

2. Ammatilaisen ja nuoren yhteistyösuhde

Pyri luomaan luottamuksellinen yhteistyösuhde ja tue nuorta säännöllisesti, sillä

- **luottamuksellinen yhteistyösuhde ammatilaisen ja nuoren välillä osana digitaalista menetelmää voi olla tärkeä tekijä masennusoireiden lievittämisessä. (C)**

Terapeutin arvioima parempi yhteistyösuhde (SAI-T) ennusti parempaa tunnesäätelyä seuraavalla viikolla (ERSQ-9: kerroin = 0,03; 95 % CI 0,01–0,06; $p = 0,02$). Parempi tunnesäätely puolestaan ennusti vähäisempiä masennusoireita seuraavalla viikolla (QIDS-A17-SR: kerroin = -0,06; 95 % CI -0,09–0,02; $p = 0,01$). Yhteistyösuhteen epäsuora vaikutus masennukseen oli -0,002 (95 % CI -0,004–0,000; $p = 0,046$).

Potilaiden arvioima parempi yhteistyösuhde (SAI-P) ennusti parempaa tunnesäätelyä seuraavalla viikolla (ERSQ-9: kerroin = 0,05; 95 % CI 0,02–0,07; $p = 0,001$). Parempi tunnesäätely puolestaan ennusti vähäisempiä masennusoireita seuraavalla viikolla (QIDS-A17-SR: kerroin = -0,03; 95 % CI -0,06–0,00; $p = 0,04$). Yhteistyösuhteen epäsuora vaikutus masennukseen oli -0,002 (95 % CI -0,003–0,000; $p = 0,046$). Terapeuttisen yhteistyösuhteen vaikutus hoitotulokseen oli samanlainen molemmissa terapiamuodoissa (Satorra–Bentler $\Delta\chi^2(1) = -0,08$; $p = 0,77$).

Ruotsalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa¹ ($n = 272$ 15–19-vuotiasta nuorta) tutkittiin terapiasuhteen (therapeutic alliance) ja tunne-elämän säätelyn (emotion regulation) ennustavuutta hoitotuloksiin nuorten masennuksen internetvälitteisessä hoidossa. Osallistujat satunnaistettiin kahteen ryhmään: internetvälitteiseen psykodynaamiseen terapiaan tai kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, kumpikin kesti kymmenen viikkoa. Sukupuolijakauma oli tasapainoinen (naisia 81 %, miehiä 19 %), ja keski-ikä oli 17,1 vuotta (vaihteluväli 15–19). Vertailukohtana olivat eri terapiamuodot, mutta tutkimuksessa ei ollut puhtaasti itseohjautuvaa interventioryhmää eikä odotuslistakontrollia. Mittareina käytettiin Quick Inventory of Depressive Symptomatology—Adolescents (QIDS-A17-SR; asteikko 0–27, suurempi pistemäärä kuvaa vaikeampia oireita) masennusoireiden mittaamiseen sekä Emotion Regulation Skills Questionnaire – lyhytversiota (ERSQ-9; asteikko 0–36, korkeammat pisteet kuvaavat parempia tunteita). Lisäksi terapiasuhdetta arvioitiin Session Alliance Inventory -kyselyllä (SAI) potilaan (SAI-P) ja terapeutin (SAI-T) näkökulmasta viikoittain (asteikko 6–36, korkeampi pistemäärä ilmaisee vahvempaa liittoutumista).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/11, puutteet kriteereissä 3, 6, 8, 13. Kriteerit 4 ja 5 N/A.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Digitaalisella terveydenhuollon ammatilaisen säännöllisen chat-tuen sisältävällä kognitiivisen käyttäytymisterapian hoito-ohjelmalla oli suurempi vaikutus nuorten masennusoireiden lievittämiseen verrattuna kontrolliryhmään, jossa oli terapeutin tuki mutta ei digitaalista strukturoitua hoito-ohjelmaa (Cohen's $d = 0,71$; 95 % CI 0,22–1,19; $F(1,67) = 6,18$; $p < 0,05$). Interventioryhmässä masennusoireita kuvaavan BDI-II-mittarin pistemäärän keskiarvo laski 33,1:stä (SD 9,4) 19,9:ään (SD 7,2), kun taas kontrolliryhmässä lasku oli 32,3:sta (SD 10,2) 25,2:een (SD 7,8). Interventioryhmässä 42,4 % saavutti vähintään 50 % laskun BDI-II-pisteissä (vs. 13,5

% kontrolliryhmässä; $p < 0,01$). Vaikutus säilyi 6 kuukauden seurannassa (interventoryhmän BDI-II keskiarvo 6 kk kohdalla oli 18,6; SD 1,8).

Ruotsalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa² arvioitiin internetvälitteisen, terveydenhuollon ammattilaisen chat-tuen sisältävän kognitiivisen käyttäytymisterapian (iCBT) vaikuttavuutta nuorten masennuksen hoidossa. Tutkimukseen osallistui 70 nuorta (ikä 15–19 v.), jotka satunnaistettiin hoitoryhmään (iCBT, $n = 33$) ja vertailuryhmään (kontrolli, $n = 37$). Sukupuolijakauma painottui naisiin; iCBT-ryhmässä tyttöjä oli 31 (93,9 %), kontrolliryhmässä tyttöjä oli 35 (94,6 %). Iän keskiarvo oli noin 17 vuotta sekä interventio- että kontrolliryhmässä. Osallistujilla oli diagnosoitu masennus, lisäksi merkittävällä osalla osallistujista oli ahdistuneisuushäiriödiagnoosi (interventio $n = 24$, kontrolli $n = 29$). Interventio koostui kahdeksasta viikoittaisesta internetvälitteisestä moduulista sekä ohjatusta chat-terapiasta (yhden terapeutin pitämä, noin 30 min/vko). Moduulit sisälsivät psykoedukatiota, käyttäytymisen aktivoitua, kognitiivista uudelleenmuotoilua, ahdistuksen hallintaa, tunne- ja mielenhallintataitoja ja oireiden uusiutumisen ehkäisyä. Kontrolliryhmän hoito koostui huomion hallinnasta, seurannasta ja ei-määritetystä neuvonnasta, joiden avulla kontrolloitiin aikaan liittyviä ja hoitoon liittyviä tekijöitä, kuten hoitajan antamaa huomiota ja odotuksia. Kontrolliryhmän osallistujille nimettiin vastaava terapeutti, johon he saattoivat tarvittaessa olla yhteydessä. Lisäksi heillä oli rajattu pääsy ohjelma-alustalle, jossa he täyttivät seurantakyselyn kerran viikossa. Lopputulosmuuttujina arvioitiin masennusoireita Beck Depression Inventory II (BDI-II, 21 kysymystä, 0–63 pistettä, korkeamat pisteet = vakavampi masennusoireisto), masennuksen vakavuutta Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, 0–27), ahdistusta Beck Anxiety Inventory (BAI, 0–63, katkaisupisteet 14–19 lievä, 20–28 keski-vaikea, 29–63 vaikea), sosiaalista ahdistusta Social Interaction Anxiety Scale (SIAS, 0–80), koettua elämään tyytyväisyyttä Satisfaction With Life Scale (SWLS, 5–35) sekä minäpystyvyyttä General Self-Efficacy Scale (GSE, 10–40). Aineisto kerättiin ennen interventiota sekä heti että kuusi kuukautta intervention päättymisen jälkeen internetalustan sähköisillä kyselyillä ja diagnostisilla MINI-haastatteluilla. Tilastollisessa analyysissä käytettiin intention-to-treat-asetelmaa ANCOVA:a, jossa lähtötason pisteet olivat kovariaattina. Puuttuvat tiedot imputoitiin moninkertaisella imputoinnilla. Lisäksi käytettiin itsenäistä t-testiä, Pearsonin khin neliö -testiä ja Cohenin d:tä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10, Kriteerit 4, 5, 6 N/A

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Tämä tutkimus sisältyy tässä suosituksessa mukana oleviin seitsemään katsaukseen (Dülsen & Baumeister 2025, Ma ym. 2024, López-Soler ym. 2024, Noh ym. 2023, Wu ym. 2023, Wickersham ym. 2022, Christ ym. 2020) mutta niissä ei tarkasteltu rakennetta eikä säännöllisyyttä.

Internetvälitteinen terapeutin tukema affektifokusoitu psykodynaaminen terapia vähensi nuorten masennusoireita enemmän verrattaessa kontrolliryhmään, jossa ei ollut strukturoitua hoito-ohjelmaa ja ihmiskontakti rajoittui viikoittaisiin viesteihin. Vaikutukset masennusoireiden kohdalla todettiin sekä intervention jälkeen (d 0,82; p = 0,01) että kuuden kuukauden kuluttua (d 0,80; p < 0,001). Interventio oli vaikuttavampi myös ahdistusoireiden kohdalla (d 0,78; p < 0,001).

Ruotsalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa³ (n = 76 nuorta, keski-ikä 16,6 v.) verrattiin affektifokusoitua psykodynaamista terapiainterventiota internetpohjaiseen ei-strukturoituun tukeen. Osallistujat ohjautuivat itse tutkimukseen nettisivun kautta. Terapeutti tai psykologi teki diagnostisen haastattelun (MINI 7.0 -diagnostinen haastattelu ja C-SSRS – itsemurhariskin arviointiasteikko) puhelimitse. Terapiainterventio koostui kahdeksasta terapeutin tukemasta itsehoitomoduulista, jotka toteutettiin kahdeksan viikon aikana suojatulla internet alustalla. Moduulit koostuivat tekstiviesteistä ja videoista, joita seurasi harjoitteet, jotka lähetettiin terapeutille. Terapeutti antoi harjoitteista palautteen, yleensä noin 24 tunnin sisällä arkipäivinä. Lisäksi interventioon sisältyi 30 minuutin chat-keskustelu terapeutin kanssa viikoittain. Osallistujat saattoivat ottaa yhteyttä terapeuttiinsa milloin tahansa intervention aikana internet alustan kautta. Kontrolliryhmällä oli internetvälitteinen tukikontakti, jossa viikoittain seurattiin oireita ja hyvinvointia. Joka viikko kontrolliryhmään kuuluvat saivat terapeutilta tekstiviestin, joka sisälsi kysymyksiä koskien osallistujan hyvinvointia kuluneelta viikolta. Osallistujat saattoivat myös milloin tahansa ottaa yhteyttä terapeuttiinsa alustalle rakennetun viestijärjestelmän kautta. Terapeutit tarjosivat tavanomaista tukea, empatiaa ja kannustivat kontrolliryhmään osallistuneita kertomaan vaikeista elämäkokemuksistaan, mutta eivät käyttäneet lainkaan psykoterapeuttisia tekniikoita tai interventioita. Masennus- ja ahdistusoireita arvioitiin ennen interventiota ja sen jälkeen, sekä kuuden kuukauden kuluttua intervention päättymisestä. Masennusoireita arvioitiin QIDS-A17-SR- ja MADRS-S-itsearviointi-mittareilla. Ahdistusoireita arvioitiin GAD-7-mittarilla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 12/12

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Osallistujista 80 % oli tyttöjä. Tämä tutkimus sisältyy tässä suosituksessa mukana oleviin viiteen katsaukseen (Dülsen & Baumeister 2025, López-Soler ym. 2024, Ma ym. 2024, Wu ym. 2023, Eilert ym. 2022), mutta niissä ei tarkasteltu eroa säännöllisen terapeutin tuen ja minimaalisen ihmiskontaktin välillä.

Nuoret kokivat **digitaalisella menetelmällä toteutettuun hoitoon liittyvää huolta** siitä, miten heidän tietojensa käsiteltäisiin, välittyisikö tietoa vanhemmille ja millaisia seuraamuksia saattaisi tulla, jos he kertoisivat matalasta mielialastaan terveydenhuollon ammattilaiselle. Nuoret olivat yhtä mieltä siitä, että he jakaisivat tietoa voinnistaan vain luotettavaksi kokemalleen henkilölle.

Ammattilaiset kokivat erityisen tärkeiksi **järjestelmällisen lähestymistavan ja terapeutin toivoa antavan yhteistyön** käytettäessä digitaalista menetelmää masennuksen hoidossa. Heidän mielestään oli ensisijaista, että menetelmän käyttö ja tapaamiset terapeutin kanssa olivat tasapainossa.

Isobritannialaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁴ selvitettiin nuorten ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia ja näkemyksiä tietokonevälitteisestä käyttäytymisen aktivointi -ohjelmasta masennuksen hoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa uuden tietokonevälitteisen terapiaohjelman kehittämistä varten nuorille, joilla on matala mieliala tai masennus. Osallistujat rekrytoitiin neljästä kansallisen terveydenhuollon toimipisteestä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 27 henkilöä, jotka olivat terveydenhuollon palveluja käyttäviä nuoria (n = 9), lähiyhteisön nuoria, jotka eivät olleet palvelujen piirissä (n = 9) sekä terveydenhuollon ammattilaisia (n = 9). Palveluita käyttävät nuoret olivat iältään 11–16-vuotiaita ja 88 % heistä oli naisia. Osallistujista terveydenhuollon ammattilaiset olivat sairaanhoitajia (n = 4), psykologeja (n = 2), mielenterveystyöntekijä oppilaitoksessa (n = 1), tukityöntekijä (n = 1), taideterapeutti (n = 1), joilla oli vaihteleva kokemus (0–20+ vuotta) ja tietotekniikan osaamistaso. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla ryhmähaastatteluilta sekä yksilöhaastatteluilta. Haastattelussa käytettiin toimintakortteja ja keskustelutehtäviä, joiden avulla osallistujat pääsivät arvioimaan ohjelman sisältöjä ja muotoilua. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puute kriteerissä 6
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **ammattilaisen tarjoama säännöllinen tuki ilmeisesti vahvistaa nuoren sitoutumista digitaaliseen menetelmään ja edistää sen loppuun saattamista. (B)**

Motivoivat haastattelut ja ammattilaisen kontaktit lisäsivät nuorten sitoutumista masennuksen ennaltaehkäisyohjelmaan. Motivoivien keskustelujen kokonaismäärä lisäsi merkittävästi suoritettujen moduulien määrää, sivustolla vietettyä aikaa sekä kirjoitettujen merkkien määrää. Jokainen motivoivan keskustelun kerta johti siihen, että osallistujat suorittivat 2,23 moduulia enemmän ($p < 0,0001$), viettivät 67,896 minuuttia enemmän sivustolla ($p < 0,0001$) ja kirjoittivat 2 054,201 merkkiä enemmän sivustolla ($p < 0,0001$).

Kontaktien kokonaismäärä ei merkittävästi lisännyt suoritettujen moduulien määrää, mutta lisäsi merkittävästi sivustolla vietettyä aikaa. Jokainen ylimääräinen kontakti lisäsi osallistujien sivustolla viettämää aikaa 3,825 minuuttia ($p < 0,0001$) ja osallistujien kirjoittamien merkkien määrää 109,120 merkkiä ($p = 0,0161$).

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁵ tarkasteltiin internetvälitteisen masennuksen ennaltaehkäisyohjelman (CATCH-IT) vaikutusta nuorten masennukseen ja interventioon sitoutumiseen. Tutkimukseen osallistuneet nuoret (n = 369, ikä 12–18 vuotta) osallistuivat 15-osaisen itseohjautuvan moduulin interventioon. Nuorten masennusoireiden esiintymistä mitattiin CES-D-mittarilla (20 tai 10 kysymystä, asteikko 0–4, jossa 4 kuvaa korkeaa masennuksen riskiä. Kysely täytettiin ennen interventiota sekä 2, 6 ja 10 kuukautta intervention jälkeen). Tutkimuksessa tarkasteltiin myös nuorten interventio-ohjelman internetsivustolla viettämisen ajan pituutta, moduulien suorittamista ja aktiivisuutta ohjelmassa sekä nuorten saamaa tukea toteutuneiden kontaktien ja motivoivien haastattelujen kokonaismäärän perusteella. Tutkimuksen aineisto analysoitiin sekavaikutusmallilla, lineaarisilla regressiomalleilla ja kuvailevin tilastollisin menetelmin

Laadunarvioinnin tulos: JBI 7/9, puutteet kriteereissä 6 ja 8
Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Internetvälitteisiin ohjelmiin osallistuminen, joissa nuori osallistu kasvokkaiseen tai reaaliaikaiseen ohjaukseen (esim. opettajan tai terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamana), johti parempaan sitoutumiseen ja ohjelman loppuun saattamiseen. Pelkkä automatisoitu palaute (esim. avatar tai sähköpostimuistutukset) ei ollut yhtä tehokas ilman ihmiskontaktia (n = 3 tutkimusta).

