

# **Kognitiivinen psykoterapia nuorten depression hoidossa**

**Tanja Martin**

## **Tiivistelmä**

Tässä artikkelissa selvitetään kirjallisuuden avulla kognitiivisen psykoterapian soveltuvuutta nuorten masennuksen hoitoon. Lisäksi luodaan katsaus kognitiiviseen psykoterapiaan liittyvään teoriaan nuoren masennuksen näkökulmasta. Työssä käydään läpi nuoruusiän kehityksen erityispiirteitä, nuoruusiän masennuksen tyypillisiä ilmenemismuotoja ja nuorten masennuksen hoitoa. Lisäksi kuvataan nuorten kognitiivisen psykoterapian erityispiirteitä. Psykoterapeuttisista malleista käydään läpi perinteinen kognitiivinen malli nuorten masennuksen hoidossa. Kognitiivis- konstruktivistisesta työtavasta nuorten masennuksen hoidossa ei löytynyt paljoakaan kirjallisuutta. Lopuksi kuvataan nuorten masennuksen kognitiiviseen psykoterapiaan liittyvää tuloksellisuustutkimusta. Kognitiivinen psykoterapia on sovellettuna käyttökelpoinen menetelmä nuoren masennustilan hoidossa. Soveltamisen kannalta keskeisimmäksi näkökulmaksi nousi nuoruusiän kehityksen erityispiirteiden huomioiminen ja nuoren perheen ottaminen mukaan psykoterapiaa tehtäessä.

## **Johdanto**

Vakava masennustila on yleisin mielialahäiriö nuoruusiässä (Lewisohn, Rohde ja Seeley 1998).

Nuorten masennuksen lääkehoidon tuloksellisuudesta on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Viime aikoina on enenevästi keskusteltu myös niiden mahdollisista haitoista. Nuoruusikäen kuuluvien kehitystehtävien kannalta depressio voi olla erityisen haitallinen (Wilkes, Belsher, Rush, Frank ja

muut 1994), joten käyttökelpoisten psykososiaalisten hoitomuotojen tutkiminen ja kehittäminen on tärkeää.

Suomessa nuorten psykoterapiaa on tehty pääasiassa psykodynaamisen viitekehyksen pohjalta. Kuitenkin mm. hoitoresurssien rajallisuuden takia on syntynyt tarve kehittää kestoaltaan rajattuja psykoterapeuttisia hoitoja. Kaikki nuoret eivät myöskään ole soveltuvia psykodynaamiseen psykoterapiaan. Siksi on tärkeää tutkia, minkälaisia työvälineitä muista viitekehysistä löytyy nuorten masennuksen hoitoon.

Tämän työn tavoitteena on selvittää kognitiivisen psykoterapian soveltuvuutta nuorten masennuksen hoidossa. Lisäksi tarkoituksena on luoda katsausta siitä, millä tavoin kognitiiviseen psykoterapiaan liittyvää teoriaa voi hyödyntää pyrittäessä ymmärtämään nuoren masennuksen syntyä ja sitä ylläpitäviä tekijöitä.

## **Yleistä nuoruusiän kehityksestä**

Nuoruusikä on kehitysvaihe, jonka tarkoituksena on lapsen vähittäinen irrottautuminen lapsuudestaan ja oman persoonallisen aikuisuuden löytäminen. Varhaisnuoruus alkaa puberteettiin liittyvien ruumiillisten muutosten myötä, jolloin nuoren keskeisin kehitystehtävä on työstää muuttuvaa suhdetta omaan kehoon. Keskinuoruuden kehitystehtävä liittyy muutokseen suhteessa vanhempiin. Nuori etsii omaa itseään ja minuuttaan. Ryhmäidentiteetin muodostuminen kuuluu tähän kehitysvaiheeseen ja tovereiden hyväksyntä on erityisen tärkeää. Nuoruusiässä oman kehon, myös seksuaalisuuden, haltuun ottaminen on keskeistä. Nuoruusiän jälkivaiheen tavoitteena on lopullisen aikuisen persoonallisuuden eheytyminen, yksilöllisen identiteetin muotoutuminen, itsenäistyminen ja konkreettinen irrottautuminen lapsuudenkodista (Rantanen 2000).

Lapsen siirtyessä kohti nuoruusikää hän siirtyy kognitiivisen kehityksen osalta vähitellen Piaget'n määritelmän mukaisesta konkreettisten operaatioiden vaiheesta formaalisten operaatioiden vaiheeseen, jolloin hänelle kehittyy kyky suhteuttaa asioita eikä vain työskennellä konkreettisten ajatusten pohjalta. Tällöin nuori pystyy huomioimaan useita näkökohtia samanaikaisesti, jolloin kyseenalaistaminen ja vaihtoehtojen näkeminen mahdollistuvat. Hänelle kehittyy kyky abstraktiin ajatteluun ja tieteelliseen päättelyyn. Nuoren kyky asettua toisen asemaan paranee tässä vaiheessa (Graham 2000).

Harter (1999) kuvaa minärepresentaatioiden kehitystä nuoruusiän eri vaiheissa. Hänen mukaansa tarvitaan Piaget'n kehitysteoriaa laajempaa näkökulmaa, mm. sosiaalisen kontekstin merkityksen huomioimista, jotta voitaisiin ymmärtää nuoruusikäisen mielenteorian kehittymistä. Varhaisnuoruudessa minärepresentaatioiden keskeisenä sisältönä ovat sosiaaliset vuorovaikutustaidot ja viehätysvoimaan liittyvät ominaisuudet. Nuori kykenee muodostamaan abstrakteja käsityksiä omista piirteistään ja ominaisuuksistaan, mutta ne ovat toisistaan erillään ja sillä tavoin epätarkkoja, että voivat olla yhdellä hetkellä täysin kielteisiä ja toisella hetkellä myönteisiä. Varhaisnuori tekee sosiaalisia vertailuja ja sisäistää herkästi eri yhteyksistä irrallisia toisten ihmisten arvoja ja mielipiteitä (Harter 1999).

Keskinuoruudessa nuoren kokemat ominaisuudet eriytyvät edelleen roolien mukaan ja sen mukaan keneen on suhteessa. Nuoren itseä koskeva käsitys siitä, millainen hän on vanhempien kanssa, kavereiden kanssa ja vaikka suhteessa opettajiin, on erilainen. Nuoruusiän keskivaiheen kognitiivinen kehitys mahdollistaa näiden yleistysten yhteyksien ja vastakohtaisuuksien näkemisen, mikä luo mielensisäisiä ristiriitoja ja huolta siitä, mikä on todellinen minä. Myös kyky tunnistaa samanaikaisesti myönteisiä ja kielteisiä ominaisuuksia luo hämmennystä. Tässä ikävaiheessa nuorelle on hyvin tärkeää se, mitä muut hänestä ajattelevat. Kognitiivisen kehityksen keskeneräisyys voi tässä suhteessa johtaa vääristymiin, kuten oletukseen siitä, että ympäristön ihmiset ovat samalla tavalla herkeämättömän kiinnostuneita arvioimaan nuoren ominaisuuksia, kuin

mitä tämä itse on. Tämä niin sanottu ”kuvitelluksi yleisöksi” nimetty ilmiö kuvaa nuoren vaikeutta pitää erillään omaa ajattelua ja muiden ajatuksia. Tässä ikävaiheessa nuori saattaa myös kokea itsensä korostuneen eriytyneeksi ja ainutkertaiseksi. Hän saattaa muodostaa oman henkilökohtaisen tarinansa, jota arvioi muiden olevan mahdotonta ymmärtää (Harter 1999).

