

Central förvaltning

Medicinskt råd

Datum
2017-12-18

Dnr:LD17/04619

Medicinska rådets rekommendation angående skillnader mellan långvarig psykodynamisk psykoterapi jämfört med korttidspsykoterapi för barn.

Frågeställning

Frågeställningen fokuserar på skillnad i behandlingseffekt beroende på längd på psykoterapi (antal psykoterapeutiska samtal) när det gäller psykoterapeutisk behandling till barn och unga med psykiatriska tillstånd som till art och grad kräver specialistpsykiatrisk vård.

Åldersgruppen som avses är 3 – 12 år med psykiatriska diagnoser som uppförandestörningar, trottsyndrom, beteendestörningar som utagerande stort beteende, ångestsyndrom inklusive PTSD, förstämningssyndrom, somatoforma syndrom och maladaptiva stressreaktioner.

Den intervention som skall granskas är korttidspsykoterapi, upp till och med 25 samtal jämfört med långtidspsykoterapi, mer än 25 samtal. Frågan avser dessutom behandlingseffekter för de olika terapibetingelserna när de sker parallellt med föräldrainterventioner.

Huvudfrågan är om korttidspsykoterapi ger lika bra eller bättre behandlingseffekt än långtidspsykoterapi.

Metod

Frågeställningen har undersökts genom systematisk litteraturgenomgång utifrån följande.

1. Vetenskapliga artiklar som fokuserat på åldersgruppen 3-12, med angivna diagnosgrupper enligt ovan
2. Bred frågeställning utifrån evidensbaserade psykoterapeutiska metoder där psykoterapi ges till barnet med eller utan samtidiga insatser för föräldrarna
3. Artiklar som fokuserar på behandlingseffekter.

I första hand söktes artiklar som svarade mot samtliga tre områden. Av de framtagna artiklarna fokuserades i första hand på metastudier.

Eftersom frågan avsåg skillnad i behandlingseffekt mellan långvarig psykodynamisk barn psykoterapi jämfört med korttidspsykoterapi söktes också studier som fokuserades på behandlingseffekter beroende på psykoterapins längd.

I samtliga fall fokuserades i första hand på psykodynamisk terapi i andra hand på psykoterapeutisk behandling i vidare bemärkelse. Dessutom söktes artiklar som beskrev psykoterapi för barn i kombination med föräldrainterventioner.

Resultat

Sökningen genomfördes i såväl PubMed (se bilaga 1) som PsychInfo (Se bilaga 2). Totalt resulterade sökningen i 87 artiklar där abstract granskades utifrån relevans för frågeställningarna.

Ingen artikel svarade mot den ställda frågan om skillnad i behandlingseffekt mellan lång och kort psykodynamisk psykoterapi för barn och unga. Således inte heller skillnad i effekt mellan korttidspsykoterapi resp långtidspsykoterapi som sker parallellt med föräldrainterventioner.

Sex metastudier som ändå hade viss relevans för frågeställningen hittas och granskades. Dessutom granskades 3 artiklar som handlade om dose effect eller dose response vid psykoterapi för barn, Andrade et al. 2000, Bickman et al. 2002 och Salzer et al. 1999. När det gäller hur mycket psykoterapi som är effektiv så har det under senaste åren lanserats en ny teori som kallas Good enough level (GEL). En sökning om GEL och barn psykoterapi resulterade inte i någon träff.

Metastudier

De metastudier som granskades var följande:

- Weisz et al. 2006 fokuserade på effekten av psykoterapi vid depression hos barn och unga.
- Reynolds et al. 2012 berörde effekten av psykoterapi vid ångestillstånd hos barn och unga.
- Gutermann et al. 2016 var en studie som fokuserade psykologisk behandling vid post traumatisk stress hos barn och unga.
- Abbass et al. 2013 fokuserade på psykodynamisk korttidsterapi till barn och unga,.
- Weisz et al. 2013 fokuserade på evidensbaserad psykoterapi för unga jämfört med vanlig klinisk behandling,.
- Thulin et al. 2014 fokuserade på föräldrarnas medverkan i behandling av ångest hos barn, . Studien granskades då den var den enda övergripande artikeln som berörde frågeställningen om föräldrainterventioner.

