahdistus kohdeoireena



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

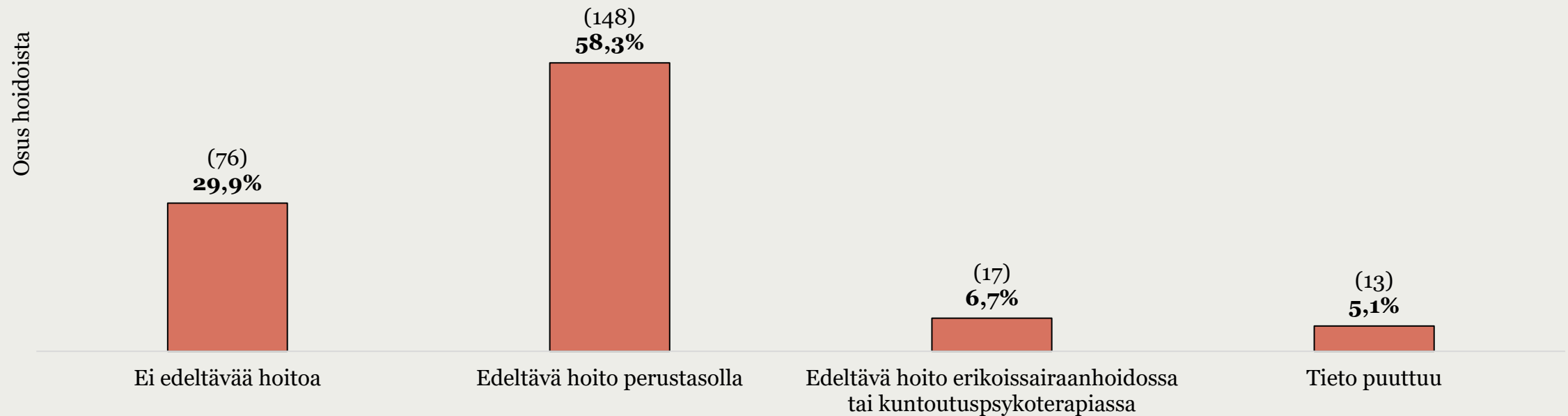
Ahdistusoireiden jakauma hoidon alussa

GAD-7 (n = 254)



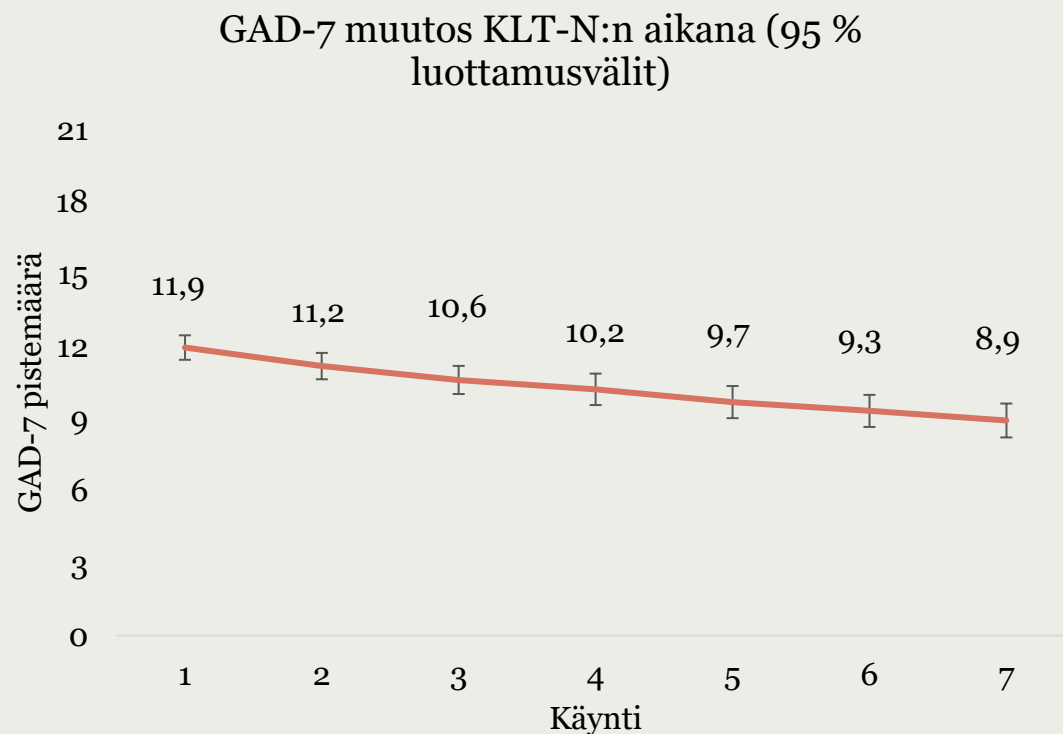
Yli puolella ahdistuksen hoito-ohjelman käynnillä on edeltävää hoitoa perustasolla

