



Autio Aino

Käyttäytymisterapian vaikuttavuus hoitomuotona nuorten ADHD-oireisiin

Kasvatuspsykologian kandidaatin tutkielma

KASVATUSTIETEIDEN JA PSYKOLOGIAN TIEDEKUNTA

Kasvatustieteen tutkinto-ohjelma

2023

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunta

Käyttäytymisterapian vaikuttavuus hoitomuotona nuorten ADHD-oireisiin (Aino Autio)

Kandidaatin tutkielma, 30 sivua, 0 liitesivua

Huhtikuu 2023

Tässä kandidaatin tutkielmassa tarkasteltiin kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta nuorten ADHD-oireisiin. Tutkielma toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena tutustumalla aiheesta tehtyihin keskeisimpiin tutkimuksiin. Kiinnostus tutkimuskentällä tutkielman aiheeseen on herännyt vasta lähivuosien aikana. Tuoreiden tutkimusten valossa tutkielman tavoitteena oli selvittää, onko kognitiivisella käyttäytymisterapialla vaikutusta nuorten ADHD-oireisiin. Tarkoituksena oli samalla lisätä ymmärrystä ADHD:sta ja sen psykososiaalisista hoitokeinoista.

ADHD eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on kehityksellinen oireyhtymä, jonka ydinoireisiin kuuluvat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. ADHD heikentää toimintakykyä ja sen oireet ovat pitkäkestoisia. Kognitiivinen käyttäytymisterapia toimii yleiskäsitteenä kaikille psykoterapeuttisille menetelmille, joiden tavoitteena on kognitiivisia prosesseja muokkaamalla vähentää psyykkistä kärsimystä ja haitallista käyttäytymistä. Nuorten ADHD-oireiden hoitoon kuuluvassa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa työstettäviä kohteita ovat itsesääteily, sosiaalisten tilanteiden ongelmanratkaisu ja sosiaaliset taidot, oman toiminnan arviointi ja säätely sekä ADHD:n ydinoireiden hallinta.

Tutkielmaan valikoituneiden tutkimusten tulosten perusteella voidaan päätellä, että kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta voi olla joidenkin ADHD-oireisten nuorten hoidossa hyötyä. Tutkimuksissa todettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian madaltavan nuorten tarvetta ADHD-lääkitykselle, parantavan heidän suoriutumistansa koulussa sekä vähentävän heidän kokemiaan ahdistus- ja masennusoireita. Erityisesti nuorten vanhemmat ja opettajat, mutta myös nuoret itse ilmoittivat tarkkaamattomuusoireiden vähentyneen. Kaikissa tutkimuksissa kognitiivisella käyttäytymisterapialla ei kuitenkaan todettu tilastollisesti merkittävää vaikutusta oireistoon.

Avainsanat: ADHD, kognitiivinen käyttäytymisterapia, nuoret

Sisältö

1 Johdanto.....	4
2 ADHD – Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö	7
2.1 Kliininen oirekuva ja diagnosointi.....	9
2.2 ADHD nuorilla.....	11
3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja nuorten ADHD:n hoito	14
4 Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus nuorten ADHD-oireisiin.....	17
5 Johtopäätökset ja pohdinta.....	24
Kirjallisuus	27

1 Johdanto

Lasten ja nuorten ADHD:n esiintyvyys maailman väestössä on noin viisi prosenttia, joten sitä voidaan ajatella lähes kansantautina (Penttilä ym., 2011). Häiriön yleisyydestä huolimatta sen psykososiaalisten hoitomuotojen vaikutuksista tiedetään huomattavan vähän (Koski & Leppämäki, 2013). Pihlakosken ja Rintahaan (2016) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on ADHD-oireiden hoidossa ainoa psykoterapiamuoto, jonka vaikuttavuudesta löytyy mitään tieteellistä näyttöä. Lupaavista tutkimustuloksista huolimatta näyttöä tarvitaan kuitenkin myös kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta erityisesti ADHD-nuorten kohdalla lisää (Chan ym., 2016). Käytännössä nykyään tiedetään, että potilaat kokevat psykososiaalisista hoidoista olevan apua, vaikka Kosken ja Leppämäen (2013) mukaan laajassa meta-analyyseistä tehdyssä systemaattisessa katsauksessa todetaankin, ettei hoitojen tehosta voida tehdä johtopäätöksiä.

Useat tutkimukset ovat todenneet, että paras tulos ADHD:n hoidolle saadaan yhdessä lääkehoidon ja psykososiaalisten tukitoimien kanssa (esim. Wolraich ym., 2015; Anastopoulos ym., 2020; Antshel ym., 2012). Yksilön hyvinvoinnin lisäksi tutkimustieto ADHD:n psykososiaalisista hoitomuodoista ja niiden vaikuttavuudesta olisi tärkeää myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta. ADHD voi vaikeuttaa työelämässä selviytymistä, ja siihen liittyy suurentunut päihteiden väärinkäytön sekä rikollisen käyttäytymisen riski (Penttilä ym., 2011). Lisäksi ADHD:n on todettu olevan yhteydessä masennukseen ja syrjäytymiseen (Tarnanen ym., 2019). Kasvatuksellisesta näkökulmasta ADHD:n aktiivinen ja tehokas hoito on erityisen tärkeää, sillä oireet voivat vaikuttaa negatiivisesti nuoren koulumenestykseen ja aiheuttaa ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja tilanteissa (Penttilä ym., 2011).