Myöhäisnuoruudessa henkilökohtaiset uskomukset, arvot ja moraalivalinnat sisäistyvät. Kognitiivinen kehitys mahdollistaa korkeammanasteiset yleistyksset, joiden avulla nuori kykenee integroimaan keskinuoruudessa hämmennystä aiheuttaneet eri yhteyksiin liittyvien minäkäsitysten ristiriitaisuudet. Nuori kykenee integroimaan sellaiset aiemmin ristiriitaa sisältäneet minäkäsitykset kuten, että on tietyissä tilanteissa arka ja hiljainen ja toisissa ulospäin suuntautunut, yläkäsitteen joustava tai sopeutuvainen alle. Käsitys itsestä tulee tarkemmaksi ja vakaammaksi ja nuori kykenee hyväksymään itsessään sekä kielteisiä, että myönteisiä ominaisuuksia ja myös omaa rajoittuneisuuttaan. Sosiaalinen vertaaminen vähenee ja vertaaminen omiin tavoitteisiin kasvaa. Kyetäkseen etenemään näihin kehitysvaiheisiin nuori tarvitsee sosiaalisen ympäristön tukea. Kaveripiirin merkitys kasvaa nuoruusiässä. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että vaikka omanarvontunteen korreloituminen kaveripiirin hyväksyntään lisääntyy nuoruusiän aikana, ei omanarvontunteen korreloituminen vanhemmilta saatuun hyväksyntään vähene. Nuoren on tärkeää säilyttää yhteys vanhempiinsa, jotta eriytyminen ja itsenäistyminen onnistuisivat (Harter 1999).

Kuten muutkin kehityksen osa-alueet, myös tunteet kehittyvät vaiheittain varhaislapsuuden intensiivisistä ja eriytymättömistä tunnetiloista, alkeelliseen tunteiden tunnistamiseen ja erotteluun (Graham 2002). Tunteiden säätelyssä ensimmäinen kehitysvaihe on siirtyminen ulkoisesta säätelystä itsesäätelyyn. Pienellä lapsella tunteiden säätely on pääasiassa vanhempien varassa, mutta vähitellen kognitiivisten kykyjen kehittyessä lapselle syntyy enenevästi kykyä itsenäiseen tunteiden säätelyyn. Iän mukana lapsen tunteidensäätelyrepertuaari laajenee ja hän kykenee siirtymään behavioraalisista strategioista kognitiivisiin strategioihin. Pienempi lapsi voi käytöksellään säädellä tunteitaan menemällä pois vaikeasta tilanteesta tai hakemalla lohtua

huoltajalta. Vähitellen kehittyä kyky käyttää kognitiivisia keinoja kuten huomion kiinnittämistä muihin asioihin, ikävien ajatusten korvaaminen myönteisillä ja uudelleen määrittely. Lopulta kehittyä kyky valita tunteiden säätelykeino sen mukaan, millainen tunteita herättävä tilanne on, jolloin kiinnitetään enenevästi huomiota tilannekohtaisiin tekijöihin (Kendall 2000).

Tietyn kognitiivisen kehitysvaiheen saavuttaminen on edellytys kyvyllä ajatella tunteita (Graham 2002). Iän mukana lapselle ja nuorelle kehittyä paitsi suurempi valikoima emotionaalisia käsitteitä, myös kyky arvioida emotionoiden psykologisia ulottuvuuksia ja tulkita niiden merkitystä itselle (Ronen 2003). Varhaisnuoruusiässä mennessä konkreettisten operaatioiden mukaisen ajattelun kehittyessä lapsesta tulee tietoisempi itsestään ja sellaiset käsitteet kuin syyllisyys ja häpeä mahdollistuvat. Kyky tarkempaan tunteiden erittelyyn esim. vihan ja surun välillä kehittyä (Graham 2002).

## **Depressio nuoruusiässä**

### ***Yleistä nuorten depressioista***

Vakava masennustila on yleisin mielialahäiriö nuoruusiässä (Lewinsohn 1998). Epidemiologisissa tutkimuksissa nuorten masennuksen esiintyvyys on ollut 4-8 % (Children`s Mental Health Ontario 2001). Näistä nuorista 80 %:lla on vakava masennustila, 10 %:lla dystymia ja 10 %:lla niin sanottu kaksoismasennus (Lewinsohn 1998). Nuoruusiässä alkaneista masennustiloista 70 % uusiutuu viiden vuoden aikana (Lewinsohn 1998). On arvioitu, että 20 %:lle vakavan masennustilan sairastaneista nuorista kehittyä kaksisuuntainen mielialahäiriö (Children`s Mental Health Ontario 2001).

Lapsilla vakavaa masennustilaa esiintyy tytöillä ja pojilla yhtä paljon. Aikuisilla ilmenevä sukupuoliero masennuksen esiintyvyydessä ilmaantuu nuorilla 12-14 ikävuoden välillä. Nuoruusiästä alkaen naisilla esiintyy masennusta kaksi kertaa enemmän kuin miehillä (Lewinsohn 1998). Enemmistöön nuorten masennustiloista liittyy komorbiditeetti. Yleisimpiä nuoren masennuksen kanssa esiintyviä häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, dystymia, käytöshäiriöt, uhmakkuushäiriöt, ADHD ja obsessiiviskompulsiiviset häiriöt (Children`s Mental Health Ontario 2001).

Nuoren masennustila saattaa olla aikuisena alkavaa masennusta vaikeampi ja hoitoresistentimpi (Marttunen ja Aalberg 1999). Nuoruusiästä kuuluu nuoren oman erillisen identiteetin muotoutuminen. Tässä kehitysvaiheessa depressiiviset oireet voivat olla erityisen haitallisia (Wilkes ym.1994).

### ***Nuoren depression erityispiirteet ja kliininen kuva***

Lasten ja nuorten depressioiden tutkimuksen yhteydessä on todettu, että vakavan masennustilan oireet esiintyvät pääosin samanlaisina sekä lapsilla, nuorilla että aikuisilla (Lewinsohn ym. 1998). Ne diagnosoidaan samoilla ICD -10:n tai DSM-IV:n kriteereillä.

Wilkes työryhmineen (1994) kuvaa miten tietyt DSM-IV:n mukaiset depression oireet saattavat ilmetä nuorilla hieman eri tavoin kuin aikuisilla. Masentunut mieliala saattaa ilmetä myös ärtyneisyytenä, epämääräisenä pahana olona ja se voi olla aikuisiin verrattuna reaktiivisempaa. Kyvyttömyys tuntea mielihyvää ilmenee usein siten, että nuori jättäytyy pois aikaisemmista harrastuksista. Se voi näkyä myös muutoksena kaveripiirissä, joko siten, että nuori vetäytyy tai siten, että hän hakeutuu “huonompaan” seuraan. Univaikeudet ilmenevät nuorilla useimmiten nukahtamisvaikeuksina tai vaikeutena herätä aamuisin. Yölliset heräämiset ja aamuyön heräämiset ovat harvinaisempia kuin aikuisilla. Energian puutetta ja uupumusta nuori saattaa kuvata siten, että

on tylsistynyt ja pitkästynyt. Arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet nuori usein ulkoistaa. Hän voi kokea tulevansa todellisiin tapahtumiin nähden kohtuuttoman voimakkaasti kiusatuksi ja syrjityksi. Keskittymiskyvyn puute ilmenee usein koulusuoriutumisen heikkenemisenä (Wilkes ym. 1994).

Nuoruusiän depression ilmenemismuodot voivat jonkin verran vaihdella myös nuoren kehitystason mukaan. Varhaisessa nuoruusiässä saattavat painottua lasten depressioille tyypilliset piirteet kuten esimerkiksi eroahdistus, kiukkukohtaukset, käytösongelmat, perheestä ja kaveripiiristä vetäytyminen, ruumiilliset oireet kuten päänsärky ja vatsakivut (Children`s Mental Health Ontario 2001). Nuoret raportoivat aikuisia yleisemmin syyllisyyden ja arvottomuuden tunteita ja aikuisia vähemmän painon- ja ruokahalun muutoksia sekä itsemurha-ajatuksia (Lewinsohn ym. 1998).

Kuvailevissa tutkimuksissa on todettu, että kliinisissä aineistoissa tyypillistä depressiivisillä nuorilla on negatiivinen ajattelutapa, johon sisältyy alentunut itsetunto, negatiiviset määitykset itsestä ja negatiiviset kognitiot. Heillä on myös vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyn laskua (Graham 2002).