(n = 254)



Nuorista lähes puolen vointi paranee luotettavasti

(n = 254)



| GAD-7 | n (%) |
|--------------------------------------|--------------|
| Häiriötasoinen oireilu hoidon alussa | 184 (72,4 %) |
| Luotettava toipuminen* | 81 (31,9 %) |
| Luotettava voinnin paraneminen** | 111 (43,7 %) |
| Luotettava voinnin heikkeneminen** | 12 (4,7 %) |

Keskimääräinen oireipistemuutos **-3,1**

Ei jatkohoidon tarvetta **28,3 %**

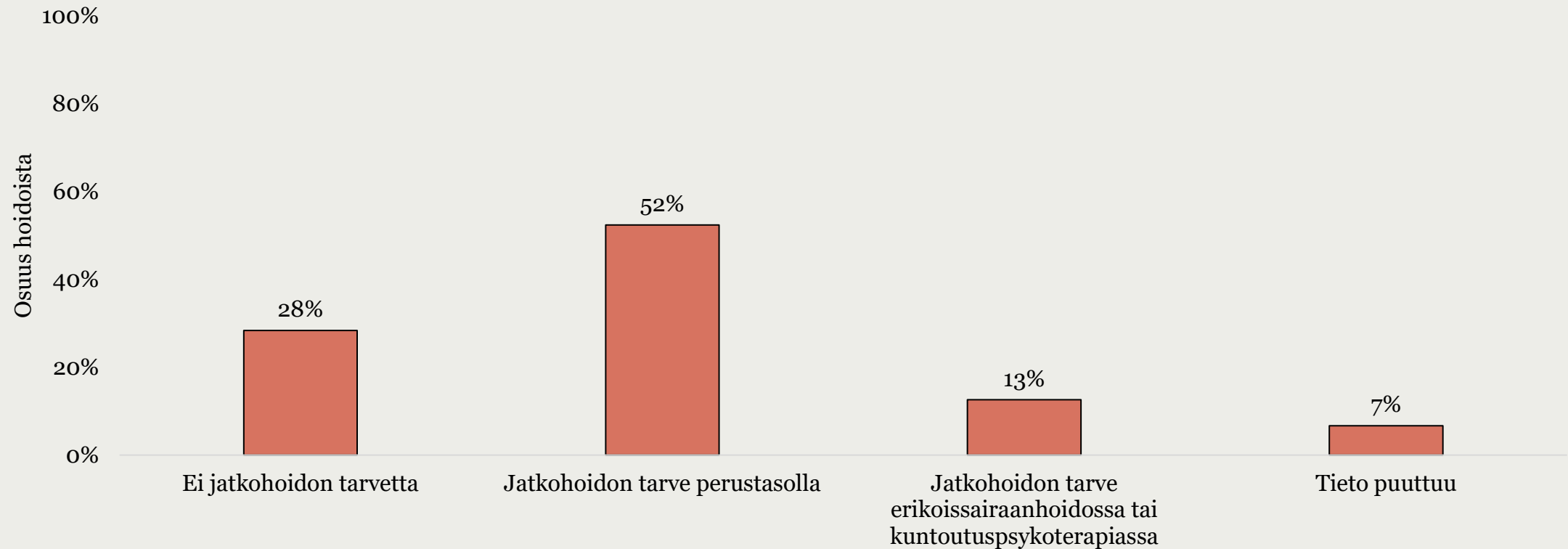
* Luotettava toipuminen: vähintään neljän (4) pisteen muutos (Toussaint ym., 2020) ja siirtyminen häiriötasoisesta (≥ 10) oireilusta ei-häiriötasoiseen oireiluun