Kandidaatin tutkielmani aiheena on kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus hoitomuotona nuorten ADHD-oireisiin. Käsitteenä nuori vaihtelee tässä tutkielmassa 14–27-vuotiaan välillä, johtuen käsittelemieni tutkimusten osallistujien ikähaarukasta. Tutkielman aihe on tärkeä nuorten lisääntyvien ADHD-diagnoosien (Penttilä ym., 2011) ja aiheesta tehdyn suhteellisen vähäisen tutkimustiedon vuoksi. Lasten ja aikuisten ADHD:sta on tehty lukuisia laajoja tutkimuksia, mutta nuoriin ja nuoriin aikuisiin on keskitytty suhteellisen vähän (Anastopoulos ym., 2018). Nuoruuteen liittyy useita kehitys- ja siirtymävaiheita, kuten opintoja, joihin ADHD-oireet voivat vaikuttaa häiritsevästi. On myös huomioitava, että

ADHD-lääkitys ei sovellu kaikille (Puustjärvi, 2016). Olisi siis erityisen tärkeää ymmärtää psykososiaalisista hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista nykyistä enemmän. Oma kiinnostukseni aiheeseen heräsi, kun ystäväni kertoi ADHD-diagnoosistaan ja oireiden hoidosta. Hänen mukaansa ainoana hoitomuotona hänelle tarjottiin lääkitystä. Lisäksi mediassa on viime aikoina ollut paljon esillä ”ADT” (Attention Deficit Trait), mikä tarkoittaa ADHD-oireiden ilmenemistä yksilöillä, joilla ei kuitenkaan ole ADHD:ta (McLennan, 2011). Kiinnostavaa on mielestäni se, voitaisiinko psykososiaalisilla hoitokeinolla hoitaa myös ADT:sta kärsiviä, vaikka se ei olekaan virallisesti diagnosoitava häiriö. Nykyisessä yhteiskunnassamme on enemmän ärsykejä kuin koskaan, joten uusille tukitoimille on kova tarve (McLennan, 2011).

Toteutan tutkielmani kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tuomen & Sarajärven (2018) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on näyttää miten ja mistä näkökulmista tutkielman aihetta on aiemmin tutkittu. Salmisen (2011) mukaan taas kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pyrkimyksenä on muodostaa kokonaiskuva kyseessä olevasta asiakokonaisuudesta ja samalla arvioida sitä. Tarkoituksena on asettaa yksi tai useampi tarkka ja rajattu tutkimuskysymys, joihin pyritään kirjallisuuskatsauksessa vastaamaan. Tutkimuskysymykset määrittävät aineiston hankintaa ja mahdollistavat ilmiön laaja-alaisen tarkastelun.

Vastaan tutkielmassani seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Onko kognitiivisella käyttäytymisterapialla vaikutusta nuorten ADHD-oireisiin?

Kuten aikaisemmin mainittu, kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta nuorten ADHD-oireisiin löytyy hyvin niukasti kirjallisuutta. Aiheesta tehtyjä kotimaisia tutkimuksia en löytänyt aineistonhankinnan aikana lainkaan, minkä vuoksi tutkielmaani valikoituneet tutkimukset ovat kansainvälisiä ja englanninkielisiä. Tässä tutkielmassa osiossa ”Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus nuorten ADHD-oireisiin” esittelen kyseiset kolme kansainvälistä tutkimusta. Näiden lisäksi viittaan myös muuhun lähdekirjallisuuteen, johon sisältyy sekä kotimaisia että kansainvälisiä aineistoja. Tärkeimmät tietokannat, joita hyödynsin tutkielman aineiston keräämisessä ovat Oula-Finna, EbscoHost, Scopus, Pubmed

ja Google Scholar. Hakusanoina käytin pääasiassa ”ADHD” tai ”Attention Hyperactivity Disorder”, ”Cognitive Behavioral Therapy” sekä ”Adolesence”. Rajasin hakutulokset vuoden 2005 jälkeen julkaistuihin aineistoihin, jotta käyttämäni kirjallisuus olisi mahdollisimman ajankohtaista. Valitsemani julkaisut ovat tieteellisiä ja vertaisarvioituja.

2 ADHD – Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) on kliinisesti määritelty neurobiologinen ja kehityksellinen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (Moilanen ym., 2008). Kyseessä on oireyhtymä, jossa aivojen tarkkaavuutta ja vireystilaa säätelevien hermoverkkojen kehitys on häiriintynyt (Huttunen & Socada, 2019). ADHD:n ydinoireisiin kuuluvat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. Ylivilkkauden lisäksi aktiivisuuden säätelyn vaikeudet saattavat näyttäytyä myös aliaktiivisuutena, aloitekyvyttömyytenä tai hitautena (Puustjärvi, 2019). Lisäksi tyypillistä ovat toiminnan ohjauksen ongelmat sekä tunteiden ja käyttäytymisen säätelyyn haasteet. ADHD heikentää toimintakykyä ja sen oireet ovat pitkäkestoisia (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Häiriö voidaan diagnosoida lapsuudessa, nuoruudessa tai aikuisuudessa ja sen kehittymisessä on merkittävä yhteisvaikutus perimällä sekä biologisilla ja psykososiaalisilla ympäristötekijöillä (Moilanen ym., 2008).

ADHD on kaikista lapsuusiän neurobehavioraalisista häiriöistä yleisin (Wolraich ym., 2020), ja sen esiintyvyys vaihtelee 4–10 % välillä (Moilanen ym., 2008). ADHD-diagnooseja tehdään jatkuvasti kasvavissa määrin (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019), mutta viimeisten vuosikymmenten aikana ei ole ollut näyttöä siitä, että ADHD-oireet väestössä olisivat lisääntyneet (Polanczyk ym., 2014). Diagnoosien määrällinen kasvu johtuu todennäköisimmin siitä, että ADHD osataan nykyään tunnistaa entistä paremmin (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Esiintyvyyssarvioiden vaihteluun vaikuttavat myös eri tutkimusten metodologiset ominaisuudet (Polanczyk ym., 2014), väestön ominaisuudet, etniset ja kulttuurilliset erot sekä tutkimuksissa käytetyt diagnostiset kriteerit (Skounti, Philalithis & Galanakis, 2007).