Stehower työtovereineen tutki depressiivisten nuoruusikäisten ja aikuisten naisten kognitioiden välisiä eroja. Aikuisten depressiiviset kognitiot koskivat negatiivista kuvaa itsestä ja epäonnistumista suhteessa omiin odotuksiin. Nuoret kokivat epäonnistumista suhteessa ympäristön odotuksiin ja ilmaisivat negatiivisia kognitioita liittyen siihen, miten kokivat ympäristön arvioivan itseään (Stehouwer, Bultsma ja Blackford 1985). Tämä kuvaa nuoruusiän kehitysvaiheeseen liittyvää identiteetin kehityksen keskeneräisyyttä, jolloin nuorelle on hyvin tärkeää, mitä muut hänestä ajattelevat.

## **Depression etiologisia malleja**

### ***Yleinen etiologinen malli***

Yleinen etiologinen malli depression synnystä on stressi-alttius malli, jossa kuormitustekijöiden oletetaan laukaisevan depression sille alttiissa yksilössä. Alttius voi liittyä geneettisesti tai ympäristön vaikutuksen kautta määräytyviin biologisiin tekijöihin kuten puutteisiin aivojen välittäjäaineiden tuotannossa ja säätelyssä, poikkeavaan stressivasteeseen hypotalamus-aivolisäkelisämunuaisen kuorikerros-akselilla tai hormonaalisten tai endokrinologisten systeemien häiriöön. Biologisten tekijöiden osuudesta lasten ja nuorten masennuksen synnyssä on tehty vain harvoja tutkimuksia (Kendall 2000).

### ***Kognitiivinen malli***

Kognitiivisen mallin mukaan havainnointia ja muuta kognitiivista prosessointia ohjaavat ydinuskomukset tai skeemat, jotka ovat toistuvien oppimiskokemusten kautta lapsuuden aikana kehittyneitä uskomuksia koskien itseä, muita ihmisiä ja ympäröivää maailmaa. Ne ovat suhteellisen stabiileja kognitiivisia rakenteita, jotka vaikuttavat informaation havainnointiin ja tulkintaan. Henkilö ei tavallisesti ole ydinuskomuksista tietoinen, vaan pitää näitä uskomuksia ikään kuin ehdottomina totuuksina. Ydinuskomus (esim. olen kyvytön) toimii suodattimena, joka ohjaa havaintoja ja niiden tulkintaa. Automaattiset ajatukset (esim. ”Tästä ei tule mitään.”) ovat tilanteen herättämiä verbaalisia kognitioita tai mielikuvia. Niiden laatua ohjaavat taustalla olevat ydinuskomukset. Automaattisista ajatuksista henkilö on yleensä tietoinen tai ainakin huomiota kiinnittämällä voi tulla niistä helposti tietoiseksi. Automaattiset ajatukset puolestaan vaikuttavat tunteisiin, käyttäytymiseen ja fysiologisiin reaktioihin (Beck 1995).



Kun yksilö pyrkii organisoimaan kokemuksiaan koherentilla tavalla, syntyy edellä kuvattujen lisäksi välittäviä uskomuksia, jotka ovat yksilön asenteita, elämisen sääntöjä ja olettamuksia. Ne ovat usein vaatimus- tai käskymuodossa: ”pitää”, ”täytyy”, ”jos...niin”. Dysfunktionaalisiin välittäviin uskomuksiin liittyy voimakkaita epämiellyttäviä tunteita eivätkä ne auta tavoitteiden saavuttamisessa. Ydinuskomukset vaikuttavat näiden muodostumiseen. Välittävä uskomus voi olla esimerkiksi: ”Jos en ymmärrä jotain täydellisesti olen varmasti tyhmä” (Beck 1995).

Edellä kuvattujen lisäksi kognitiivisen mallin keskeisiä depressioon kuuluvia käsitteitä ovat kognitiivinen triadi ja kognitiiviset vääristymät. Kognitiivinen triadi tarkoittaa depressiivisen henkilön negatiivista käsitystä itsestä, ympäröivästä maailmasta ja tulevaisuudesta (Beck 1995). Kognitiiviset vääristymät ovat systemaattisia virheitä depressiivisen henkilön ajattelussa. Näitä ovat esimerkiksi mielivaltainen päättely (tietty johtopäätös tehdään tosiasioista välittämättä), valikoiva yleistäminen (johtopäätös tehdään tuijottamalla yhteydestään irrotettuun yksityiskohtaan välittämättä tilanteen kannalta olennaisemmista piirteistä), yliyleistäminen (yhden tai muutaman erillisen kokemuksen perusteella muodostetaan yleinen sääntö ja sovelletaan sitä tilanteesta riippumatta), suurentelu tai vähättely, personalisaatio (ulkoiset tapahtumat liitetään itseen ilman perusteita) ja dikotominen ajattelu (Karila 2001).

Kognitiivisen teorian mukaan kuormitustekijä voi aktivoida depressiivisyydelle altistavan (aiemmin ehkä latentin) ydinuskomuksen, joka toimii tämän jälkeen havaintoja ja niiden tulkintaa ohjaavana suodattimena. Depressiivisen skeeman aktivoituminen aiheuttaa tyypillisesti havainnoinnin painottumista negatiivisiin asioihin ja tapahtumien tulkitsemisen itselle kielteisenä jopa realiteettia vääristäen (Wilkes ym. 1994).

Nuoria tutkittaessa on kuitenkin todettu, ettei niinkään negatiivinen itseä koskeva skeema kuin positiivisen itseä koskevan skeeman puuttuminen, erottelee depressiiviset nuoret muista nuorista. On myös todettu etteivät nuorten depressiiviset skeemat ole yhtä vakiintuneita kuin aikuisten. Jos

nuorten kokemukset tai ympäristö muuttuvat myönteisempään suuntaan voi toistuvien oppimiskokemusten kautta syntyä sopeutumista paremmin edistäviä skeemoja tai negatiiviset skeemat väljentyvät (Kendall 2000). Nuoren psykoterapia-arviota tehtäessä tuleekin miettiä, onko yksilöpsykoterapiaa ensisijaisempaa yrittää vaikuttaa nuoren ympäristöön tai tuleeko tällaisia toimenpiteitä suunnitella psykoterapian ohella. Koska nuoren itseä koskevat depressiolle altistavat skeemat ovat vielä joustavia, tarjoaa se mahdollisuuden myös ennaltaehkäisevien kouluun tai perheeseen kohdistuvien toimenpiteiden suunnitteluun.

### ***Kiintymyssuhdeteorian ja kognitiivisen teorian integrointi***

Kognitiivisen mallin ja kiintymyssuhdeteorian integrointi antaa mahdollisuuden tarkastella sekä nuoren kognitiivista toimintaa, että interpersonaalista kontekstia, jossa se on kehittynyt ja joka ylläpitää sitä (Kendall 2000).

Kiintymyssuhdeteoria kuvaa läheisyyteen ja autonomiaan liittyvien sisäisten toimintamallien rakentumista varhaisissa kiintymyssuhteissa lapsen mukautuessa adaptiivisesti siihen, millainen oleminen tarjoaa parhaan mahdollisuuden säilyttää turva ja suhde kiintymyksen kohteeseen. Nämä vuorovaikutuskäyttäytymistä ohjaavat mallit aktivoituvat erityisesti kuormitustilanteissa. Kiintymyssuhdekäyttäytymisen katsotaan ilmentävän lapsen sisäistä työskentelymallia, joka tarkoittaa suurin piirtein samaa kuin kognitiivisen teorian itseä koskeva skeema tai ydinuskomus ja interpersonaalinen skeema. Nämä skeemat sisäistyvät huoltajan ja lapsen välisistä toistuvista vuorovaikutuskuvioista oppimiskokemusten kautta. Kiintymyssuhteet on jaettu turvalliseen ja kolmeen turvattoman kiintymyksen ryhmään. Välttelevään kiintymyssuhteeseen liittyy usein psykologisesti etäinen ja hylkivä huoltaja, jolloin syntyy sisäinen työskentelymalli itsestä ei rakastettavana. Tämä kiintymyssuhdemalli perustuu lapsen kokemuksiin siitä, ettei huolenpitoa ole saatavilla ja tarvitsevuuden ilmaisut tulevat torjutuiksi. Ristiriitainen kiintymyssuhde sisältää lapsen ylivalppauden huoltajaa kohtaan ja liittyy odotukseen siitä, että huoltaja ei ole johdonmukaisesti

tukena kuormittavissa tilanteissa. Kaoottisessa kiintymyssuhteessa lapsi vuoroin lähestyy ja vuoroin välttelee huoltajaa. Sen taustalla on usein perheen vaikeita traumaattisia kokemuksia. Sekä välttelevään, että ristiriitaiseen kiintymyssuhteeseen liittyy ongelmia tunteiden säätelyssä (Kendall 2000).