I samtliga studier söktes efter information om behandlingseffekt för psykoterapi samt om det fanns någon information om behandlingens längd, dos, frekvens i förhållande till behandlingsutfall, information om föräldra-medverkan. Vidare fokuserades på typ av terapi och behandlingsutfall. Ingen av metastudierna, förutom Thulin et.al. 2014 fokuserade på behandling där föräldrarna samtidigt deltog varför den delen av frågeställningen inte kunde besvaras. Generell effekt av föräldrars medverkan på olika sätt, vid barnens psykoterapi granskades dock varför resultatet av denna studie redovisas.

I metastudierna redovisas Effect Size ES. En vanlig tolkning av ES är den som presenterades av Cohen 1988. Negativa ES värden innebär en negativ effekt, ett noll värde visar ingen effekt, värden över noll och upp till 0,2 indikerar en osäker effekt, värden över 0,2 men mindre än 0,5 tolkas som en liten till medel effekt, från 0,5 men mindre än 0,8 en medel till stor effekt och över 0,8 en stor effekt.

I Weisz et al. (2006) ingick 35 studier i en metaanalys om psykoterapi till deprimerade barn och unga. 7 studier handlade om barn – 13 år. Huvudsakligen var det kognitiv psykoterapi KBT men det fanns även studier där KBT kombinerades med andra insatser eller studier med interpersonell psykoterapi. Den övergripande behandlingseffekten för alla 35 studier var $ES = .34$ med $SD = 0,4$ och en range mellan $-.66 - 2.02$. För gruppen barn – 13 år var $ES = .41$. Behandlingens längd studerades också i hela materialet och jämförelse mellan behandlingar som var upp till 12 gånger jämfört med de som var 13 gånger eller mer visade

ingen skillnad i behandlingseffekt. De båda behandlingsgrupperna bedömdes vara jämförbara.

Reynolds et al. (2012) granskade 55 randomiserade studier som fokuserade på psykoterapi till barn unga med ångestproblematik. Ingen av studierna inkluderade psykodynamisk psykoterapi utan huvuddelen var KBT eller beteendeterapi. Generellt var effekten av psykoterapi för de yngre barnen, yngre eller lika med 13 år, medelgod, ES = 0.63. Jämfört med annan aktiv behandlingseffekt sjönk effekten för psykoterapi till liten eller medelstor. En granskning gjordes om effekten var beroende av antal insatser för både barn och unga. Mellan 1-4 insatser hade ingen effekt, ES = -0.02, 5-8 insatser ES = -0.35 och 9 eller fler mellan 0.65 – 0.77. Slutsatsen man drog var att om man skall uppnå medel eller stor behandlingseffekt bör man erhålla minst 9 terapitimmar. Patienterna i de olika studierna kom från blandade sammanhang, men en större del var kliniska sammanhang. Man studerade också effekten av att föräldrar var involverade i behandlingen och sammantaget noterades endast en minimal skillnad mellan de studier där föräldrar var delaktiga jämfört med ingen föräldramedverkan.

Gutermann et al. (2016) är en metastudie som fokuserar på behandling av PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) för barn och tonåringar, men redovisar också värden för behandling av ångest och depression. 135 studier granskades med totalt 9562 deltagare. Behandlingseffekterna varierade från små till stora beroende på vilka kontrollbetingelser som man jämförde behandlingen med, totalt redovisades ett ES = 0,89 för patienter med PTSD och 0,62 för depression och 0,64 för ångesttillstånden. Kognitiv beteende terapi gav de bästa behandlingseffekterna. Några studier med dynamisk metod fanns inte. Åldrarna för patienterna varierade med en medelålder på 12,55 (SD = 3,18 år) Antalet behandlingstillfällen varierade mellan 5 – 45 och någon studie där man jämförde grupper med olika behandlingsdos gjordes inte. Däremot jämfördes studier där patienternas föräldrar deltagit med de där de inte medverkat. Resultatet blev att i behandlingarna där föräldrarna var involverade visade signifikant bättre resultat.