Pojilla ja miehillä ADHD diagnosoidaan yli kaksi kertaa todennäköisemmin kuin tytöillä ja naisilla (Wolraich ym., 2020). Yhtenä syynä sukupuolten väliselle erolle voi olla se, että pojilla esiintyy tyttöjä enemmän hyperaktiivisia oireita, jotka ovat helposti havaittavissa. Tytöillä ADHD jää siis todennäköisesti helpommin havaitsematta kuin pojilla, mikä osaltaan selittäisi sukupuolten välisiä suuria eroja: väestöpohjaiset tutkimukset ovat osoittaneet tyttöjen ja poikien väliseksi suhteeksi 1:1–5, mutta klinikka-aineistoissa on päädytty jopa suhteeseen 1:9 (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Sukupuolen lisäksi myös ikä vaikuttaa esiintyvyyteen, ja naisten suhteellinen osuus on sitä huomattavampi mitä ikääntyneempää

ikäryhmää tarkastellaan. ADHD:n esiintyvyys pienenee kuitenkin iän mukana niin miehillä kuin naisilla. Oireiden pysyvyyden lapsuudesta aikuisuuteen on arvioitu olevan laajasti 4–70 % välillä. Yleisesti ensimmäisenä helpottavat yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireet, kun taas tarkkaamattomuusoireet jatkuvat useammin ja pidemmälle aikuisuuteen. ADHD:n Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan on kuitenkin otettava huomioon, että oireiden lievittymisestä ja muuttumisesta huolimatta ADHD voi vaikuttaa aikuisuudessakin huomattavasti yksilön toimintakykyyn.

Puustjärven (2016) mukaan ADHD:n esiintyvyydestä noin 60–80 % selittyy geneettisellä alttiudella. ADHD:n Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan häiriön geneettinen tausta on monisyinen, eikä yksittäisten geenien kausaalista yhteyttä olla voitu osoittaa. Suurin osa tehdyistä perhetutkimuksista on todennut, että ADHD-oireisten vanhemmilla sekä sisaruksilla on noin 2–8 kertaa todennäköisemmin ADHD kuin muulla väestöllä. Enemmistöllä lähisukulaista ei kuitenkaan ole häiriötä. Ympäristötekijät puolestaan vaikuttavat ADHD:n kehittymiseen riskigeenien aktiivisuuden säätelyllä, joko saamalla aikaan muutoksia aivojen toiminnassa ja normaalin kehityksen etenemisessä tai vaikuttamalla oireiston vaikeusasteeseen ja häiritsevyyteen (Puustjärvi, 2019). Perheen sisällä olevat vuorovaikutukselliset ongelmat voivat esimerkiksi voimistaa lapsen käytösoireita ja laskea hänen toimintakykyään, mutta ne eivät kuitenkaan yksinään voi aiheuttaa ADHD:tä. Muita riskitekijöitä ovat esimerkiksi äidin raskaudenaikainen stressi, tupakointi, alkoholin ja muiden päihteiden käyttö sekä sikiön hapenpuute.

Aivojen kuvantamistutkimuksilla on ollut mahdollista selvittää jossain määrin ADHD-oireisen aivojen toimintaa lepotilassa ja toiminnassa sekä hermoratojen reittejä valkeassa aineessa (Voutilainen, 2016). Aivojen rakenteessa ja toiminnassa on eroavaisuuksia ryhmätasolla ADHD-oireisten ja verrokkien välillä, mutta yksilötasolla eroavaisuudet eivät ole riittäviä diagnostiikkaa varten. Erot löytyvät aivojen alueilta ja toiminnallisista verkostoista, jotka ovat osallisena tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen toiminnoissa (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Tutkimuksilla ei vielä tähän asti olla voitu täysin selvittää ADHD:n patofysiologiaa.

2.1 Kliininen oirekuva ja diagnosointi

Tähän tutkielmaan valikoituneissa tutkimuksissa ADHD:n diagnosointiin on käytetty joko DSM-5- tai ICD-10-diagnosijärjestelmää. DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jakaa ADHD:n oireet tarkkaamattomuuden (11 oiretta) ja ylivilkkauden/impulsiivisuuden (9 oiretta) oireisiin (Drechsler, 2020). Tarkalleen DSM-5:n mukaan diagnosointi tapahtuu seuraavasti: enimmäkseen tarkkaavainen (11 oireesta esiintyy 6 tai enemmän), enimmäkseen hyperaktiivinen/impulsiivinen (9 oireesta esiintyy 6 tai enemmän) ja yhdistynyt esiintyminen (molemmat diagnostiset kriteerit täyttyvät). Oireiden on esiinnyttävä kahdessa tai useammassa eri ympäristössä ja tilanteessa ennen 12 vuoden ikää ja niiden on tullut jatkua vähintään 6 kuukauden ajan. Oireiden on täytynyt heikentää sosiaalista, akateemista tai ammatillista toimintaa.

ICD-10-luokitus (International Classification of Diseases) jakaa ADHD:n oireet viiteen eri alakategoriaan samantapaisesti DSM-5:n kanssa. Alakategorioita ovat enimmäkseen keskittymiskyvyn, enimmäkseen hyperaktiivinen/impulsiivinen, yhdistynyt esiintyminen, muu määritelty ADHD ja määrittelemätön ADHD (Drechsler, 2020). Diagnoosia varten oireiden tulee esiintyä normaalin vaihtelun rajojen ulkopuolella, jotka ovat odotettavissa yksilön iän ja älykkyyden toiminnantason mukaan. Seuraava sivulla näkyvässä taulukossa on avattu ICD-10-luokituksen mukaisia diagnoosikriteereitä keskittymiskyvttömyyden, yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden oirekuvasta.

