Luku 1

Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusalueet ja kehitys

Klaus Ranta, Jorma Fredriksson, Minna Koskinen, Martti T. Tuomisto

Lasten ja nuorten kehitysympäristö terapian taustana 13
Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kehittyminen 18
Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusalueiden laajeneminen 21
Suomalainen psykoterapeuttikoulutus 27
Suomalaisten lasten ja nuorten hyvinvointi, mielenterveys ja hoidon tarve 28
Tulevaisuuden koulutustarpeet 33

- Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusalue ulottuu laajasti terveydenhuollon, opetustoimen ja sosiaalitoimen lähipalveluista psykoterapeuttien vastaanotoille ja erikoissairaanhoitoon.
- Kehitysvaihespesifien hoitojen kehittyminen alkoi 1960-luvulla. Ohjelmien rakentamisessa on hyödynnetty sekä aikuisten psykoterapiatutkimusta että tutkimustietoa lasten ja nuorten kehityksestä.
- Kehityksellisesti muokatut kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat voidaan jakaa ominaispiirteiltään toisistaan poikkeaviin pikkulasten, alakouluikäisten ja nuorten terapioihin.
- Ensimmäinen suomalainen lasten ja nuorten kognitiivisen terapian koulutusohjelma käynnistyi vuosituhannen vaihteessa. Osassa aikuisten koulutusohjelmista on suuntautumisvaihtoehto lasten ja nuorten kognitiiviseen terapiaan.
- Lasten ja nuorten kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksia on toteutettu vuodesta 2015 lähtien.
- Suomalaislapset ja -nuoret voivat materiaalisesti hyvin, mutta vuonna 2023 jopa 30 % nuoruusikäisistä tytöistä ja vajaa 8 % pojista raportoi ahdistuneisuusoireita ja noin 30 % tytöistä ja runsas 10 % pojista raportoi masentuneisuutta. Lähellä tuotettavat mielenterveyspalvelut voisivat vastata näihin tarpeisiin.
- Suomalaisissa perus- ja lähipalveluissa tai niiden kautta lapsille tai nuorille levitettyjä kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjelmia ovat mm. Friends, Askeleittain, Maltti, Maestro, Ihmeelliset Vuodet, Voimaperheet ja Huolet hallintaan.
- Erikoissairaanhoidossa on sovellettu mm. *ART-,*
- *Cool Kids-, My Mind-, TF-KKT- ja DKT-N-ohjelmia.*

Lasten ja nuorten kehitysympäristö terapian taustana

Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden käyttöä lasten- ja nuorten psykologisten ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden hoidossa on viime vuosikymmeninä tutkittu paljon, psykososiaalisista hoitomuodoista eniten. Psykososiaalisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan laajasti ottaen psykoterapiaa sekä muita psykologisia ja vuorovaikutukseen perustuvia, muita kuin lääkkeellisiä hoitomuotoja. Niillä pyritään hoitamaan eriasteisia mielenterveyden häiriöitä ja vaikuttamaan erilaisten psykologisten tai vuorovaikutuksen ongelmien tai oireiden vakavuuteen sekä niiden aiheuttamaan psykologiseen ja sosiaaliseen haittaan. Psykoterapian ohella psykososiaalisiksi interventioiksi luetaan usein myös erilaiset kuntoutuksen muodot, taitojen opettaminen, itseapumenetelmät, koulutettujen ammattilaisten psykologisiin oireisiin kohdistamat hoidot sekä ympäristön ja lapsen tai nuoren vuorovaikutusta muuttavat toimet, kuten tuettu kouluttautuminen ja sopeuttamisvalmennus. Aikuisille tällaisia interventioita ovat myös tuettu asuminen ja työllistäminen.

Käytämme tässä kirjassa esitellyistä hoitomalleista ja -menetelmistä kokoavaa käsitettä kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Se käsittää tässä kirjassa interventiot, jotka on rakennettu kognitiivisen terapian, kognitiivisen psykoterapian, kognitiivisen käyttäytymisterapian, käyttäytymisterapian tai sovelletun käyttäytymisanalyysin pohjalta. Käsitteistö vaihtelee hieman paitsi teoriaperinteiden ja kirjoittajien, myös eri maiden välillä. Tässä kirjassa esiteltävät hoitomallit ja -interventiot ovat kaikki kognitiivisiin ja käyttäytymisterapiaan pohjautuvia terapeuttisia interventiota, lyhytpsykoterapioita tai pidempään psykoterapiaan nivellettävissä olevia terapeuttisia hoitomalleja – joitakin kuntoutuksen menetelmiä lukuun ottamatta.

Yksilöllisen työskentelyn ja ympäristöön suuntautuvan työn yhdistäminen

Vaikka keskitymmekin pääosin lasten ja nuorten kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin sekä niihin laskettaviin hoito-ohjelmiin, on sopivaa, että nimenomaan nämä psykoterapiat nähdään laajoina psykososiaalisina hoitomuotoina, jotka yhdistävät sekä yksilöön että ympäristöön suunnattuja toimenpiteitä. Mielikuva terapeutin toimistossa tapahtuvasta yksilöhoidosta, joka toteutuu yksinomaan lapsen ja terapeutin keskinäisen keskustelun avulla (”*talk therapy*”), on liian suppea luonnehtimaan näitä hoitoja. Lasten ja nuorten kognitiivisissa ja käyttäytymisterapioissa nimit-

täin kiinnitetään huomiota paitsi nuorten asiakkaiden ajatusten ja tunteiden ja niihin liittyvän havaittavan käyttäytymisen työstämiseen, myös laajemmin taitojen harjoitteluun ja ympäristössä tapahtuvaan vuorovaikutukseen sekä oireilun ympäristöön liittyviin eli kontekstuaalisiin tekijöihin.

Terapeutin työ voidaan rinnastaa lasten ja nuorten kognitiivisissa ja käyttäytymisterapioissa esimerkiksi valmentajaan. Lasten ja nuorten kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin kuuluu niin ikään terapeutin ja terapiatyön aktiivisuus ja lapsen tai nuoren tarvitsemien taitojen kehittäminen silloin, kun ne eivät ole iänmukaisesti muodostuneet, siis opetuksellinen painotus. Tämä pätee niin ajattelun kuin toiminnallistenkin taitojen opetteluun. Terapeutti pyrkii tukemaan lapsen ja nuoren ajattelun kehittymistä ja taitavan käyttäytymisen lisääntymistä paitsi terapiasessioissa myös lapsen tai nuoren keskeisissä kehitysympäristöissä. Osa hoidosta hyödyntää lasten tai nuorten psykoterapiaryhmää taitojen kehittämisen ympäristönä, ja ryhmät soveltuvat erityisen hyvin vuorovaikutukseen liittyvien pulmien hoitoon.

Lasten ja nuorten kanssa työskentely edellyttääkin psykoterapeutilta aina kasvuympäristön, esimerkiksi perheen ja kouluympäristön, huomioimista ja ottamista mukaan hoitoprosessiin lapsen tai nuoren kehitysvaiheeseen soveltuvalla tavalla. Tämä on tärkeää siksi, että kasvuympäristö muokkaa lapsen kehitystä ja saattaa myös vaikuttaa oireiden kehittymiseen tai ylläpysymiseen. Myöhemmässä kehitysvaiheessa kotona vielä asuville ja koulua käyville nuorille vähittäinen autonomian ja itsenäisyyden vakiinnuttaminen on keskeinen kehityksellinen tavoite, joka huomioidaan niin psykoterapiamalleissa kuin psykoterapeutin työotteessakin. Itsenäistymiskehitystä tukeva psykoterapia painottaa perhettä, koulua ja ikätoveripiiriä eri tavalla kulloisenkin kehityshaasteen mukaan.

Kehitysvaihespesifit psykoterapiat

On tärkeää ymmärtää kehityksellisistä seikoista johtuvia eroja lasten, nuorten ja aikuisten psykoterapioiden välillä. Sekä lasten että nuorten psykoterapia on aikuisten psykoterapiaan nähden laajemmin sidoksissa kontekstiin eli elinympäristöön. Viime vuosina julkaistujen meta-analyysien ja systemaattisten katsausten mukaan tehokkaat ja tulokselliset lasten ja nuorten psykososiaaliset ja psykoterapeuttiset hoito-ohjelmat ovat kehitysvaihespesifejä. Ne sisältävät lähes poikkeuksetta perheeseen tai laajempaan sosiaaliseen verkostoon kohdistuvia työtapoja. Nämä työtavat on sisällytetty suoraan psykoterapeuttiseen työskentelyyn lapsen tai nuoren oireiden vähentämiseksi, ja tärkeissä kehitysympäristöissä tavoiteltava muutos liittyy useimmiten tiiviisti myös psykoterapialle asetettuihin tavoitteisiin.

Lasten ja nuorten ikäryhmiin kehitettyjen psykoterapeuttisen interventioiden kehittämisessä lähtökohtana onkin ollut se, että tutkijat ovat perehtyneet tieteelliseen tutkimukseen sekä normatiivisesta kehityksestä että psykopatologian ilmenemisestä siinä kehitysvaiheessa, johon terapiaa sovelletaan. Hoitojen taustalla on siten laajemmin kehityksellisen psykopatologian eli kehityspsykiatrisen tiedon merkitys oireiden, ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden muodostumisesta eri kehityskonteksteissa, jossa esimerkiksi eri suojaavat tekijät tai riskitekijät voivat vaikuttaa eri tavoin.

Esimerkiksi lasten ja nuorten tapa prosessoida tietoa, käsitellä tunteita, käyttää ja hakea sosiaalista tukea perheestä tai kaveripiiristä ja myös heidän biologinen reagoivuutensa eri ympäristötekijöihin poikkeavat toisistaan merkittävästi ryhmätasolla ja myös sen sisällä yksilöllisesti. Esimerkiksi tietyn, aikuisten terapiassa hyödylliseksi osoitetun hoitokomponentin sisällyttäminen lasten tai nuorten terapiaan tulisi tehdä vasta sen jälkeen, kun kliinisessä perustutkimuksessa on voitu vahvistaa, että tämän hoitotekniikan tai intervention käytön taustalla oleva oletus tiettyjen ajatteluprosessien vaikutuksesta oireisiin ovat todettavissa samalla tavalla näissä uusissa kohderyhmissä. Tai vastaavasti miten oireisiin voivat vaikuttaa tunnesäätelyn resurssin kehittyminen tai toiminnnan säätelyn kehitys ylipäätään.

Psykoterapian ulottaminen kehitysympäristöihin

Lasten ja nuorten psykoterapioissa terapian kohteena olevia ongelmia ja oireita käsitellään tavallisesti samanaikaisesti useilla vaikuttamisen

tasoilla ja monissa vuorovaikutuskonteksteissa. Esimerkiksi sama terapeutti hoitaa sekä lasta/nuorta että hänen vanhempiaan, ja myös vanhempien tapaamisissa otetaan huomioon lapsen tai nuoren käyntien tavoitteet. Vaikka kognitiivisissa ja käyttäytymisterapioissa terapeutin ja lapsen tai nuoren välinen ongelmien käsitteellistäminen, uudelleenmuotoilu ja työstäminen on iso ja usein myös keskeisin osa psykoterapiaa, näyttöön perustuvissa ohjelmissa samat henkilöt tai saman, tiiviisti kokoontuvan hoitotiimin jäsenet osallistuvat tavallisimmin vanhempien ja kouluverkoston kanssa työskentelemiseen. Kaikkea hoitamista ohjaa yhteinen tavoitteenasettelu.

Sekä terapeutin että lapsen vanhempien kasvatuksellinen, käyttäytymistä ja emotionaalista kasvua ohjaava toiminta nähdään tärkeänä. Samoin on keskeistä aktivoida esimerkiksi opettajien ja koulun opiskelijahuollon tuki terapian tavoitteiden suuntaan silloin, kun sitä voidaan kohtuullisesti hyödyntää. Siten lasten ja nuorten terapeutti tavallisesti on tiiviisti vuorovaikutuksessa sekä perheen että verkoston kanssa. Terapeutti tukee lapsen tai nuoren kanssa toimivia aikuisia siten, että heidän on mahdollista löytää sekä emotionaaliset voimavarat että johdonmukainen toimintatapa, joka edistää lapsen tai nuoren muutosta oirekäyttäytymisestä poispäin.

On kertynyt jonkin verran näyttöä myös sellaisten ryhmämuotoisten kognitiivisen käyttäytymisterapiaohjelmien vaikuttavuudesta, joissa tavoitteellisesti aktivoidaan ikätovereiden tukea ja hyödynnetään nuorten samaistumista heihin sekä yhteistä oppimisprosessia. Tällä voi olla merkitystä myös oireiden normalisoitumisen kokemukselle ja itsen poikkeavaksi kokemisen vähentymiselle.

Kasvuympäristöjen kanssa työskentely ja opetuksellisuus tuovat esille lapsen tai nuoren oppimista omassa luonnollisessa ympäristössään. Lasten ja nuorten kognitiivisissa ja käyttäytymisterapioissa pyritäänkin eri tavoin ulos terapeutin vastaanotolta. Tästä voidaan edelleen johtaa lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden yleisiä tavoitteita: terapian kontekstina ja sen vaikutuksen mittarina tulee pitää sitä, miten lapsen tai nuoren toimintakyky optimaalisimmin normalisoituu hänen omassa toimintaympäristössään.

Siksi psykoterapian tulee tähdätä harjoitteisiin, joilla on merkitystä elinympäristössä: koulussa, ystäväpiirissä ja perheessä. Terapeutin kanssa kahdestaan saatu, oireita tai niiden taustatekijöitä koskeva oivallus ei hyödyllisyydestään huolimatta automaattisesti johda käyttäytymisen muuttumiseen, vaikka lapsi tai nuori esimerkiksi raportoisi tuntevansa, että tietty asia tai tilanne pelottaa tai suututtaa vähemmän. Todellinen merkitys hänen elämälleen on sillä, kykeneekö hän toimimaan eri tavalla tärkeissä tilanteissa.

Taitoharjoittelu ja hyväksynnän tarve

Kognitiivisille ja käyttäytymisterapioille ovatkin olleet ominaisia harjoitteet, jotka sijoitetaan luonnollisiin ympäristöihin, kotiin, ikätoveriryhmään ja kouluun: välitehtävät, käyttäytymiskokeet, altistamisharjoitukset ja taitoharjoittelu omassa ympäristössä. Niiden tarkoitus on oppia soveltamaan terapiassa saatuja oivalluksia ja uusia taitoja siellä, missä elämäkin on.

Kun lapsi tai nuori oivaltaa, että hän selviytyy esimerkiksi omassa koulussaan tai toveripiirissään oppimiensa psykologisten "työkalujen" eli uusien tietojensa ja taitojensa avulla, se on monesti hänelle merkittävämpää kuin terapeutin nojatuolissa saatu oivalluksen tunne.

