

Klaus Ranta, Kati Kajastus ja Mauri Marttunen

Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalinen hoito

Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Erityisesti tyttöjen oireet ovat kyselytutkimuksissa yleistyneet jo parin viime vuosikymmenen ajan. Nuorten ahdistuneisuusoireiden tunnistaminen, erottaminen masennuksesta, oireisiin liittyvien haittojen arviointi ja oireiden ensisijaisuuden arviointi suhteessa muihin häiriöihin on hoidon kannalta keskeistä. Hoitoon on kehitetty sekä transdiagnostisia, kaikki ahdistuneisuushäiriöt kattavia että häiriöspesifisiä interventioita. Transdiagnostisissa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) pohjautuvissa hoidoissa painotetaan ajattelun muotoilua, ahdistuneisuusoireiden hallintaa ja altistamista. Häiriöspesifiset KKT-terapiat näyttävät osassa häiriöistä tehokkaammilta ja mahdollistavat häiriöissä tavattavien ylläpitoprosessien katkaisun. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa pyritään huolehtimisprosessin katkaisemiseen, paniikkihäiriön hoidossa kehollisten ahdistuneisuusoireiden kohtaamiseen, sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa turvakäyttämisen pois jättämiseen ja huomion suuntaamiseen ulospäin. Terveystuotojärjestelmässä tarvitaan uusia avauksia häiriöiden hoidon kouluttamiseen ja levittämiseen.

Monet ahdistuneisuushäiriöt ilmaantuvat nuoruusiässä, ja ne ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä (1). Etenkin nuorten tyttöjen ahdistuneisuusoireet ovat kyselytutkimuksissa yleistyneet Suomessa ja muualla maailmassa (2,3). Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät nuorilla usein rinnakkain tai yhdessä masennuksen kanssa, mikä johtaa helposti tunnistamisen vaikeuksiin (4). Hoidon tarkoituksenmukaisen käynnistämisen kannalta tärkeää on tunnistaa ensisijainen, suurinta haittaa aiheuttava ahdistuneisuushäiriö ja erottaa oireet masennuksesta (TAULUKKO 1) (5).

Ahdistuneisuusoireiden pohjalla on opittu pelko jotakin tilannetta, ärsykettä tai tulevaisuuden tapahtumaa kohtaan, joka laukaisee fyysisen pelkoreaktion (6). Oireet johtavat usein tilanteiden systemaattiseen välttämiseen ja toimintahaittoihin (4). Nuoret ajautuvat toteuttamaan tilanteissa myös epätarkoituksenmukaista, oireita ylläpitävää turvakäyttämistä, esimerkiksi etäännyttävät paniikkikohtauksessa itsensä ympäristöstä tai sosiaalisesti ahdistavassa tilanteessa suojautuvat kontaktiyrityksiltä kuulokkeilla (7).

Ensimmäiset nuorten ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaaliset hoidot olivat sovelluksia transdiagnostisista, kaikkiin ahdistuneisuushäiriöihin kohdistetuista kognitiivisista käyttäytymisterapioista (KKT) kuten Cool Kids ja Coping Cat (8–10).

Transdiagnostiset ja häiriökohtaiset hoidot

Nuorten yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön (YAH), paniikkihäiriöön ja sosiaalisten tilanteiden pelkoon (STP) on kehitetty myös häiriökohtaisia hoito-ohjelmia. Keskeistä on hoitojen kehityksellinen soveltuvuus ja tutkimusnäytön osoittaminen nuorten ikäryhmässä (4,11). Nämä kehitysvaihespesifiset hoidot ottavat huomioon nuorten kognitiivisen, emotionaalisen ja sosiaalisen kehityksen erityispiirteet muun muassa hoidossa käytettyjen materiaalien, terapeuttisen työ- ja kohtaamisotteen ja terapian toimittamismuodon (esimerkiksi yksilötyön ja perhetyön painotus) muotoilussa. Näin ne poikkeavat niin lapsille kuin aikuisillekin rakennetuista hoidoista, vaikka toki ja-

TAULUKKO 1. Nuoren ahdistuneisuushäiriö: tunnistaminen, haitan ja komorbiditeetin arviointi.

Ahdistuksen tunnistaminen tilanneanalyysin avulla:

Arvioi konkreettista tilannetta/tilanteita, joissa nuoren ahdistuksen tunne ja oireet tulevat esiin

Tee riittävä määrä tilanneanalyysseja,

Kysy tilanneanalyysissa hetki hetkeltä edeten:

– Mitä ajattelit, mitä tunsit, miltä kehossa tuntui, ja miten toimit sitten?

Kysy konkreettisesti esimerkiksi:

- Olitko huolissasi, että jotain voisi tapahtua?
- Mitä ajattelit, että olisi voinut tapahtua seuraavaksi?
- Kävikö mielessäsi joitakin huolestuttavia kuvia?
- Mikä olisi voinut olla pahinta, mikä olisi voinut tapahtua?

Ahdistuksen ja masennuksen hahmontunnistus:

Arvioi useampia tilanteita

– Ahdistuksen kokemuksen ydinsisältö: pelko tai huolekkuus

Erota masennuksesta:

– Masennuksen kokemuksen ydinsisältö: alakulo, epätoivo, arvottomuus

Haitan arvioiminen:

Diagnostinen raja muodostuu:

– Aiheutuuko ahdistuksesta merkittävää toimintahaittaa tai kärsimystä

Diagnostinen toimintahaitta:

- Arvioi toimintaa koulussa, ihmissuhteissa, kaveripiirissä, harrastuksissa
- Merkittävä toimintahaitta tulee systemaattisesti esiin
- Esim. jatkuva välttämiskäyttäytyminen, ei pisteittäinen tai yksittäinen
- Ahdistus intensiivistä ja estää toimintoihin menon/haittaa suorittamista, ei vain tunne
- Punnitse suhteessa ikäryhmältä odotettavaan normaaliin toimintaan

Kärsimys/intensiteetti:

- Arvioi ahdistuksen kokemusta jollakin asteikolla, esimerkiksi 0–10
- 0 = tyyni meri / täysin rento – 10: myrskyn silmä / paniikin huippu
- Arvioi kestoaikaa

Informaation antaja:

Nuori:

- Antaa luotettavinta informaatiota omasta sisäisestä kokemuksestaan
- Puutteet: kokemustausta on puutteellinen, yhteys ulkoiseen haittaan voi olla puutteellinen

Vanhempi:

- Täydentää usein kuvaa nuoren ulkoisesta toimintakyvystä
 - Kykenee usein kuvaamaan muutosta nuorta paremmin
- Yhdistä tietoa

Primaarisen häiriön ja kontekstin arviointi

Primaari häiriö:

- Aiheuttaa eniten toiminnallista haittaa tai kärsimystä
- Arvioi myös akuuttihaitta

Konteksti: sulje pois

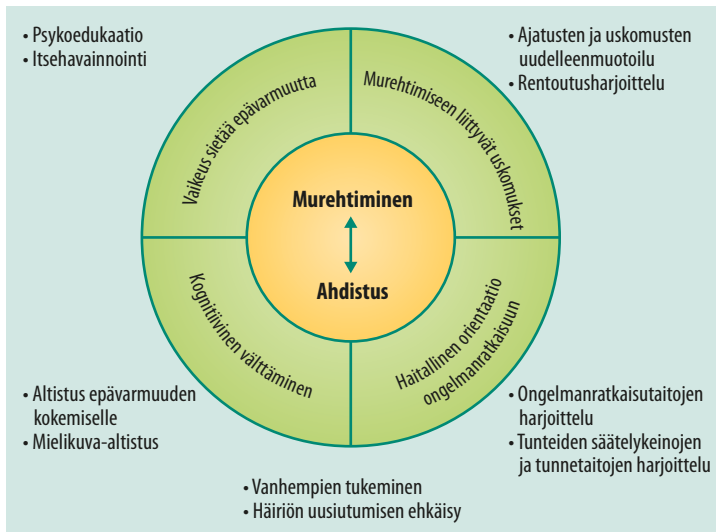
- Elinympäristön traumaattisuus tai lastensuojelun tarve
- Vakava kiusaaminen
- Vakava masennus ja itsetuhoisuus
- Päihdekäyttö ahdistuksen aiheuttajana

kavat monia ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa keskeisiä oppimisteorioista sovellettuja hoitoperiaatteita sekä kohdistuksen ahdistuneisuushäiriöille tyyppisiin kognitiivisen ja emotionaalisen prosessoinnin erityispiirteisiin.

Transdiagnostisilla ja häiriöspeifeillä hoidoilla on vahvuutensa ja haasteensa. Peruspalveluissa pitkien hoitojen tai monien eri hoitomallien toteuttaminen olisi vaikeaa, mutta ahdistusoireiden kirjo edellyttäisi silti hoidon yksilökohtaista sovellettavuutta, esimerkiksi vaihtoehtoisten hoitomuodulien käyttöä (12). Häiriöspezifiset ohjelmat mahdollistavat häiriökohtaisten ylläpitotehtävien hoidon. Vaikka alustavan tutkimusnäytön mukaan häiriökohtaiset ohjelmat ovat tehokkaampia osassa häiriöistä, transdiagnostisilla hoidoilla on kohtalainen vaste; 40–60 % nuorista on diagnosoitomia lyhytterapian jälkeen (13,14). Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden vaikuttavuustutkimus on keskittynyt suurelta osin lyhytterapioihin, ja sen mukaisesti tämä katsaus rajoittuu niihin.

Kansainväliset nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoitotutkimukset on tavallisesti toteutettu polikliinisilla aineistoilla. Hoidetut nuoret asettuvat oireilun vaikeusasteen puolesta osin suomalaista erikoissairaanhoidon vastaavalle tasolle, osin perustasolla hoidetun oireilun vaikeampaan päähän. Tutkituilla nuorilla esiintyy runsaasti, noin 30–80 %:lla, komorbiditeettia muiden mielenterveyden häiriöiden suhteen. Tämä vastaa ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien nuorten oirekuvaa myös Suomessa.

Aikuisten ahdistuneisuushäiriöiden internetpohjaisten KKT-terapioiden tuloksellisuudesta verrattuna aktiivisiin internetpohjaisiin verrokkihoitoihin on kertynyt näyttöä (15). Toistaiseksi toteutettujen vertailututkimusten perusteella niiden ja kasvokkain toteutettujen KKT-interventioiden välillä ei ole voitu osoittaa vaikuttavuuseroa häiriöiden



KUVA 1. Nuorten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidon pääkomponentit Dugasin yleistyneen ahdistuneisuushäiriön teoreettisen mallin mukaan rakennetussa KKT-hoito-ohjelmassa (26).

ydinoireiden lievittymisen suhteen (16). Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden internetpohjaisten KKT-terapioiden vaikuttavuudesta on vähemmän tutkimusta: oireiden vähenemisen osalta ne ovat pääosin verrannollisia aktiivisiin vertailuhoitoihin ja kasvokkaiseen terapiaan, mutta vaikuttavampia kuin passiivinen seuranta (17). Näiden hoitojen tehokas levitettävyyden on niiden selkeä etu, mutta toistaiseksi on vielä epävarmaa, voidaanko niillä tuottaa samassa suhteessa diagnostista remissiota ahdistuneisuushäiriöstä kuin kasvokkaisella terapialla (18).

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

YAH:sta kärsivä nuori on toistuvasti huolestunut monenlaisista arkipäiväisistä asioista, ja hänen on vaikea hallita murehtimistaan. Hän kärsii usein myös levottomuudesta, jännittyneisyydestä, keskittymisvaikeuksista ja ärtyneisyydestä (6). YAH on tyypillisesti pitkäkestoinen häiriö, joka johtaa sekä kognitiivisen, emotionaalisen että yleisen toimintakyvyn heikentymiseen (19).