Keskittymiskyvttömyys Vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään puoli vuotta, ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia.	<ol style="list-style-type: none">1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.2. Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.3. Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
---	---

	<p>4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).</p> <p>5. Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut.</p> <p>6. Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.</p> <p>7. Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.</p> <p>8. Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.</p> <p>9. Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.</p>
<p>Yliaktiivisuus</p> <p>Vähintään kolme oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta, ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia.</p>	<p>1. Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelee tuolillaan.</p> <p>2. Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, joissa edellytetään paikalla pysymistä.</p> <p>3. Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, joissa se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).</p> <p>4. Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.</p> <p>5. Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen, eikä hänen aktiivisuutensa oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.</p>
<p>Impulsiivisuus</p> <p>Vähintään kolme oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta, ja oireet ovat haitaksi</p>	<p>1. Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisen tekemiä kysymyksiä.</p> <p>2. Potilas ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.</p> <p>3. Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeilevia.</p>

ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia.	4. Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättäväisyyttä.
--	---

Lähde: ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 21.03.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

ICD-10:n mukaan yllä mainittujen diagnostisten kriteerien tulee toteutua useammassa kuin yhdessä tilanteessa, kuten vastaanotolla ja kotona tai koulussa ja harrastuksissa (Puustjärvi, 2016). Lisäksi ADHD-oireiden on tullut alkaa viimeistään 7 vuoden ikäisenä, ja oireista seuraa kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten toimintojen, kuten opintojen heikkenemistä. Diagnosoitavana ei saa olla samanaikaisesti maanista jaksoa, depressiivistä jaksoa, ahdistuneisuushäiriötä tai laaja-alaista kehityshäiriötä.

2.2 ADHD nuorilla

Jos nuorella esiintyy koulunkäyntiin tai käyttäytymiseen liittyviä ongelmia, joista vanhemmat, koulu tai nuori itse ovat huolissaan, tulee aina ottaa huomioon aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön mahdollisuus (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Tarkkaavuus-, yliaktiivisuus-, ja impulsiivisuusoireita täytyy arvioida nuoren ikä- ja kehitystasoon nähden, ja niiden esiintymisestä tarvitaan havaintoja eri ihmisiltä eri tilanteissa. Esimerkiksi vanhemmat ja opettajat voivat kertoa nuoren käyttäytymisestä kotona, koulussa ja harrastuksissa. Nuorelta tulee myös kysyä hänen oma arvionsa oireiden esiintymisestä ja niiden aiheuttamasta haitasta. Samalla mahdolliset kouluun ja kotiin liittyvät stressitekijät on selvitettävä, vaikka ne eivät suoraan estä samanaikaisesti esiintyvän ADHD:n mahdollisuutta. Fyysiseen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät kuten unen, liikunnan ja ravinnon puute, voimakkaat tunnetilat kuten jännitys tai viha sekä stressaavat tilanteet kuten kiusaaminen tai perheen sisäiset ristiriidat voivat vaikuttaa nuoren ADHD-oireiden määrään ja

voimakkuuteen (Puustjärvi, 2019). Oireet saattavat kadota jopa kokonaan, kun ympäristö on rauhallinen ja nuorella on häntä itseään kiinnostavaa tekemistä. Motivaatiolla onkin huomattava merkitys keskittymiskykyyn: ylikeskittyminen eli ajan- ja tilannetajun katoaminen on tyypillistä ADHD-oireisilla silloin, kun keskittymistä vaativa asia tai tekeminen on erityisen kiinnostavaa.

ADHD:n oirekuva tyypillisesti muuttuu nuoruudessa niin, että tarkkaamattomuusoireista tulee hallitsevia (Sumia, 2017). Oireet ilmenevät erityisesti koulussa, mutta myös muissa tilanteissa kuten harrastuksissa ja kotona. Tarkkaavuuden säätelyn vaikeus voi näkyä omiin ajatuksiin unohtumisena, huolimattomuutena ja tavaroiden hukkaamisena ja unohteluna (Puustjärvi, 2019). Keskusteluissa voi olla haastavaa keskittyä keskustelun aiheeseen ja kuunnella toista (Sumia, 2017). Oirekuvan vaikeusasteeseen voi vaikuttaa negatiivisesti liian iso luokka- tai ryhmäkoko (Puustjärvi, 2019). Ulospäin nuori luultavasti näyttäytyy hajamielisenä.

Motoriset ylivilkkausoireet tyypillisimmin vähenevät nuoruudessa (Sumia, 2017). Nuorelle voi kuitenkin olla haastavaa pysyä pitkiä aikoja paikoillaan ilman, että liikuttelisi raajojaan tai näpertäisi käsissään esimerkiksi kirjoitusvälineitä. Ylivilkkaus saattaa ilmaantua myös sisäisenä levottomuutena ja yleisenä rauhattomuuden tunteena. Sosiaalisissa tilanteissa impulsiivisuusoireet voivat näkyä riskikäyttäytymisenä esimerkiksi liikenteessä, päihteiden käytössä tai seurustelu- ja kaverisuhteissa. Tavallista on, että ADHD-oireinen nuori toimii ennen kuin on pohtinut toiminnan seurauksia loppuun asti. Myös tavallisesta poikkeava ylenmääräinen puhuminen ja äänekkyyys, toisten keskeyttäminen ja tilanteeseen sopimattomat kommentit ovat yleisiä. Nuoren voi olla vaikeaa kuunnella ohjeita tai kysymyksiä loppuun asti. Lisäksi voimakkaat ja äkkinäiset tunnereaktiot ovat yleisiä (Puustjärvi, 2019), ja nuori saattaa olla kärsimätön ja herkästi ärsyyntyvä muita kohtaan (Sumia, 2017).

Toiminnanohjaukseen liittyvät vaikeudet ilmenevät haasteena suunnitella ja aloittaa tehtäviä sekä saada niitä tehtyä loppuun asti. Kuormittuminen voi tapahtua nopeasti ja motivoituminen työläisiin tehtäviin on heikkoa.