Niillä lapsilla ja nuorilla, joiden perusturvallisuutta ja luottamusta on vakavasti haavoitettu esimerkiksi kaltoinkohtelulla tai väkivallalla, terapiasuhde ja siinä saatu turvallisuuden ja ymmärretyksi tulemisen kokemus sekä hyväksyntä ovat hyvin merkittäviä ja usein myös edellytys sille, että oireet ja asiat saadaan otettua puheeksi aidosti ja autenttisesti. Myös näiden lasten kognitiivisissa ja käyttäytymisterapioissa pyritään turvallisuuden tunteen lisäämisen ja omien kokemusten oikeuttamisen ohella samanaikaisesti siihen, että myös nuoren elinympäristössä ja keskeisissä ihmissuhteissa ilmenisi merkittävää käyttäytymisen muutosta, esimerkiksi uusien taitojen oppimista.

Hyväksynnän ja turvallisuuden tuomisen tärkeys heijastuu terapioissa paitsi suorina terapiatekniikoina myös esimerkiksi hyväksyntätekniikoina, kuten normaalistamisena tai normaalistavana psykoedukaationa.

Kehityssensitiivisesti toteutettu psykoterapia

Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden menetelmät, työskentelytekniikat ja soveltaminen toteutetaan kehityssensitiivisesti. Paitsi kasvu- ja toimintaympäristöjen huomioimista tämä tarkoittaa myös lapsen tai nuoren kognitiivisen kehityksen ja tietomäärän sekä hänen emotionaalisen, sosiaalisen ja biologisen kehitysvaiheensa ottamista huomioon kaikessa terapeuttisessa toiminnassa. Tämän takia terapeuttisten tekniikoiden ja kirjallisten sekä muiden harjoittelumateriaalien tulee olla muokattu vastaamaan lapsen tai nuoren senhetkistä kehitystasoa. On harkitsematonta yrittää käyttää tai soveltaa aikuisille kehitettyä hoitomallia sellaisenaan lapselle tai nuorelle, vaikka monissa lasten ja nuorten hoitomalleissa käytetäänkin osin teoreettiselta perustaltaan samoja ja samoihin oireiden muodostumisen vaikutuskohtiin suunnattuja tekniikoita kuin aikuisilla. Tekniikoiden soveltamisen tapa ja muoto kuitenkin poikkeavat toisistaan eri ikäryhmissä.

Lasten ja nuorten kehitysvaiheen mukainen toteutus

Psykoterapian kehityssensitiivisen soveltamisen kannalta yksilön kehityksen eri ulottuvuuksia lapsuudessa ja nuoruudessa voidaan tarkastella laajempana kokonaisuutena. Yksi selkeimmistä kehityksen ulottuvuuksista, jolla on merkitystä psykoterapian tekemisen tavalle, on lapsen tai nuoren kognitiivisten eli ajattelutaitojen ja muiden psykologisen prosessoinnin taitojen kehitys. Se vaikuttaa suoraan esimerkiksi siihen, miten terapiamalleissa sovelletaan verbaalisia menetelmiä. Myös emotionaalisella, sosiaalisella, biologisella ja keskushermoston kehityksellä sekä identiteetin kehitysvaiheilla on omat selkeät vaikutuksensa siihen tapaan, jolla psykoterapiaa toteutetaan: psykoterapeuttiseen suhteeseen, käytettyihin esimerkkeihin ja harjoituksiin, työskentelyotteeseen ja tarvittaessa myös terapiasessioiden pituuteen.

Psykoterapiasovellusten tulee olla kehityksellisesti muokattuja työskentelyyn ainakin kolmessa eri ikävaiheessa. On otettava huomioon alle kouluiässä olevien pienten lasten (4–7-vuotiaat), alakouluikäisten lasten (7–12-vuotiaat) ja nuorten (13–18-vuotiaat) hyvin erilaiset kehitykselliset kyvyt ja tarpeet.

Joitakin lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden yleisesittelyjä ja suppeampia katsauksia on ollut saatavilla suomeksi. Tämän kirjan 1. painos vuodelta 2018 oli ensimmäinen laaja kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden perusteos, joka käsitteli lasten ja nuorten ikäkausispesifien ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Teos on kirjoitettu oppikirjaksi lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapeuttien perus- ja jatkokoulutukseen, ja se on kohdistettu myös laajemmin niille terveys- ja sosiaalisektorin sekä kasvatusalan toimijoille ja mielenterveyspalvelujen tarjoajille, jotka kohtaavat työssään oireilevia lapsia ja nuoria.

Epidemiologisten tutkimusten mukaan jopa 15–20 % lapsista ja nuorista kärsii erilaisista diagnostiset kriteerit täyttävistä mielenterveyden häiriöistä. Luku saattaa kuulostaa korkealta, joidenkin korvissa jopa medikalisoinnilta. On kuitenkin syytä muistaa, että kuvailevassa eli deskriptiivisessä mielenterveyden häiriöiden määrittelyssä häiriön nimikkeellä viitataan yksinkertaisesti vain sellaiseen oireiden ja ongelmien vyyhtiin, jonka havaitaan aiheuttavan lapselle tai nuorelle joko merkittävää toiminnallista haittaa tai huomattavaa kärsimystä. Näin ymmärrettynä puhutaan siis joukosta lapsia tai nuoria, joita oireet kuormittavat tai joille ne aiheuttavat toiminnan esteitä. Näiden oireistojen katsotaan useimmiten juontuvan monista eri tekijöistä.

Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusalueet

Mielenterveyden häiriöiden yleisyyden takia niistä kärsiviä lapsia ja nuoria tavataan kaikkialla, mutta monin paikoin heidän ongelmiaan ei arvioida systemaattisesti. Lasten ja nuorten oireilun yhteydessä ja erilaisissa ongelmatilanteissa tulisi kuitenkin kyetä jollakin tapaa erottelemaan lievemmät ja ohimenevät ongelmat haittaa aiheuttavista mielenterveyden häiriöistä. Edelleen lievät mutta muut kuin ohimenevät häiriöt pitäisi osata erottaa vakavista ja lopulta myös kyetä hahmottamaan samanaikaisesti esiintyvistä oireista tai häiriöistä ne, jotka aiheuttavat lapselle tai nuorelle

eniten haittaa. Jo tällä päästäisiin myös lievissä ongelmatilanteissa ja lievissä mielenterveyden häiriöissä hoidon ja psykoterapeuttisen intervention alkuun. Tämän kirjan rakenne on jäsennetty noudattamaan häiriöpohjaista jaottelua, koska se sitoo parhaiten kuvatut hoidot kansainvälisesti tutkittuun tietoon eri alueilla.

KKT:sta johdettujen interventioiden vienti lähiympäristöihin

Dimensionaalisen oirekäsityksen mukaan lasten ja nuorten yksittäiset oireet voidaan hahmottaa vaikeudeltaan eritasoisiksi ja sijoittaa samalle jatkumolle normaalikokemusten kanssa. Näin ajateltaessa voidaan muokaten soveltaa häiriöpohjaista psykoterapiatutkimusta sekä häiriöihin kehitettyjä interventioita ja niihin sisältyviä työtapoja riippumatta oireiden vaikeudesta, siis myös häiriöiden lievissä oireissa ja oireiden ennaltaehkäisyssä kouluissa, neuvoloissa ja kotona. Ennaltaehkäisyn ja lievien oireiden hoitamisen tapoja kuvataan tämän kirjan osassa II. On selvää, että oireiden vakavoituessa tarvitaan tiiviimpää ja monipuolisempaa työskentelyotetta, joka kohdistuu laajemmin myös ympäristön verkostoihin.

Maamme lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon rakennettu erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmä, lasten- tai nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköt, ei yksinään kykene kohtaamaan kaikkia mielenterveyden häiriöistä kärsiviä lapsia ja nuoria, eikä lähettäminen näihin yksiköihin ole kehityskontekstit huomioiden aina perusteltuakaan. Myös muualla tulee olla valmiudet kohdata ja hoitaa lievempiä oireita ja häiriöitä. Siksi tämän kirjan rakenteessa on pyritty ottamaan huomioon lievempien oireiden ja häiriöiden hoito esimerkiksi neuvoloissa ja kouluissa.

Suomessa viime vuosina toteutetun laajan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tavoitteissa on painotettu varhaisen tunnistamisen ja varhaisten interventioiden merkitystä lasten ja nuoren mielenterveyden hoidossa. Kirjan toinen osa kuvaakin kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellettavuutta varsinaisten psykoterapiaa tarjoavien yksiköiden ulkopuolella.

Haasteista huolimatta suomalaisten ammattilaisten tulisi uskaltautua käyttämään yhä enemmän ja koordinoidusti kognitiivisia ja käyttäytymisterapeuttisia tekniikoita myös terveydenhuollon ja sosiaalitoimen perustason palveluissa, koulujen ja oppilaitosten moniammatillisen opiskeluhuollon palveluissa, lastenneuvoloissa, perheneuvoloissa, nuorisoneuvoloissa, sosiaalitoimen avopalveluissa sekä laitoshoidossa. Näin voitaisiin toimia ilman, että hoitojen antajilta edellytettäisiin pitkiä, monivuotisia psykoterapeuttikoulutuksia.

On kuitenkin tarpeen varmistaa, että hoitoa toimittavat ammattilaiset saavat hoitojen antamiseen metodista tukea ja työnohjausta menetelmän periaatteet ja sen kliinisen käytön hyvin tuntevilta, koulutetuilta psykoterapeuteilta. Metodisen työnohjauksen saaminen on keskeinen osa minkä tahansa psykoterapiamuodon opettelua, myös lyhyiden interventioiden. Sen on tärkeää pohjatua työnohjaajien asianmukaiseen teorianmukaiseen koulutustaustaan ja riittävän pitkään kliiniseen kokemukseen menetelmien oikeasta käytöstä.

Lasten ja nuorten raportoimien mielenterveysoireiden lisäännyttyä sekä erikoissairaanhoitoon pääsyn vaikeuduttua viime vuosina valtio on alkanut kohdistaa erillisrahoitusta lyhyiden psykoterapeuttisten hoidon saamiseen myös erikoissairaanhoidon ulkopuolella. Valtakunnallinen lasten ja nuorten terapiatakuu asetettiin vuonna 2025, ja sen tavoitteena on ollut lisätä varhaisten lyhytpsykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitojen saatavuutta. Paitsi hoidon antamiseen, osa rahoituksesta on kohdistettu myös menetelmien ylläpitoon, koulutukseen ja hoitojen tukemiseen. Tulevat vuodet näyttävät, miten eri alueilla onnistutaan hoitojen toimittamisessa. Haasteita vaikuttavien hoitojen implementaatioon voivat muodostaa esimerkiksi oirepohjaisen kysynnän kasvu, hoidettavien ohjauksen tai tunnistamisen kehittymättömys sekä yleinen taloudellisen kehityksen hidastuminen.

Koulutuksen ja ohjauksen tarve lasten ja nuorten hoidossa

Haasteista huolimatta interventioiden vaikuttavuus ja koulutusjärjestelmän koulutettaville tuottamat osaamiskompetenssit menetelmien mukaisen hoidon antamiseen tulisi varmistaa, vaikka tarve olisi tuottaa nopeasti suuria määriä koulutusta tai interventioita ekonomisella tavalla.

Kognitiivisille ja käyttäytymisterapioille on ollut niiden teoreettisessa kehittelyssä sekä työotteessa leimallista avoin ja kokeileva suhtautuminen. Myös lapsen tai nuoren kanssa käytännössä työskenneltäessä arvioidaan tehtyjen interventioiden vaikutus: jos osoittautuu, että hoito ei auta, muutetaan sen muotoa, kokeillaan vaihtoehtoisia tekniikoita tai pyritään hahmottamaan oireilun lähtötilanne ja siihen vaikuttavat tekijät tarkemmin uudelleen. Toki vaikeista oireista, kuten vakavasta itsetuhoisuudesta, syömättömyydestä, todellisuudentajun muutoksista tai väkivaltaisuudesta, kärsivät lapset ja nuoret tuleekin lähettää erikoissairaanhoitoon, jossa hoito voidaan toteuttaa moniammatillisissa työryhmissä. Kirjan kolmas ja neljäs osa painottuvat kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden käyttöön vakavien ongelmien ja häiriöiden hoidossa.

Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kehittyminen

Kehitysvaihespesifi hoito

Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kansainvälinen kehittyminen on monilta osin seurannut aikuisten psykoterapiatutkimuksen kehitystä, aina hivenen perässä. Kehitys on kuitenkin vienyt kohti hoitojen yhä suurempaa kehityksellistä eriytymistä lapsille ja nuoruusikäisille muokattuihin kehitysvaihespesifeihin terapiamalleihin. Lapsille ja nuorille tarkoitetut terapiamallit ovat monesti kehityksensä ensi vaiheessa nojanneet tekniikoihin, jotka on muokattu aikuisille tarkoitettujen interventioiden tekniikoista. Kuitenkin tietyt työtavat, esimerkiksi sosiaalisten taitojen valmennuksen ja ongelmanratkaisutaitojen käyttäminen kognitiivisissa ja käyttäytymisterapioissa, on tuotu lasten ja nuorten hoito-ohjelmiin suoraan kognitiivisen psykologian ja oppimisen kehityspsykologisesta tutkimuksesta.

Myös häiriöiden ennaltaehkäisyssä ja lasten ja nuorten interventioissa on jo alun alkaen pyritty ottamaan suoraan huomioon häiriöiden syntyyn vaikuttavat riskitekijät ja varhaisoireet. Näin on toimittu esimerkiksi koulussa toteutettaviksi tarkoitetuissa kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjelmissa, joilla ehkäistään ahdistuneisuus-, mieliala- tai käytösoireita. Samoin on kehitetty ohjelmia vakavien häiriöiden riskioireiden muokkaamiseen silloin, kun oireet ovat lieviä. Yksi tällainen ohjelma on nuorille suunnattu kohonneen psykoosiriskin kognitiivinen terapia. Hoitomallissa on jo työskentelytavoissa otettu huomioon, että oireilu ilmentää riskiä ongelmien pahenemiseen, siksi esimerkiksi hoitomallin psykoedukaatio on luonteeltaan normaalistavaa ja hoitomallissa opetetaan stressin vähentämisen tekniikoita. Myös perhekeskeisen työskentelytavan myötä monet kognitiiviset ja käyttäytymisterapeuttiset hoito-ohjelmat ovat leimallisesti kehityssensitiivisiä.