Kognitiivista teoriaa ja kiintymyssuhdeteoriaa integroimalla voi ajatella depression syntyvän seuraavasti. Erityisesti välttelevään kiintymyssuhteeseen liittyvät toistuvat oppimiskokemukset aiheuttavat depressionille altistavien ydinuskomusten muotoutumisen. Kun nämä ydinuskomukset kuormitustekijän laukaisemana aktivoituvat, syntyy informaationprosessoinnin ja havainnoinnin vääristymiä, jotka saattavat myötävaikuttaa depression syntyyn ja ylläpitää sitä (Kendall 2000).

### ***Depressio tunteiden säätelyn häiriönä***

Kendall kuvaa kirjassaan selitysmallin, jonka mukaan depression taustalla on kyvyttömyys säädellä negatiivisia tunteita. Kiintymyssuhde vaikuttaa siihen miten lapsi oppii säätelämään tunteitaan ja hyödyntämään sosiaalisen verkoston tukea (Kendall 2000). Yleisimmin depressioon on liitetty välttelevä kiintymyssuhdemalli, johon liittyy tunteiden ylikontrollia. Negatiivisia tunneilmaisuja vältetään ja omaa tarvitsevuutta peitetään. On todettu, että depressiivisten lasten on vaikea muuttaa negatiivista tunnetilaa, koska he käyttävät passiivisia ja tehottomia tunteidensäätely keinoja. He saattavat myös käyttää keinoja, jotka pahentava negatiivista tunnetilaa. Depressiiviset tytöt välttelevät suoraa ongelmanratkaisua vuorovaikutustilanteissa ja pojat saattavat toimia aggressiivisesti, mikä pahentaa konfliktia. (Kendall 2000)

Nuoruudessa, jolloin identiteetin muodostuminen on keskeinen kehitystehtävä, kehittyy myös teoria persoonallisesta tunteiden säätelystä. Kehittyy skeemoja, jotka kuvaavat nuoren käsitystä heidän kyvystään säädellä tunteita. Nämä skeemat ohjaavat nuoren yrityksiä säädellä tunnetilojaan. Myös kaveripiirin merkitys tunteiden säätelyssä tulee merkittäväksi (Kendall 2000). Nuoruusikä on

tunteiden säätelyn kannalta erityisen haasteellinen, koska se sisältää suuria sekä fyysisiä että psykologisia muutoksia. Nuori kykenee tunnistamaan tunteitaan entistä paremmin ja uudenvuorokauden tunteita esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyen herää. Itsenäistyminen voi herättää myönteisten tunteiden lisäksi surua ja pelkoa. Myös vihan tunne on eriytyneen kannalta tarpeellinen. Kehitysvaiheeseen liittyen nuori ei ole halukas tukeutumaan vanhempiin tunteiden säätelyssä. Nuoruusiän kognitiivinen kehitys tarjoaa toisaalta uusia välineitä tunteiden käsittelyyn, mutta saattaa myös herättää hämmennystä, kun uudenlaiset tunteiden tulkinnat mahdollistuvat.

### ***Nuoren depressio ja persoonallisuuden depressiivinen merkitysorganisaatio***

Nuoren depressiota voidaan tarkastella myös Guidanon (1987) luoman persoonallisuuden merkitysorganisaation käsitteen avulla. Merkitysorganisaatio rakentuu varhaisessa kiintymyssuhteessa ja se kuvaa ihmisen tapaa olla suhteessa itseensä ja muihin sekä tapaa jäsentää omaa kokemustaan. Depressiivisen merkitysorganisaation kehittymisen taustalla on välttelevä vuorovaikutussuhde. Tyypillistä on, että lapsi on joutunut irrottautumaan vanhemmistaan ja itsenäistymään liian varhain. Kokemus kiintymyksen menettämisestä ja liian varhainen vastuunotto ovatkin usein depressiivisen kehityksen taustalla. Depressiivisen merkitysorganisaation omaava ihminen pitää itseään huonona ja kelpaamattomana (Mäntymaa 2000).

Nuoruusiässä kokemus yksinäisyydestä ja abstraktin ajattelun kehittyminen toimivat ärsykkeenä ihmissuhteiden lujittamiselle ja vakauttamiselle. Depressiivisessä merkitysorganisaatiossa tämä nuoruusiän kehitystehtävä tuo esille vaikeuden muodostaa vastavuoroisia tunnesuhteita, jolloin riskinä on masennukselle altistava eristäytymiskehitys (Mäntymaa 2000).

## ***Nuoren depressio ja etiologiset mallit: yhteenveto***

Tutkimus on toistuvasti liittänyt depression tunteiden säätelyn häiriöön, mutta epäselväksi on jäänyt edeltääkö tämä häiriö depressiota (Kendall 2000). Useissa tutkimuksissa on löydetty yhteys nuorten depression ja negatiivisten kognitioiden välillä kuten aikuisillakin on kuvattu. Tämä yhteys on todettu varhaisesta nuoruusiästä lähtien. Tutkimukset siitä, edeltävätkö tällaiset kognitiot masennustilaa vai esiintyykö niitä vain depression aikana, ovat ristiriitaisia (Graham 2002).

Turvaton kiintymystä voidaan pitää riskinä depressiolle altistavan ajattelutavan syntymiselle, puutteellisen tunteiden säätelyn kehittymiselle ja kyvyttömyydelle hyödyntää sosiaalista tukea, jotka kaikki lisäävät riskiä sairastua depression. Turvallinen kiintymyssuhde voidaan nähdä suojaavana tekijänä (Kendall 2000).

## **Nuoren depression hoito**

### ***Arviointi***

Nuoren arvioon kuuluu nuoruusiän kehitysvaiheen osuuden arviointi sekä nuoren persoonallisuuden ja temperamentin arviointi (Wilkes ym. 1994). Lisäksi arvioidaan toimintakyky suhteessa oletettuun kehitystasoon ja huomioidaan sosiaalinen konteksti, johon kuuluu nuoren perhe, koulu ja kaveripiiri (Children`s Mental Health Ontario 2001).

Standardoidut diagnostiset arviointimenetelmät ovat hyödyllisiä, mutta saattavat nuoren kohdalla antaa liian herkästi positiivisia tuloksia. Hoidon tarpeellisuutta arvioitaessa onkin oleellisinta arvioida oireiden vaikutusta nuoren toimintakykyyn sekä oireilun kestoa. Yleensä yli neljä viikkoa kestävät oireet edellyttävät hoidollista puuttumista. Itsemurhariskin, komorbidien häiriöiden

arviointi ja systemaattinen lääketieteellinen tutkimus kuuluvat aina depressoivisen nuoren arvioon.

Suvun anamneesi mielialahäiriöiden suhteen selvitetään (Wilkes ym. 1994).

### ***Biologiset hoidot***

Koska nuoren depressio liittyy kehitykselliseen ja psykososiaaliseen kontekstiin, on pelkkä lääkehoito harvoin perusteltua. Lääkehoitoa tulisi kuitenkin harkita psykoottisen depression, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja vakavan toimintakykyä lamaavan ja psykososiaalisten hoitojen hyödyntämistä estävän masennusoireilun kohdalla ja myös silloin, kun vaste pelkkään psykoterapiaan on riittämätön (Children`s Mental Health Ontario 2001). Lääkehoidon yhdistämistä suositellaan, jos psykoterapialla ei saada riittävää vastetta 4-6-viikossa (Wilkes ym. 1994). Nuoren lääkehoito edellyttää ikään liittyvien biologisten ja psykologisten erityispiirteiden tuntemusta (Marttunen ja Aalberg 1999).