Nuorilla ADHD:n diagnosointiin käytetään psyykkisen ja somaattisen terveydentilan arviointia (Moilanen ym., 2008). Kognitiiviset ja neuropsykologiset testit helpottavat nuoren kokonaisarviointia ja hoidon suunnittelua, vaikka niillä ei yksinään voida riittävän luotettavasti erottaa ADHD-oireisia verrokeista. Diagnosoinnissa voidaan käyttää myös oirekuvaa kartoittavia kyselylomakkeita. Erotusdiagnostiikassa huomioon otettavia sairauksia

ja häiriöitä nuorilla ovat erityisesti oppimisvaikeudet, autismitietämisen häiriöt, käyttöhäiriöt, traumaperäinen stressihäiriö, ahdistuneisuushäiriöt, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi ja neurologiset sairaudet. Psykiatriset samanaikaissairaudet ovat suhteellisen yleisiä, ja ne voivat heikentää ADHD-oireista selviytymistä (Sumia, 2017).
Diagnosoinnissa on myös otettava huomioon, että nuoren voi olla itse haastavaa tunnistaa omia ADHD-oireitaan. Nuori saattaa aliarvioida oireita ja niiden häiritsevyyttä sekä yliarvioida kykyjään pärjätä arjessa.

3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja nuorten ADHD:n hoito

Kognitiivinen käyttäytymisterapia toimii yleiskäsitteenä kaikille psykoterapeuttisille menetelmille, joiden tavoitteena on kognitiivisia prosesseja muokkaamalla vähentää psyykkistä kärsimystä ja haitallista käyttäytymistä (Puustjärvi, 2016). Terapian lähtökohtana on oletamus siitä, että ajatukset ja uskomukset ohjaavat yksilön tunteita ja toimintaa. Kognitiivisilla ja käyttäytymiseen vaikuttavilla terapiamenetelmillä on mahdollista muuttaa ja muokata ajattelumalleja, tunteita ja käyttäytymistä. Näitä terapiamenetelmiä ovat esimerkiksi psykoedukaatio, kognitiivinen rakennemuutos ja erilaisten taitojen harjoittelu (Young ym., 2020). Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on olemassa erilaisia variaatioita, mutta niillä kaikilla on edellä mainitut perusominaisuudet ja teoreettinen perusta.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia ei perustu etukäteen tarjottuihin ja ehdottomiin teorioihin, vaan käytännön kokemuksiin ja tutkimustietoon siitä, mikä erilaisten ongelmien, oireiden ja häiriöiden hoidossa on tehokkainta (Tuomisto & Lappalainen, 2015). Pohjalta löytyvät tutkimukset liittyvät oppimisen, kognitiivisen psykologian ja sosiaalipsykologian teoriaan. Käyttäytymisterapia (Behavioral Therapy, BT) ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) ovat saaneet nimensä yksilön vuorovaikutuksesta sosiaalisen ympäristönsä kanssa nykyhetkessä. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa keskitytään siihen, miten yksilö käyttäytyy, reagoi, ajattelee ja toimii erilaisissa ongelmanratkaisua vaativissa tilanteissa. Terapian alkuun suoritetaan aina ensin käyttäytymisanalyysi, jonka kautta on mahdollista tunnistaa yksilön mahdollisia sosiaalisten valmiuksien puutteita, haitallisia ongelmanratkaisutapoja tai epäedullisia taipumuksia suhtautua asioihin.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian on osoitettu olevan tehokas ainakin masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden, päihdeiden väärinkäytön, ihmissuhdeongelmien ja syömishäiriöiden hoidossa (American Psychological Association, 2017). Monet tutkimukset viittaavat siihen, että kognitiivinen käyttäytymisterapia voi johtaa merkittävään toiminnan ja elämänlaadun parantumiseen, ja sen on osoitettu olevan yhtä tehokas ja jopa tehokkaampi kuin muut terapiamuodot tai psykiatrinen lääkehoito (esim. Hofmann ym., 2012; Zuo, 2020).

Kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu APA:n (American Psychological Association, 2017) mukaan seuraaville periaatteille:

1. Psykologiset ongelmat perustuvat (osittain) viallisiin tai hyödyttömiin ajattelutapoihin.
2. Psykologiset ongelmat perustuvat (osittain) opittuihin ja hyödyttömiin käyttäytymismalleihin.
3. Ihmisten, jotka kärsivät psykologisista ongelmista, on mahdollista oppia parempia tapoja selviytyä niistä. Oireisto helpottaa ja elämänlaatu paranee.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia pyrkii siis muuttamaan yksilön jo oppimia ajatusmalleja (American Psychological Association, 2017). Muutokseen pyritään yleensä käyttämällä seuraavia strategioita: 1) Omien ongelmia aiheuttavien ajattelun vääristymien tunnistaminen ja niiden uudelleen arvioiminen todellisuuden valossa, 2) Toisten ihmisten motivaatioiden ja käyttäytymisen parempi ymmärrys, 3) Ongelmanratkaisutaitojen käyttäminen haastavien tilanteiden selvittämisessä, ja 4) Oman itseluottamuksen kehittäminen ja luottamuksen kasvattaminen omiin kykyihinsä. Ajatusmallien lisäksi kognitiivinen käyttäytymisterapia tavoittelee myös käyttäytymismallien muuttamista. Tyypillisesti käytettyjä strategioita käyttäytymismallien muutokseen ovat 1) Omien pelkojen kohtaaminen niiden välttelyn sijasta, 2) Ongelmallisten vuorovaikutustilanteiden harjoittelu esimerkiksi roolileikkien avulla, ja 3) Mielen rahoittamisen ja kehon rentouttamisen oppiminen. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ei kuitenkaan aina käytetä kaikkia edellä mainittuja strategioita, vaan henkilökohtainen hoitostrategia kehitellään yksilön kanssa yhteistyössä.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia korostaa yksilöiden auttamista oppia olemaan itse omia terapeuttejaan (American Psychological Association, 2017). Istunnolla tehtävien harjoitusten lisäksi kotiin annetaan kotitehtäviä, joiden tarkoituksena on auttaa yksilöä kehittämään selviytymiskeinojaan. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa harjoittavat terapeutit tyypillisesti painottavat jokaisen yksilön nykyistä elämäntilannetta kuin niinkään syitä, jotka ovat johtaneet hänen ongelmiinsa. Yksilön historiasta tarvitaan riittävä kokonaiskuva, mutta pääpaino terapiassa on mennä tulevaisuutta kohti uusien selviytymiskeinojen kanssa.