Realistisessa katsauksessa⁶ tarkasteltiin internet pohjaisten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (CBT) tai interpersoonallinen terapiaan (IPT) -pohjautuvien interventioiden vaikutuksia nuorten masennusoireisiin. Katsauksessa tarkasteltiin ohjelmien teknologisia ja ohjelman toteutukseen liittyviä piirteitä sekä niiden yhteyksiä hoitotuloksiin ja ohjelman käyttöön. Katsaukseen valittiin yhteensä 59 dokumenttia, jotka käsittelivät 19 erillistä internetpohjaista interventiota. Valituista dokumenteista 45 oli julkaistuja tutkimusartikkeleita, kuusi kliinisten tutkimusten protokollaa ja kahdeksan muuta dokumenttia (esim. Arviointiraportteja, implementointisuunnitelmia jne.) Katsaukseen valituista tutkimuksista 28 tehtiin laadunarviointi, näistä 15 oli satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, kolme ei satunnaistettuja interventiotutkimuksia, kolme kuvailevaa määrällistä tutkimusta, neljä monimenetelmä tutkimusta ja kolme laadullista tutkimusta. Katsauksen dokumentit oli julkaistu vuosina 2006–2016. Katsauksessa hyödynnettiin realistista synteesiä ja Persuasive System Design (PSD) -mallia, jonka avulla analysoitiin, miten ohjelmien suunnitteluelementit (esim. tehtävien pilkkominen, visuaalinen houkuttelevuus, käyttäjän ohjaaminen, itsearviointi) vaikuttivat nuorten sitoutumiseen, tyytyväisyyteen ja oireiden lievittymiseen. Katsauksessa tunnistettiin viisi keskeistä konteksti–mekanismi–tulos (C-M-O) -konfiguraatiota, jotka selittivät intervention vaikutuksia. MMAT-arvioinnin mukaan mukana olleista 28 tutkimuksesta suurin osa täytti vähintään kaksi neljästä laadullisesta kriteeristä. Korkealaatuisimpia ohjelmia olivat MoodGym, SPARX ja CATCH-IT.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 11/11

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Tutkimusten laatua arvioitiin Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) -työkalulla, ja useimmat tutkimukset saavuttivat vähintään 2/4 laatukriteeriä. Vaikka kvantitatiivista vaikuttavuusarviota ei tehty, katsaus onnistuu hyvin selittämään, miksi tietyt ohjelmat toimivat paremmin kuin toiset. Katsauksen rajoituksia olivat epätasainen ohjelmakuvaus, puutteellinen tieto käyttäjien todellisesta vuorovaikutuksesta ohjelmien kanssa sekä vähäinen tieto pitkäaikaisvaikutuksista.

Kannusta nuorta tavoitteelliseen työskentelyyn tehtävien tekemisessä ja anna nuorelle palautetta osana digitaalista menetelmää, sillä

- **digitaalisissa menetelmissä kotitehtävien tekemiseen sitoutuneilla nuorilla masennuksen hoitotulokset voivat olla paremmat. (C)**

Niiden nuorten, jotka tekivät enemmän interventioon kuuluvia kotitehtäviä, masennusoireet helpottivat merkittävästi enemmän kuin vähemmän kotitehtäviä tehneiden (Mann-Whitney U-testin $U = 27,00$; $p < 0,01$ PHQ-9-mittarilla). Myös CES-D-pisteet laskivat enemmän paremmin kotitehtäviin sitoutuneilla nuorilla ($21,73 \rightarrow 11,40$) kuin heikommin sitoutuneilla ($25,20 \rightarrow 16,40$), mutta ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää.

Etelä-Korealaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁷ tutkittiin tietokonepohjaisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (CCBT) tehokkuutta masennukseen ja selvitettiin ohjelmaan osallistuneiden masentuneiden nuorten ominaispiirteitä ($n = 376$). Hoitoryhmä ($n = 28$) osallistui CCBT:hen terapeuttisen tuen avulla ja kontrolliryhmä ($n = 27$) määrättiin odotuslistalle ilman muuta hoitoa viiden viikon ajaksi. Ennakoarvioinnit suoritettiin molemmissa ryhmissä ennen interventiota. Viiden viikon jälkeen jälkiarviointeihin osallistui 25 nuorta kummastakin ryhmästä. CCBT-ohjelma koostui kymmenestä 30 minuutin istunnosta, joita pidettiin kahdesti viikossa viiden viikon ajan. Jokainen osallistuja sai kymmenen minuuttia terapeuttista tukea jokaisen istunnon aikana, yhteensä 100 minuuttia. Tutkimuksessa käytetyt mittarit arvioivat masennusta (PHQ-9- ja CES-D-mittarit), itsetuntoa (Rosenberg Self-esteem Scale), elämänlaatua ja muita psykologisia tekijöitä (tarkkaavaisuus ja muisti Wechsler Intelligence Scale -mittarin avulla). PHQ-9 pisteytetään summapisteyksellä (0–27), joissa suurempi pistemäärä kuvaa vakavampia masennusoireita. Lisäksi arvioitiin kotitehtävien noudattamisen laatua ja osallistujien sitoutumista

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 2 ja 9. Kriteerit 4, 5 ja 6 N/A.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Pieni otos ($n = 50$ intervention jälkeen), ei seurantamittauksia myöhemmin intervention jälkeen.