### ***Psykososiaaliset hoidot***

Nuorten masennustilojen hoidossa on näyttöä interpersonaalisen psykoterapian ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian (CBT) tehosta. CBT:n on osoitettu olevan hyödyllistä erityisesti lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidossa. Vakavimpien masennustilojen hoidossa suositellaan sen yhdistämistä muihin, esimerkiksi biologisiin hoitoihin. Vakavimmissa masennustiloissa suositellaan suuren uusiutumisen riskin takia pidempää hoitoa. Useita vuosia kestävä ylläpitohoitoa saattavat tarvita nuoret, joilla on yli 3 vakavan masennuksen jaksoa, psykoottisia oireita, vakavaa itsetuhoisuutta, toimintakyvyn alenemaa, jatkuva kuormittava perhetilanne tai muu jatkuva psykososiaalinen kuormitustekijä (Children`s Mental Health Ontario 2001). Perheen vakava kriisi kuten esim. väkivaltaisuuden tai seksuaalisen hyväksikäytön esille tulo vaatii muita toimenpiteitä ennen psykoterapian aloittamista (Wilkes ym. 1994).

Psykodynaamisen psykoterapian tehosta nuorten masennuksen hoidossa ei ole tutkimuksellista näyttöä, mutta kliininen kokemus on osoittanut, että psykodynaamiset hoitoperiaatteet ovat tärkeä hoidon komponentti etenkin yhdistettynä strukturoituihin hoitomuotoihin. Ei ole juurikaan tutkimusnäyttöä siitä, että vanhempien neuvonta tai perheterapia yksinään olisi tehokasta nuoren depression hoidossa. Perheen kanssa työskentelyä osana nuoren depression hoitoa pidetään kuitenkin tärkeänä. Enenevästi on tuotu esiin ajatuksia siitä, että hyödyllisintä nuorten masennustilojen hoidossa olisi integroitua, eri viitekehyksistä peräisin olevien elementtien yhdistämiseen pyrkivä hoito-ote (Children`s Mental Health Ontario 2001).

## **Nuoren kognitiivisen psykoterapian erityispiirteitä**

### ***Nuoruusiän kehityksen erityispiirteiden huomioiminen psykoterapiassa***

Useissa nuorten kognitiivista psykoterapiaa koskevissa kirjoissa ja artikkeleissa painotetaan sitä, että kognitiivista psykoterapiaa ei voi käyttää nuorilla ilman modifiointia (Graham 2002, Ronen 2003; Wilkes ym. 1994). Nuoren kognitiivisessa psykoterapiassa tulee huomioida sekä nuoren kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen vaihe että nuoruusikään liittyvät kehitystehtävät (Harter 1999). Nuoren kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen keskeneräisyys voi vaikeuttaa terapeutista työskentelyä, mutta toisaalta saattaa olla, etteivät kognitiiviset rakenteet ole vielä ehtineet kehittyä niin jäykiksi kuin aikuisilla, jolloin interventiot ovat mahdollisesti jopa tehokkaampia kuin aikuisilla (Wilkes ym.1994).

Kognitiiviselle psykoterapialle ominainen tutkiva yhteistyösuhde on tärkeä myös nuoren psykoterapiassa, mutta se edellyttää soveltamista, koska nuori ei ole suhteessa terapeuttiin yhtä tasa-arvoisessa asemassa kuin aikuinen. Nuori on saatettu tuoda terapiaan vastoin hänen omaa tahtoaan vanhempien aloitteesta. Vaikka nuoren psykoterapiassa luottamuksellisuus on oleellista, ei

täydellistä vaitioloa ole syytä luvata. On hyvä jo etukäteen sopia asioista, joista tullaan informoimaan vanhempia, kuten esimerkiksi henkeä uhkaavat tilanteet. Objektiiivisen aseman säilyttäminen nuorten psykoterapioissa saattaa olla vaikeampaa kuin aikuisten terapioissa. Terapeutin tulee välttää liikaa samaistumista sekä potilaaseen että vanhempiin. Nuoren kehitykselle on tunnusomaista nopea oppiminen ja nopeat muutokset, joten mallioppiminen terapeutilta on keskeisempää kuin aikuisten terapiassa. Mallintamista voi tehdä niin, että se on potilaalle tietoista esimerkiksi rooliharjoituksissa. Mallintamista on myös se, että terapeutti omalla tavallaan suhtautua tai kysyä asioita tarjoaa mallia siitä, miten ongelmia voi ratkoa tai miten puolia voi pitää. Myös nuoren perhe saattaa hyötyä mallioppimisesta, koska nuoren masennukseen liittyy usein perheessä puutteita vanhemmuuden taidoissa (Wilkes ym.1994).

Nuori tarvitsee tunteiden ja ajatusprosessien tutkimiseen terapeutilta enemmän apua kuin aikuinen, koska nuoren metakognitiiviset kyvyt ovat aikuisia huonommat. Ajatusten ja tunteiden välisten yhteyksien havaitsemisen lisäksi nuorelle voi olla vaikeaa nimetä ja tunnistaa tunteita, jolloin terapeutin tehtävä on opettaa tunteiden nimeämistä tarjoilemalla erilaisia vaihtoehtoja. Nuoren verbalisointitaidot ovat myös huonommin kehittyneet kuin aikuisella. Tällöin terapeutin on tärkeää havainnoida nuoren käytöstä ja ei-kielellisiä vihjeitä. Nuoren kuvaukset tilanteestaan saattavat vaihdella ja olla keskenään ristiriidassa. Tämä ei kuitenkaan välttämättä tarkoita hoidon vastustamista, vaan voi liittyä siihen, että nuoren kuva itsestä voi olla nopeasti vaihteleva. Nuoren voi olla vaikea osallistua fokuoituun keskusteluun myös siksi, että hän saattaa pelätä vastaavansa väärin. Tässäkin tilanteessa terapeutin täytyy auttaa nuorta ja tarjota vastausvaihtoehtoja, joista nuori voi valita tai joita hän voi korjata. Koska nuoret ovat aikuisia konkreettisempia ajattelussaan, pitää terapeutin tehdä selkeitä ja yksityiskohtaisia kysymyksiä (Wilkes ym.1994).

Nuoruusikään kuuluu itsekeskeisyys, tarve itsenäisyyteen ja vaikeus luottaa aikuisiin. Nuoren narsismin huomioiminen osoittamalla halua ymmärtää nuorta mahdollisimman tarkkaan vaikkapa käyttämällä tavallista enemmän reflektointia auttaa välttämään vastakkainasetteluita.



Valinnanmahdollisuuksien tarjoaminen hoidossa, esimerkiksi välitehtävien, suunnittelussa tukee nuoren autonomian tarvetta. Nuorten narsistinen haavoittuvuus herkistää itsesyytöksille. Terapeutin tulee olla huolellinen siinä, että käsiteltäessä ei toivottua käyttäytymistä, se tehdään seurausten hyviä ja huonoja puolia tarkastelemalla, eikä siten, että nuori kokee koko persoonaansa arvosteltavan. Myös depressiivisen nuoren perheen herkkyys itsesyytöksille on huomioitava työskentelyssä. Nuori tarvitsee myös enemmän aikaa kyetäkseen yleistämään terapiassa oppimia asioita ja usein nuoren kohdalla kannattaa painottaa behavioraalisia tekniikoita suhteessa kognitiivisiin tekniikoihin. Nuorten psykoterapiassa käytetään aikuisten terapiaan verrattuna enemmän uusien taitojen opettelua kuin kognitiivisten vääristymien korjaamista (Wilkes ym.1994).

Tiettyjen kognitiivisen psykoterapian tekniikoiden käytössä tulee huomioida nuoren kognitiivisen kehityksen vaihe. Esimerkiksi sellaisen dysfunktionaalisen oletuksen tutkiminen, kuten ”arvoni ihmisenä riippuu siitä, mitä muut minusta ajattelevat” on abstrakti ylemmän tason yleistys itsestä. Kuitenkin Piaget`n teorian mukaan tällainen yleistys onnistuu vasta formaalisten operaatioiden vaiheessa, mihin siirrytään vähitellen nuoruusiän keskivaiheessa. Eräs työtapo kognitiivisessa psykoterapiassa on arvioida näyttöä, joka puoltaa tai on vastaan tiettyä uskomusta. Se edellyttää tehokasta päättelykykyä suhteessa konkreettisiin käytännön asioihin. Tällainen tieteellinen päättely (kyky arvioida teoriaa näyttöön perustuen) kehittyy vasta vähitellen nuoruusiässä. Varhaisnuoruusiässä nuorilla on vaikeuksia pitää teoriaa ja näyttöä erillään (Graham 2002).