Eurooppalainen kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kehittämistä, levittämistä ja tieteellistä yhteistyötä edistävä ja osin koordinoivakin kattojärjestö EABCT (*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*) määrittelee viiteryhmänsä laajahkon sateenvarjon alle erilaisia samasta teoriaperinteestä kehitettyjä terapiamalleja. Järjestön nimi heijastaa nykyistä kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden hoitomallien erityispiirteistä riippumatonta integraatiota. EABCT:n jäseneksi voidaan hyväksyä laajapohjaisia yhdistyksiä, jotka edustavat pääsuuntauksseltaan rinnakkaisista teoriasuuntauksista joko kognitiivista käyttäytymisterapiaa (*cognitive behaviour therapy,* CBT, suom. KKT), käyttäytymisterapiaa (*behavior therapy, BT*) tai kognitiivista terapiaa (*cognitive therapy,* CT). Laajapohjaisuus voi tarkoittaa jäsenyhdistysten teoreettista laaja-alaisuutta, laajapohjaisuutta jäseniksi hyväksyttävien ammattihenkilöiden taustakoulutuksissa tai yhdistyksen aktiviteettien ja sen jäsenten tarjoamien hoitojen laaja-alaisuutta. Käytännön psykoterapeuttisessa työssä yhdistetään eri hoitomallien työtapoja silloin, kun se on perusteltua yksittäiselle nuorelle potilaalle.

Käyttäytymisterapeuttinen hoito

Käyttäytymisterapioiden kehittyminen 1960-luvulta eteenpäin toi melko nopeasti myös lapsille

suunnattuja hoitokokeiluja. Ensimmäisiä lasten ja nuorten hoidon kokeiluja tehtiin etenkin pikkulasten pelko-oireiden voittamiseksi. Käyttäytymisterapian periaatteiden pohjalta näihin hoitoihin kehitettiin erilaisia tekniikoita ehdollistumiseen perustuvien oppimisteorioiden pohjalta. Ne perustuivat ei-toivottujen käyttäytymisvasteiden, esimerkiksi välttämiskäyttäytymisen, muuttamiseen sammuttamisen (*extinction*), totuttamisen (*habituation*) ja vastaehdollistamisen (*counterconditioning*) keinoilla. Useimmat näistä oppimisreaktioista käynnistettiin altistamalla lapsi tai nuori systemaattisesti pelkojen kohteille.

Hieman myöhemmin operantin oppimisteorian mukaiset menetelmät, kuten erilaiset palkitsemiseen ja vahvistamiseen liittyvät tekniikat (kontingenssimenetelmät), tuotiin mukaan erityisesti lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoitoon. Tällä periaatteella toimivan hoidon tavoitteena oli lisätä toivottua käyttäytymistä palkitsemalla ja toisaalta vetää palkitseminen pois ei-toivotusta käyttäytymisestä. Näin syntyivät hoitomallit, joita kutsuttiin nimellä käyttäytymisen muuttaminen (*behavior modification* tai *behavior change*). Hoito tapahtui paljolti vanhemman kautta muuttamalla lapsen ja vanhemman vuorovaikutussekvenssejä. Nykymuodossaan näitä periaatteita ja menetelmiä kutsutaan käyttäytymisanalyysiksi (*behavior analysis*), jossa korostuu toivotun käyttäytymisen vahvistaminen ja taitojen oppiminen.

Pian tämän jälkeen Donald Meichenbaum rakensi 1970-luvun kuluessa verbaaliseen itseohjaukseen perustuvan ohjelmansa impulsiivisesti käyttäytyvien lasten hoitoon. Ohjelman taustalla oli alkuperäisenä kokeellisena vaikutteena neuvostopsykologien Alexandr R. Lurian ja Lev Vygotskin toimintaa ohjaavan sisäisen puheen teoria. Hoidossa lasta ohjaava henkilö mallinsi ensin ulkoisesti toimimalla hoidon kohteena olevan ongelmallisen käyttäytymisen ja sitten sen käyttäytymismallin, jolla tilannetta saattoi korjata, lausuen samalla ääneen itseohjauksen lauseet. Sitten lapsi jäljitteli mallinnettua käyttäytymistä ensin samalla tavalla ääneen itseään ohjaten, seuraavassa vaiheessa kuiskaten ja lopulta äänettömän sisäisen puheen avulla itseään ohjaten.

Varhainen lasten käyttäytymisterapian oppikirja oli Alan O. Rossin *Child behavior therapy: principles procedures and empirical basis* vuodelta 1981. Siinä esitettiin käytössä olleita hoitomenetelmiä laajaan kirjoon häiriöitä.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Varsinaisesti nykyisen tyyppisen, empiirisesti tutkittujen hoitomallien valtavirtana olevan kognitiivisen käyttäytymisterapian soveltaminen lapsiin ja nuoriin alkoi 1980-luvulla. Tällöin käyttäytymisterapiaan tuotiin vaikutteita kognitiivisen psykologian tutkimuksesta ja Albert Banduran sosiaalisen oppimisen teorian mukaisista mallioppimisprosesseista. Tämän vaiheen terapiasovelluksia olivat mallioppimisen keinot (*vicarious learning*), edellä mainittu sisäisen puheen käyttäminen itseohjauksen keinona ja samoin jo 1970-luvulla ensimmäiset käyttösovelluksensa saanut ongelmanratkaisukeinojen harjoittaminen (ks. taulukko 1.1).

Tämän jälkeen lasten ja nuorten terapiaan tuotiin mukaan tekniikoita, joilla pyrittiin vaikuttamaan oireisiin muokkaamalla kognitiivisia eli ajattelun sisältöihin ja ajattelutapoihin liittyviä tekijöitä. Tässä hyödynnettiin sekä Albert Ellisin rationaalis-emotiivisen käyttäytymisterapian (REBT) että Aaron T. Beckin kehittämän kognitiivisen terapian tekniikoita. Esimerkki ensin mainitun terapiamallin soveltamisesta lasten

Taulukko 1.1. Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden varhaiset kehitysaskeleet ikäryhmittäin.

Pikkulapset: 3–7-vuotiaat	Alakouluikäiset lapset: 7–12-vuotiaat	Nuoret: 13–17-vuotiaat
– 1960–70-luku: pikkulasten pelkojen hoito – 1970-luku: käytöshäiriöisten lasten vanhempainvalmennus	– 1980-luku: lasten rationaalis-emotiivinen käyttäytymisterapia REBT – 1980-luku: lasten ahdistuneisuuden, impulsiivisuuden ja käytöshäiriöiden KKT	– 1980-luku: nuorten masennuksen ennaltaehkäisy ja hoito – 1990-luku: nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoito

hoitoon oli Raymond DiGiuseppen rationaalisen itseohjauksen menetelmä. Siinä opetettiin alakouluikäisille lapsille rationaalista ajattelua. Lapset kykenivät oppimaan yleisiä periaatteita niistä yleistämisen kautta.

Rationaalista ajattelua opetettiin käytösongelmaisille 7–11-vuotiaille lapsille tavalla, joka otti huomioon, että he eivät olleet saavuttaneet kognitiivisessa kehityksessään vielä abstraktin ajattelun vaihetta. Aggressioon turvautuneet lapset ohjattiin konkreettisten, mallinnettujen vuorovaikutustilanteiden (esimerkiksi riitatilanteet, väkivallan käyttäminen) seuraamisen kautta päättelemään esimerkiksi, mikä on vuorovaikutuksessa ”reilua”. Tavoitettuaan konkretian kautta reilun vuorovaikutuksen idean he harjoittelivat itse toimintaa sanallisen itseohjauksen avustamana. Siten REBT-mallin mukainen työskentely eteni lapsen kognitiivisen kehityksen huomioivalla tavalla. Mallia sovellettiin sekä lasten depression että käytöshäiriöiden hoitoon.

Vuonna 1985 ilmestyi Philip C. Kendallin ja Lauren Braswellin teos *Cognitive therapy for impulsive children*. Tässä kirjassa esiteltiin jo laaja-alainen kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjelma impulsiivisten lasten hoitoon. Siinä yhdistettiin aiemmin kuvattuja työtapoja laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tekniikkoina hoitoon sisältyivät aiemmin mainitut verbaalisen itseohjauksen mallintamisen tekniikat, systemaattisen palkitsemisen tekniikat, sosiaalisen ongelmanratkaisun harjoittelu ja tunteita koskeva psykoedukaatio. Sosiaalisen ongelmatilanteen ratkaisun nähtiin vaativan seuraavat lapselle opetettavat ja harjoiteltavat askeleet: pysähtymisen ajattelemaan, ongelman ytimen tunnistamisen, eri ratkaisuvaihtoehtojen luomisen, seurauksien ennakoinnin, kokeiltavan vaihtoehdon valitsemisen, toteuttamissuunnitelman laatimisen ja lopulta toiminnan tuloksen arvioimisen. Askeltavaa toimintamallia käytetään laajasti myös nykyisissä lasten ja nuorten KKT-ohjelmissa.

Philip C. Kendall on muutenkin ollut ehkä keskeisimmin lasten kognitiivisen psykoterapian varhaiseen kehittämiseen vaikuttanut terapeutti. Samalla hän on merkittävästi vaikuttanut myös suomalaisiin koulutussisältöihin. 1980-luvun lopulta alkaen Kendall kohdisti tutkimuksensa lasten ahdistuneisuushäiriöihin, joista muodostui hänen erityisalansa. Hän julkaisi ensimmäiset lasten ahdistuneisuushäiriöiden kognitiivista käyttäytymisterapiaa koskevat vaikuttavuustutkimuksensa 1990-luvun alussa. Nämä tutkimukset olivat pohjana sittemmin kansainvälisesti tunnetuimman lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitomallin *Coping Catin* kansainväliselle levittämiselle. Tätä transdiagnostista eli lasten usean eri ahdistuneisuushäiriön hoitoon kehitettyä hoitomallia esitellään tämän kirjan luvuissa 3 ja 11.

Kendall toimitti myös ensimmäiset lasten ja nuorten kognitiivisia ja käyttäytymisterapioita käsittelevät laajat kokoomateokset. Vuonna 1991 ensimmäisen painoksensa saanut *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures* on alansa arvostettu perusteos. Sen viimeisin, neljäs painos ilmestyi 2012. On huomattavaa – ja käsillä olevan kirjan muotoilujen kanssa yhteen sopivaa – että myös Kendallin teoksen otsikossa on tietoisesti käytetty monikkomuotoa kuvaamaan kognitiivisten ja käyttäytymisterapeuttisten hoitomallien moninaisuutta. Kendall käyttää yhdyssanaa *cognitive-behavioral* kuvaamaan molempien lähestymistapojen, kognitiivisen ja käyttäytymisterapeuttisen, samanaikaista vaikutusta useimmissa hoitomalleissa. Neljännen painoksen esipuheessa hän kuitenkin esittää hieman humoristisestikin, että jos haetaan kattavuutta eikä käytännöllisyyttä, viimeaikaisen kehityksen perusteella koko lasten ja nuorten kognitiivisten käyttäytymisterapioiden kenttää ja siihen luettavia interventioita tulisi kutsua pikemminkin yhdistelmänimikkeellä *cognitive-behavioral-emotional-developmental-familial therapy*.

Yksi Philip Kendallin merkittävä avaus oli se, että hän kehitti 1990-luvulla lapsen kognitiivisen terapian käsitteellistämisen tueksi kognitiiviset puutteet vs. kognitiiviset vääristymät -jaottelun. Hän on itsekin todennut, että siirtyminen impulsiivisten lasten kanssa työskentelystä ahdistuneiden lasten kanssa työskentelyyn vaikutti häneen, koska siinä tarjoutui kaksi eri näkökulmaa lasten kognitiiviseen terapiaan. Impulsiivisten lasten vaikeudet liittyvät suurelta osin kognitiivisiin toiminnan ohjauksen puutteisiin. He eivät pro-

sessoi tilanteita etukäteen mielessään ja juuri siksi toimivat impulsiivisesti. Tarvitaan tämän kognitiivisen puutteen korjaamista rakentamalla sisäistä prosessointia.

Ahdistuneet lapset sitä vastoin prosessoivat tilanteita mielessään, mutta vääristyneellä tavalla. Tämä tuottaa avuttomuuden tunnetta ja välttämiskäyttäytymistä ja pitää yllä heidän ahdistuneisuuttaan. Tällöin tarvitaan kognitiivista uudelleenmuotoilua, jolla vääristynyttä prosessointia pyritään muuttamaan. Tätä Kendallin jaottelua puutteisiin ja vääristymiin käytettiin paljon suomalaisissa lasten kognitiivisen psykoterapian koulutuksissa niiden alkuaikoina. Se on edelleenkin hyvä havainnollistus, mutta tutkimustiedon ja hoidettavien häiriöiden kirjon laajentuessa se tarvitsee tuekseen yksityiskohtaisempia luonnehdintoja ja käsitteellistyksiä.

Monia käyttäytymisterapian ja KKT:n sovelluksia laajaan kirjoon häiriöitä esiteltiin myös T. Steuart Watsonin ja Frank M. Greshamin toimittamassa kirjassa *Handbook of child behavior therapy*. Se ilmestyi vuonna 1998.

Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusalueiden laajeneminen

1990-luvun alkupuolelta lukien lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden alle luettavien hoitomallien tutkimus ja kehitystyö on laajentunut merkittävästi aiempaa enemmän eri potilasryhmiin. Tämä kehitys on vain voimistunut vuosituhannen vaihteen jälkeen ja johtanut myös lisääntyvään hoitomallien eriytymiseen ikäryhmittäin. Eri ikäisille lapsille ja nuorille on kehitetty erillisiä interventioita. Laajentuminen on toisaalta tarkoittanut myös sitä, että on kehitetty eri häiriöryhmiin ja yksittäisiin häiriöihin kohdistettuja kapea-alaisempia lasten ja nuorten terapiamalleja. Kolmanneksi on alettu aikuisten psykoterapiakenttää seuraten yhdistää lasten ja nuorten kognitiivisiin ja käyttäytymisterapeuttisiin työskentelymalleihin alkuperäisten taustateorioiden ulkopuolisia teoreettisia ja uuteen empiiriseen tutkimukseen pohjautuvia komponentteja, mikä koskee etenkin niin sanottuja kolmannen aallon kognitiivisia ja käyttäytymisterapioita.

Yksi hyvä esimerkki tietyn ongelma-alueen ja siihen liittyvien mielenterveyden häiriöiden hoidon kehittymisestä viime vuosikymmeninä on lasten traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT*). Se on selkeästi kehittynyt omaksi sovellusalueekseen, ks. myös luku 14. Tästä Judith Cohenin, Anthony Mannarinon ja Esther Deblingerin jo yli kahdenkymmenen vuoden ajan kehittämästä hoito-ohjelmasta on saatu etenkin kouluikäisillä lapsilla laajaa vaikuttavuusnäyttöä, ja hoitomallia on sovellettu ja muokattu myös sekä alle kouluikäisille lapsille että nuoruusikäisille potilaille paremmin soveltuvaksi. Traumaperäisten häiriöiden hoidossa on myöhemmin alettu kehittää myös muita, erityisesti nuorten kehitykselliset tarpeet huomioon ottavia kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjelmia.

Lasten ja nuorten erilliset terapiaohjelmat

Kysymys terapiamallien kehityksellisestä soveltuvuudesta eri ikäisille lapsille ja nuorille ratkaistiin lasten ja nuorten KKT:n kehittymisen alkuvuosina monissa terapiaohjelmissa siten, että yhdestä perusohjelmasta kehitettiin vain hieman tai ei lainkaan sisällöiltään toisistaan poikkeavat lasten ja nuorten ikäryhmille tarkoitetut versiot tai vain annettiin terapeuteille yleinen ohje modifioida hoitoa kehitykselliston tekijöiden mukaan. Yhä lisääntyvässä määrin kysymystä on kuitenkin lähestytty rakentamalla oma ohjelmansa esimerkiksi nuoruusikäisille potilaille tai pikkulapsille.