Väestötutkimuksissa nuorten YAH:n alkamisiään mediaaniksi on arvioitu noin 12 vuotta ja vuosittaiseksi esiintyvyydeksi 3–4 %, mutta esiintyvyys voi olla DSM-5-kriteereillä arviotuna suurempi (20,21). Nuorten YAH:n hoitoon on kehitetty yhä enemmän omia psykoterapeuttisia hoitojaan, ja tutkimusnäyttö niiden vaikuttavuudesta on vasta kertymässä (22,23). Aikuisilla YAH:n toimiviksi hoidoiksi on ha-

vaittu ainakin KKT, psykodynaamiset lähestymistavat, sovellettu rentoutus, internetpohjainen KKT, tietoisuustaitotekniikat ja interpersonaalinen psykoterapia (24).

Nuorten YAH:n tutkituimmat hoidot pohjautuvat KKT:hen, joka on käytetyin ja toimivaksi havaittu psykososiaalinen hoitomuoto nuoruusiässä alkavaan häiriöön (23,25). Transdiagnostisessa KKT:ssä menetelmiä ovat tyypillisesti olleet esimerkiksi ahdistuneisuutta koskeva psykoedukaatio, kehon ahdistusoireiden hallintamenetelmät kuten rentoutus- ja hengitystekniikat, uhkiin painottuneen ajattelun kognitiivinen uudelleenmuotoilu, ongelmanratkaisun harjoittelu, altistaminen ja oireiden uudelleen aktivoitumisen estäminen (9,10,25).

Nuorten YAH:n häiriökohtaisessa KKT:ssä häiriön ydinprosessin – huolehtimistaipumuksen – käsittely on nostettu keskeisimmäksi työskentelyn kohteeksi (23). Toistaiseksi nuorten häiriöspesifit hoidot ovat perustuneet lähinnä Michel Dugasin työryhmineen aikuisille kehittämään, YAH:n oireita selittävään malliin ja siitä kehitettyyn hoito-ohjelmaan (26). Siinä keskeisenä oireita ylläpitävänä tekijänä pidetään vaikeutta sietää epävarmuutta (KUVA 1).

Dugasin hoidosta nuorille edelleen kehityksellisesti muokattua KKT:tä verrattiin 10–18-vuotiailla toteutetussa vertailututkimuksessa hoidon odotukseen 40 tapauksen aineistossa (27). Kymmenen kerran intervention jälkeen 80 % nuorista ei enää täyttänyt YAH:n

diagnostisia kriteereitä, ei myöskään kolmen kuukauden kuluttua. Hoitoa odottaneista yksikään nuori ei saavuttanut remissiota. Hoito sisälsi psykoedukaatiota huolehtimisesta, huolehtimisjaksojen tunnistamista, suunnitelluin käyttäytymiskokein toteutettua altistamista epävarmuuden kokemiselle, huolehtimista koskevien uskomusten muokkaamista, toimivan ongelmanratkaisun harjoittelua, mielikuva-altistusta huolisisällöille tai ahdistaville mielikuville sekä oireiden uusiutumisen ehkäisyä (27).

Lyhyellä aikavälillä KKT-hoitojen tulokset saattavat antaa ahdistuneisuushäiriöiden hoidosta tehokkaamman vaikutelman, kuin mitä ne pitkittäisseurannassa ovat. Pitkittäistutkimuksessa 12 viikon transdiagnostisen KKT-hoitajakson saaneista 319 nuoresta yli puolet (mukana oli YAH:sta, STP:stä ja paniikkihäiriöstä kärsineitä) täytti ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit neljä vuotta hoidon päättymisen jälkeen ja vain 22 % oli oireettomia, mikä viittaa häiriöiden krooniseen luonteeseen ja mahdollisesti pidempien tai tehokkaampien hoitojen tarpeeseen (28).

Nuorten YAH:n hoidon tehostamiseksi on kehitetty myös muissa ahdistuneisuushäiriöissä hyödynnettyjä, intensiivisempiä hoitomuotoja, mutta tutkimusnäyttö on näistä varsin alustavaa ja saatu enimmäkseen lasten ja varhaisnuorten hoidoista (29). Tietoisuustaitopohjaisten hoitojen toimivuudesta on jonkin verran näyttöä aikuisilla mutta nuorilla vielä vähän (25).

Eräissä nuorten hoito-ohjelmissa YAH:n hoitoon on lisätty KKT:n rinnalle myös interpersonaalisten taitojen harjoittamiseen liittyvä osio, sillä oireet haittaavat monesti ihmissuhteita. Julkaistussa tapaussarjassa tällainen kymmenen viikon yhdistelmähoito vähensi kaikkien kuvatun neljän nuoren YAH-oireita merkittävästi (30).

Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriötä luonnehtivat toistuvat vaikeat, ennakoimattomat ruumiillisina ja kognitiivisina oireina ilmenevät ahdistuskohtaukset, jotka eivät rajoitu tiettyihin tilanteisiin kuten esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelossa (STP) (6). Paniikkihäiriö alkaa usein nuoruudessa, ja sen esiintyvyys kasvaa iän myötä niin, että vuosit-

tainen esiintyvyys 17–18-vuotiailla on noin 3 % (31).