** vähintään neljän pisteen vähenemä

*** vähintään neljän pisteen kasvu

Joka neljäs ahdistuksen hoito-ohjelman käynyt ei tarvitse jatkohoitoa

(n = 254)



Terapiat
etulinjaan

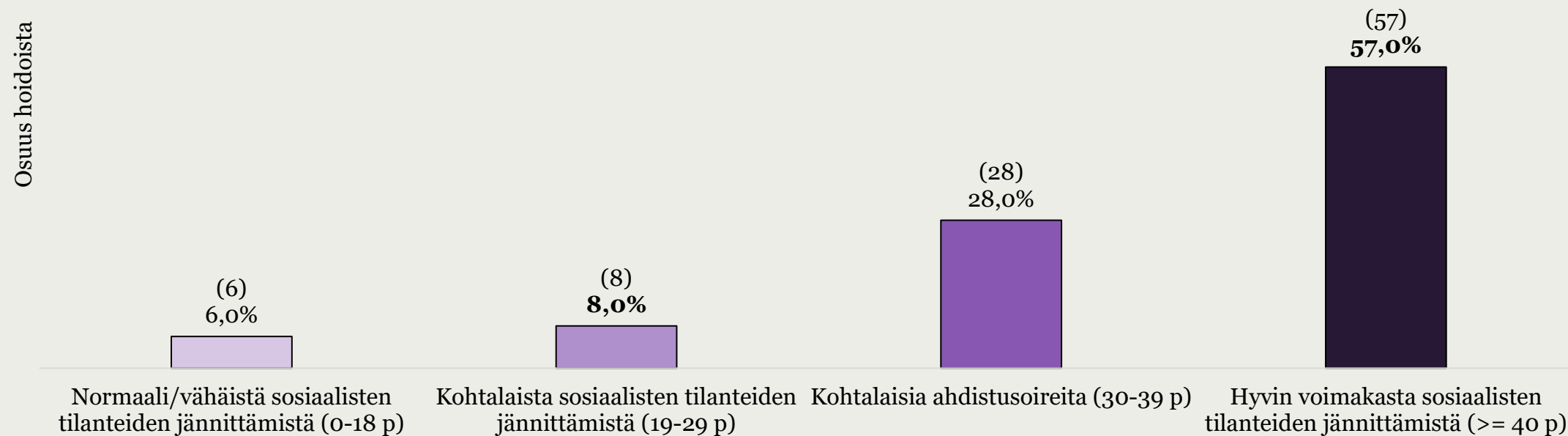
Sosiaalinen jännittäminen kohdeoireena



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

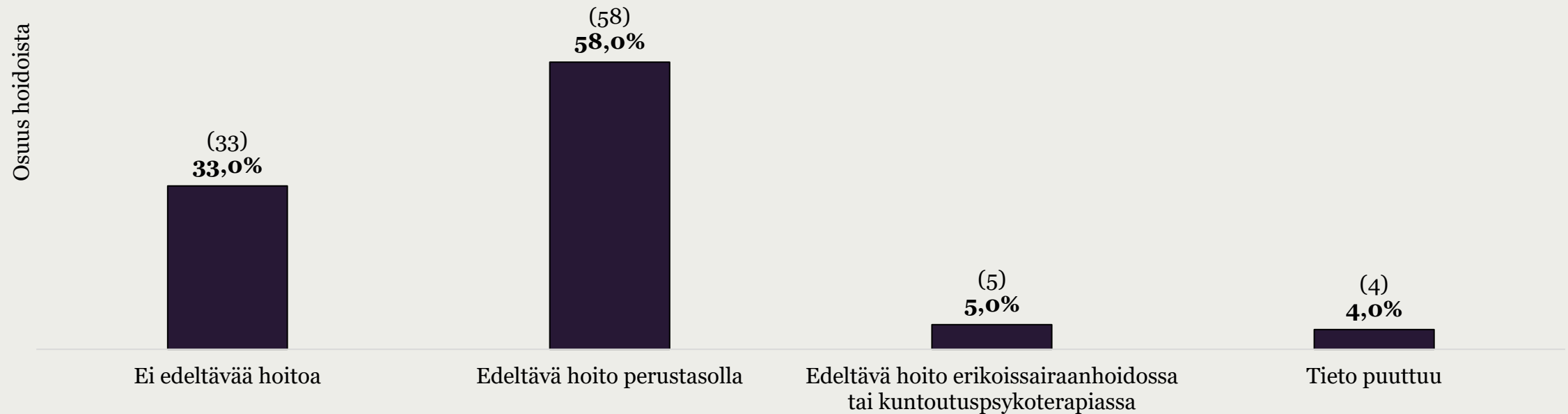
Sosiaalisen jännittämisen oireiden jakauma hoidon alussa