Nuorten ADHD-oireiden hoitoon kuuluvassa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa työstettäviä kohteita ovat itsesääteily, sosiaalisten tilanteiden ongelmanratkaisu ja sosiaaliset taidot, oman toiminnan arviointi ja sääteily sekä ADHD:n ydinoireiden hallinta (Puustjärvi, 2016). Toiminnan suunnittelu, ohjaus sekä käyttäytymisen seurausten arviointi saattavat

vaikeutua ADHD-oireisiin liittyvien kognitiivisen prosessoinnin ongelmien vuoksi. Terapiatuloksen pysyvyyttä parantaa palkitseminen onnistuneesta suorituksesta sekä harjoitusten vieminen terapiatilanteen ulkopuolelle, kuten kouluun tai kotiin. Vanhempien tukeminen diagnoosin hyväksymisessä on olennainen osa ADHD-oireisen nuoren terapiaa. Yleisesti uskotaan, että kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokkaampaa nuorille kuin lapsille ja varhaisteineille, johtuen pidemmälle edenneestä kognitiivisesta kehityksestä (Antshel, Faraone & Gordon, 2012). Terapiamuodon hyödyllisyys on pystytty osoittamaan selkeästi aikuisiän ADHD-oireiden hoidossa, mutta nuorten kohdalla tutkimustieto on niukkaa. Antshelin, Faronen ja Gordonin (2012) mukaan nuoria koskeva tutkimustieto on lähes olematonta. Myös Sprichin ym. (2015) mukaan nuorten ADHD:n psykososiaaliset hoitomuodot ovat alitutkittuja suhteessa lapsiin ja aikuisiin.

4 Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus nuorten ADHD-oireisiin

Tässä osiossa esittelen kolme eri tutkimusta kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta nuorten ADHD-oireisiin ja käyn läpi niiden merkittävimmät tulokset. Ensimmäinen tutkimus on vuonna 2012 Kevin Antshelin, Stephen Faraonen ja Michael Gordonin teettämä tutkimus ”Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD”. Kyseinen tutkimus vaikuttaisi olevan ensimmäisiä, joita aiheesta on koskaan tehty. Myös Antshel, Faraone & Gordon (2012) itse mainitsevat, että heidän tietämyksensä mukaan aikaisemmin ei olla tutkittu psykososiaalisia hoitomenetelmiä ADHD:n hoidossa nuorilla, joilla on käytössään ADHD-lääkitys.

Tutkimukseen valittiin yhteensä 68 yläkouluikäistä nuorta, joilla oli ADHD-diagnoosi ja käytössään ADHD-lääkitys. Osallistujilla ilmeni oireita, joita lääkitys ei korjannut. ADHD:n kanssa samanaikaisesti esiintyviä muita psykiatrisia sairauksia osallistujilla olivat vaihtelevasti yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, masennus, huumaavien aineiden väärinkäyttö, käytöshäiriö, pakko-oireinen häiriö ja oppimisvaikeudet. Suurimmalla osalla osallistuneista (80 %) oli jokin edellä mainituista diagnooseista ADHD:n lisäksi. Tutkimuksessa käytettiin Safrenin ym. (2005) kehittämää kognitiivisen käyttäytymisterapian hoito-ohjelmaa, joka sisälsi motivoivaa haastattelua, harjoittelua, arviointia sekä opittujen taitojen toistamista. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (Taulukko 1) esitetään tutkimuksessa todettuja kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutuksia nuorten ADHD:n aiheuttamiin käyttäytymis- ja toimintaoireisiin. Intervention vaikuttavuutta eli efektikokoa on tutkimuksessa kuvattu Cohenin d-arvolla. Efektikoko 0.20 tarkoittaa pientä vaikutusta, 0.50 keskikokoista vaikutusta ja 0.80 suurta vaikutusta. Keskikokoinen efektikoko on merkitty taulukkoon yhdellä tähdellä (*) ja suuri efektikoko eli intervention huomattava vaikuttavuus kahdella tähdellä (**) vaikutuksen viereen. Tutkimuksessa käytettiin T-testiä, jonka avulla määritettiin tutkimukseen osallistuneiden ADHD-oireiden kehitystä verrattuna muuhun populaatioon.

Taulukko 1

Käyttäytymisoireet	Ennen hoitoa	Hoidon jälkeen	Vaikutus
Opettajan ilmoittamat oppimisvaikeudet <i>T-arvo</i>	70.4 (11.4)	61.8 (9.8)	0.81**
Nuoren kokemat ongelmat koulussa <i>T-arvo</i>	72.6 (14.2)	65.2 (11.3)	0.58*
Nuorten kokemat oireet tarkkaavuudessa <i>T-arvo</i>	71.4 (8.3)	64.7 (8.8)	0.78*
Nuorten kokemat oireet hyperaktiivisuudessa <i>T-arvo</i>	67.5 (9.8)	64.8 (11.2)	0.26
Nuorten kokemat emotionaaliset oireet <i>T-arvo</i>	63.0 (9.9)	59.8 (11.4)	0.30
Vanhempien ilmoittamat oireet hyperaktiivisuudessa	11.4 (3.2)	13.3 (2.0)	0.41
Vanhempien ilmoittamat oireet tarkkaavuudessa <i>T-arvo</i>	18.2 (4.4)	14.0 (3.8)	1.02**
Opettajan ilmoittamat oireet hyperaktiivisuudessa <i>T-arvo</i>	20.0 (4.2)	16.9 (5.8)	0.61*
Opettajan ilmoittamat oireet tarkkaavuudessa <i>T-arvo</i>	23.7 (3.1)	19.4 (3.1)	1.39**
Toimintaoireet			
Kumulatiivinen arvosanojen keskiarvo koulussa <i>T-arvo</i>	81.2 (6.9)	84.2 (5.4)	0.48
Keskiarvo viikoittaisista poissaoloista koulussa <i>T-arvo</i>	1.8 (0.2)	0.3 (0.2)	7.50**
Keskiarvo myöhästymisistä koulusta <i>T-arvo</i>	0.8 (0.2)	0.5 (0.2)	1.50**
Opettajan ilmoittama vaikutus käyttäytymiseen luokassa <i>T-arvo</i>	4.3 (0.8)	3.7 (0.7)	0.79*
Vanhemman ilmoittama akateeminen edistyminen <i>T-arvo</i>	4.3 (1.0)	3.2 (0.8)	1.21**