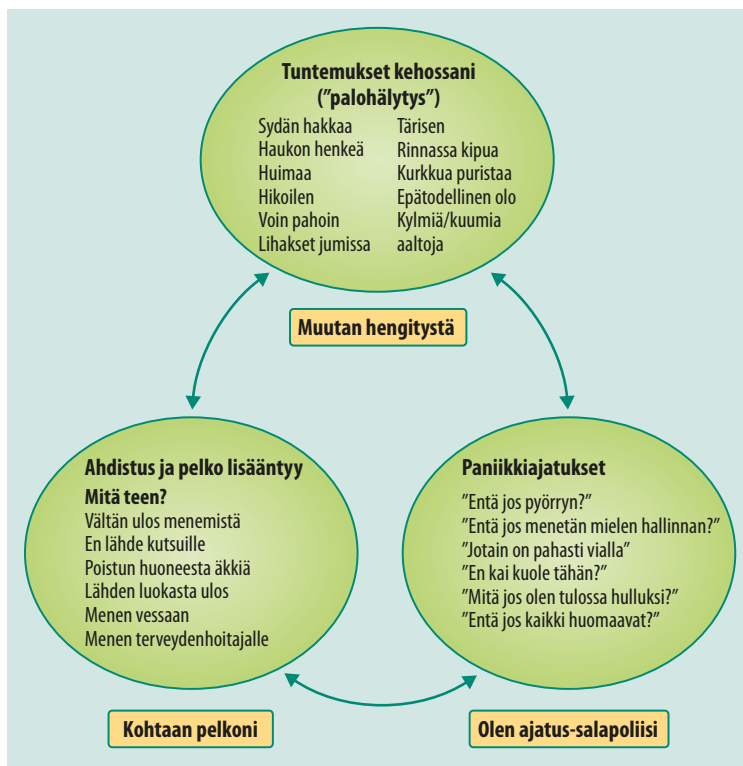
Nuorten paniikkihäiriön psykoterapiaa on tutkittu niukasti. Ensimmäisessä nimenomaan nuorten paniikkihäiriötä koskeneessa tapaussarjassa raportoitiin neljän 13–17-vuotiaan nuoren paniikkihäiriön hoidosta aikuisille kehitetyllä KKT:llä (32). Kaikilla hoidetuilla paniikkikohtausten määrä ja välttämiskäyttäytyminen vähenivät, eikä kenelläkään ollut paniikkihäiriödiagnoosia hoidon päättyessä ja puolen vuoden seurannassa.

Aikuisten KKT-hoitomallista muokattu Panic Control Treatment for Adolescents (PCT-A) keskittyy yhdentoista viikoittaisen terapiaistunnon aikana kolmeen oirekokonaisuuteen (33). Nämä ovat kehollisten tuntemusten kognitiivisten virhetulkintojen korjaaminen, hyperventilaatiovasteen muokkaaminen ja kehollisiin reaktioihin ehdollistuneiden käyttäytymisreaktioiden sammuttaminen.

Hoitomallissa käytetään nuorille ymmärrettäviä käsitteitä ja sanallisia ja kuvallisia esimerkkejä. Esimerkiksi ahdistuksen kolmea komponenttia kuvataan ”miltä sinusta tuntuu”, ”mitä ajattelet”, ”mitä teet” fyysisen, kognitiivisen ja behavioraalisen sijaan. Hoidossa käytetään myös ”paniikin kehä” -kuviota (KUVA 2), jonka avulla nuori hahmottaa paniikin komponenttien keskinäissuhteita. Vanhemmat osallistuvat nuoren tukena esimerkiksi altistusten toteutukseen. Vanhempia tavataan ensimmäisen, neljännen, seitsemännen ja viimeisen tapaamisen yhteydessä. Terapian alussa keskitytään psykoedukaatioon. Tämän jälkeen hoitoon liittyvät kognitiivinen uudelleenmuotoilu, paniikkiin liittyvien automaattisten ajatusten ja katastrofiajatusten ymmärtäminen ja niiden hallinnan harjoittelu, altistusharjoitteet ja hengitysharjoitteet hyperventilaation hallitsemiseksi.

PCT-A-ohjelmaa verrattiin oireiden seurantaan kontrolloidussa 26 nuoren tutkimuksessa (34). Hoidon aikana, kolmen ja kuuden kuukauden seurannoissa PCT-A-ryhmässä ahdistuneisuusoireet ja paniikkihäiriön vakavuus vähenivät merkittävästi enemmän kuin oireiden seurannassa.

PCT-A:sta kehitetty intensiivihoido, APE (Adolescent Panic Control Treatment With



KUVA 2. Paniikkihäiriön hoito: nuorille esitettävä psykoedukaatio ahdistukseen vaikuttavista tekijöistä (33).

In-Vivo Exposures), sisältää pitempiä tapaamisia ja terapeutin tukemaa altistusta kahdeksan päivän aikana (35). Kolmena ensimmäisen päivänä, kahden tunnin sessioissa keskitytään psykoedukaatioon ja KKT:hen. Kahtena seuraavana päivänä tapaamiset sisältävät 6–8 tuntia terapeutin ohjaamaa altistusta. Seuraavana viikonloppuna nuori tekee vanhempien tuella päivittäin altistusharjoitteita. Kahdeksantena päivänä arvioidaan viikonlopun altistusharjoitteita, käsitellään relapsipreventiota ja tehdään suunnitelma altistusharjoitteiden jatkamiseksi. Seuraavan kuukauden aikana terapeutti ja nuori pitävät viikoittaisia 30 minuutin kestoisia KKT-puhelinsessioita.

APE:n vaikuttavuustutkimuksessa satunnaisestiin paniikkihäiriön vuoksi hoitoon lähetettyjä nuoria APE-hoitoon tai kuuden viikon ajaksi odottamaan hoitoa (36). Paniikkihäiriön vakavuus lieveni APE-ryhmässä kuuden viikon hoidon aikana tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin hoitoa odottaneiden ryhmässä. Nuorten paniikkihäiriön hoidossa muita psykoterapiasuuntauksia kuin KKT:ta ei juuri ole tutkittu. Avoimessa tutkimuksessa selvitettiin 12 viikon

kestoisen psykodynaamisen lyhytpsykoterapian vaikutusta paniikkihäiriöön kahdeksalla myöhäisnuorella (37). Paniikkihäiriön, ahdistuneisuuden ja masennuksen oireet lievenivät kliinisesti merkittävästi terapian aikana.