Grayson Holmbeckin ja työtovereiden vuonna 2012 tekemässä katsauksessa arvioitiin vuosina 1990–2009 julkaistuja lasten ja nuorten KKT-vaikuttavuustutkimuksia, joissa mukana olevien nuorten 1) hoito oli kehitetty heidän kehitykselliset erityispiirteensä huomioiden tai 2) hoitotulosta oli arvioitu kehitystekijät huomioiden tai mitattu heille kehityksellisesti relevanteilla mittareilla. Tällaisten tutkimusten prosenttiosuus kaikista lasten ja nuorten KKT-vaikuttavuustutkimuksista oli kasvava: vuosina 1990–1998 se oli 9/34 (26 %), vuosina 1999–2004 puolestaan 20/29 (69 %), ja

viimeisellä aikavälillä vuosina 2005–2009 osuus oli 38/44 (86 %). Erillinen nuorten hoidon käsikirja oli kirjoitettu viimeisellä aikavälillä 18:aan kaikkiaan 44 hoito-ohjelmasta eli 41 %:iin tutkituista hoidoista.

Kehitysvaihespesifi hoito ikäryhmittäin

Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kenttää on siten sopivaa tarkastella näkökulmasta, joka tavoittaa kehitykselliset painotukset eri ikäisten lasten ja nuorten terapioiden sovellusalueissa ja kliinisessä soveltamisessa. Tarkoituksenmukainen tarkastelunäkökulma on jako alle kouluikäisten pienten lasten (4–7-vuotiaat), alakouluikäisten lasten (7–12-vuotiaat) ja nuoruusikäisten (13–18-vuotiaat) terapioihin. Tämä jako on yhdenmukainen paitsi merkityksellisten kehityksellisten ja sosiaalisten siirtymävaiheiden myös alan kansainvälisten oppikirjojen kanssa. Vielä voitaisiin erikseen hahmottaa myös oman kehitysvaiheensa perusteella aikuistuvien nuorten tai nuorten aikuisten (*emerging adulthood*) ikäryhmä noin 18 vuodesta ylöspäin varsinaiseen aikuisikään asti. Sille on myös alettu kehittää kehitysvaihespesifejä interventioita. Esimerkki viimeiseksi mainitusta on yhdysvaltalaisen Anne Marie Albanon LEAP-ohjelma nuorten aikuisten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon.

Pikkulasten kognitiivinen käyttäytymisterapia

Pienten lasten eli 4–7-vuotiaiden kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on edelleen tällä hetkellä kouluikäisiin lapsiin ja nuoriin verrattuna niukemmin tutkimusta, ja tälle ikäryhmälle kehitettyjä hoitomalleja on vähemmän. Näiden hoitojen keskeisiä kohdealueita ovat pikkulasten ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöt sekä varhaislapsuuden autismin kuntoutusmenetelmät. Yksi tärkeä varhainen hoidon kehittäjä oli Susan Knell, jonka 1990-luvun puolivälissä kuvaamalla alle kouluikäisten lasten kognitiivis-käyttäytymisperusteisella leikkiterapialla (*Cognitive-Behavioral Play Therapy*, CBPT) pyritään lapsen käyttäytymistaitojen parantamiseen ja kognitiivisten vinoutumien korjaamiseen erilaisissa ongelmatilanteissa. Terapia koostuu konkreettisesta harjoittelusta leikin, mallintamisen ja esimerkiksi käsinukkien avulla ja siinä harjoitellaan oman toiminnan ohjausta sopeutumista edistävän vaihtoehtoisen sisäisen puheen avulla.

Viime vuosina kuvatuista pikkulapsille tehdyistä terapiasovellutuksista yksi esimerkki on Dina Hirsheld-Beckerin työtovereineen kehittämä, yhdistettyyn vanhempainohjaukseen ja vanhempi-lapsityöskentelyyn perustuva KKT-terapiaohjelma *Being Brave.* Se on suunnattu 4–7-vuotiaille ahdistuneille lapsille. Työskentelyssä hyödynnetään niin ikään leikkiä, konkreettista ilmiöiden esittämistä nukeilla sekä psykologisten tai toimintaan liittyvien käsitteiden ilmaisua konkreettisten, yksinkertaistettujen vertauskuvien kautta: esimerkiksi pelon kuvataan fyysisesti tuntuvan samalta kuin kurkussa venyvä purukumi. Erilaisten yksinkertaisten pelien käyttäminen ja ihmisten välisten suhteiden esittäminen seikkailupelihahmojen sekä heidän toimintansa kautta ovat myös pikkulasten terapian piirteitä. Isossa-Britanniassa Sam Cartwright-Hatton ja Australiassa esimerkiksi Margaret Brechman-Toussaint ja Ron Rapee ovat kehittäneet pelkkänä vanhempainohjauksena toteutuvaa pikkulasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa. Kummankin tyyppisistä hoidoista on alustavaa vaikuttavuusnäyttöä.

Pienten lasten kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa painottuvat nykyäänkin jo hoitojen varhaisvaiheessa kehitettyjen kaltaiset, uhmakkaiden ja aggressiivisten pikkulasten vanhempainvalmennukseen tai -ohjaukseen kehitetyt ohjelmat. Hoidoissa on selkeä käyttäytymisterapeuttinen painotus. Tätä edustaa esimerkiksi vanhemman valmentaminen käyttämään vaikuttavaa lapsen toivotun käyttäytymisen palkitsemista eli vahvistamista ja suuntaamaan huomionsa myönteistä vuorovaikutusta lisääviin toimintoihin. Vanhempaa valmennetaan ohjaamaan ja palkitsemaan lasta uusin, systemaattisin ja johdonmukaisin tavoin niin ongelmakäyttäytymisen kohdatessaan kuin toivotun käyttäytymisen vahvistamisessakin. Vanhempaa ohjataan mallintamalla sekä opettamalla käyttäytymistaitoja. Tällaisia ohjelmia ovat esimerkiksi Robert MacMahonin *Helping the Noncompliant Child* ja Sheila Eybergin *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT),* jossa käytetään myös suoraa, korvakuulokkeen kautta toteutetta-

vaa vanhemman ohjausta vanhemman ja lapsen vuorovaikutustilanteessa. PCIT:istä on kertynyt vahvaa tutkimusnäyttöä erityisesti lasten käytöshäiriöiden hoidossa.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana uusi, voimakkaasti esiin noussut hoito on vanhemman omalle lapselleen – koulutetun psykoterapeutin ohjaamana – toimittama vanhempijohtoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia, *Parent-Led CBT*. Tätä hoitomuotoa on viime vuosina kehitetty ja tutkittu Oxfordin yliopistossa Cathy Creswellin johdolla (ks. myös luku 4). Psykoterapeutti toimii vanhempijohtoisessa KKT:ssa vanhemmalle eräänlaisena työnohjaajana tai metodia ohjaavana mentorina, ja vanhempi toteuttaa hoitoa arkiympäristössä lapsen kanssa. Vanhempijohtoista KKT:tä on kehitetty erityisesti lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon, ja sen vaikuttavuudesta on jo saatu kohtalaisesti tutkimusnäyttöä. Hoidon toteuttaminen vaatii psykoterapeutilta erilaista asemoitumista kuin perinteinen suora terapeuttinen työskentely lapsen kanssa, ja hoidossa hän asettuukin vanhemman kanssa keskeiseen, lapsen muutosta mahdollistavaan yhteistyösuhteeseen.

Autistiset häiriöt vaativat varhaista kuntoutusta jo pikkulapsi-iällä. Tässä työskentelyssä käyttäytymisterapiaan pohjautuvat hoidon ja kuntoutuksen sovellutukset ovat olleet erityisen merkittäviä. Ivar Lovaas kehitti jo 1980-luvulla pienten lasten autististen häiriöiden kuntoutukseen metodin, joka perustuu sovellettuun käyttäytymisanalyysiin. Lovaasin metodi on erittäin intensiivinen, se käsittää usein jopa 40 tuntia viikossa, ja siinä hyödynnetään terapeutin suoraa ja läheistä opetuksellista vuorovaikutusta lapsen kanssa. Hoidossa lapsi reagoi hänelle annettuihin toistuviin virikkeisiin. Kuntoutusmuoto hyödyntää runsasta ja systemaattista positiivista vahvistamista, ja sen tavoitteena on huomion suuntaamisen taitojen, kommunikaatiotaitojen ja opiskelutaitojen opettelu, kukin pieniin osataitoihin jaettuna. Edelleen tarkoituksena on viedä nämä taidot luonnolliseen ympäristöön. Pienten autististen lasten terapiamenetelmistä tätä menetelmää on tutkittu edelleen eniten ja se on osoitettu vaikuttavaksi psykososiaaliseksi menetelmäksi. Hoitoa kutsutaan myös nimellä varhainen intensiivinen käyttäytymisperustainen hoito (*Early Intensive Behavioral Intervention, EIBI*).

Autististen lasten kuntoutukseen on kehitetty myös hieman erityyppinen sovellettuun käyttäytymisanalyysiin pohjautuva *Pivotal Response Training* (PRT) -kuntoutusmuoto. Hoidon painotus ei ole yksittäisten taitojen harjoittaminen yksi kerrallaan, vaan kehitykselle keskeisten ydinvalmiuksien kehittäminen. Yksi hoidon tavoite on tuottaa lapselle halu kommunikoida painottamalla hoidossa lapsen omatoimista valintaa, tehtävien vaihtelua ja lapselle luontaisia palkitsemismuotoja. Edelleen kehityksellisesti tärkeinä valmiuksina nähdään kyky reagoida useisiin samanaikaisiin kommunikaatiovihjeisiin, itsestä huolehtiminen ja sosiaalinen aloitteellisuus, jotka ovat kaikki keskeisiä hoidon kohdealueita. Menetelmää on opetettu intensiivikoulutuksissa myös Suomessa. Tämän kirjan luku 20 käsittelee lasten autististen häiriöiden ydinoireiden kuntoutusta ja liitännäisoireiden hoitoa.

Kouluikäisten lasten kognitiivinen käyttäytymisterapia

Alakouluikäisten lasten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat ovat jatkaneet kehittymistään kohti yhä monimuotoisempia perhe-, yksilö- ja ryhmämuotoisia hoitoja. Monet kouluikäisten lasten hoitomallit ovat perustuneet niiden kehittämisvaiheessa yhteen ohjelmaan, josta on sitten muokattu kehityksellisesti sovelletut versiot sekä 7–12-vuotiaille lapsille että nuorille. Varhaisessa kouluiässä tiettyjen ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys lisääntyy, mikä on heijastunut hoitojen kehittämisessä. Lapsilla yleisiä ovat eräät ahdistuneisuushäiriöt, käytöshäiriöt sekä neuropsykiatriset häiriöt.

Lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon on kehitetty useita kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä – niin varhaisoireiden hoitoon kuin ennaltaehkäisyynkin. Kliinisten ahdistuneisuushäiriöiden (yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, eroahdistushäiriö, pakko-oireinen häiriö, määräkohteinen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, traumaperäinen stressihäiriö) hoitoon on edellä mainitun *Coping Cat* -ohjelman lisäksi kehitetty useissa maissa ja Suomessakin käytössä oleva Ron Rapeen työryhmän *Cool Kids* -ohjelma. Molemmissa ohjelmissa sovelletaan psykoedukaatiota, kognitiivisia ja kehollisia ahdistuksen hallinnan

keinoja, altistusta ja vanhempien kanssa työskentelyä.

Lasten käytöshäiriöiden hoitoon käytettävistä vanhempainvalmennuksen ohjelmista eli vanhemmuustaitojen ohjauksen ohjelmista (*Parent Management Training*, PMT) ovat kansainvälisesti laajimmalle levinneet australialaisen Matthew Sandersin ja työtovereiden Triple P (*Positive Parenting Program*) ja Carolyn Webster-Strattonin Yhdysvalloissa kehittämä *Incredible Years* eli Ihmeelliset vuodet -ohjelma. Niissä hyödynnetään esimerkiksi vanhempien sitouttamista keskinäiseen yhteistyöhön kasvatuksessa, toivotun käyttäytymisen mallintamista lapselle, taitoharjoittelua ja myönteisen vanhempi-lapsisuhteen kehittämistä sekä lapselle suunnatun positiivisen palautteen lisäämistä. Molempiin ohjelmiin on myös kehitetty liitännäisiä tukimuotoja, jotka kohdistuvat koulun ammattilaisiin tai suoraan ryhmämuotoisesti lapsiin. Pikkulasten käytöshäiriöiden hoidossa vanhempainvalmennus on keskeistä, mutta kouluiästä alkaen siihen voidaan yhdistää työskentelyä lapsen tai lapsiryhmän kanssa, mikä voi parantaa hoidon kokonaisvaikutusta.

Kouluikäisten lasten neuropsykiatrisista ongelmista tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriö (ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*) on varsin tavallinen. Sen hoitoon on kehitetty lapsille perinteisen KKT:n menetelmiä, jotka eivät yksiselitteisesti kuitenkaan ole yksinään osoittautuneet esimerkiksi yhtä vaikuttavaksi kuin lääkehoito. Vaikuttavammaksi psykososiaalisiksi interventioiksi ovat osoittautuneet käyttäytymisterapeuttisesti orientoituneet vanhempainvalmennusohjelmat, joissa on paljon samoja piirteitä kuin uhmakkuus- ja käytöshäiriöihin kohdentuvissa vanhempainvalmennusohjelmissa.

Niissä painotetaan myönteisen vuorovaikutuksen lisäämistä, lapsen tehokasta ohjausta, käyttäytymistaitojen harjoittelua ja toivotun käyttäytymisen lisäämistä palkitsemisen avulla. Hoidossa annetaan tietoa ADHD:sta ja tuetaan vanhempia systemaattisesti havainnoimaan sekä lapsen toivottavaa että ei-toivottavaa käyttäytymistä. Vanhempia ohjataan käyttämään toivottavan käyttäytymisen systemaattista vahvistamista ja huomiotta jättämistä sekä tarvittaessa aikalisää ei-toivottavan käyttäytymisen vasteina. Edelleen vanhempia opetetaan seuraamaan johdonmukaisesti ei-toivottavaa ja toivottavaa käyttäytymistä myös muissa yhteyksissä kuin kotona.