SPIN-FIN (n = 100)



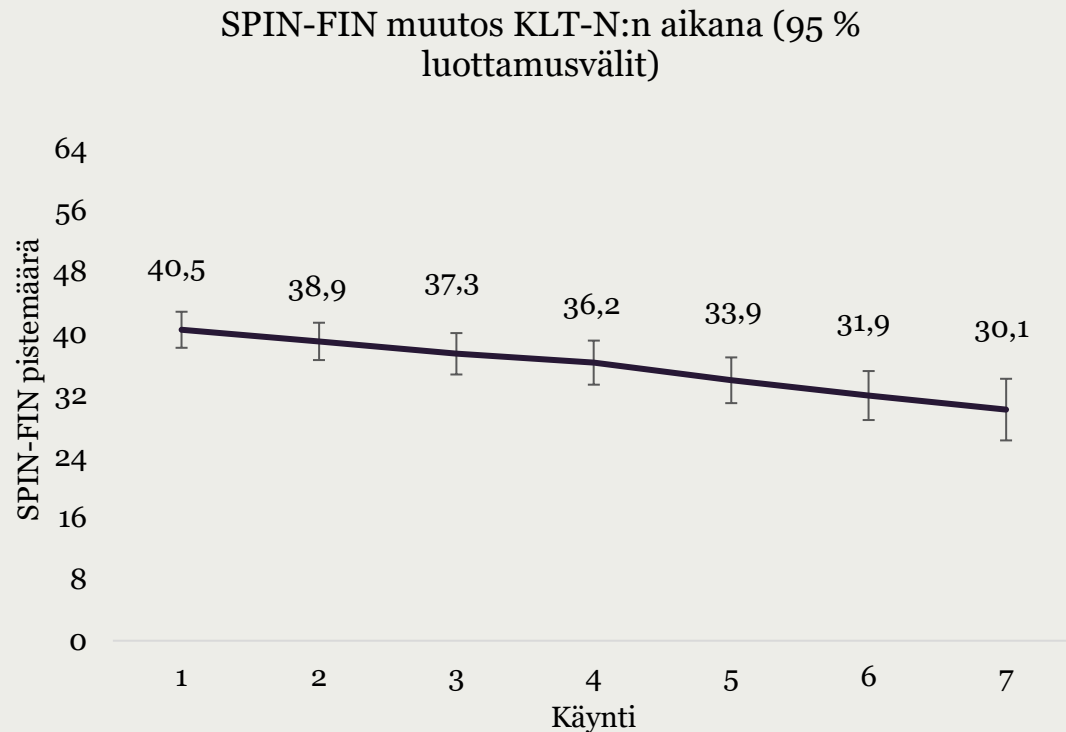
Yli puolella sosiaalisen jännittämisen hoito-ohjelman käyväällä on edeltävää hoitoa perustasolla

(n = 100)



Alussa häiriötasoisesti oireilevista 28 % ei hoidon jälkeen oireile enää häiriötasoisesti

(n = 100)