Sekä PCT-A- että APE-hoito-ohjelmat ovat samassa yliopistoklinikassa työskentelevän tutkijaryhmän kehittämiä ja tutkimia. Tämä rajoittaa tulosten soveltamista muun tyyppiisiin toimintaympäristöihin. Toisaalta molemmat hoitomallit on muokattu kehityksellisesti nuorten hoitoon soveltuviksi ja ovat todennäköisesti käyttökelpoisia myös Suomessa. Molempien satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten tutkimusaineistot olivat suhteellisen pieniä (26 ja 54 tutkittavaa), mutta molemmat hoidot olivat vertailuhoitoja tehokkaampia.

Sosiaalisten tilanteiden pelko

STP ilmaantuu tyypillisesti 11–17 vuoden iässä ja on nuorilla yleinen: 3–4 % nuorista täyttää diagnoosikriteerit vuoden jaksolla (7). Haittoja arvioineet pitkittäistutkimukset osoittavat, että häiriöön liittyvä välttämis- ja turvakäyttäyty-

Ydinasiat

- ▶ Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalisista hoidoista tärkeimmät lukeutuvat kognitiivisiin ja kognitiivisiin käytäytymisterapioihin.
- ▶ Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito koostuu huolehtimisjaksojen tunnistamisesta, huolehtimista koskevien uskomusten käsittelystä ja altistamisesta epävarmuudelle.
- ▶ Paniikkihäiriön hoidossa keskitytään kehollisten ahdistuneisuusoireiden kohtamiseen ja välttämiskäyttäytymisen hallintaan.
- ▶ Sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa voidaan hyödyntää joko ryhmämuotoisia tai yksilömuotoisia lyhytterapioita.
- ▶ Nuorten ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä, ja niihin suunnattujen lyhytterapiamallien kouluttamista ja käyttöönottoa tulisi tukea.

minen aiheuttaa usein pitkittäisesti STP:stä kärsiville heidän elämässään esimerkiksi ihmissuhteiden solmimisen ja opiskelun loppuun saattamisen huomattavia esteitä (38).

Hoidon toteuttamisen kannalta on hyvä muistaa, että nuoret suhtautuvat omaan sosiaaliseen ahdistuneisuuteensa usein kriittisesti, mikä peilautuu nuorten minäkäsitykseen (39). Ikäkauteen liittyy voimakas, myös neurobiologisen pelko- ja palkkiojärjestelmän kehitykselliseen herkkyyteen kytkeytyvä paradoksaalinen lähestymisvälttämiskonflikti. Ikätoverikontaktien palkitsevuus on suuri, toisaalta torjunnan pelon aiheuttama pelkojärjestelmän aktivaatio on voimakas, mikä voi vahvistaa STP:n oireita (40).

STP:n hoitovaste transdiagnostiselle hoidolle on muita ahdistuneisuushäiriöitä heikompi (14). Tämä viittaa siihen, että STP:ssä on sille ominaisia etiologisia tai ylläpitotekijöitä. STP:n tyypillisen alkamisajan takia nuorille on kehitetty häiriöspesifisiä hoitoja, joissa on pyritty huomioimaan kehitysvaihespesifisten tekijöiden vaikutus, joskin tutkijat ovat esittäneet, että ikäkauden vuorovaikutusilmiöiden

omaleimaisuuden takia kehityksellisten ilmiöiden huomioon ottamisesta tulisi edelleen lisätä hoidoissa (11,41).

Nuorten STP:n ensiksi kehitetyt hoidot olivat ryhmämuotoisia KKT-hoitoja. Niiden tyypilliset hoitoelementit sisältävät psykoedukaatiota STP:stä, häiriössä usein tavattavien ajatteluvivoutuminen kognitiivista uudelleenmuotoilua ja sosiaalisten tilanteiden altistus-harjoituksia sessioissa sekä nuorten suorittamina kotona, kaveripiirissä ja sosiaalisissa tilanteissa. Lisäksi ryhmää hyödynnetään monipuolistesti vuorovaikutuksen harjoitteluun ja sosiaalisen tuen aktivointiin. Ryhmähoitoihin on yhdistetty myös sosiaalisten taitojen harjoittelua, ja hoitoja on viety myös kouluympäristöön, jolloin niihin voidaan lisätä luonnollisissa ympäristöissä toteutettuja harjoitteita, myös suunniteltuja altisuuksia yhteistyössä koulun toimijoiden kanssa (42).

Nuorten STP:n yksilömuotoinen kognitiivinen terapia pohjautuu David M. Clarkin ja hänen työryhmänsä Oxfordin yliopistossa pitkäjänteisesti kehittämään STP:n kognitiiviseen malliin (43). Siihen pohjautuvassa yksilöterapiassa ei harjoitella sosiaalisia taitoja, vaan elementteinä ovat yksilölliseen käsitteellistämismalliin pohjautuvat käyttäytymiskokeet, haitallisen turvakäyttäytymisen pois jättäminen ja harjoitteiden kautta vahvistettu huomion suuntaaminen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa itsestä pois päin ja itse vuorovaikutukseen. Tutkijat ovat viimeisen runsaan viiden vuoden aikana tehneet yhä enemmän empiiristä tutkimusta sekä STP:n kognitiivisen mallin taustalla olevista STP:n riski- ja ylläpitotekijöistä nuorilla että kognitiivisesta yksilöterapiasta. Kognitiivisen mallin pohjalla olleet havainnot STP:n taustatekijöistä näyttävät esiintyvän myös nuoruusikäisillä, ja kognitiivinen terapiamalli näyttää kertyneiden kontrolloitujen ja avointen tutkimusten perusteella toimivalta.

Toistaiseksi vasta hyvin harvoissa tutkimuksissa on verrattu nuorten STP:n yksilö- ja ryhmämuotoista lyhytterapiaa. Ingulin ja työtovereiden Norjassa toteuttamassa 41 nuoren tutkimuksessa tulokset osoittivat nuorten hyötynneen itsearvioidensa perusteella enemmän yksilöllisestä kognitiivisesta terapiasta kuin

TAULUKKO 2. Nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon (STP) psykoterapeuttinen hoito. Yksilömuotoisen kognitiivisen terapian ja ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) vertailu.