Nuorten kognitiivinen käyttäytymisterapia

Nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kehittymisen suunnan tekee ymmärrettäväksi niin ikään mielenterveyden häiriöiden kehityksellinen epidemiologia. Terapiamalleja on kehitetty erityisesti nuoruusiällä yleistyviin ongelmiin ja mielenterveyden häiriöihin, esimerkiksi vakavaan depressioon, itsetuhoisuuteen, tiettyihin ahdistuneisuushäiriöihin ja lisäksi tunteiden säätelyn ongelmiin sekä epävakaisuuteen. Nuorten ohjelmia ovat kehittäneet esimerkiksi Mark Reinecke ja John Curry vakaviin depressioihin. Anne Marie Albano on kehittänyt nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon hoito-ohjelmastaan myös aikuistuvien myöhäisnuorten hoidon.

Myös nuorten päihdehäiriöihin on kehitetty omia KKT-mallejaan. Näihin hoitoihin lisätään usein motivaatiota selvittävä motivoivan haastattelun (*motivational interviewing, MI*) sisältöjä hyödyntävä komponentti edistämään nuorten kykyä tunnistaa syitään olla käyttämättä päihdettä. Interventiotekniikoina hoidoissa ovat mm. kieltäytymistaitojen harjoittelu päihteen tarjoamistilanteeseen, jossa päihteen käyttöhalu kasvaa, laukaisevien tekijöiden kanssa selviytyminen, päihteenkäytön korvaaminen muilla toiminnoilla sekä ongelmanratkaisukeinojen ja ihmissuhdetaitojen parantaminen.

Kolmannen aallon terapiamallit

Teoreettiselta pohjaltaan ja työtavoiltaan laajennetut terapiamallit, kuten dialektinen käyttäytymisterapia (*Dialectical Behavior Therapy,* DBT), tietoiseen läsnäoloon pohjautuva kognitiivinen terapia (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy,* MBCT), skeematerapia (*Schema Therapy*), hyväksymis- ja omistautumisterapia HOT (*Acceptance and Commitment Therapy; ACT*) sekä myötätuntokeskeinen terapia (*Compassion-Focused Therapy*) ovat 2000-luvun alusta asti vähitellen kehittyneet omiksi sovellusmalleikseen myös lapsille ja nuo-

rille. Näiden sovellusten vaikuttavuudesta lasten ja nuorten kanssa työskentelyssä julkaistaan yhä enemmän tutkimustuloksia. Uusien hoitomallien kehittämisessä on yleensä päädytty jo alusta alkaen tekemään kehityksellisiä muokkauksia hoitojen rakenteeseen, toteuttamiskontekstiin, sisältöihin ja materiaaleihin verrattuna aikuisten hoitoihin.

Integratiivisista, kolmannen aallon terapiamalleista pisimpään lasten ja nuorten ikäryhmässä on kehitetty nuorten dialektista käyttäytymisterapiaa (DKT-N). Työn aloittivat Alec Miller ja Jill Rathus yhteistyössä Marsha Linehanin kanssa jo ennen vuosituhannen vaihdetta. DKT-N on suunnattu tunnesäätelyn ongelmista kärsiville nuorille, ja se on kehityksellisesti muokattu sovellutus Linehanin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville aikuisille tarkoitetusta ohjelmasta (luku 17). Dialektisen käyttäytymisterapian kehityspesifit sovellutukset lapsille ovat seuranneet tätä kehitystä. Kaikkiaan dialektisen käyttäytymisterapian tutkimus on lisääntynyt viime vuosina, ja hoidon sovellutusten käyttöalue on laajentunut vähitellen eri sovellusalueille.

Tietoisen läsnäolon taitoihin tukeutuvaa kognitiivisen terapian sovellusta lasten ja nuorten ADHD:hen ja autismikirjon häiriöihin on kehittänyt erityisesti Susan Bögels. Saksassa Christoph Loosen ryhmä puolestaan on jo yli vuosikymmenen kehittänyt skeematerapian lapsille ja heidän vanhemmilleen suunnattua kliinistä sovellutusta. Alankomaissa on kehitetty ja tutkittu muutamassa pienessä tutkimuksessa myös skeematerapian sovellusta nuorille, joilla on käytöshäiriön oireita ja persoonallisuushäiriön piirteitä sekä ryhmämuotoisesti että intensiivihoito-ohjelmana. Hoitoon ovat osallistuneet myös vanhemmat. Tutkimusta tarvitaan kuitenkin vielä selvästi lisää tällä alueella.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tutkimus erityisesti nuorten depression ja ahdistuneisuusoireiden hoidossa on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana ja kasvu on jatkunut 2020-luvulla. Espanjalaistutkijoiden vuonna 2025 HOT:ista kokoamaan meta-analyysiin, johon oli sisällytetty sekä itse arvioiduista oireista kärsiviä että diagnostisesti arvioituja nuoria, oli koottu jo 27 tutkimusta. HOT näyttäytyi ahdistuneisuuden oireiden lieventämisessä passiiviseen vertailuhoitoon nähden tehokkaampana, depressio-oireiden hoidossa myös aktiivisiin hoitoihin verrattuna. Seitsemässä tutkimuksessa sitä oli verrattu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, hoitomuotojen välisessä meta-analyysissa ei havaittu eroja hoitojen vaikutusten välillä. Myötätuntokeskeistä terapiaa puolestaan on kehitetty erityisesti nuorten vakavien käytöshäiriöiden hoitoon.

Internetpohjaiset ja -avusteiset terapiasovellukset

Yksi lasten ja nuorten kognitiivisten käyttäytymisterapioiden merkittävä sovellusalueen laajennus 2000-luvulla on ollut hoidon toteuttaminen tietokoneavusteisina itseapuohjelmina ja internetpohjaisina terapioina. Ohjelmia on kehitetty niin ennaltaehkäisyyn, todettuihin oireisiin kuin myös viime vuosina varsinaisten mielenterveyden häiriöiden hoitoonkin. Hoitomalleja on useista maista. Nettiterapiat painottuvat kokonaisuutena kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin ja niiden tyypillisiin sovelluksiin, joko nuorten yksilöterapioina tai lasten ja nuorten yhdistettyinä perhepohjaisina tai vanhempien hoitoina. Hoitoja on kehitetty monissa maissa, Australiassa, Yhdysvalloissa, Euroopassa, Pohjoismaissa ja myös Suomessa. Suomessa levitettyjä digitaalisten materiaalien tukemia ja terapeuttien puhelinohjaukseen yhdistettyjä KKT:hen pohjautuvia etähoitointerventioita ovat Turun yliopiston kehittämät lasten käytöshäiriöihin suunnattu Voimaperheet sekä ahdistuneisuusoireisiin suunnattu Huolet hallintaan -ohjelma.

Outi Linnanrannan ja työtovereiden vuonna 2024 julkaistussa sateenvarjokatsauksessa koottiin laajasti yhteen tutkimustietoa verkkoterapioiden ja omahoito-ohjelmien soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta tehdyistä katsauksista ja meta-analyyseista lasten ja nuorten mielenterveysoireilussa. Interventioista suurin osa oli kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden alle luettavia. Katsauksessa havaittiin, että verkkopohjainen, terapeutin avustama vanhempainohjaus näyttää vähentävän lasten käytösoireita vertailuryhmiin nähden. Ahdistuneisuusoireiden hoidossa nettiterapioiden havaittiin tuottavan hieman suuremman vasteen erilaisiin ei-aktiivisiin tai aktiivisiin vertailuhoi-

toihin nähden, vaikutuksen koolla mitattuna ero oli pieni. Masennusoireiden hoidossa verkkoterapian vertailu verrokkihoitoihin tuotti ristiriitaisia tuloksia. Ahdistuneisuuden ja masennuksen osalta tulokset vastasivat Nora Eilertin ja työtovereiden vuonna 2022 julkaistua amerikkalaista meta-analyysia. Lasten muiden ongelmien, kuten tunnesäätelyn vaikeuksien, unettomuuden ja syömishäiriöiden oireiden hoidossa tieto näyttää toistaiseksi riittämättömältä päätelmien tekemiseksi. Kokonaisuudessaan tarvittaisiin lisää tietoa nettiterapioiden hoitotulosten pysyvyydestä tai vertailuista aktiivisiin hoitoihin.

Yksilöllisesti räätälöidyt hoidot

Kuluvan vuosikymmenen alusta kehitetyn prosessipohjaisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tavoitteena on siirtää hoidon painopistettä häiriökeskeisestä hoidosta lapsen tai nuoren yksilölliseen hoitoon. Keskeistä terapeutille on kartoittaa ja ymmärtää potilaan erilaisiin psykologisiin, emotionaalisiin ja toiminnallisiin, ongelmia yllä pitäviin prosesseihin pohjautuva ongelmien kompleksisuus. Sitä voidaan lähestyä soveltamalla näihin prosesseihin yksilöllisesti räätälöityjä, tutkimusnäyttöön pohjautuvia psykoterapiamenetelmiä. Lasten ja nuorten prosessipohjaisesta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on saatavilla vasta muutamia julkaistuja tutkimuksia.

Yksilölliseen terapian mallintamiseen pyrkivää hoitoa ovat kuitenkin edeltäneet yksilöllisesti sovellettavissa olevat lasten ja nuorten modulaariset terapiat, joita on kehitetty jo 2000- ja 2010-luvuilla. Niissä on pyritty siihen, että tera-

Taulukko 1.2. Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusympäristöjä ja ohjelmia ikäryhmittäin. Osasta ohjelmia on tehty sovelluksia yli ikäryhmien.

Sovellus-ympäristöt	Pikkulapset: 3–7-vuotiaat	Alakouluikäiset lapset: 7–12-vuotiaat	Nuoret: 13–17-vuotiaat
Tärkeimpiä sovellusalueita	– Ahdistuneisuushäiriöiden ja pelkojen perhehoito – Käytösongelmat ja uhmakkuus – Varhaisen autismin kuntoutus	– Ahdistuneisuushäiriöiden transdiagnostiset* ohjelmat – Traumaperäiset oireet ja traumaperäinen stressihäiriö – Neuropsykiatriset häiriöt ja käytöshäiriöt	– Depressio ja itsetuhoisuus – Eri ahdistuneisuushäiriöt – Käytöshäiriöt
Mahdollisia sovellus-ympäristöjä	– Lasten- ja perheneuvolat Lastenpsykiatriset yksiköt – Vanhemmille suoraan suunnatut etähoidot, ohjaus neuvoloista tms.	– Perheneuvolat – Koulun opiskeluhuolto – Lastenpsykiatriset yksiköt	– Koulun opiskeluhuolto Nuorisoneuvolat – Nuorten palveluohjausyksiköt – Sosiaalitoimen laitokset – Nuorisopsykiatriset yksiköt
Tunnettuja sovelluksia	– *Being Brave* (Hirshfeld-Becker ym., 2008) – *Helping the Noncompliant Child* (Mac Mahon ym. 2003) – *Incredible Years* (Webster-Stratton ym., 1994)* – *Lovaas Method* (Lovaas, 1981) – *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT, Eyberg ym., 2001)* – *Parent-Led CBT* (Creswell ym. 2019)	– *Coping Cat* (Kendall ym., 1990, 2006)* – *Cool Kids* (Rapee ym., 1997)* – *Coping Power* (Lochman ym., 1996) – *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (Cohen ym., 2007)* – *Triple P Parenting* (Sanders ym., 2001) *	– *Coping with Stress Course* (CWS-A / Maestro; Clarke ym., 1990) – *Modular therapy for adolescents with major depression* (Curry & Reinecke, 2004) – *Dialectical Behavior Therapy for Adolescents* (Miller ym., 2007) – *Stand Up, Speak Out program* (GCBT-A) (Albano ym., 2008) – *Aggression Replacement Training* (ART; Glick & Gibbs, 2010)

* Transdiagnostinen: ohjelma, joka on suunnattu useampaan kuin yhteen diagnostiseen ryhmään.

peutti soveltaa kullekin, pääasiallisen häiriön ohella esiintyvän erityyppisen samanaikaishäiriön mukaan hoidossa lapselle tai nuorelle hoidon yhteisten osuuksien lisäksi erilaisia valinnaisia hoidollisia moduuleja, joiden valintaa voidaan ohjata esimerkiksi ohjaavilla päätöksentekoalgoritmeilla ja/tai hoidon vaikuttavuuden jatkuvalla monitoroinnilla.

Taulukossa 1.2 on kuvattu lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden kehittymistä sekä nykyisiä sovellusalueita pääpiirteittäin.

Suomalainen psykoterapeuttikoulutus

Suomalaista lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden psykoterapeuttikoulutusta voidaan pitää historialtaan suhteellisen nuorena. Koulutukset ovat olleet yhteydessä suomalaisten kouluttajajärjestöjen, Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry:n ja Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys ry:n (SKY) aktiviteettien kehittymiseen. Suomalaiset psykoterapeuttikoulutukset siirtyivät yliopistojen hallinnollisen järjestämisvastuun alaisuuteen vuonna 2012. Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden psykoterapeuttikoulutukset ovat toteutuneet joko yliopistojen ja yhdistysten yhteistyönä tai yliopistojen toteuttamana.

Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen ensimmäiset psykoterapeuttikoulutukset olivat 1960–70-luvun taitteessa käynnistyneitä käyttäytymisterapian koulutuksia. Oppimisen psykologiaan perustunutta viitekehystä kuvasi myös yhdistyksen nimi, joka oli vuodesta 1977 vuoteen 1998 Suomen Oppimisterapiayhdistys ry. Tultaessa 1980-luvulle kognitiiviset ajattelua ja tiedonkäsittelyä painottavat teoriat nousivat voimakkaasti käyttäytymisterapioiden rinnalle kansainvälisesti. Keskeisiä vaikuttajia tähän olivat Albert Ellisin rationaalis-emotiivinen käyttäytymisterapia (REBT) sekä Aaron T. Beckin 1979 julkaisema kognitiivisen terapian perusteos *Cognitive therapy of depression* ja siinä kuvattu terapiamalli. Myös Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen järjestämien psykoterapeuttikoulutusten kognitiiviset suuntaukset voimistuivat selkeästi 1980-luvun puolivälistä eteenpäin.

Kun kansainvälisen kehitys oli johtanut kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden ensimmäisiin sovelluksiin lapsille ja nuorille 1970- ja 1980-luvuilla, alettiin myös Suomessa etsiä keinoja soveltaa terapiaa lapsille. Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen koulutustoiminta laajentui 1990-luvulla, ja samalla nousi tarve alkaa sisällyttää lapsia ja nuoria koskevia erillisiä koulutusseminaaripäiviä pääasiassa aikuisten kognitiivisiin psykoterapeuttikoulutuksiin. Ensimmäiset näistä toteutuivat vuosituhannen vaihteessa. Vuonna 1997 yhdistyksen 20-vuotisjuhlaseminaarin yhteydessä pidettiin ensimmäinen lasten ja nuorten kognitiivista psykoterapiaa käsitellyt symposium. Joensuussa vuonna 2002 pidetyillä Suomen Psykologipäivillä järjestettiin toinen vastaavanlainen, nyt laajemmalle yleisölle suunnattu symposium.