Weisz et al. (2017) jämför behandlingseffekten för EBP (Evidence Based Psychotherapies) med annan klinisk behandling till barn och unga med psykisk ohälsa. EBP är ett samlingsbegrepp för systematisk psykologisk behandling utifrån evidensbaserade principer vilket gör att det inte går att särskilja olika terapier som psykodynamisk terapi i studien. Sammantaget granskades 52 randomiserade studier som direkt jämförde EBP med annan behandling. Psykoterapibetingelserna visade sammantaget bättre resultat ES = 0.29. Jämfört med annan behandling anses detta vara en stor skillnad till EBP:s fördel. Fortsatt granskning av mindre grupper i materialet som är av betydelse för de frågeställningar som ställts ovan visade att barn (≥ 12 år) hade betydligt sämre behandlingseffekt av EBP, ES = 0,16 jämfört med ES 0.34 för ungdomarna. I de fall där patienterna uppfyllde DSM diagnos var utfallet betydligt sämre, ES = 0,09 jämfört med ES = 0.45. Uppgifter om effekt enbart utifrån skillnad i terapin längd fanns inte. Uppgifter om föräldramedverkan parallellt med barnets psykoterapeutiska behandling fanns inte heller att tillgå i studien.

Abbass et al. (2013) studerade i en meta-analys innehållande 11 studier och 655 patienter effekten av korttidspsykoterapi baserad på psykodynamisk grund för barn och unga. Studien medger inte att man granskar de unga patienterna för sig. Det fanns inte heller några uppgifter om effekten av föräldrars medverkan. Däremot gjordes uppdelning utifrån olika psykiatriska svårigheter. Effekten av korttidspsykoterapin granskades både före och efter behandling samt vid uppföljning men också jämfört med annan psykiatrisk behandling generellt. Jämfört före och efter behandling var den generella effekten ES = 1.07 Effekten vid avslut jämfördes med uppföljning och en mindre fortsatt behandlingseffekt noterades generellt ES = 0.24. Jämfört med annan behandling så kunde ingen effekt till korttidspsykoterapins fördel noteras ES = 0.03 vilket kan tolkas som att korttidspsykoterapin fungerat lika bra som annan behandling i de studier som granskades.

Thulin et al. 2014 granskade hur föräldramedverkan påverkade behandlingseffekten vid psykoterapi för barn och unga vid ångesttillstånd där barnen får behandling med KBT. Sexton studier ingick i metastudien. Studierna jämförde specifik behandlingseffekten för KBT när barnen fick behandling själv jämfört med KBT där föräldrar på något sätt medverkade. Det övergripande resultatet var en icke signifikant fördel, ES -0,1 till behandlingar där barnen endast behandlades. En fördjupad granskning av patienternas åldrar som ingick i studierna visar att i 4 studier var patienterna mellan 7 – 13 år. I dessa studier var resultaten något bättre till fördel för föräldramedverkan, om än små skillnader. I tre av studierna var ES 0,146, 0,242 och 0,382. I den fjärde var resultaten till fördel för icke föräldramedverkan, ES = - 0,123.

Dose effect

Tre studier som studerat sambandet mellan mängden psykoterapi och behandlingseffekt när det gäller psykoterapi för barn granskades. Idén är att det finns ett samband mellan antal terapitimmar (dos) och behandlingsresultat (effect eller response), Salzer, Bickman och Lambert (1999). I studien deltog 567 patienter i åldrarna 5 -17 år, diagnoser framgår inte men skattades med instrument som fångade ångest, depression, tillbakadragenhet eller somatiska klagomål. Något samband mellan dos och behandlingseffekt kunde inte påvisas. Samma resultat redovisades i Andrade, Lambert Bickman (2000) och Bickman Andrade och Lambert (2002). Utifrån dessa studier finns inget stöd för ett samband mellan antalet terapitimmar och behandlingsutfall.

Studerad patientnytta/risker

Sammantaget visar de granskade studierna att psykoterapi har en positiv effekt men det finns inget i de granskade studierna som tyder på att långa psykoterapier generellt skulle ge bättre behandlingseffekter än kortare psykoterapier för barn och ungdomar. De granskade studierna visar på att psykoterapi ger positiva resultat men effekten av psykoterapi måste utvärderas under behandlingens gång för att ge underlag för när psykoterapin skall avslutas

För de yngre barnen ≤ 12 år visade de granskade studierna behandlingsresultat från liten till måttlig effekt varför man kanske skall vara mer noggrann innan man inleder psykoterapeutisk behandling i den åldersgruppen. Däremot var resultaten generellt bättre för de äldre barnen, ca 13 år och uppåt. KBT behandling, som också var den vanligaste behandlingen gav generellt bäst effekt. Ett resultat som skall tolkas med försiktighet så det är den behandling som studerats mest. Vad gäller föräldrarnas medverkan visade vissa studier på ett positivt resultat medan andra att det inte spelade någon roll. Således tveksamt till om det påverkar behandlingsutfallet. Eftersom föräldrar ofta är engagerade i barnens behandling lyfte vissa studier fram att det kan vara positivt att föräldrarna medverkar av andra skäl. Det framkom inget som tyder på att föräldramedverkan inte är lämpligt.