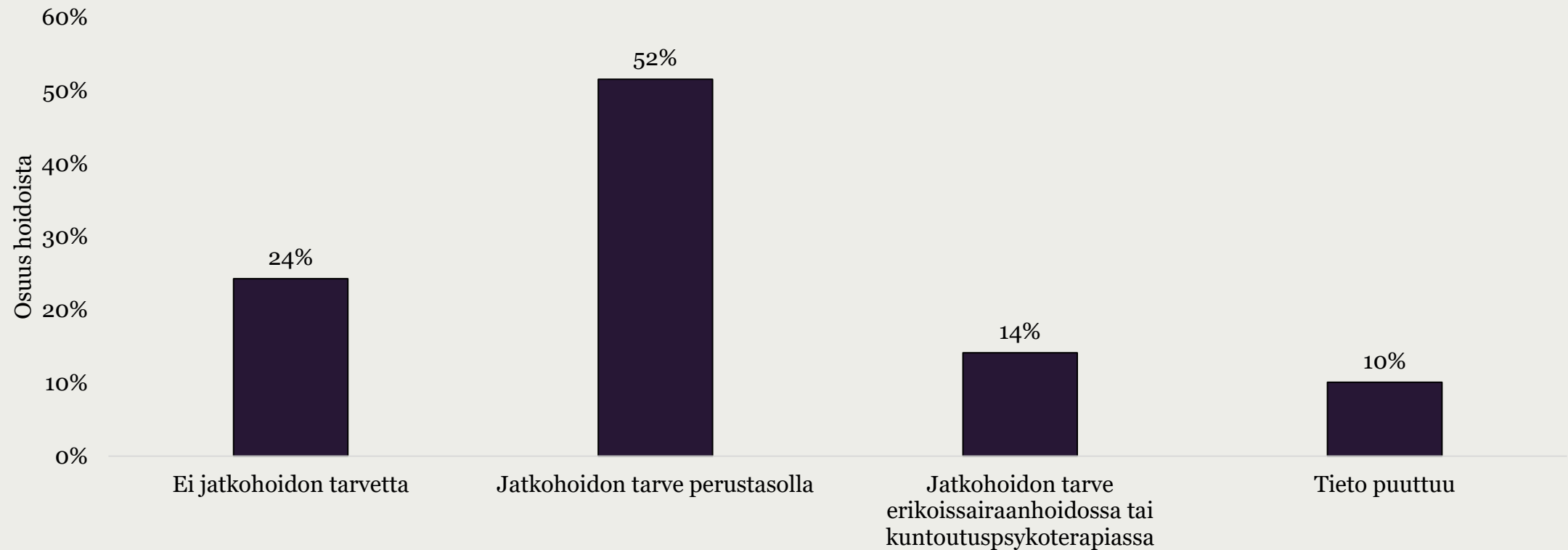


| SPIN-FIN | n (%) |
|---------------------------------------|-------------|
| Häiriötasoinen oireilu hoidon alussa | 89 (89,0 %) |
| Häiriötasoinen oireilu hoidon lopussa | 64 (64,0 %) |

Keskimääräinen oirepistemuutos **-9,3**
Ei jatkohoidon tarvetta **24,0 %**

Joka neljäs sosiaalisen jännittämisen hoito-ohjelman käynyt ei tarvitse jatkohoitoa

(n = 100)