Myös nuoren emotionaalisen kehityksen vaihe on psykoterapiatekniikoiden valinnan kannalta tärkeä. Nuoren on täytynyt saavuttaa kyky tuntea empatiaa toisia kohtaan ennen kuin hänelle voi opettaa tiettyjä kognitiivisen terapian tekniikoita, kuten ongelmanratkaisua tai vaihtoehtoisten ratkaisujen arviointia, jotka vaativat kykyä arvioida miltä toisesta tuntuu (Graham 2002). Nuoren terapiassa on erityisen tärkeää, että terapeutti on herkkä havaitsemaan nuoren tunneilmaisuja terapiatunnin aikana. Huomiota tulee kiinnittää sekä emootioiden muutokseen, että voimakkaan emotionin ilmenemiseen. Nuoren kyky säädellä tunteita on huonompi kuin aikuisilla ja terapeutin

tulee varautua kohtaamaan varsin intensiivisiä ja äärimmäisiä tunteita (Wilkes ym. 1994). Kuhunkin ikävaiheeseen liittyvien kehitystehtävien perusteella voi linjata lapsen tai nuoren kannalta oleelliset interventiostrategiat eri ikävaiheissa. Lapsuusiän keskivaiheesta varhaiseen nuoruusiän asti keskeinen kehitystehtävä on yksilöllisen identiteetin kehittäminen ja sosiaalisen kontrollikyvyn saavuttaminen, jolloin terapian tulisi pohjautua sosiaalisten taitojen opettamiseen ja itsekontrollimenetelmien harjoittamiseen. Koko nuoruusiän keskeinen kehitystehtävä on yksilöityminen ja itsenäistyminen perheestä, jolloin esim. ongelmanratkaisutaitojen kehittämiseen ja itsekontrollin harjoittamiseen pohjautuvat interventiot saattavat olla hyödyllisiä (Graham 2002). Yksilöitymisen kannalta oleellisia asertiivisuustaitoja voi kehittää rooliharjoitusten avulla.

Harterin (1999) kuvaamiin nuoruusiän eri kehitysvaiheisiin tutustuminen auttaa terapeuttia näkemään keskinuoruusiän liittyvät minärepresentaatioiden vaihtelut ja vastakohtaisuudet kehityksellisinä ilmiöinä, mitä käsitystä on hyvä välittää myös nuorelle. On myös tärkeää auttaa myöhäisnuoruusiä elävää nuorta tarjoamalla ylemmän tason yleistyksiä, joiden avulla vastakohtaisia itsensä määrittelyjä voi integroida, koska nämä kognitiiviset ratkaisut eivät välttämättä ilmaannu automaattisesti kehityksen myötä (Harter 1999).

### ***Perheen kanssa työskentely***

Kliinisen tuntuman ja teorian perusteella vaikuttaisi siltä, että perhe pitäisi ottaa mukaan hoitoprosessiin. Tutkimuksissa ei kuitenkaan vielä ole saatu tästä pitävää näyttöä (Kendall 2002). Nuoren kognitiivista psykoterapiaa koskevassa kirjallisuudessa suositellaan perheen ja tarvittaessa muun sosiaalisen verkoston mukaan ottamista nuoren psykoterapiaan. Perheen vuorovaikutustilanteet saattavat vahvistaa nuoren depressiolle altistavia kognitioita, jolloin ne toimivat psykoterapeuttista työskentelyä vastaan, ellei niiden kanssa työskennellä. Toisaalta perhe voi myös toimia psykoterapian tukena pyrittäessä muuttamaan nuoren negatiivisia mielikuvia tai ongelmanratkaisutilanteissa. Aikuisiin terapiapotentiaaleihin verrattuna nuori on emotionaalisesti

riippuvaisempi perheestään, mikä puoltaa perheen mukaan ottamista nuoren terapiaan. Nuori hyötyy myös usein vanhemmille annettavasta psykoedukaatiosta (Wilkes ym. 1994).

Perhetilanteen arvioinnissa kiinnitetään huomiota sellaisiin perheen vuorovaikutuskuvioihin, jotka saattavat aiheuttaa tai ylläpitää nuoren negatiivisia uskomuksia, informaation prosessoinnin vääristymiä ja ongelmallisia käyttäytymiskuvioita (Kendall 2002). Nuorta hoidettaessa on hyvä huomioida se, että nuoruusikäisen perhe elää myös aina muutosvaihetta (Wilkes ym. 1994).

## **Nuoren depression kognitiivinen psykoterapia**

### ***Perinteinen kognitiivinen psykoterapia nuoren masennuksen hoidossa***

Nuoren depression kognitiivinen psykoterapia noudattaa pääpiirteissään aikuisten depression hoidossa käytettyjä malleja. Kognitiivinen käsitteellistäminen on keskeinen lähtökohta. Se on eräänlainen työhypoteesi, jota tarkennetaan terapian aikana. Se pitää sisällään ongelman määrittelyn ja arvion tilannetta ylläpitävistä ja sen kehittymiseen vaikuttaneista tekijöistä. Siinä arvioidaan ongelman kognitiiviset, emotionaaliset, fysiologiset ja käyttäytymiseen liittyvät puolet. Kognitiivisen käsitteellistämisen tulisi pitää sisällään lisäksi perheen ja sosiaalisen verkoston vaikutus nuoren käsitykseen itsestä, ympäristöstä ja tulevaisuudestaan (Wilkes ym. 1994).

Nuoren kanssa yhdessä tehdään ongelmalista ja asetetaan tavoitteet hoidolle (Friedberg ja McClure 2002). Etenkin nuoren kanssa on tärkeää operationalisoida abstraktit asiat kuten masennus siten, että se on määritelty niin, että sitä voidaan jotenkin mitata (Wilkes ym. 1994). Aluksi potilaalle ja perheelle kuvataan kognitiivisen psykoterapian peruseriaatteet. Jos masennus on vakavaa, keskitytään hoidon alkuvaiheessa potilaan voinnin helpottamiseen behavioraalisilla menetelmillä. Tyypillinen on päivittäisten toimintojen kartoittaminen ja niihin liittyvien mielialan vaihteluiden

arviointi. Pyritään suunnittelemaan viikkoon mielihyvää tuottavia aktiviteetteja sillä perusteella, millaiset toiminnot ovat ennen masennukseen sairastumista olleet potilaalle tärkeitä. Lisäksi voidaan suunnitella pärjäämisen tunnetta tuottavia toimia pienin askelin. Toiminnan vaikutusta mielialaan havainnoidaan (Karila 2001; Wilkes ym. 1994).

Voinnin hieman helpotuttua opetetaan nuorta havainnoimaan masennuksen intensiteetin vaihteluita. Toinen tärkeä tavoite on opettaa nuorta nimeämään ja tunnistamaan tunteita sekä tunteiden, ajatusten, tapahtumien ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä. Menetelmänä voi käyttää ajatuspäiväkirjaa. Siinä kirjataan tilanne, tunne ja välittömät ajatukset. Kun nuori on oppinut yhdistämään hankaliin tilanteisiin liittyviä tunteita ja ajatuksia, voidaan alkaa kartoittaa taustalla olevia perususkomuksia. Automaattisten ajatusten taustalla olevien uskomusten tutkimisessa voi käyttää nuoli alaspäin tekniikkaa, jossa tehdään sarja kysymyksiä tietyn asian emotionaalisesta merkityksestä. Terapeutti pyytää potilasta kuvaamaan, mitä tietty tilanne ja siihen liittyvä ajatus kertoo potilaasta itsestään. Myös perheen ja nuoren uskomusten vertailu saattaa olla hyödyllistä (Wilkes ym. 1994).