Ensimmäisten suomalaisten lasten ja nuorten kognitiivisten psykoterapeuttikoulutusten järjestämisessä olivat aktiivisia Kuopion yliopiston lastenpsykiatrian professorit Eila Räsänen ja Kirsti Kumpulainen. He käynnistivät alueellaan lasten kognitiivisen psykoterapian koulutukset. Ensimmäinen nelivuotinen koulutus aloitettiin Kuopion yliopiston, Kuopion yliopistollisen sairaalan, Etelä-Savon lastenpsykiatriyhdistyksen ja Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen yhteistyönä 1999.

Vuosituhannen vaihteesta alkaen myös Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen yleisiin psykoterapeuttikoulutuksiin alettiin enenevässä määrin liittää mukaan lasten ja nuorten kognitiivisen psykoterapian sisältöjä. Lasten ja nuorten parissa työskenteleviä alettiin kouluttaa enemmän, ja osassa yhdistyksen Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen kanssa järjestämistä koulutuksista siirryttiin heille erikseen suunniteltuun lasten ja nuorten suuntautumisvaihtoehtoon. Näille psykoterapeuttiopiskelijoille järjestettiin kaikille yhteisten koulutusosuuksien lisäksi erillisiä seminaareja, ja he perehtyivät juuri tämän alueen kirjallisuuteen. Lisäksi he osallistuivat nimenomaisesti lasten ja nuorten kanssa työhön valmistaviin tutor- ja työnohjausryhmiin.

Näitä ”hybridikoulutuksia”, jotka sisälsivät sekä aikuisten että lasten ja nuorten kognitiiviseen terapiaan erikoistumismahdollisuudet, on yhdistys sittemmin järjestänyt myös muualla Suomessa. Ne ovat tuottaneet psykoterapeutteja, joilla on perehtyneisyys kognitiivisen psykoterapian perustyömenetelmien soveltamiseen lasten ja nuorten parissa ja sen ohella kehityksellisesti orientoituneeseen kognitiiviseen terapiatyöskentelyyn. Lisäksi useissa muissa yhdistyksen koulutuksissa on toteutunut suppeammin joitakin lasten, nuorten ja kehityspsykologisia seminaareja sekä omia työnohjausryhmiä lasten ja nuorten terapeuteille, mutta ilman erikseen määriteltyjä osakoulutussisältöjä.

Yksi Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen kaikissa psykoterapeuttikoulutuksissa, niin aikuiskoulutuksissa kuin lasten ja nuorten hoitoa käsitelleissä seminaareissakin, vahvasti läsnä ollut teema on 1990-luvulta alkaen ollut yksilön kehityksen näkökulma. Varhaisten ihmissuhdekokemusten merkitys ydinuskomusten ja skeemojen rakentumisessa on tuotu esiin kiintymyssuhdeteorian opettamisen myötä, ja näitä sisältöjä on integroitu etenkin suomalaisiin kognitiivis-konstruktivistisen viitekehyksen mukaisiin koulutusohjelmiin. Esimerkkeinä tästä ovat olleet Patricia Crittendenin työpaja suomalaisille kognitiivisille terapeuteille vuonna 1998 ja toisaalta koulutuksissa esitellyt identiteetin rakentumisen teemat, joita on käsitelty etenkin Susan Harterin vuosituhannen vaihteessa ensi kerran kuvaaman lähestymistavan kautta. Kehitysnäkökulman opettamisen vaikutus lienee näkynyt eniten suomalaisten terapeuttien valmiutena muokata antamaansa terapiaa kehityksellisten tekijöiden mukaan ja toisaalta laajempien, integratiivisten psykoterapiamenetelmien soveltamisessa.

Helsingin yliopiston ja Kognitiivisen psykoterapian yhdistyksen ensimmäinen lasten ja nuorten kognitiiviseen psykoterapiaan valmentava psykoterapeuttikoulutus käynnistyi vuonna 2013, toinen 2017 ja kolmas 2021. Vuonna 2017 yhdistyksen 40-vuotisjuhlasymposiumissa Helsingissä esiteltiin jo useita lasten ja nuoren kognitiivisen psykoterapian hankkeita omassa ”linjassaan”.

Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistyksen SKY ry:n toiminnan alkuvaiheessa 1990-luvulla haluttiin edistää tutkimukseen pohjautuvien käyttäytymisanalyysin ja -terapioiden käyttöä edelleen. Tämä koski myös lasten ja nuorten terapioita. 2000-luvun puolella taas on erityisesti panostettu dialektiseen käyttäytymisterapiaan ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaan.

SKY on järjestänyt lasten ja nuorten kognitiivista käyttäytymisterapiaa koskevaa koulutusta vuosien mittaan erilaisina kansainvälisinä seminaareina. SKY on aloittanut ensimmäisen varsinaisen psykoterapeuttikoulutuksensa lasten ja nuorten KKT:aan vuonna 2015 Tampereen yliopistossa. Jokaisessa SKY:n järjestämässä KKT-psykoterapeuttikoulutuksessa on kuitenkin ollut melko vahva osuus lasten ja nuorten ja kehitysongelmista heti terapeuttikoulutusten alettua 1997. SKY on järjestänyt eri puolilla maata tällaisia psykoterapeuttikoulutuksia kaikkiaan yli 40. Tampereen yliopiston käyttäytymisanalyysikoulutuksissa on 2000-luvulla myös järjestetty erikseen esimerkiksi lasten autismin pitkien interventioiden koulutusta.

Suomalaisten lasten ja nuorten hyvinvointi, mielenterveys ja hoidon tarve

Kansainvälisissä vertailuissa suomalaislasten ja -nuorten materiaalinen hyvinvointi ja oppimistulokset ovat aiemmin näyttäytyneet hyvänä, samoin useat terveyden osa-alueet. Suunta on kuitenkin kääntynyt huolestuttavaksi. Vuonna 2025 julkaistussa UNICEFin lasten ja nuorten hyvinvointia eri maissa vertailevassa *Report Card* -tutkimuksessa Suomi putosi edellisen, vuonna 2020 julkaistun tutkimuksen viidenneltä sijalta aina sijalle 17. Tutkimuksessa vertailtiin tilastotietoja 43:sta kehittyneestä teollisuusmaasta. Tiedot oli koottu valtaosin vuodelta 2022, ja niitä verrattiin vuoden 2018 tietoihin.

Mitattavia muuttujia olivat esimerkiksi lasten ja nuorten elämäntyytyväisyys, akateemiset taidot, sosiaaliset taidot, kuolleisuus, itsemurhat ja ylipaino. Ne koottiin edustamaan teemoina mielenterveyttä, fyysistä terveyttä ja elämäntaitoja. Ylei-

senä havaintona oli, että vauraissa maissa lasten ja nuorten hyvinvointi oli heikentynyt verrattuna koronapandemiaa edeltävään aikaan.

Suomalaisten lasten ja nuorten hyvinvointia kuvaavista mittareista kolme kuudesta viittasivat merkittävään hyvinvoinnin heikentymiseen 2018–2022. Heikentymistä havaittiin tapahtuneen nuorten itsemurhia, lasten ylipainoa ja oppimistuloksia mitanneissa indikaattoreissa. Lapsikuolleisuutta arvioiva mittari osoitti edelleen myönteistä kehitystä. Elämäntyytyväisyydessä ja sosiaalisissa taidoissa ei havaittu muutoksia vuosivälillä.

Viimeaikaiset muutokset ja yhteiskunnan ongelmat, kuten taloudellinen lama, tuloerojen kasvu ja yhteiskunnallinen polarisoituminen, ovat perheiden hyvinvointiin vaikuttaessaan mahdollisia riskitekijöitä myös lasten ja nuorten psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemiselle. Tällä hetkellä Suomessa lasten ja nuorten kokemia ja raportoimia ongelmia ovat muun muassa yksinäisyys, syrjäytyminen, koulukiusaaminen ja väkivaltakokemukset. Lisäksi osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä tai emotionaalisesti oireilevista lapsista ja nuorista näyttää jäävän vaille asianmukaista tutkimusta ja hoitoa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen THL:n Kouluterveyskysely kattaa koko maan, tavoittaa kymmeniä tuhansia yläkoululaisia ja ammatillisten oppilaitosten ja lukioiden opiskelijoita ja kerää säännöllisesti toistettuna tietoa esimerkiksi nuorten elinoloista, kouluviihtyvyydestä, kiusaamis- ja väkivaltakokemuksista, koetusta terveydestä ja terveystottumuksista joka toinen vuosi. Mielenterveyden mittareina kyselyssä ovat mukana esimerkiksi masennus, yleistynyt ja sosiaalinen ahdistuneisuus sekä koulu-uupumus.

Kouluterveyskyselyn mukaan myös yksinäisyys on merkittävä ongelma yläkoulussa ja toisen asteen oppilaitoksissa opiskeleville nuorille. Vuoden 2023 kyselyssä esimerkiksi noin 12 % pojista vastasi olevansa ilman yhtään läheistä ystävää. Koulussa kiusatuksi oli joutunut noin 7 % nuorista, ja noin 15 % kokee, että väkivaltatilanteet haittaavat opiskelua. Kyselyissä on selvitetty myös oppilaiden kokemusta koulusta saamastaan opiskelijahuollon tuesta. Vuoden 2013 kyselyssä melko iso osa vastaajista ilmaisi vaikeuksia saada opiskelijahuollon tukea, jopa 40 % oli kokenut vaikeaksi tai erittäin vaikeaksi päästä koulupsykologin vastaanotolle. Koululääkärin vastaanotolle pääseminen oli vaikeaa tai erittäin vaikeaa 37 %:n mielestä. Aiempina vuosina avun saaminen on koettu vielä vaikeammaksi.

Kuten tämä laajapohjainen tutkimus osaltaan osoittaa, lasten ja nuorten kokemat mielenterveyteen ja yleisemmin psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyvät ongelmat ovat yleisiä, ja yleisyytensä vuoksi niitä varsin todennäköisesti tavataan niin kouluissa, neuvoloissa ja sosiaalitoimen palveluissa kuin myös terveystoimen toimipaikoissa ja klinikoissa. Samalla on huomionarvioista, että nuoret kokevat osassa ympäristöissään vaikeutta päästä kertomaan ja käsittelemään ongelmiaan.

Palvelujen tarve ja palvelurakenne

Muutamissa viime vuosina tehdyissä suomalaisissa väitöskirjoissa on osoitettu, että lastensuojelulaitoksiin ja koulukoteihin sijoitetuilla nuorilla esiintyy varsin paljon sekä ulospäin suuntautunutta oireilua (*externalising*) eli häiritsevänä tai tuhoavana käyttäytymisenä ja käytöshäiriöinä ilmeneviä häiriöitä että sisäänpäin kääntynyttä oireilua (*internalising*) eli emotionaalisina oireina ilmeneviä mielenterveyden häiriöitä, kuten masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä.

Samaan aikaan kansalliset THL:n tuottamat lasten ja nuorten psykiatrista erikoissairaanhoitoa kuvaavat tilastot osoittavat, että käytöshäiriöistä ja päihdehäiriöistä kärsiviä nuoria tavataan muihin häiriöihin nähden suhteellisesti vähemmän erikoissairaanhoidossa. Onkin luultavaa, että heidän asiakkuutensa ohjautuu laajasti juuri sosiaalitoimeen. Suomessa tarvittaisiinkin uusia työtapoja tällaisten moniongelmaisten nuorten hoitamiseen. Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellukset voisivat hyvin tulla laajemminkin käytetyiksi esimerkiksi sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä tulevaisuudessa.

Vuonna 2025 ollaan käynnistämässä valtakunnallista lasten ja nuorten terapiatakuuta, jolla pyritään levittämään psykososiaalisia menetelmiä hyvinvointialueille. Valtio ohjaa hyvinvointialueille merkittävää vuosittaista rahoitusta niiden tuottamiseen, kouluttamiseen ja käyttöönottoon. Valtakunnallinen PALKO-neuvosto arvioi mene-

telmien soveltamista. Esimerkiksi transdiagnostista lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden *Cool Kids* -hoitoa on koulutettu Suomessa sen importoinnin jälkeen vuodesta 2018 alkaen valtakunnallisesti, samoin kuin nuorten masennukseen suunnattua interpersonaalista ohjantaa (IPC-N). Lähtökohdiltaan lasten ja nuorten terapiatakuu on laajamittainen, kansainvälisestikin ainutlaatuinen hanke, jossa pyritään väestöhyötyyn menetelmien levittämisen, terapioiden lisäämisen, kouluttamisen ja implementaation kautta. Käyttöratkaisut eri alueilla eivät ole vielä tiedossa.

Yksi laajasti viety psykoterapeuttisiin interventioihin liityvä kehittämishanke on THL:n *Barnahus*-hanke jossa on koulutettu lukuisia lasten ja nuorten traumaterapeutteja, etenkin TF-KKT-menetelmässä. Hankkeessa on myös edistetty traumatietoista työskentelyä lasten ja nuorten palveluissa.

Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa on Suomessa tehty laajamittaista, kansainvälisestikin merkittävää työtä lasten ahdistuneisuushäiriöiden tutkimuksessa. Siellä kehitetyssä, KKT:hen pohjautuvan Huolet hallintaan -ohjelman tutkimukseen osallistui 465 lasta, jotka saivat joko hoito-ohjelman tai digitaalista itseopiskelumateriaalia. Huolet hallintaan -ohjelma koostuu digitaalisista materiaaleista, tehtävistä sekä viikoittaisista puhelinvalmennuksista. Tulokset osoittivat että ohjelmalla kyettiin vähentämään lasten yleisen ahdistuneisuushäiriön, sosiaalisen ahdistuksen ja eroahdistuksen oireita. Eniten hoidosta hyötyivät lapset, jotka täyttivät ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit.

Samoin Turun yliopistossa on kehitetty myös Voimaperheet-hoito-ohjelmaa käytösoireilevien tai tarkkavuuden ongelmista kärsivien alle kouluikäisten lasten vanhemmille. Se toteutetaan niin ikään internetin ja puhelimen välityksellä. Kullekin perheelle osoitettu perhevalmentaja ohjaa vanhempia harjoittelemaan arkielämän vanhemmuuden taitoja monimuotoisten nettipohjaisten materiaalien avulla. Valmentaja käy perheiden kanssa viikottaisen puhelintapaamisen, jolla tuetaan vanhempien itseopiskelua ja lapsen käyttäytymisen myönteisen hallinnan taitoharjoittelua. Hoidon kesto on kolmesta neljään kuukautta, ja sen jälkeen on seurantapuheluita.

Suomessa lasten, nuorten ja perheiden mielenterveys- ja sosiaalipalvelut ovat olleet melko pirstaloituneita. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisella uudistumisella ja hyvinvointialueiden muodostamisella on tavoiteltu parantunutta koordinaatiota palveluiden kesken. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa erityisesti perustasolla haasteita ovat olleet esimerkiksi puutteellisesti yhteen koordinoidut hallintorakenteet sekä pienet ja haavoittuvat toimintayksiköt. Koulutustaustaan liittyviä palvelujen haasteita ovat olleet eri ammattiryhmien erilaiset työkäytänteet ja hoitoideologiat. Edelleen on kuitenkin havaittavissa ammattilaisten koulutukseen ja toimintapuitteisiin liittyvää merkittävää vaihtelua sekä puutetta toiminnallisen yhteistyön foorumeista.