Terapiat
etulinjaan

Nuorten kokemuksia kognitiivisesta lyhytterapiasta

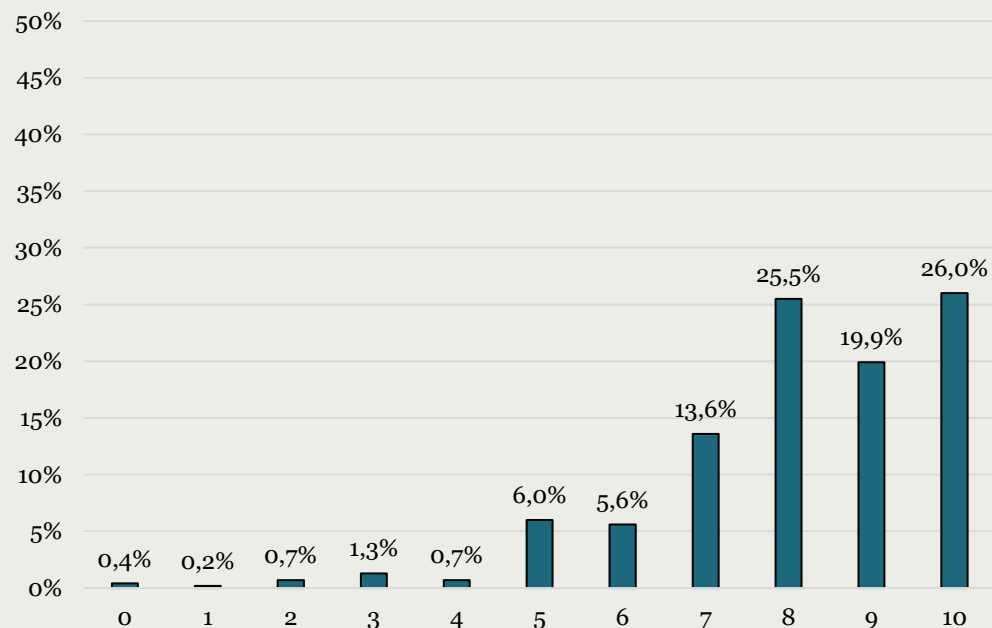


**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

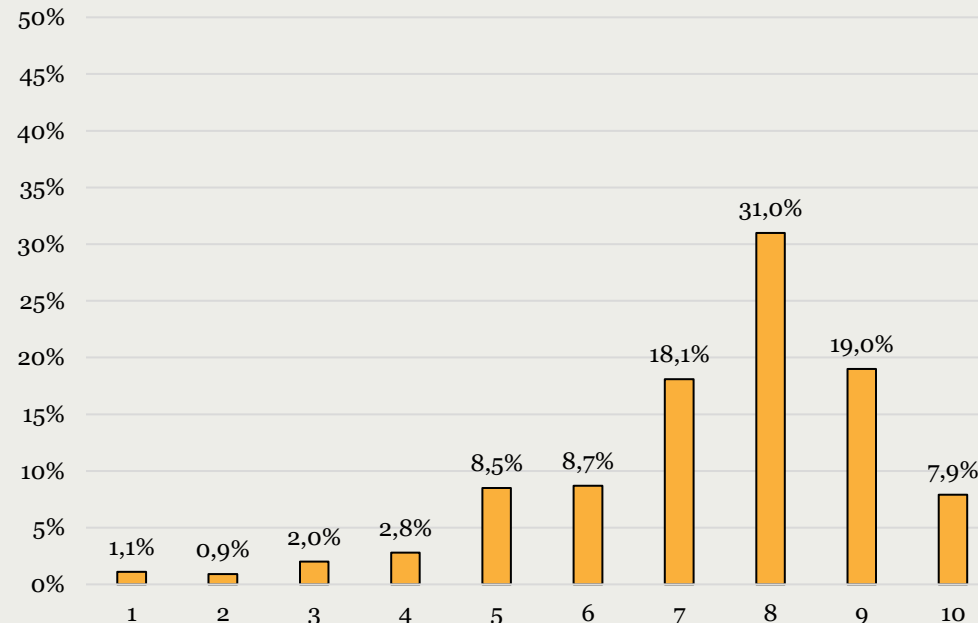
Nuorten kokemuksia kognitiivisesta lyhytterapiasta

Arvio hyödyllisyydestä ja suosittelu

Kuinka todennäköisesti suosittelisit lyhytterapiaa toiselle samankaltaisessa tilanteessa olevalle
(0=en lainkaan todennäköisesti, 10=erittäin todennäköisesti)



Miten hyvin koit lyhytterapian sopivan juuri sinun tilanteeseesi?
(0=ei lainkaan, 10=täydellisesti)



Nuorten kokemuksia kognitiivisesta lyhytterapiasta

Kooste avoimista vastauksista

Kokemuksia hyödyllisyydestä (yht. 104 vastausta):

- Uusia näkökulmia ja ajateltavaa
- Selkeyttä ahdistuneisuuteen liittyen
- Monet harjoitukset koettiin hyödyllisenä
- Keinoja rauhoittaa itseä
- Ymmärrys ahdistuksesta laajeni
- Uusia keinoja käsitellä vaikeuksia
- Kuulumisten kertominen oli mukavaa
- Puhumisesta on apua
- Säännöllisyys koettiin hyvänä
- Toimintapäiväkirja koettiin hyvänä
- Ei osattu sanoa, mikä oli hyödyllistä