Yksilömuotoinen kognitiivinen terapia CT-SAD-A	Ryhmämuotoinen KKT (CBGT-A)
<p>Teoreettinen lähtökohta STP:tä pitävät yllä:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kielteiset uskomukset itsestä – Ennakointi ja kielteinen jälkipuinti – Mielikuvat, traumaattiset sosiaaliset muistot – Itseen kohdistunut huomio – Sisäisen tiedon käyttö informaationa <p>Terapian menetelmiä: Yksilöllisen käsitteellistämismallin laatiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aiemmat kielteiset kokemukset – Tilanteen aktivoimat kielteiset uskomukset – Tilannekohtaiset pelkoajatukset <p>Aktivoituvat kehon pelkovasteet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aktivoituva turvakäyttäytyminen – Ajautuminen itsehavainnointiin, itsen prosessointiin sosiaalisena objektina <p>Kokemukselliset harjoitukset</p> <ul style="list-style-type: none"> – Turvakäyttäytymisen käyttö vs poisjättäminen <p>Huomion suuntaamisen harjoittelu</p> <p>Suunnitellut käyttäytymiskokeet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uskomusten oikeellisuuden arvioiminen – Turvakäyttäytymisen tarpeellisuuden ja katastrofipelkojen testaaminen, liioittelukokeet – Kyselyt <p>Vuorovaikutustilanteisiin heittäytyminen</p> <p>Videopalautteen käyttö</p> <p>Korjaava mielikuvatyöskentely</p> <p>Ennako- ja jälkihuolehtimiseen puuttuminen</p> <p>Vanhempien kanssa työskentely</p> <p>Kiusaamiseen vastaaminen ja avun saanti</p> <p><i>Ei tehdä:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sosiaalisten taitojen harjoittelua, portaittaista altistusta, rationaalisen ajattelun harjoittelua, ahdistuksen monitorointia 	<p>Teoreettinen lähtökohta Ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen yhteydet Ahdistuksen kolmen komponentin malli Portaittaisen altistuksen aikana ahdistuksen seuranta ja itseohjaus Totuttautuminen</p> <p>Terapian menetelmiä: Mallinnettu psykoedukaatio</p> <ul style="list-style-type: none"> – STP ja ahdistuneisuuden komponentit – Ahdistuksen tason arviointi <p>Taitoharjoittelu:</p> <p>Kognitiiviset taidot:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kielteisten ajatusten ja ajatusvääristymien tunnistaminen – Rationaalinen ajattelu – Ajattelun portaittainen uudelleenmuotoilu <p>Ahdistuneisuudesta selviämisen taidot:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mielikuvarentoutus – Sosiaalisten taitojen harjoittelu – Vuorovaikutustaidot – Ongelmanratkaisu sosiaalisissa tilanteissa <p>Vakuuttavuustaidot</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vapaaehtoisten ikätoverien tuen hyödyntäminen <p>Altistaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vanhempien tuen saaminen altistamiselle – Pelkohierarkian muodostaminen – Sessiot: altistaminen rooliharjoituksin – Välitehtävinä toteutettavat altistustehtävät – Altistus tapahtuu käyttäen rationaalista ajattelua, ohjattua mielikuvatyöskentelyä sekä ahdistuksen tason seurantaa ja monitorointia <p>Tulevaisuuden haasteet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ennakointi haasteista ja taitojen käyttötarpeista

ryhmämuotoisesta STP:n KKT:stä (44). Diagnostisen remission osalta kolmen kuukauden seurannan jälkeen tehdyssä arvioinnissa hoitoryhmien välillä ei havaittu eroa. Nuorten STP:n ryhmämuotoisten ja yksilöhoitojen hoitojen elementtejä vertaillaan **TAULUKOSSA 2**.

Lisää tutkimustietoa kaivataan

Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden yleisyyden takia hoidon saatavuutta pitäisi lisätä Suomes-

sakin. Ahdistuneille nuorille on kehitetty viime vuosina erityyppisiä lyhytpsykoterapioita. Eri ahdistuneisuushäiriöiden ydinoireisiin ja ylläpitotekijöihin kohdistuvat, kognitiiviseen terapiaan ja KKT:hen pohjautuvat hoidot ovat tulleet mukaan transdiagnostisten hoitojen rinnalle. Eniten tutkimusta on nuorten STP:n lyhytpsykoterapiasta, YAH:n ja paniikkihäiriön hoidon tutkimus on vasta kehittyneessä.

Lisää tutkimustietoa muutamissa tutkimuksissa vaikuttavaksi havaitusta psykodynaami-

sesta terapiasta kaivattaisiin, samoin kuin interpersonaalisen terapian sovellusten mahdollisista hyödyistä esimerkiksi nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden hoidossa (45,46). Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden psykoterapioiden mahdollisista haitoista ei juuri tiedetä, koska vain harvoissa tutkimuksissa niitä on raportoitu. Yksilömuotoisten hoitojen keskeyttäminen on suhteellisen harvinaista: 85–90 % nuorista suorittaa hoidon loppuun (27,34,44).

Aina lyhytterapiat eivät ole riittäviä. Tutkimustietoa pitkien terapioiden vaikuttavuudesta on kuitenkin vähän. Kliininen käytäntö ja kokemukset osoittavat, että nuorten pitkällä aikavälillä kehittyneet ja jatkuneet ahdistuneisuushäiriöt, joiden oireet peilautuvat laajasti nuorten minäkäsitykseen ja toimintakykyyn ja ovat myös oirekuviltaan laajoja, voivat kuitenkin vaatia pitkää psykoterapeuttista hoitoa.

Lopuksi

Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoito muodostaa haasteen palvelujärjestelmälle. Ahdistuneisuusoireet näyttävät lisääntyvän nuorille tehdyissä kyselytutkimuksissa. Britanniassa kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä NHS ja opetusministeriö ovat käynnistäneet maanlaajuisia ohjelmia nuorten yleisten mielenterveyden häiriöiden, kuten ahdistuneisuushäiriöiden, varhaisten psykoterapeuttisten hoitojen kehittämiseksi ja toimittamiseksi koulujen yhteydessä

(47). Luovia ratkaisuja lisääntyvien tarpeiden ja nykyisen palvelutuotannon välillä tarvitaan Suomessakin. Hoidon järjestämistä on vaikeuttanut julkisten palvelujen ruuhkautuminen ja perustason palvelujen niukkuus. Osana hallituksen Mielenterveysstrategiaa Suomessa on käynnistetty Cool Kids -ohjelman levittämistä.