Terapian myöhemmässä vaiheessa voidaan arvioida ajatusten ja uskomusten pätevyyttä ja hyödyllisyyttä analysoimalla tiettyä ajatusta puoltavia ja vastaan olevia tosiasioita ja muodostamalla vaihtoehtoisia ajatuksia (Karila 2001). Kognitiivisten vääristymien tutkimisessa voi käyttää tekniikkaa, jossa verrataan nuoren ajatuksia tai uskomuksia siihen, mitä joku toinen saattaisi vastaavasta tilanteesta ajatella. Ajatuksia voidaan myös kyseenalaistaa arvioimalla niiden hyviä ja huonoja puolia. Uskomusten operationalisointia tehdään siten, että määritellään miten uskomus ilmenee, jos se pitää paikkansa. Lisäksi voidaan käyttää aikaprojektiota tutkimalla mitä seurauksia tietyillä automaattisilla ajatuksilla ja uskomuksilla on tietyn ajan kuluttua (Wilkes ym.1994). Käyttäytymiskokeilut ovat yksi tehokkaimmista tavoista muuttaa ajatuksia. Kokeilemalla uutta käyttäytymistä ja havainnoimalla sen seuraamuksia nuori saa välitöntä, suoraa ja konkreettista

näyttää haitallisia uskomuksia vastaan tai hän voi saada tukea uuden myönteisemmän uskomuksen puolesta (Kendall 2000).

Useimmat nuorten depression hoitoon tarkoitetut mallit korostavat myös sosiaalisten taitojen opettelua osana hoitoa. Terapeutti opettaa kommunikaatiotaitoja kuten vuorovaikutustilanteiden aloittamista ja jatkamista, kysymysten tekemistä ja niihin vastaamista sekä asioiden jakamista. Tärkeitä taitoja ovat myös assertiivisuus, katsekontaktin säilyttäminen, positiivisen palautteen antaminen ja ristiriitojen ratkaisemisen opettelu. Konkreettisempien taitojen lisäksi voidaan opettaa ei-kielellisten vihjeiden merkitystä. Näitä taitoja voi terapiassa opettaa antamalla suoria ohjeita, mallioppimisen kautta ja rooliharjoituksissa. Nuorta voi myös opettaa havainnoimaan kaveripiirin käyttämiä sosiaalisia taitoja ja ottamaan niistä mallia (Friedberg ja McClure 2002). Sosiaaliset häiriöt ilmenevät potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa ja niistä annetaan nuorelle suoraa palautetta samalla kun pyritään opettamaan nuorelle hyödyllisempiä tapoja toimia (Kendall 2000).

Joillekin depressiivisille nuorille on tarpeen opettaa suoraan ongelmanratkaisun eri vaiheet. Vaihtoehtoisten ratkaisumallien löytäminen ongelmaan voi olla masentuneelle nuorelle erityisen vaikeaa ja hän tarvitsee siinä terapeutin aktiivista apua. Tyypillisesti depressiivinen nuori näkee ongelmatilanteessa vain yhden mahdollisen ratkaisun ja sille yhden negatiivisen seuraamuksen (Fiedberg ja McClure 2002).

Terapian loppuvaiheessa käydään läpi potilaan ajatusten ja uskomusten muutoksia. Lisäksi arvioidaan tilannetta asetettujen tavoitteiden suhteen. Terapian lopettaminen voi toimia metaforana nuoren ikään kuuluvalla kehitystehtävälle irtautua perheestä tai lapsenomaisista uskomuksista. Nuori voi päätyä lopettamaan ennen aikojaan, jolloin on tärkeä vahvistaa opittuja taitoja ja madaltaa kynnystä hakeutua uudelle terapiajaksolle. Jos nuori pyrkii pitkittämään terapiaa, on se usein merkki siitä, että kiintymyssuhteisiin liittyvät kysymykset ovat keskeisiä. Esimerkiksi

trauman kärsineillä, ristiriitaisesti kiintyneillä terapian lopettaminen voi merkitä hylkäämiskokemuksen toistoa. Tätä voi välttää lopettamalla terapia asteittain käyntejä harventamalla. Tämänkin jälkeen yhteydenpitoa voi jatkaa esim. puhelimitse, kunnes syntyy vaikutelma, että nuoren terapian lopettamista koskeva uskomus on muuttunut. Nuoren terapian lopettamista voivat myös hankaloittaa perheen tai koulun puutteelliset resurssit, jolloin terapiaan kohdistuu epärealistisia odotuksia sellaisten funktioiden suhteen, joita terapia ei voi tarjota (Wilkes ym. 1994).

Kognitiivisen terapian tavoitteena on, että nuori oppii käyttämään terapiassa oppimiaan tekniikoita itsenäisesti terapian jälkeen erilaisissa ongelmatilanteissa. Masennuksen uusiutumisen estämisen kannalta tärkeää on, että nuori oppii terapian aikana taitoja, joiden avulla hän voi selviytyä tulevaisuuden stressistä ja depressio-oireista (Kendall 2000).

### ***Konstruktivistinen näkökulma nuoren masennuksen hoidossa***

Viime vuosina kognitiivisen terapian alueella on enenevästi herännyt kiinnostus emootioita kohtaan. Kognitiiviskonstruktivistiset suuntaukset eivät pidä kognitioita ja emootioita erillisinä kokonaisuuksina (Graham 2002). Viime vuosina kognitiivisen psykoterapian piirissä on tutkittu muutosprosessia, interpersoonallisia prosesseja ja emootioiden merkitystä psykoterapiassa. Näiden tutkimusten myötä on mm. kokemuksellisten työtapojen merkitystä alettu korostaa perinteisten kognitiivisten työtapojen rinnalla. Suurin osa konstruktivistista psykoterapiasuuntausta koskevaa kirjallisuutta käsittelee sen käyttöä aikuisten psykoterapiassa.

Tammie Ronen (2003) kuvaa omaa kognitiivista lähestymistapaansa lasten ja nuorten hoidossa, johon hän integroi kehityksellisen ja konstruktivistisen näkökulman. Siinä painotetaan terapeutin luovaa ajattelua ja sitä, että on keskeistä tutkia lapsen tai nuoren yksilöllistä merkityksenantoprosessia. Tässä lähestymistavassa korostuu emootioiden tutkiminen ja myös

terapiasuhdetta tutkitaan psykoterapiaprosessin aikana. Interventiot voivat olla kielellisiä tai ei-kielellisiä kuten mielikuvaharjoitukset ja metaforien käyttö. Kokemuksellisia tekniikoita kuten tajunnanvirtatekniikkaa yhdistetään perinteisiin kognitiivisiin työtapoihin. Ronen kuvaa myös rentoutus ja keskittymisharjoituksia, joiden tavoitteena on oppia havainnoimaan ruumiillisia tunteita ja niiden yhteyttä emootioihin, mikä nuoren terapiassa on tärkeää, koska nuorella on tyypillistä, että mielenterveyden ongelmat ilmenevät myös ruumiillisina oireina (Ronen 2003).

## **Tuloksellisuus**

Yhdessä katsausartikkelissa ja yhdessä julkaistussa meta-analyysissä todettiin CBT tehokkaaksi nuorten depression hoidossa. Vaikeimpien depressioiden osalta ei saatu riittävää näyttöä (Harrington, Whittaker, Shoebridge ja Campbell 1998; Kovacs ja Lohr 1995; Reinecke, Ryan ja DuBois 1998).

Psykoterapiavaiheen jälkeen pidettyjen seurantakäyntien vaikutusta on tutkittu. Niiden ei todettu vähentävän relapsien määrää, mutta ne nopeuttivat toipumista niiden nuorten ryhmässä, joilla oli akuuttivaiheen hoidon jälkeen vielä depression oireita (Clarke, Tohde, Lewinsohn, Hops ja Sealey 1999; Lewinsohn ym. 1998)

Kun on vertailtu keskenään CBT:n, systeemisen behavioraalisen perheterapian ja nondirektiivisen supportiivisen terapian välisiä eroja nuorten depression hoidossa on todettu, että kognitiivinen psykoterapia on akuuttivaiheessa tehokkaampaa, mutta kahden vuoden seurannassa näiden terapiamuotojen tehossa ei ilmennyt eroja (Lewinsohn ym. 1998; Sherill ja Kovacks). Masennuksen vakavuus ja koettu lapsen ja vanhemman välinen ristiriita lisäsivät depression kroonistumisen ja uusiutumisen riskiä (Wilkes ym. 1994). Nuoren psykoterapian ohella samanaikaisesti vanhempiin kohdistuva kognitiivis-behavioraalinen interventio ei paranna tutkimusten mukaan terapian tuloksia (Clarke ym. 1999; Graham 2002; Lewinsohn ym. 1998).