Mielenterveyden hoidon interventioiden, kuten kansainvälisessä tutkimuksessa kuvattujen matalan kynnyksen ja intensiteetin kognitiivisen käyttäytymisterapian, levittämistä voitaisiin edelleen voimallisemmin tukea. Lasten ja nuorten mielenterveyttä voitaisiin todennäköisimmin parhaiten edistää heidän kasvu- ja kehitysympäristöissään, kuten kouluissa, sekä toisaalta vaikuttamalla hyvin varhain esimerkiksi perheoloihin ja vanhemmuuteen.

Suomessa käytössä olevia ohjelmia

Joitakin ennalta ehkäiseviä psykososiaalisia menetelmiä ja toimintaohjelmia lasten ja nuorten mielenterveyden ja tunne- ja vuorovaikutustaitojen edistämiseksi on otettu käyttöön päiväkodeissa ja kouluissa (taulukko 11.3). Osa näistä perustuu nimenomaisesti kognitiivisiin ja käyttäytymisterapeuttisiin metodeihin ja työtapoihin, osassa hyödynnetään joitakin KKT-työtapoja. Kouluissa toteutettavista universaalin ennaltaehkäisyn ohjelmista esimerkiksi australialaisen Paula Barrettin ja hänen työryhmänsä kehittämä *Friends*-ohjelma sisältää varsin keskeisesti kognitiivisen käyttäytymisterapian elementtejä lasten ja nuorten ahdistuneisuuden ja mielialaongelmien ennaltaehkäisemiseen luokissa. Ohjelmasta on kehitetty versiot sekä ala- että yläkouluun ja erikseen myös päiväkoti-ikäisille lapsille. Toimintaa on koordinoinut Aseman Lapset ry. *Friends*-ohjelman sisältöjä kuvataan luvussa 8.

Taulukko 1.3. Suomalaisissa lasten ja nuorten palveluissa käytössä olevia kognitiivisen käyttäytymisterapian pohjalta rakennettuja ohjelmia.

Häiriötyyppi	Ohjelma, kohderyhmät, sovelluspaikat
Käytös- ja uhmakkuushäiriöt	Ihmeelliset vuodet: lasten käytösoireet ja -häiriöt, alakoulut, perheneuvolat *Aggression Replacement Training* (ART): nuorten käytöshäiriö, erikoissairaanhoito, lastensuojelu Voimaperheet, lasten käytöshäiriöt, neuvolat (ohjaus), perheet, etähoito
ADHD, haastava käyttäytyminen	Maltti-ryhmähoito-ohjelma (osin KKT-pohjainen): alakouluikäisten ADHD, alakoulut Askeleittain-ohjelma: haastava käyttäytyminen ja impulssikontrollinen vaikeudet, alakoulut, neuvolat Perhekoulu POP®: pienten lasten impulsiivisuus ja ADHD, neuvolat, päivähoito *My Mind* -ohjelma: lasten ja nuorten ADHD, erikoissairaanhoito
Neuropsykiatriset ja autismin kirjon häiriöt	*Pivotal Response Training* (PRT-kuntoutus): autististen lasten varhaiskuntoutus, terapeutit, perheet *My Mind* -ohjelma: lasten ja nuorten autismin kirjon häiriöt, ADHD, erikoissairaanhoito
Ahdistuneisuushäiriöt	Huolet hallintaan: koulut, neuvolat (ohjaus), etähoito *Friends*: lasten ja nuorten ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden ennaltaehkäisy, ala- ja yläkoulut *Cool Kids / Chilled*: lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöt, erikoissairaanhoito Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-CBT): lasten ja nuorten traumaperäinen stressihäiriö, erikoissairaanhoito, perustaso
Masennus	Maestro: nuorten masennusoireet, yläkoulut
Tunnesäätelyn ongelmat ja epävakaus	Nuorten dialektinen käyttäytymisterapia (DKT-N): itsetuhoiset ja tunteiden säätelyn häiriöstä kärsivät nuoret, erikoissairaanhoito

Askeleittain-ohjelma (alun perin *Second Step*) lukeutuu laajempaan SEL (*Social-emotional learning*) -opetusohjelmien luokkaan ja sisältää opetettavina sisältöinä joitakin tyypillisiä KKT-tekniikoita, kuten ongelmanratkaisu, tunteiden ja impulssien hallintataidot ja vakuuttavuus- eli assertiivisuustaidot. Se on luokissa toteutettava ennaltaehkäisyn menetelmä moniin erilaisiin mahdollisiin lasten ongelmatilanteisiin, ja se pyrkii lisäämään erilaisia sosiaaliseen vuorovaikutukseen tarvittavia taitoja ja tunnetaitoja. Menetelmään liittyvät materiaalit on Suomessa kustantanut Psykologien Kustannus, ja sitä on levitetty joihinkin alakouluihin ja päiväkoteihin.

Edellä jo mainittu Ihmeelliset vuodet -ohjelma on amerikkalaisen Carolyn Webster-Strattonin kehittämä ryhmässä toteutettava vanhempainohjausmenetelmä, josta on kehitetty erilaiset ikäryhmittäiset versiot alle kouluikäisille (3–6-vuotiaille) ja alakouluikäisille (7–12-vuotiaille) käytöshäiriön oireista tai uhmakkuus/käytöshäiriöstä kärsiville lapsille, heidän vanhemmilleen ja lasten kanssa työskenteleville ammattilaisille. Ohjelmaversioita on olemassa toteutettaviksi sekä vanhempainohjauksena että koulun henkilökunnalle suunniteltuna. Ohjelmasta kehitettyä lapsiryhmän sosiaalisten taitojen valmennusryhmää *Dinosaur School* on pilotoitu joissakin terveydenhuollon yksiköissä. Suomessa ohjelmaan liittyvä vanhempainryhmätoiminta alkoi vuonna 2007. Myös monet perheneuvolat ovat ottaneet Ihmeelliset Vuodet -ryhmät osaksi toimintaansa. Vuonna 2010 alkoi tämän interventiomallin mukainen opettajien ryhmänhallintamenetelmän (*Teacher Classroom Management*) koulutus varhaiskasvattajille, alakoulun opettajille, avustajille ja erityisopettajille.

Suomessa on myös eräissä kouluissa, lastensuojelulaitoksissa, nuorisotoimessa ja nuorisopsykiatrisissa yksiköissä lisäksi otettu käyttöön tietyille haastavasti käyttäytyville oppilasryhmille kohdennettuja ryhmämuotoisia interventioita, jotka pohjautuvat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Tällainen on esimerkiksi Arnold Goldsteinin käytöshäiriöstä kärsiville nuorille kehittämä ART-menetelmä (*Aggression Replacement Training*) aggressiivisen käyttäytymisen säätelyyn.

Myös muun tyyppisiin ongelmiin kohdistettuja interventioita levitetään parhaillaan Suomessa.

Esimerkiksi ryhmässä toteutettavaa, osin myös KKT-työtapoja sisältävää Maltti-ryhmäkuntoutusmenetelmää on sovellettu aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä sekä toiminnan ohjauksen vaikeuksista kärsiville 8–11-vuotiaille oppilaille. Menetelmän tuloksellisuutta on tutkittu Jyväskylän perheneuvolan ja Niilo Mäki -instituutin Lastentutkimusklinikalla sekä Kainuun seudun että Etelä-Karjalan alueen kouluissa. Ryhmien vetäjinä on toiminut erityisopettajia, opettajia, koulupsykologeja ja kuraattoreita, mikä osoittaa työtapojen soveltuvuutta myös eri ammattikuntien käyttöön.

Pienten, 3–6-vuotiaiden lasten ADHD-oireiden hoitoon on myös levitetty etenkin pääkaupunkiseudulla KKT-periaatteisiin pohjautuvaa vanhempainohjausmenetelmää Perhekoulu POP®, jossa 10 viikon ajan toimii sekä lasten kasvatuksellinen ryhmä että vanhempien koulutusryhmä. Jälkimmäinen pyrkii valmentamaan vanhempia lastensa itsesäätelyn oppimisen tukemisessa.

Lievistä masennusoireista kärsiville nuorille on joissain osissa maata järjestetty sekundaaripreventiona eli ilmi tulleisiin mutta kliinistä vakavuusastetta lievempiin oireisiin suunnattuja Maestro-stressinhallintaryhmiä yläkouluissa. Nämäkin ryhmät ovat KKT:n periaatteiden ohjaamia. Menetelmän on kehittänyt Gregory Clarke Oregonissa.

Suomalaisessa erikoissairaanhoidossa on eri KKT-menetelmien maahantuonnin yhteydessä haettu ja saatu ensimmäisiä kokemuksia lasten ja nuorten yleisimpien häiriöryhmien struktuuroiduista hoidoista kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden avulla. Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa lasten *Cool Kids* ja nuorten *Chilled*-ohjelmien käyttöä alettiin laajentaa vuodesta 2015 alkaen erikoissairaanhoidossa saatujen myönteisten kokemusten perusteella STM:n ja THL:n tukemana, osana kansallista Tulevaisuuden Sote-keskus-hanketta. Myös nuorten dialektista käyttäytymisterapiaa (DKT-N) ja lasten ja nuorten Traumafokusoitua kognitiivista käyttäytymisterapiaa (*TF-KKT)* on jo noin vuosikymmenen ajan implementoitu erikoissairaanhoitoon. Myös kokemuksia ADHD:n hoitoon kehitetyn, tietoisen läsnäolon taitojen kehittämiseen perustuvasta ryhmämuotoisesta *My Mind* -ohjelmasta on saatu suomalaisessa erikoissairaanhoidossa.

Kognitiivista psykoterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai niiden sisältämiä tyypillisiä työtapoja erilaisten ongelmien ennaltaehkäisyyn sovitettuna on siten tarjolla nykyisin enenevässä määrin koko laajalla julkisten palvelujen kentällä. Työtapoja sovelletaan kouluissa, päiväkodeissa ja neuvoloissa toteutettavissa, lieviin ongelmiin ja häiriöihin kohdistetuissa interventio-ohjelmissa ja ennaltaehkäisyssä. Niitä käytetään myös lastenpsykiatrisissa ja nuorisopsykiatrisissa yksiköissä annettavissa kognitiivisissa ja käyttäytymisterapeuttisissa hoidoissa. Hoidon saatavuutta täydentävät yksityissektorin psykoterapeuttien toteuttamat, usein pitkäkestoisempiin oireistoihin kohdistuneet terapiat. Hoitojen maanlaajuisesta saatavuudesta ylipäätään on tällä hetkellä käytössä puutteellisesti tietoa.

Vaikka lasten ja nuorten kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin ensisijaisesti koulutettujen psykoterapeuttien määrä onkin Suomessa lisääntynyt suhteellisen hitaasti, myös yleisiin psykoterapiakoulutuksiin on vähitellen sisältynyt enemmän lasten ja nuorten häiriöiden hoitoon kohdistettuja opetussisältöjä. On kuitenkin selvää, että lapsille ja nuorille kehitettyjen kehityssensitiivisten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden ohjelmien saatavuus on edelleen puutteellista, etenkin vaikeisiin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin: kaikki oireilevat lapset eivät pääse tai ohjaudu koulutetuille psykoterapeuteille erikoissairaanhoitoon tai yksityissektorille.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä voi soveltaa tutkimusnäytön perusteella melko laajasti useissa lasten ja nuorten psykologisissa ongelmissa ja häiriöissä. Paitsi yksilöhoidot myös ryhmämuotoiset sovellutukset ovat paikallaan tiettyjen ongelma-alueiden hoidossa. Niin peruspalveluiden työntekijöille suunnattuja rajattuja menetelmäkoulutuksia kuin varsinaisia lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden psykoterapeuttikoulutuksiakin olisi kuitenkin syytä lisätä.

Tulevaisuuden koulutustarpeet

Kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden käyttöalueet ovat niiden sovellusten määrämittaisuuden, helpon levitettävyyden ja helposti omaksuttavissa olevien työtapojen takia potentiaalisesti hyvin laajat terveydenhoidon eri tasoilla ja sektoreilla. Samoista syistä näihin hoitomalleihin sisältyvät työtavat ovat sovellettavissa käyttöön myös laajemmin opetus-, kasvatus- ja sosiaalitoimessa. Kansainvälisesti ala on kehittynyt noin 50 vuoden ajan lähtien 1960–1970-luvun käyttäytymisterapeuttisista eli behavioristisista juuristaan 1980-luvulta alkaen lasten ja nuorten kognitiivisiksi ja käyttäytymisterapioiksi. Kehitys on edennyt sittemmin niiden laajamittaiseen tieteelliseen tutkimukseen 1990-luvulla ja 2000-luvun taitteesta uusien, yhä laaja-alaisempien työtapojen ja hoitomallien kehittymiseen.

Suomessa lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat ovat tulleet mukaan psykoterapeuttien koulutukseen suhteellisen myöhään. Toteutuneista nimenomaisesti lasten ja nuorten kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjelmista on tätä kirjoitettaessa valmistunut alle kymmenen kurssillista psykoterapeutteja. Siten voi sanoa, että lasten ja nuorten koulutusohjelmat ovat kehittymisvaiheessaan. Mukaan lukien terapeutit, joille on järjestetty osittain lasten ja nuorten terapiaan kohdistunut koulutusohjelma, voidaan arvioida vasta runsaan sadan psykoterapeutin saaneen Suomessa toistaiseksi koulutusta nimenomaisesti lasten ja nuorten kognitiivisiin tai käyttäytymisterapioihin.

Tämän asian suurin käytännön merkitys lienee se, että lasten ja nuorten ikäryhmälle kansainvälisesti kehitettyjä ja tutkittuja hoitoja on toistaiseksi ollut riittämättömästi tarjolla. Suomessa on kuitenkin oltu aloitteellisia joidenkin kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden työtavoista koostuvien toimenpideohjelmien käyttöönotossa esimerkiksi kouluissa, päiväkodeissa ja neuvoloissa. Näiden työtapojen käyttöön ottaminen ei vaadi pitkää psykoterapeuttikoulutusta.

Koko tilanne kuitenkin näyttää siltä, että Suomessa erityisesti vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät lapset ja nuoret jäävät tällä hetkellä laajasti vaille mahdollisuutta päästä koulutetun psykoterapeutin tuottamaan kehitysvaihespesifiin ja kehityssensitiiviseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Toivomme käsillä olevan kirjan osaltaan tukevan mahdollisuuksia kouluttaa laajamittaisemmin ammattilaisia näiden vaikuttavien hoitomenetelmien käyttöön.

Kirjallisuutta

Benjamin C L, Puleo C M, Settipani C A, ym. History of cognitive-behavioral therapy (CBT) in youth. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 2011;20:179–89.

Creswell C, Parent-led CBT for child anxiety. Helping parents help their kids. New York; Guilford Press, 2019.