- **nuoret voivat kokea palautteen saamisen ammattilaisilta digitaalisten menetelmien vahvuudeksi (C)**

Nuoret kokivat yhdeksi internetvälitteisen **menetelmien vahvuudeksi** palautteen ja kommenttien saamisen terveydenhuollon ammattilaisilta niihin asioihin, joita nuoret kirjjasivat tukiohjelmaan.

Suomalaisessa monimenetelmätutkimuksessa⁸ tarkasteltiin nuorten kokemuksia internetvälitteisen Depis.Net-tukiohjelman palautteesta nuorisopsykiatrisen avohoidon kontekstissa. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata nuorilta saatu palaute järjestelmän käytöstä sekä arvioida palvelun laatua ja käyttökelpoisuutta. Tutkimukseen osallistui 46 nuorta, joista 74 % oli tyttöjä. Osallistujien keski-ikä oli 16 vuotta (vaihteluväli 15–17 vuotta). Palaute kerättiin osallistujilta sähköisellä 36 kysymyksen strukturoidulla ja kuvailevalla kyselyllä (5-portainen Likert-asteikko, 1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä) ja avokysymyksillä. Kysely jakautui ohjelman (1) Sisältöön (4 kysymystä), (2)

Rakenteeseen (6 kysymystä), (3) Ulkoasuun (10 kysymystä), (4) Käyttöön (9 kysymystä), ja (5) Tietoon (7 kysymystä). Määrällinen aineisto (n = 45) analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin (frekvenssi, mediaani) ja laadullinen aineisto (n = 34) temaattisella sisällönanalyysillä. **Tutkimuksen menetelmällinen laatu:** JBI 9/10, puute kriteerissä 6 **Sovellettavuus suosituksessa:** Hyvä

Lähteet

1. Lindqvist K, Mechler J, Falkenström F, Carlbring P, Andersson G, Philips B. Therapeutic alliance is calming and curing - The interplay between alliance and emotion regulation as predictors of outcome in internet-based treatments for adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2023; 91: 426-437. DOI: 10.1037/ccp0000815.
2. Topooco N, Berg M, Johansson S, Liljethörn L, Radvugin E, Vlaescu G, Nordgren LB, Zetterqvist M, Andersson G. Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial. *BJPsych Open* 2018; 4: 199–207. DOI: 10.1192/bjo.2018.18.
3. Topooco N, Byléhn S, Dahlström Nysäter E, Holmlund J, Lindegaard J, Johansson S, Åberg L, Bergman Nordgren L, Zetterqvist M, Andersson G. Evaluating the Efficacy of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Blended With Synchronous Chat Sessions to Treat Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2019; 21: e13393. DOI: 10.2196/13393.
4. Tindall L, Toner P, Mikocka-Walus A, Wright B. Perceptions of and opinions on a computerized behavioral activation program for the treatment of depression in young people: Thematic analysis. *Journal of Medical Internet Research* 2021; 23: e19743. DOI: 10.2196/19743.
5. Rogers J, Gladstone T, Van Voorhees B, Bunge EL. The role of human support on engagement in an online depression prevention program for youth. *Social Sciences* 2021; 10: 285. DOI: 10.3390/socsci10080285.
6. Wozney L, Huguet A, Bennett K, Radomski AD, Hartling L, Dyson M, McGrath PJ, Newton AS. How do eHealth programs for adolescents with depression work? A realist review of persuasive system design components in internet-based psychological therapies. *Journal of Medical Internet Research* 2017; 19: e266. DOI: 10.2196/jmir.7573.
7. Do R, Lee S, Kim J-S, Cho M, Shin H, Jang M, Shin M-S. Effectiveness and dissemination of computer-based cognitive behavioral therapy for depressed adolescents: Effective and accessible to whom? *Journal of Affective Disorders* 2021; 282: 885-893. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.177.
8. Anttila K, Anttila M, Välimäki M. A web-based adolescent depression support system: feedback and implications for the future. *Informatics for Health & Social Care* 2020; 45: 111-129.