Opettajien ilmoittama akateeminen edistymisen <i>T-arvo</i>	4.5 (0.5)	3.5 (0.7)	1.64**
---	-----------	-----------	--------

Lähde: Antshel, Faraone & Gordon (2012). Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. Saatavilla Internetissä: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.10.3.334>

Tutkimuksessa todettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian vähentäneen osallistujien viikoittaisten poissaolojen määrä koulussa, koulusta myöhästymisiä, lääkemäärien annostusta sekä vanhempien ja opettajien ilmoittamia tarkkaamattomuuden oireita osallistujilla. Nuorten itse ilmoittamat vaikutukset edellä mainittuihin mittauksiin olivat vähäisempiä kuin vanhempien ja opettajien ilmoittamat muutokset. Tulokset viittaavat siihen, että kognitiivisella käyttäytymisterapialla voi olla ADHD:n oireita vähentäviä vaikutuksia joillekin ADHD-oireisille nuorille (Antshel, Faraone & Gordon, 2012). Hoitotulokset eivät vaihdelleet merkittävästi naisten ja miesten tai eri ADHD-tyyppien välillä. Vähiten hoito-ohjelmasta hyötyivät nuoret, joilla oli ADHD:n kanssa samanaikaisesti esiintyvä käyttäytymishäiriö. Eniten hyötyivät nuoret, joilla ei ollut oheissairauksia tai joilla oli samanaikainen masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Vanhemmat ja opettajat arvioivat edellä mainittujen nuorten useampien oireiden helpottaneen, ja ilmoittivat heidän arvosanojensa ja läsnäolonsa parantuneen koulussa.

Toinen tutkimus ”Cognitive-Behavioral Therapy for College Students With ADHD: Temporal Stability of Improvements in Functioning Following Active Treatment” (Anastopoulos ym., 2018) on *Journal of Attention Disorders*-lehden julkaisema. Tutkimus arvioi 17–27-vuotiaiden ADHD-oireisten korkeakouluopiskelijoiden hyötymistä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta oireiden hoidossa. Tutkimuksessa yhteensä 88 ADHD-diagnosoitua korkeakouluopiskelijaa sai neljän vuoden ajan kognitiivista käyttäytymisterapiaa oireiden hoitoon. Hoito-ohjelma sisälsi aktiivisen hoitovaiheen sekä ylläpitovaiheen, jotka toteutettiin kahden peräkkäisen lukukauden aikana. Aktiivisen hoitovaiheen aikana osallistujat kävivät kuudesta kymmeneen viikoittaisessa 90 minuutin kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmäistunnossa. Ryhmät vaihtelivat kooltaan, mutta osallistujia oli ryhmää kohden maksimissaan kahdeksan. Ryhmäterapiassa lisäksi osallistujat saivat viikoittain yksilöllisiä 30 minuutin mentorointi-istuntoja. Hoito-ohjelman ylläpitovaiheessa osallistujat kävivät yhdestä kahteen kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmäistunnossa ja neljästä kuuteen yksilöllisessä mentorointi-istunnossa. Ryhmäterapiassa

tavoitteina olivat 1) tietoisuuden lisääminen ADHD:sta ja korkeakoulun tarjoamista resursseista, 2) suunnittelukyvyyn, organisointitaitojen ja ajanhallinnan parantaminen, sekä 3) kognitiivisten terapiastrategioiden opettaminen haitallisiin ajattelumalleihin, jotka liittyvät akateemisiin ja sosiaalisiin haasteisiin. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 2) on kuvattu aktiivisen hoidon sekä ylläpitovaiheen vaikutuksia tarkkaavuus-, yliaktiivisuus-impulsiivisuus-, käyttäytymis-, ahdistus- ja masennusoireisiin. Myös tässä tutkimuksessa on aikaisemmin esitellyn tutkimuksen tapaan käytetty Cohenin d-arvoa kuvaamaan intervention eli kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta. Keskisuuri vaikutus on merkitty taulukkoon yhdellä tähdellä (*) ja suuri vaikutus kahdella tähdellä (**) efektikoon viereen kohdassa ”keskimääräinen standardoitu eroavuus”.

Taulukko 2

Muuttuja	Keskimääräinen piilevä eroavuus	Luottamusväli (95 %)	Keskimääräinen standardoitu eroavuus
Tarkkaavusoireet			
Aktiivinen hoito	-4.43	[-5.65, -3.20]	-0.78*
Ylläpitovaihe	-4.56	[-6.08, -3.29]	-0.83**
Yliaktiivisuus- impulsiivisuusoireet			
Aktiivinen hoito	-1.82	[-2.92, -0.84]	-0.38
Ylläpitovaihe	-2.12	[-3.48, -1.02]	-0.43*
Käyttäytymisen säättely			
Aktiivinen hoito	-6.15	[8.19, -4.05]	-0.64*
Ylläpitovaihe	-4.49	[-6.97, -2.71]	-0.53*
Ahdistusoireet			
Aktiivinen hoito	-3.74	[-5.69, -1.87]	-0.42
Ylläpitovaihe	-5.42	[-7.86, -3.35]	-0.58*
Masennusoireet			
Aktiivinen hoito	-2.76	[-4.58, -1.06]	-0.34