Friedberg R D, McClure J. Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: the nuts and bolts. New York: Guilford Press, 2019.

Garber J, Frankel SA, Herrington CG. Developmental demands of cognitive behavioral therapy for depression in children and adolescents: cognitive, social, and emotional processes. Annu Rev Clin Psychol 2016;12:181–216.

Godstein Goldstein A P, Glick B, Gibbs J C. ART: Ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille. Helsinki: Suomen ART ry., 2009.

Hirshfeld–Becker D R, Masek B, Henin A, ym. Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. Harvard Rev Psychiatry 2008;16:113–25.

Hoffman L J, Guerry J D, Albano A M. Launching anxious young adults: a specialized cognitive-behavioral intervention for transitional aged youth. Curr Psychiatry Rep 2018;Mar27:20(4):25.

Katz L Y, Fotti S A, Postl L. Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy: adaptations required to treat adolescents. Psychiatr Clin North Am 2000;7:253–61.

Kendall P C, toim. Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures. New York: Guilford Press, 2012.

Kendall P C, Ney J S, Maxwell C A, Lehrbach K R, Jakubovic R J, McKnight D S, Friedman A L. Adapting CBT for youth anxiety: flexibility, within fidelity, in different settings. Front Psychiatry 2023;Mar1:14:1067047. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1067047

Laajasalo T, Stolt S, Pirinen J, Vehkaoja S, Juusola A, Nuotio S-K, Remsu N. Psykososiaaliset menetelmät lasten traumaattisten kokemusten käsittelyyn – kokemuksia Barnahus-hankkeessa pilotoiduista ja jalkautetuista työmenetelmistä. Työpaperi 2/2024, THL, 2024.

Linnaranta O, Pelkonen I, Kaltiala R, Marttunen M, Paavonen J, Sourander A. Itsehoidot, omahoidot ja verkkoterapia lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Duodecim 2024;140:15–23.
Stallard P. Ajattelemalla iloa: kognitiivista käyttäytymisterapiaa lapsille ja nuorille. Työntekijän opas. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy, 2010.
Weisz JR, Fitzpatrick OM, Venturo-Conerly K, Cho E. Process-based and principle-guided approaches in youth psychotherapy. World Psychiatry 2021;20(3):378–80.

Keskeisiä käsitteitä

Altistus (*exposure*). Yksi tärkeimmistä ja tutkituimmista terapiamenetelmistä, jossa hoidettava lapsi tai nuori kohtaa emotionaalisesti vastentahtoisen asian, kokemuksen tai tilanteen joko asteittain järjestelmällisesti tai kerralla saman tien kokonaan tai lähes kokonaan turvallisessa tilanteessa. Tämä välttämiskäyttäytymisen hoitomenetelmä johtaa kokemukseen, jossa emotionaalinen reagointi vähenee tai poistuu kokonaan. Altistus voidaan toteuttaa normaalielämässä (*in vivo*), median välityksellä, kertomalla, kirjoittamalla tai kuvittelemalla ongelmatilanteita mielessä.

Dialektinen käyttäytymisterapia (lyh. DKT; *dialectical behavior therapy*, DBT)**.** Marsha Linehanin kehittämä ns. kolmannen aallon kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin luettava psykoterapiamuoto, jolla on hoidettu ennen kaikkea vaikeita psykologisia häiriöitä, kuten epävakaata persoonallisuushäiriötä. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa painotetaan terapeutin hyvin aktiivista, emotionaalisia reaktioita validoivaa vuorovaikutusta.

Dimensionaalinen oirekäsitys. Yleinen psykologisia oireita koskeva käsitteellistämistapa, jonka mukaan eri mielenterveyden häiriöiden oireet voidaan sijoittaa samalle jatkumolle normaalikokemusten kanssa; tilojen välillä vain kokemusten voimakkuus ja esiintymistiheys vaihtelevat. Näin esimerkiksi ennaltaehkäisyssä voidaan soveltaa osin samoja elementtejä ja työskentelyn kohdistamisalueita kuin mielenterveyden häiriöiden psykoterapiassa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (lyh. HOT; *acceptance and commitment therapy*, ACT)**.** Uusi, 1980-luvulla syntynyt käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto. Se perustuu teoreettisesti kieltä ja kognitioita selittävään suhdekehysteoriaan (*relational frame theory*) ja siinä käytetään hyväksyntä- ja tietoisuusstrategoita yhdistyneenä elämänarvoihin pohjautuvaan omistautumiseen. Näiden strategioiden on tarkoitus johtaa psykologiseen joustavuuteen, joka mahdollistaa hyvän elämän.

Järjestelmällinen epäherkistäminen (*systematic desensitization*). Käyttäytymisterapian ensimmäisiä menetelmiä, sen varhainen ”lippulaiva”. Järjestelmällisessä epäherkistämisessä pelottavia tai ahdistavia asioita käydään mielikuvituksessa hierarkkisesti läpi, kunnes ne eivät enää haittaavasti herätä pelkoa tai ahdistuneisuutta. Tämä tapahtuu samalla rentoutuen. Visualisointimenetelmiä käytetään nykyisin altistuksen muotona silloin, kun *in vivo* -altistus ei ole mahdollista.

Kehityssensitiivisyys. Psykoterapian muodon ja toteuttamistavan sovittaminen sen kohteena olevan yksilön kehityksellisiin erityispiirteisiin. Esimerkiksi alle kouluikäisen lapsen psykoterapiassa kehityssensitiivisyys tarkoittaa sitä, että hoidon toteuttamisessa otetaan huomioon tämän ikäisen lapsen ajattelun ja tunnesäätelyn kehitys sekä oireiden ilmeneminen ja hoitomahdollisuudet hänen kehitysympäristössään, esimerkiksi suhteessa vanhempiin ja perheeseen.

Kognitiivinen puute. Lapsen tai nuoren ajattelutoimintojen eli kognitiivisten toimintojen puutteellisuus tai vähyys toiminnan ohjaamisessa. Kognitiivisten puutteiden takia toiminta voi ohjautua korostuneesti esimerkiksi tilannetekijöiden tai tunteiden pohjalta impulsiiviseksi. Tällöin lapsella on vain vähän etukäteistä, itse tilanteessa esiintyvää tai tilanteen jälkeistä kognitiivista prosessointia.

Kognitiivinen terapia (*cognitive therapy*). Psykoterapiamuoto, jonka pääoletuksena on, että yksilön psykologiset ongelmat johtuvat ainakin osittain epäedullisista tai virheellisistä ajattelutavoista ja itseä ja muita koskevista vastaa-

vista uskomuksista tai laajemmista skeemoista, havainnointia ja toimintaa ohjaavista sisäisistä malleista. Terapian tarkoituksena on tällöin korvata nämä adaptiivisemmilla ajattelutavoilla ja uskomuksilla, mikä tapahtuu siten, että terapeutti pyrkii korjaamaan niitä esimerkiksi auttamalla asiakasta hankkimaan vastakkaista evidenssiä tai auttamalla häntä tekemään itse päätelmiä, jotka johtavat siihen. Kognitiiviseen terapiaan on melko laajasti omaksuttu myös käyttäytymisterapian ja eräiden muiden terapiamuotojen terapiamenetelmiä.

Kognitiivinen vääristymä. Ajattelutoiminnoissa esiintyvä prosessointitapa, joka aiheuttaa lapselle tai nuorelle todellisuuden havainnoinnin ja siitä tehtyjen päätelmien yksipuolistumista tai vinoutumista.

Käyttäytymisanalyysi (*analysis of behavior, behavior analysis*). Käyttäytymistä muuttavien ympäristötapahtumien tutkimus. Tutkimuskohde on yksilön vuorovaikutus ympäristön kanssa. Käyttäytymisanalyysi ei kiellä ajatusten tai tunteiden olemassaoloa. Se sisältää myös ajatusten ja tunteiden kuvaamisen funktionaalisten suhteiden avulla. Käyttäytymisanalyysi on monimutkaisen käyttäytymisen jakamista funktionaalisiin osiin. Käyttäytymisanalyysi -termiä käytetään myös merkityksessä *case formulation* tai käsitteellistäminen. Tällöin käsitteellä tarkoitetaan asiakkaan ongelmien ja tilanteen yksilöllistä kuvaamista vuorovaikutussuhteiden avulla. Laajemmassa merkityksessä käyttäytymisanalyysi on oma psykologian alueensa ja koulukuntansa.

Käyttäytymisen muuttaminen (*behavior change, behavior modification*). Yksilön käyttäytymisen muuttaminen tai muokkaaminen useimmiten käyttäytymisteoreettisten periaatteiden ja menetelmien mukaan. Nykyisin käytetään useimmiten ja mieluummin termiä sovellettu käyttäytymisanalyysi. Sen psykoterapeuttista osaa kutsutaan usein kliiniseksi käyttäytymisanalyysiksi.

Käyttäytymispuute (*behaviour deficit*), toivottava käyttäytyminen, jota halutaan lisätä; käyttäytymistä, jota ei tapahdu tilanteessa, jossa se on tarpeen t. käyttäytymistä, jota ei tapahdu tarpeeksi usein, tarpeeksi voimakkaasti t. sitä ei tapahdu tarpeeksi pitkään t. se ei ole tarpeeksi sujuvaa siihen nähden, mikä olisi tavoitteena.

Käyttäytymisterapia (*behavior therapy*). Psykoterapiamuoto, joka perustuu kokeelliseen psykologiaan ja siinä löydettyihin oppimisen lainalaisuuksiin ja periaatteisiin, kuten sammuminen, respondentti (klassinen) ehdollistuminen, operantti ehdollistuminen (käyttäytyminen) sekä relationaalinen, säännönohjaamaan käyttäytymiseen perustuva operantti oppiminen (ml. mallioppiminen). Tunnetuimpia käyttäytymisterapian menetelmiä ovat mm. järjestelmällinen epäherkistäminen, altistus, sammuttaminen, mallintaminen, vahvistaminen monissa eri muodoissa, vahvistussuhteiden hallinta (sopimukset), käyttäytymisaktivointi, rooliharjoitukset, muut taitoharjoitukset, ongelmanratkaisu, itsehallintamenetelmät, rentoutusharjoitukset ja tavankääntämismentelmä.

Liikakäyttäytyminen (*behaviour excess*), epätoivottava käyttäytyminen, jota halutaan vähentää; käyttäytymistä, jota tapahtuu liian usein, liian voimakkaasti t. liian pitkään t. liian nopeasti siihen nähden, mikä olisi tavoitteena. Näiden lisäksi virheellinen t. väärä käyttäytyminen luetaan mukaan tähän käsitteeseen. Liikakäyttäytyminen ja käyttäytymispuute ovat ongelmina käyttäytymisjatkumon vastakkaisia puolia.

Mallivihje (*modeling prompt*) **tai mallintaminen.** Toisen henkilön käyttäytyminen niin kuin oppijan pitäisi käyttäytyä, tuloksena mallioppiminen.

Ongelmanratkaisumenetelmä tai ongelmanratkaisterapia (*problem solving therapy*). Terapeuttinen menetelmä, jossa päätösongelma tai ongelmakäyttäytyminen määritellään, sen ratkaisemiseksi asetetaan tavoitteet, etsitään ratkaisuvaihtoehtoja ongelmakäyttäytymiselle ja lopuksi sovelletaan valittuja ratkaisuvaihtoehtoja, kunnes ongelma ratkeaa. Jos ongelma ei ratkea, ongelmanratkaisumenetelmää voidaan käyttää uudelleen.

Operantti ehdollistuminen, ehdollistaminen (*operant conditioning*). Vasteiden tiheyden muutos niitten seurausten vaikutuksesta. Operantti ehdollistuminen on prosessi ja operantti ehdollistaminen menetelmä.

Operantti käyttäytyminen (*operant behaviour).* Käyttäytymisluokka, jota sen seuraukset hallitsevat. Käyttäytyminen, jota voidaan muuttaa sen seurausten kautta. Tämä on kaikkein tärkein inhimillisen käyttäytymisen muoto. Sitä on kutsuttu myös välineelliseksi käyttäytymiseksi. Puhekielessä tällaista käyttäytymistä sanotaan tarkoitukselliseksi tai tahalliseksi, mutta se voi olla myös verbaalisesti tiedostamatonta.

Rationaalis-emotiivinen käyttäytymisterapia (*rational emotive behavior therapy, REBT).* Kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto, aikaisemmin rationaalis-emotiivinen terapia.

Rationaalinen itseohjaus. Rationaalisen ajattelun avulla tapahtuva itsen ohjaaminen kohti sopeutumista edistävää käyttäytymistä.

Sammuttaminen (*extinction).* Menetelmä, jossa käyttäytymistä seurannut, sen todennäköisyyttä lisäävä tapahtuma pysäytetään. Tällöin käyttäytymisen tiheys pienenee. Esimerkisi käytettäessä alkoholin nauttimisen yhteydessä naltreksoni-lääkettä ei synny nousuhumalan tuomaa hyvänolontunnetta, jolloin alkoholin käyttö vähenee.

Skeematerapia (*schema therapy).* Kognitiivisesta terapiasta 1980-luvulta alkaen eteenpäin kehitetty integratiivinen terapiamuoto, jossa ongelmallista kokemusta nähdään keskeisesti muokkaavan varhain syntyneet, yksilön sopeutumista estävät sisäiset kognitiivis-emotionaaliset ja ihmissuhdekokemuksiin liittyvät mallit, skeemat (*early maladaptive schemas*). Nämä ilmenevät skeemamoodeina, yksilön kokemuksellisina tiloina, joita terapiassa pyritään tunnistamaan ja niiden aiheuttamia tunteiden ja käyttäytymisen lukkoja ja tuskallista kokemusta pyritään muuttamaan näiden kokemusten työstämisellä erilaisin aktiivisin tekniikoin.

Vahvistus, vahvistaminen. Menetelmä, jossa vahvisteita (mitä tahansa positiivisia tai negatiivisia asioita tai tapahtumia) käytetään lisäämään toivottavan käyttäytymisen tulevaa määrää tai voimakkuutta. Vahvistaminen vaikuttaa näin ollen tulevaisuudessa, kun vahvistamisen läsnä ollessa esiintynyt vaikute (”ärsyke”) esiintyy seuraavan kerran. Vahvistaminen voi olla jatkuvaa tai ajoittaista. Vahvistaminen vaikuttaa (funktionaaliseen) käyttäytymisluokkaan yleisesti, ei pelkästään yhteen käyttäytymiseen. Vahvistaminen voi siis lisätä ulkonäöltään erilaisten käyttäytymisten todennäköisyyttä.

Välttäminen, välttämiskäyttäytyminen. Usein psykologisiin ongelmiin liittyvä kielteisiä tunteita tai muita kokemuksia herättävien asioiden kiertäminen tai kieltäytyminen kohtaamasta niitä tai menemästä paikkoihin, jotka herättävät niitä. Yleisemmin minkä tahansa kielteisiä tunteita herättävän asian tekemättä tai kohtaamatta jättäminen.