Kokemuksia haitallisuudesta (yht. 11 vastausta):

- Ei oma juttu
- Ahdistus lisääntyi tapaamisten jälkeen
- Liikaa tietoa
- Työlästä ja stressaavaa
- Huolihetki liian vaikea
- Menee liian nopeasti
- Ei kiinnostanut

Terapiat
etulinjaan

KLT-N vs. Ahdistuksen kognitiivinen
lyhytinterventio (ALI) vs. Cool Kids



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

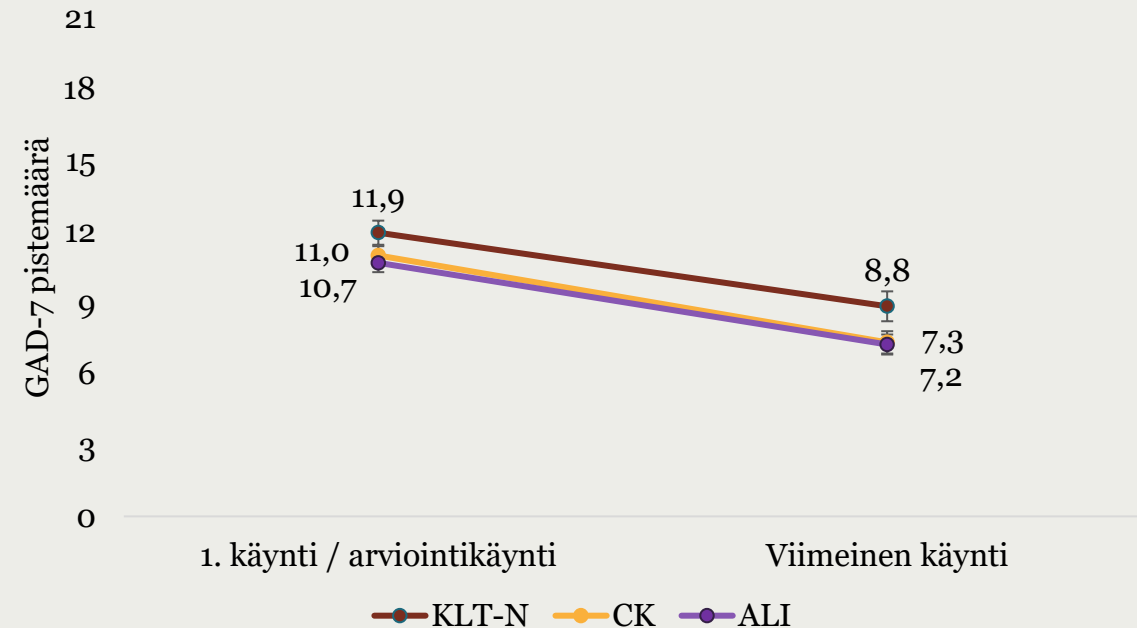
Oirepisteet laskevat hoidon aikana yhtä paljon KLT-N:ssä, ALI:ssa ja CK:ssa

- Oirepisteiden lasku näyttäytyy yhtä suurena KLT-N:n, ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention (ALI) ja Cool Kidsin (CK) välillä* .
- Kaikissa vertailuissa on verrattuna nuorten kanssa toteutettuja hoitoja.

*Alkupisteissä ei tilastollisesti merkitsevää eroa, $F(1, 1187) = 1.07, p = .301$.

**Oirepisteiden muutoksessa ei tilastollisesti merkitsevää eroa, $F(1, 1083) = 0.053, p = .819$.

GAD-7 muutos KLT-N:n, CK:n ja ALI:n aikana (95 % luottamusvälit)



KLT-N muita useammin häiriötasoista oireilua ja aikaisempia hoitoja

| GAD-7 | KLT-N, n (%) | ALI, n (%) | CK, n (%) |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Häiriötasoinen oireilu hoidon alussa | 184 (72,4 %) | 268 (59,2 %) | 313 (63,9 %) |
| Luotettava toipuminen* | 81 (31,9 %) | 131 (28,9 %) | 110 (35,1 %) |
| Luotettava voinnin paraneminen** | 111 (43,7 %) | 210 (46,4 %) | 181 (46,6 %) |
| Luotettava voinnin heikkeneminen** | 12 (4,7 %) | 6 (1,3 %) | 7 (1,5 %) |
| Keskimääräinen oirepistemuutos | -3,1 | -3,4 | -3,5 |
| Muutoksen efektikoko | 0,66 | 0,78 | 0,80 |
| Ei edeltävää hoitoa | 30,1 % | 57,8 % | Tieto puuttuu |
| Ei jatkohoidon tarvetta | 28,3 % | 45,7 % | 44,9 % |