Ei ole olemassa paljoakaan tutkimustietoa siitä, ketkä depressiivisistä nuorista hyötyvät parhaiten CBT:sta. Joitakin viitteitä kuitenkin on. Huonoa vastetta ennustavat masennuksen vaikea-asteisuus, psykososiaalisten ongelmien suuri määrä (Graham 2002), vanhempien depressiivisyys (Lewinsohn ym. 1998) sekä komorbiditeetti kuten ADHD ja päihteidenkäyttö (Graham 2001). Joidenkin lähteiden mukaan vanhempien osallistuminen hoitoon liittyy parempaan hoitotulokseen (Graham 2001). Hoitotuloksen ja iän välillä on todettu positiivinen korrelaatio siten, että parhaiten kognitiivisesta psykoterapiasta hyötyivät nuoret ja huonoiten lapset varhaisnuorten hoitotulosten ollessa tällä välillä. Tämän perusteella tulisikin enenevästi arvioida sitä, minkälaisista kognitiivisen psykoterapian interventioista eri-ikäiset lapset ja nuoret hyötyvät (Graham 2001).

Nuorten depression hoitoa koskevan psykoterapiatutkimuksenvalossa näyttää siltä, että eri viitekehyksiin perustuvat tavoitteelliset kognitiivis- behavioraaliset ja interpersonaalisiin suhteisiin fokusoivat hoitomuodot ovat yhtä hyviä keskenään. Varsin vähän on tutkittu sitä, mitkä psykoterapiat sopivat parhaiten eri potilasryhmille. Terapioiden spesifisyyttä on myös tutkittu varsin vähän (Kovacs ja Lohr 1995; Sherill ja Kovacs 2002). Joidenkin tutkimusten valossa näyttää siltä, että vaste ei riipu negatiivisten kognitioiden muuttumisesta (Graham 2002). Kliinisistä aineistoista tutkimuksia on vähän samoin kuin perinteisistä hoidoista ja muista kuin yksilöpsykoterapioista (Kovacs ja Lohr 1995). Vakavimmissa masennustiloissa CBT on yleensä todettu vähemmän tehokkaaksi kuin lääkehoito. Kliinisissä aineistoissa CBT:n teho ei ole ollut yhtä selvä kuin ei kliinisissä (Graham 2002).

Koska depressiolla on myös spontaani paranemistaipumus, on ehdotettu, että varsinaista psykoterapiaa ennen voisi käyttää yksinkertaisempia interventioita ja aloittaa varsinainen terapia vasta jos sille ei ole vastetta. Kolmasosalla masentuneista nuorista ei saada vastetta CBT:lla, jolloin saatetaan tarvita pidempiä CBT:n muotoja tai sen yhdistämistä muihin hoitomuotoihin (Graham 2002).



## **Pohdinta**

Tässä työssä läpikäymäni kirjallisuuden ja oman kokemuksen perusteella syntyy vaikutelma, että kognitiivista psykoterapiaa kannattaa käyttää nuoren masennuksen hoidossa. Joitakin kognitiivisen psykoterapian menetelmiä, kuten esim. selkeää ongelmien määrittelyä, tavoitteiden asettelua, ongelmanratkaisua ja sosiaalisten taitojen opettelua, voisi hyödyntää myös depressiivisten nuorten yleispsykiatrisessa hoidossa. Kirjallisuudessa todetaan varsin yksimielisesti, että kognitiivisen psykoterapian tekniikoita ei tule käyttää nuorten hoidossa ilman soveltamista. Kuitenkin kirjallisuudessa kuvatut nuorten hoidon mallit eivät paljoakaan poikkea aikuisten psykoterapioissa käytetyistä malleista. Keskeisimmäksi näkökulmaksi muodostui nuoruusiän kehityksen erityispiirteiden huomioiminen psykoterapiaa tehtäessä ja nuoren perheen ottaminen mukaan psykoterapiaprosessiin.

Omassa työssäni olen havainnut, että nuoret ovat antamassaan palautteessa kokeneet erityisesti hyötyneensä ongelmanratkaisun harjoittelemisesta. Sen sijaan ajatuspäiväkirjojen täyttäminen ja vaihtoehtoisten ajatusmallien etsiminen ei useinkaan ole näyttänyt vaikuttavan potilaan tunteisiin tai mielialaan. Rooliharjoitukset ovat osoittautuneet hyödyllisiksi niillä nuorilla, jotka ovat niitä kyenneet tekemään.

Kirjallisuudesta löytyi varsin vähän tietoa kognitiivis-konstruktivististen menetelmien käytöstä nuorilla. Myöskään nuorten pitkistä kognitiivisista psykoterapioista en löytänyt kuvauksia. Näistä olisi tärkeää saada lisätietoa ja kokemuksia, koska todennäköistä on, että osa depressiivisistä nuorista tarvitsee pitkän psykoterapian ja myös monipuolisempaa psykoterapiamenetelmien käyttöä kuin mitä perinteiseen, kestoaltaan rajattuun kognitiiviseen psykoterapiaan kuuluu. Myöskään siitä, ketkä depressiiviset nuoret parhaiten hyötyvät kognitiivisesta psykoterapiasta, ei löydy riittävästi tietoa. Tärkeää on arviointivaiheessa pohtia riittääkö psykoterapiaa epäspesifisempi hoito vai

ovatko ympäristöön kuten kouluun tai perheeseen kohdistuvat interventiot ensisijaisempia. Usein muita interventioita tarvitaan yksilöpsykoterapian ohella.

## Lähteet

- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Royh, C., Iyengar, S & Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9), 877-85.
- Children's Mental Health Ontario. (2001) Evidence Based Practices for Depression in Children and Adolescents, [http://www.cmho.org/pdf\\_files/MDD\\_W3\\_Full\\_Document.pdf](http://www.cmho.org/pdf_files/MDD_W3_Full_Document.pdf).
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H & Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(3), 272-279.
- Friedberg, R.D & McClure, J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Graham, P. (ed.) (2002). *Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guidano, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P & Campbell, F. (1998). Systemic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ*, 316, 1559-1563.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford Press.
- Karila I. Masennushäiriöt. Kirjassa: S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia*, Jyväskylä: Duodecim. 2001.
- Kendall, P.C. (ed.). (2000). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. New York : Guilford Press.
- Kovacs, M. & Lohr, W.D. (1995). Research on psychotherapy with children and adolescents: an overview of evolving trends and current issues. *J Abnorm Child Psychol*, 23(1), 11-30.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P & Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Mäntymaa, K. (2000). Persoonallisuuden merkitysorganisaatioiden kehittyminen Redan kuvaamana. Teoksessa K-L. Kuusinen (toim.). *Kognitiivinen psykoterapia ja kiintymyssuhdeterapia* (s. 54-83). Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

- Marttunen, M & Aalberg, V. (1999). Masennuslääkkeet nuorten vakavan masennuksen hoidossa. *Duodecim*, 115(1), 36-44.
- Rantanen P. Nuoruusikä. Kirjassa: Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. (toim.). (2000). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Reinecke, M.A., Ryan, N.E & DuBois, D.L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Ronen, T. (2003). *Cognitive-Constructivist Psychotherapy with Children and Adolescents*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sherrill, J.T & Kovacs, M. (2002). Nonsomatic treatment of depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 11(3), 579-593.
- Stehouwer, R.S., Bultsma, C.A & Blackford, I.T. (1985). Developmental differences in depression: cognitive perceptual distortion in adolescent versus adult female depressives. *Adolescence*, 20(78), 291-299.
- Wilkes, T.C.R., Belsher, G., Rush, A.J., Frank, E & al. (1994). *Cognitive Therapy for Depressed Adolescents*. New York: Guilford Press.