Ekonomiska aspekter

Psykoterapi är en kostsam behandlingsmetod då den löper under längre tid med regelbundna insatser. Det är därför viktigt att behandlingen inte är längre än vad som är motiverat utifrån rimligt uppsatta behandlingsmål. Kontinuerlig utvärdering är ur ett ekonomiskt perspektiv nödvändigt och skulle troligen medföra effektivare behandling.

Etiska aspekter

Ur ett etiskt perspektiv är noggrann bedömning inför behandlingsstart och löpande utvärdering av behandlingseffekten viktig. Behandlingen är kostsam och tillgånge

begränsad varför det är viktigt att det sker noggrann bedömning inför behandling och löpande utvärdering av behandlingsresultatet. På så sätt ökar möjligheten att de som behöver psykoterapi får ta del av det. Då behandlingseffekten var låg till medelgod bör detta värderas i förhållande till kostnader och andra mindre kostsamma behandlingsalternativ bör uteslutas. Frågeställningen avsåg främst barn mellan 3 – 12år. I den åldern kan man inte vara delaktig i val av behandling på samma grunder som en vuxen varför det är extra viktigt att urvalet sker systematiskt och att och genomförandet av behandlingen utvärderas.

Sammanfattning

Medicinska rådet konstaterar

Att det inte går att svara på frågan om skillnader mellan långvarig psykodynamisk barnpsykoterapi jämfört med korttidspsykoterapi som i båda fallen sker parallellt med föräldrainterventioner.

Att ingen studie visar på att behandlingseffekten generellt är bättre för längre psykoterapier jämfört med kortare

Att det inte finns tillräckligt med studier som jämför långvarig och kortvarig psykodynamisk behandling för barn speciellt.

Att psykoterapi, huvudsakligen KBT ger medel eller stor effekt framförallt till äldre barn.

Att behandlingseffekten inte är lika klarlagd när det gäller psykoterapi till barn 3 -12 år, Weisz (2017). I de fall det finns sådana studier visar de på ingen, liten eller måttlig effekt. För patienter med DSM diagnos sjönk behandlingseffekten för barn under 12 år till ingen eller låg.

Att föräldraimedverkan generellt inte ger bättre behandlingsresultat, Thulin et al. (2014).

Medicinska rådet bedömer

Att det inte går att svara entydigt på den ställda frågan.

Psykoterapi till barn 3 -12 år bör föregås av noggrann bedömning och generellt tyder de granskade studierna i Weisz et al. (2017) på att man som bäst kan förvänta sig måttliga resultat. Flera studier visade på inga effekter, främst för de barn med psykiatrisk diagnos varför bedömningen blir att man skall vara försiktig att inleda terapier i denna åldersgrupp.

Inget stöd för att längre terapier ger bättre effekt. Behandlingens längd måste kontinuerligt utvärderas och anpassas efter patientens behov.

Föräldraimedverkan ingen visade ingen generellt ökning av behandlingseffekten men ändå något som flera studier anser lämpligt, inte minst med de yngre barnen.

Medicinska rådet rekommenderar

Att psykoterapi skall erbjudas barn och unga med psykisk ohälsa inom Landstinget Dalarna men att det bör ske en löpande systematisk utvärdering i varje enskilt ärende för att

säkerställa att behandlingen avslutas när uppsatta mål uppnåtts eller då behandlingen inte ger önskad effekt.


Att psykoterapi till yngre barn skall erbjudas men efter noggrann bedömning och efter uteslutning av andra behandling.

Att det när det gäller psykoterapi till yngre barn är extra noga med kontinuerlig utvärdering.

Att föräldrar involveras i de yngre barnens behandling och utvärdering av behandlingsresultat.