* Luotettava toipuminen: vähintään neljän (4) pisteen muutos (Toussaint ym., 2020) ja siirtyminen häiriötasoisesta (≥ 10) oireilusta ei-häiriötasoiseen oireiluun

** vähintään neljän pisteen vähenemä

*** vähintään neljän pisteen kasvu

**Terapiat
etulinjaan**

**Mitä nämä tulokset meille
kertovat?**



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Perustasolla toteutetaan vaikuttavaa terapiaa

- Kognitiivinen lyhytterapia nuorilla kohdentuu useimmiten masennus-, ahdistus- tai sosiaalisen jännittämisen oireisiin.
 - Yli puolella (n. 66 %) on taustalla aiempaa hoitoa.
- Perustasolla hoidetaan sekä lieviä, keskivaikeita että vaikeita oireita.
- Oiremittareilla mitattuna:
 - Masennusoireet vähenivät masennusta hoidettaessa keskimäärin 3,4 –pistettä PHQ-9-oirekyselyllä mitattuna. Lähes joka neljäs häiriötasoisesti oireileva toipuu alle häiriötason hoidon aikana.
 - Ahdistusoireet vähenivät ahdistusta hoidettaessa keskimäärin 3,1 –pistettä GAD-7 oirekyselyllä mitattuna. Lähes kolmannes häiriötasoisesti oireileva toipui alle häiriötason hoidon aikana.
 - Sosiaalisen jännittämisen oireissa SPIN-FIN oirekyselyllä mitattuna oirepisteet vähenivät 9,3 pistettä. Hoidon alussa häiriötasoisesti oireilleista 28 % ei oireillut enää hoidon jälkeen häiriötasoisesti.
- KLT-N:n arjen tulokset ovat odotusten mukaisia ja vertailukelpoisia ALI- ja Cool Kids -interventioihin, vaikka KLT-N:n asiakasryhmä on keskimäärin oirekuvaltaan vaikeampi ja taustalla on useammin edeltävää hoitoa.

Nuorten kognitiivinen lyhytterapia osana porrastettua hoidon ja tuen mallia

- KLT-N ja muut kolmannen portaan interventiot ovat keskeinen osa porrastettua hoidon ja tuen mallia silloin, kun opiskeluhuollon tarjoama ennaltaehkäisevä tuki ei riitä. Ne ovat tarpeellisia, kun nuoren oirekuva edellyttää moniammatillista työskentelyä, transdiagnostista osaamista ja hoidollisia menetelmiä.
- Kolmannen portaan interventioiden saatavuus palvelujärjestelmässä mahdollistaa oikea-aikaisen, lähellä toteutuvan ja verkostoihin nivoutuvan hoidon ennen kuin tilanne edellyttää nuorisopsykiatrasta erikoissairaanhoidoa. Tämä vähentää hoitoketjun kuormitusta ja ehkäisee ongelmien syvenemistä sekä nuoren että palvelujärjestelmän näkökulmasta.
- Keskeinen pullonkaula on ollut menetelmien rajallinen saatavuus, mikä on voinut johtaa pitkiin odotusaikoihin ja hoidon aloituksen viivästymiseen.

**Terapiat
etulinjaan**

Lähdeviitteet



**European unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Lähteet

1. Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ- 9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001 Sep;16(9):606-13.
3. McMillan D, Gilbody S, Richards D. Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *Journal of affective disorders*. 2010 Dec 1;127(1-3):122-9.
4. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22;166(10):1092-7.
5. Toussaint, A., Hüsing, P., Gumz, A., Wingenfeld, K., Härter, M., Schramm, E., & Löwe, B. (2020). Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). *Journal of affective disorders*, 265, 395-401.