Lyhytterapioiden saatavuutta voitaisiin edistää tehokkaasti myös saattamalla metodista psykoterapiaopetusta osaksi yliopistojen perustutkintokoulutuksia. Tällöin paine ruuhkaisissa palveluissa tapahtuvaan jatkokouluttamiseen ja kouluttamiseen vähenisi. Esimerkiksi Tampereen yliopistossa on saatu hyviä tuloksia nuorten kliinisen STP:n hoidon hyödyllisyydestä kymmenen kerran kognitiivisen lyhytterapian, Tosi minä -treenin avulla (48). Hoidon toteuttajina toimivat siinä psykologian loppuvaiheen maisteriopiskelijat.

Toinen ratkaisu hoidon saatavuuden lisäämiseksi olisi ottaa palveluissa käyttöön nuorille sovellettavia ahdistuneisuushäiriöiden modulaarisia lyhytterapioita. Niiden ideana on, että hoito sisältää ahdistuneisuuteen suunnattuja yleismoduuleja, joita täydennetään kullakin nuorella esiintyvien yksilöllisten ahdistuneisuusoireiden mukaan. Tämä voisi puolestaan vähentää painetta tuottaa useita erilaisia hoitoja. Myös nuorille kehitettyjen nettiterapioiden saatavuuteen tulisi kiinnittää huomiota, sillä ne voivat matalan kynnyksen hoitoina täydentää palveluvalikoimaa ahdistuneille nuorille. ■

KLAUS RANTA, LT, PsM, psykoterapian dosentti, nuorisopsykiatrian dosentti
Tampereen yliopisto, Helsingin yliopisto

KATI KAJASTUS, PsM, VTM
Tampereen yliopisto

MAURI MARTTUNEN, LT, professori;
Helsingin yliopisto ja HUS nuorisopsykiatria

TEEMAN TOIMITTAJAT
David Gyllenberg, Andre Sourander ja Merja Laine

SIDONNAISUUDET

Klaus Ranta: Taloudellinen tuki tutkimukseen ja kehitystyöhön (Suomen Akatemia, tutkimusrahoitus, Tampereen yliopisto, tutkimus- ja kehittämisrahoitus), luento/koulutuspalkkioita (Kognitiivisen psykoterapian yhdistys, Suomen Lääkäriliitto, Duodecim -seura, Tampereen kaupunki, Tampereen Lääkärisseura), luottamustoimet (STM: Kansallinen mielenterveysstrategia -työryhmä, asiantuntija- ja ohjausryhmän jäsen, STM: Lasten ja nuorten vaatimimpien palvelujen osaamis- ja tukikeskuksia valmisteleva työryhmä, jäsen (2020 asti)

Opetushallitus ja VIP verkosto. Koulukäymättömät oppilaat: kansallinen teemaryhmä, jäsen (2020 asti)), terveydenhuollon ohjaukseen pyrkivät hankkeet (STM: Kansallinen mielenterveysstrategia -työryhmä, asiantuntija- ja ohjausryhmän jäsen)

Kati Kajastus: Ei sidonnaisuuksia

Mauri Marttunen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Tryg Foundation, HUS, Suomen Psykiatriyhdistys, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry, Espoon kaupunki, Väinö-Kaarina koti oy, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä), luottamustoimet (Psykiatrian Tutkimussäätiö, hallituksen puheenjohtaja; Suomen Psykiatriyhdistys, nuorisopsykiatrian jaos, puheenjohtaja; Valvira, pysyvä asiantuntija 31.12. 2020 asti; Helsingin yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtokunta, varajäsen; THL:n oikeuspsykiatrian lautakunta, varajäsen, Suomen Lääkärilehden tieteellisen neuvottelukunnan jäsen), hankkeet ("Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa" -hankkeen ohjausryhmä, "NEET nuorten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa" -hankkeen ohjausryhmä, Käypä hoito -työryhmät: Depressio, Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Ahdistuneisuushäiriöt, Itsemurhaa yrittäneen hoito, Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret)), muut sidonnaisuudet (Or-Ma Oy, osaomistaja ja hallituksen puheenjohtaja)