.....
Bengt Malmqvist
Ordförande i Medicinskt råd
Landstinget Dalarna



.....
Stefan Tungström
Medicinskt råd
Landstinget Dalarna

Referenser

- Abbass A.A., Rabung S., Leichsenring F., Refseth J.S., Midgley N. (2013) Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-analysis of Short –term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 52 (8) 863-875
- Andrade A.R., Lamberet W.E., Bickman L. (2000) Dose Effect in Child Psychotherapy: Outcome Associated With Negligible Treatment. *J.Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*. 39 (2) 161 -168
- Bickman, L., Andrade R.A., Lambert W.E. (2002) Dose Response in Child and Adolescent Mental Health Services. *Mental Health Services Research* 4 (2) 57-70
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Gutermann J., Schreiber F., Matulis S., Schwartzkopff L., Deppe J., Steil R. (2016) Psychological Treatments for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Children, Adolescents, and Young Adults: A Meta-analysis. *Clinical Child & Family Psychological Review* 19:17-93
- Reynolds S., Wilson C., Austin. Hooper L. (2012) Effects of Psychotherapy for Anxiety in Children and Adolescents: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychological Review* 32: 251 – 261
- Salzer M.S., Bickman L., Lambert W.E. (1999) Dose Effect Relationship in Children's Psychotherapy Services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(2) 228-238
- Thulin U., Svirsky L., Serlachius E., Andersson G., Öst L-G. (2014) The Effect of Parent Involvement in the Treatment of Anxiety Disorder in Children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43:3, 185 – 200.
- Weisz J.R., McCarty C.A., Valeri S.M., (2006) Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta analysis. *Psychol Bull* 132(1) : 132-149
- Weisz J.R., Kuppens S., Eckshtain D., Ugueto A.M., Hawley K.M., Jensen-Doss A. (2013) Performance of Evidence-based Psychotherapies Compared with Usual Clinical Care: A Multilevel Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 70(7) 750-761

Sökning med Pubmed

Fråga: Vilka skillnader i behandlingseffekt finns mellan långvarig psykodynamisk barnpsykoterapi jämfört med korttidspsykoterapi, som i båda fallen sker parallellt med föräldrainterventioner?

Frågan består egentligen av två separata frågor, med några tillägg på slutet för att hitta enskilda artiklar som eventuellt kan vara relevanta men inte fångades av de två stora sökfrågorna. Båda frågorna inkluderar population och intervention men den första fokuserar på jämförelser mellan långvarig och korttidspsykoterapi, medan den andra i högre grad fokuserar på utfallsmåttet, symtomlindring och förbättrad funktion i olika avseenden.