KIRJALLISUUTTA

1. Solmi M, Radau J, Olivola M, ym. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022;27:281–95.
2. Aalto-Setälä T, Suvisaari J, Appelqvist-Schmidlechner K, ym. Pandemia ja nuorten mielenterveys – kouluterveyskysely 2021. Tutkimuksesta tiivistä 55/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.
3. Parodi KB, Holt MK, Green JG, ym. Time trends and disparities in anxiety among adolescents, 2012–2018. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57:127–37.
4. Waite P, Creswell C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: differences in clinical characteristics. *J Affect Disord* 2014;167:326–32.
5. Silverman WK, Albano AM. The anxiety disorders interview schedule for DSM-IV – child and parent versions. Oxford: Oxford University Press 2004.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, text revision DSM-5-TR. American Psychiatric Association. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing 2013.
7. Ranta K. Nuoren sosiaalisten tilanteiden pelon tunnistaminen, arviointi ja hoito. *Duodecim* 2021;137:2409–17.
8. Newby JM, McKinnon AC. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Kirjassa: Farrell LJ, Ollendick TH, Muris P, toim. Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD: improving access and outcomes. Cambridge: Cambridge University Press 2019, s.226–47.
9. Rapee RM, Lyneham HJ, Schniering CA, ym. The Cool Kids “chilled” adolescent anxiety & depression program – therapist manual. Centre for Emotional Health. Sydney: Macquarie University 2006.
10. Kendall PC, Hedtke KA. Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual. Ardmore: Workbook Publishing 2006.
11. Baker HJ, Lawrence PJ, Karalus J, ym. The effectiveness of psychological therapies for anxiety disorders in adolescents: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2021;24:765–82.
12. Whiteside SPH, Leffler JM, Hord MK, ym. The compatibility of clinical child mental health treatment and evidence-based treatment protocols. *Psychol Serv* 2020;17:25–32.
13. James AC, Reardon T, Soler A, ym. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013. DOI:10.1002/14651858.CD004690.pub3.
14. Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ, ym. Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behav Res Therapy* 2015;72:30–7.
15. Domhardt M, Gesslein H, von Rezori RE, ym. Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: a meta-analytic review of intervention components. *Depress Anxiety* 2019;36:213–24.
16. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, ym. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognit Behav Therapy* 2018;47:1–18.
17. Wickersham A, Barack T, Cross L, ym. Computerized cognitive behavioral therapy for treatment of depression and anxiety in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*, julkaistu verkossa 11.4.2022. DOI:10.2196/29842.
18. Nordh M, Wahlund T, Jolstedt M, ym. Therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy vs internet-delivered supportive therapy for children and adolescents with social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2021;78:705–13.
19. Keeton CP, Kolos AC, Walkup JT. Pediatric generalized anxiety disorder. *Pediatr Drugs* 2009;11:171–83.
20. Burstein M, Beesdo-Baum K, He JP, ym. Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychol Med* 2014;44:2351–62.
21. Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, ym. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28:131–43.
22. Radetzki P, Deleurme K. A reflection of assessment of treatment of generalized anxiety disorder: child, adolescent, and adult populations. *Spectrum*, julkaistu verkossa 24.10.2018. DOI:10.29173/spectrum24.
23. In-Albon T, Wahlund T, Perrin S. Generalized anxiety disorder (GAD) in children and adolescents. Kirjassa: Gerlach AL, Gloster AT, toim. Generalized anxiety disorder and worrying. Croydon: John Wiley & Sons 2021, s. 335–68.
24. Bolognesi F, Baldwin DS, Ruini C. Psychological interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: a structured review. *J Psychopathol* 2014;20:111–26.
25. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, ym. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:591.
26. Robichaud M, Koerner N, Dugas MJ. Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder. From science to practice. New York: Routledge 2019.
27. Perrin S, Bevan D, Payne S, ym. GAD-specific cognitive behavioral treatment for children and adolescents: a pilot randomized controlled trial. *Cognit Ther Res* 2019;43:1051–64.
28. Ginsburg GS, Becker-Haimes EM, Keeton C, ym. Results from the child/adolescent anxiety multimodal extended long-term study (CAMELS): primary anxiety outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:471–80.
29. Peters RM, Waters AM. Intensive treatments for generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychopathol Rev* 2014;1:209–14.
30. Waters AM, Donaldson J, Zimmer-Gembeck MJ. Cognitive-behavioural therapy combined with an interpersonal skills component in the treatment of generalised anxiety disorder in adolescent females: a case series. *Behav Change* 2008;25:35–43.
31. Strawn JR, Lu L, Peris T, ym. Research review: paediatric anxiety disorders: what have we learnt in the last 10 years? *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:114–39.
32. Ollendick TH. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: a multiple baseline design analysis. *Behav Therapy* 1995;26:517–31.
33. Hoffman EC, Mattis SG. A developmental adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. *Cogn Behav Pract* 2000;7:253–61.
34. Pincus DB, May JE, Whitton SW, ym. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010;39:638–49.
35. Angelosante AG, Pincus DB, Whitton SW, ym. Implementation of an intensive treatment protocol for adolescents with panic disorder and agoraphobia. *Cogn Behav Practice* 2009;16:345–57.
36. Elkins RM, Gallo KP, Pincus DB, ym. Moderators of intensive CBT for adolescent panic disorder: the fear and avoidance. *Child Adolesc Mental Health* 2016;21:30–6.
37. Milrod B, Busch F, Shapiro T, ym. A pilot study of psychodynamic psychotherapy for 18-21 year old patients with panic disorder. *Ann Am Soc Adolesc Psychiatry* 2005;29:289–314.
38. Vilaplana-Pérez A, Pérez-Vigil A, Sidorchuk A, ym. Much more than just shyness: the impact of social anxiety disorder on educational performance across the lifespan. *Psychol Med* 2021;51:861–9.
39. Ranta K, Inkinen M, Laakkonen E, ym. Adolescents’ interpersonal cognition and self-appraisal of their own anxiety in an imagined anxiety-provoking classroom presentation scenario: gender differences. *Eur J Educ Psychol* 2022;15:57–78.
40. Caouette JD, Guyer AE. Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. *Dev Cogn Neurosci* 2014;8:65–76.
41. Haller SP, Cohen Kadosh K, Scerif G, ym. Social anxiety disorder in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. *Dev Cogn Neurosci* 2015;13:11–20.
42. Ranta K. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, ym, toim. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat: työvälineitä kouluihin ja klinikkoihin. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018, s. 294–320.
43. Leigh E, Clark DM. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clin Child Fam Psychol Rev* 2018;21:388–414.
44. Ingul JM, Aune T, Nordahl HM. A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychother Psychosom* 2014;83:54–61.
45. Midgley N, Mortimer R, Cirasola A, ym. The evidence-base for psychodynamic psychotherapy with children and adolescents: a narrative synthesis. *Front Psychol* 2021;12:662671.
46. 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.
47. Campbell-Jack D, Day L, Burnley N. Evaluation of the mental health services and schools link expanded programme. Ecorys UK. London: Department for Education 2020. www.annafreud.org/media/12659/link-programme-mhssl_evaluation_final_for_govuk.pdf.
48. Lampela S, Monthan J, Marttunen M, ym. Short, developmentally adapted cognitive therapy for adolescents with social anxiety disorder: a case series from a pilot evaluation. *Psychiatr Fenn* 2022;53:56–75.