Sökfråga:

```

((((((((((((((((((((child[MeSH Terms] OR child, preschool[MeSH Terms] OR child[tiab] OR children[tiab] OR preschool*[tiab]
OR pre-school*[tiab] OR pre-adolescen*[tiab] OR preadolescen*[tiab]))) AND
((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((
conduct disorder[MeSH Terms] OR
"conduct disorder"[Tiab] OR "conduct disorders"[Tiab] OR (Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders[MeSH
Terms]) OR ("Attention Deficit[Tiab] AND Disruptive Behavior Disorders"[Tiab]) OR ("Attention-Deficit[Tiab] AND Disruptive
Behavior Disorders"[Tiab]) OR ADDBD[Tiab] OR "oppositional defiant disorder"[Tiab] OR anxiety disorders[MeSH Terms]
OR "anxiety disorders"[Tiab] OR "anxiety disorder"[Tiab] OR agoraphobia[MeSH Terms] OR agoraphobia[Tiab] OR anxiety,
separation[MeSH Terms] OR "separation anxiety"[Tiab] OR Neurocirculatory asthenia[MeSH Terms] OR "Neurocirculatory
asthenia"[Tiab] OR neurotic disorders[MeSH Terms] OR "neurotic disorders"[Tiab] OR Obsessive-Compulsive
Disorder[MeSH Terms] OR "Obsessive-Compulsive Disorder"[Tiab] OR "Obsessive Compulsive Disorder"[Tiab] OR
OCD[Tiab] OR panic disorder[MeSH Terms] OR "panic disorder"[Tiab] OR "panic disorders"[Tiab] OR phobic
disorders[MeSH Terms] OR "phobic disorders"[Tiab] OR "phobic disorder"[Tiab] OR phobia[Tiab] OR stress disorders,
post-traumatic[MeSH Terms] OR ptsd[Tiab] OR "post-traumatic stress disorder"[Tiab] OR "post traumatic stress
disorder"[Tiab] OR "post-traumatic stress disorders"[Tiab] OR "post traumatic stress disorders"[Tiab] OR somatoform
disorders[MeSH Terms] OR "Somatoform Disorders"[Tiab] OR "Somatoform Disorder"[Tiab] OR "Somatization
Disorder"[Tiab] OR "Somatization Disorders"[Tiab] OR "Briquet Syndrome"[Tiab] OR "Pain Disorder"[Tiab] OR Body
Dysmorphic Disorders[MeSH Terms] OR "Body Dysmorphic Disorders"[Tiab] OR "Body Dysmorphic Disorder"[Tiab] OR
Conversion Disorder[MeSH Terms] OR "Conversion Disorder"[Tiab] OR Factitious Disorders[MeSH Terms] OR "Factitious
Disorders"[Tiab] OR "Ganser Syndrome"[Tiab] OR "Pseudopsychosis"[Tiab] OR Munchausen Syndrome[MeSH Terms] OR
"Munchausen Syndrome"[Tiab] OR "Munchausen Syndrome by Proxy"[MeSH Terms] OR Hypochondriasis[MeSH Terms] OR
Hypochondriasis[Tiab] OR "Hypochondriacal Neuroses"[Tiab] OR "Hypochondriacal Neurosis"[Tiab] OR neurasthenia[MeSH
Terms] OR neurasthenia[Tiab] OR "Neurasthenic Neuroses"[Tiab] OR Adjustment Disorders[MeSH Terms] OR "Adjustment
Disorders"[Tiab] OR "Adjustment Disorder"[Tiab] OR "Reactive Depression"[Tiab] OR "Reactive disorder"[Tiab] OR
"Reactive disorders"[Tiab] OR "Reactive Depressions"[Tiab] OR "Reactive Depression"[Tiab] OR "Transient Situational
Disturbance"[Tiab] OR "Transient Situational Disturbances"[Tiab] OR "Anniversary Reactions"[Tiab] OR "Anniversary
Reaction"[Tiab] OR "maladaptive stress response"[Tiab] OR "maladaptive stress reaction"[Tiab] OR "maladaptive stress
reactions"[Tiab] OR "maladaptive stress responses"[Tiab] OR depressive disorder[MeSH Terms] OR "Depressive
Disorder"[Tiab] OR "Depressive Disorders"[Tiab] OR "Depressive Neuroses"[Tiab] OR "Depressive Neurosis"[Tiab] OR
"Depressive Syndrome"[Tiab] OR "Depressive Syndromes"[Tiab] OR melancholia[Tiab] OR melancholias[Tiab] OR
"Endogenous Depression"[Tiab] OR "Endogenous Depressions"[Tiab] OR "Unipolar Depressions"[Tiab] OR "Unipolar
Depression"[Tiab] OR "Depressive Disorder, Major"[MeSH Terms] OR Dysthymic Disorder[MeSH Terms] OR "Dysthymic
Disorder"[Tiab] OR "Dysthymic Disorders"[Tiab] OR dysthymia[Tiab] OR "chronic depression"[Tiab] OR Seasonal Affective
Disorder[MeSH Terms] OR "Seasonal Affective Disorder"[Tiab] OR "Seasonal Affective Disorders"[Tiab] OR "Seasonal Mood
Disorders"[Tiab] OR "Seasonal Mood Disorder"[Tiab] OR Bipolar Disorder[MeSH Terms] OR "Bipolar Disorder"[Tiab] OR
"Manic-Depressive Psychosis"[Tiab] OR "Manic Depressive Psychosis"[Tiab] OR "Bipolar Affective Psychosis"[Tiab] OR
"Bipolar Affective Psychoses"[Tiab] OR "Manic-Depressive Psychoses"[Tiab] OR "Manic Depressive Psychoses"[Tiab] OR
mania[Tiab] OR manias[Tiab] OR "manic state"[Tiab] OR "manic disorder"[Tiab] OR "manic
disorders"[Tiab] OR Child Behavior Disorders[MeSH Terms] OR "Child Behavior Disorders"[Tiab] OR "Child Behavior
Disorder"[Tiab])))) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((
psychotherapy[MeSH Terms] OR psychotherapy[Tiab] OR
psychotherapies[Tiab] OR behavior therapy[MeSH Terms] OR "behavior therapy"[Tiab] OR "behavior therapies"[Tiab] OR
"conditioning therapy"[Tiab] OR "conditioning therapies"[Tiab] OR "behavior modification"[Tiab] OR cognitive
therapy[MeSH Terms] OR "cognitive therapy"[Tiab] OR "cognitive therapies"[Tiab] OR "cognitive behavioural"[Tiab] OR
"behaviour therap"[Tiab] OR "behavioral therap"[Tiab] OR "behavioural therap"[Tiab] OR "cbt"[Tiab] OR "cognitive
behavioral"[Tiab] OR family therapy[MeSH Terms] OR "family therapy"[Tiab] OR "family therapies"[Tiab] OR "child
therapy"[Tiab] OR "child therapies"[Tiab] OR "child psychotherapy"[Tiab] OR "child psychotherapies"[Tiab] OR
("parent"[Tiab] AND "child"[Tiab] AND "intervention"[Tiab]) OR "marte meo"[Tiab] OR "martemeo"[Tiab] OR
psychotherapy, brief[MeSH Terms] OR psychotherapy, psychodynamic[MeSH Terms] OR ("psychodynamic"[Tiab] AND
"psychotherap"[Tiab]) OR ("psychodynamic"[Tiab] AND "therap"[Tiab]) OR ("dynamic"[Tiab] AND "psychotherap"[Tiab])
OR ("dynamic"[Tiab] AND "therap"[Tiab])))) AND (((((((parents[MeSH Terms] OR parenting[MeSH Terms] OR parent-child
relations[MeSH Terms] OR parent*[Tiab] OR family[Tiab])))) AND (((((((short-term[Tiab] OR shortterm[Tiab] OR "short
term"[Tiab] OR stpp[Tiab] OR brief[Tiab])))) AND (((((((long-term[Tiab] OR longterm[Tiab] OR "long term"[Tiab] OR
ltp[Tiab] OR "weekly"[Tiab] OR once-weekly[Tiab] OR twice-weekly[Tiab])))) OR (((((((((((((((child[MeSH Terms] OR child,
preschool[MeSH Terms] OR child[tiab] OR children[tiab] OR preschool*[tiab] OR pre-school*[tiab] OR pre-adolescen*[tiab]
OR preadolescen*[tiab])))) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((
conduct

```


Sökning med Psych Info

Sökning 1

(exp CHILD PSYCHOPATHOLOGY/ or exp CHILD PSYCHOTHERAPY/ or exp CHILD PSYCHIATRY/ or exp CHILD PSYCHOLOGY/) AND (exp PSYCHOTHERAPY/) AND (exp ADJUSTMENT DISORDERS/ or exp BEHAVIOR DISORDERS/ or exp MENTAL DISORDERS/ or exp ANXIETY DISORDERS/ exp or Major Depression/ exp or Posttraumatic Stress Disorder/ or exp SOMATOFORM DISORDERS/ or exp Mental Disorders/ or exp Behavior Problems/) AND (exp Treatment Effectiveness Evaluation/ or exp Treatment Outcomes/ or exp Well Being/ or exp "RECOVERY (DISORDERS)"/ or exp "QUALITY OF LIFE"/ or exp LIFE SATISFACTION/ or exp LIFE EXPECTANCY/ or exp PSYCHOTHERAPEUTIC OUTCOMES/) AND (exp HEALTH CARE COSTS/ or exp "COSTS AND COST ANALYSIS"/ or cost.mp.)

Sökning 2

(exp CHILD PSYCHOPATHOLOGY/ or exp CHILD PSYCHOTHERAPY/ or exp CHILD PSYCHIATRY/ or exp CHILD PSYCHOLOGY/) AND (exp PSYCHOTHERAPY/) AND (exp ADJUSTMENT DISORDERS/ or exp BEHAVIOR DISORDERS/ or exp MENTAL DISORDERS/ or exp ANXIETY DISORDERS/ exp or Major Depression/ exp or Posttraumatic Stress Disorder/ or exp SOMATOFORM DISORDERS/ or exp Mental Disorders/ or exp Behavior Problems/) AND (exp Treatment Effectiveness Evaluation/ or exp Treatment Outcomes/ or exp Well Being/ or exp "RECOVERY (DISORDERS)"/ or exp "QUALITY OF LIFE"/ or exp LIFE SATISFACTION/ or exp LIFE EXPECTANCY/ or exp PSYCHOTHERAPEUTIC OUTCOMES/) AND (exp BRIEF PSYCHOTHERAPY/ or exp Treatment Duration/ or long-term.mp or short-term.mp)