Ylläpitovaihe	-3.20	[-6.05, -1.09]	-0.35
---------------	-------	----------------	-------

Lähde: Anastopoulos, A. D., King, K. A., Besecker, L. H., O'Rourke, S. R., Bray, A. C., & Supple, A. J. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for College Students With ADHD: Temporal Stability of Improvements in Functioning Following Active Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 863–874. Saatavilla Internetissä: [vhttps://doi-org.pc124152.oulu.fi:9443/10.1177/1087054717749932](https://doi-org.pc124152.oulu.fi:9443/10.1177/1087054717749932)

Heti aktiivisen hoitajakson jälkeen osallistujat osoittivat tilastollisesti merkittävää ADHD-oireiden vähenemistä, aloitekyvyn paranemista sekä ahdistus- ja masennusoireiden lievenemistä (Anastopoulos ym., 2018). Kouluarvosanojen keskiarvo ei noussut merkittävästi, mutta osallistujat ilmoittautuivat aikaisempaa useammalle opintojaksolle ja suorittivat enemmän opintopisteitä aktiivisen hoidon aikana. ADHD-oireiden helpottuminen, aloitekyvyn paraneminen ja akateeminen edistyminen pysyivät vakaina viidestä seitsemään kuukautta aktiivisen hoidon päättymisen jälkeen.

Kolmas tutkimus on tuore Norjan tiede- ja teknologiayliopiston lääketieteen ja terveystieteiden tiedekunnan teettämä ”Cognitive behavioural group therapy as addition to psychoeducation and pharmacological treatment for adolescents with ADHD symptoms and related impairments: a randomised controlled trial” (Haugan ym., 2022). Tutkimus toteutettiin kaksihaaraisena rinnakkaisena ja kontrolloituna tutkimuksena kahdessa eri lasten ja nuorten mielenterveyspoliklinikalla Norjassa. Sata 14-18-vuotiasta ADHD-oireista nuorta satunnaistettiin joko 12 viikon kestoiseen hoito-ohjelmaan, johon sisältyi kognitiivista käyttäytymisterapiaa (N=50), tai kontrolliryhmään, jossa hoitoon ei kuulunut kognitiivista käyttäytymisterapiaa (N=50). Kummankin ryhmän hoitoon sisältyi ADHD-lääkitys ja psykoedukaatiota. Osallistujista 64 prosentilla oli ADHD-diagnoosi ja 34 prosentilla lievempiä ADHD-oireita (Subthreshold ADHD). Arvioinnit suoritettiin vastaanoton yhteydessä kaksi viikkoa ennen hoidon aloittamista sekä kaksi viikkoa hoidon loppumisen jälkeen. Tutkimuksen ensisijaiset tulokset olivat vanhempien, opettajien sekä nuorten itsensä antamia ADHD-oireiden arvioita ja toissijaiset tulokset olivat luokituksia ADHD-oireiden vakavuudesta ja emotionaalisista ongelmista. Arvioijat, jotka eivät tienneet ketkä osallistujista kuuluivat mihinkin ryhmään, arvioivat nuorten ADHD-oireiden vakavuutta käyttäen kliinistä vakavuusasteikkoa (Clinical Global Impression Scale for Severity) lähtötilanteessa ja uudestaan hoidon jälkeen. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (Taulukko 3) on jaoteltu ryhmien välisten nuorten oma kokemus hoidon tehosta tarkkaavuus-

ja hyperaktiivisuusoireisiin sekä hoidon vaikutus ADHD-oireisiin vakavuusasteikon perusteella.

Taulukko 3

*KKT-ryhmä = Kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmä

	KKT-ryhmä*		Kontrolliryhmä	
	Keskiarvo	Keskihajonta	Keskiarvo	Keskihajonta
Tarkkaavuusoireet (oma kokemus)				
Lähtötilanne	12.32	4.99	11.31	6.28
Hoidon jälkeen	11.09	5.50	10.13	6.08
Hyperaktiivisuusoireet (oma kokemus)				
Lähtötilanne	9.35	6.10	9.96	5.14
Hoidon jälkeen	8.82	6.17	8.67	5.07
Oireiden vakavuus (CBI-S)				
Lähtötilanne	3.96	0.53	3.92	0.67
Hoidon jälkeen	3.38	0.82	3.40	0.99

Lähde: Haugan, A. J., Sund, A. M., Young, S., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Nøvik, T. S. (2022). Cognitive behavioural group therapy as addition to psychoeducation and pharmacological treatment for adolescents with ADHD symptoms and related impairments: a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 375. Saatavilla Internetissä: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04019-6>

Ensisijaisissa tuloksissa ei havaittu ryhmien välisiä eroja vanhempien tai opettajien arvioinneissa hoidon jälkeen, eikä nuorten itsearvioinnissa ollut merkittäviä eroja. Vanhemmat, opettajat sekä nuoret ilmoittivat ADHD-oireiden vähentyneen kummassakin ryhmässä, vanhemmat ja opettajat huomattavammin kuin nuoret. Myöskään toissijaisissa

tuloksissa ei havaittu eroja kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneiden nuorien ja kontrolliryhmän välillä. Molemmissa ryhmissä ADHD-oireiden vakavuus väheni CBI-S-asteikon mukaan.

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuskysymykseni tutkielmalle oli ” Onko kognitiivisella käyttäytymisterapialla vaikutusta nuorten ADHD-oireisiin?” Esittelemieni tutkimusten perusteella voidaan todeta, että tulokset ovat ristiriitaisia keskenään. Ensimmäisen tutkimuksen ”Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD” (Antshel ym., 2012) tulosten pohjalta voidaan päätellä, että kognitiivinen käyttäytymisterapia voi hyödyttää joitakin ADHD-oireisia nuoria sukupuolesta ja ADHD:n tyypistä riippumatta. Tutkimuksen aikana osa osallistujista vähensi ADHD-lääkityksensä määrää. Tämä voi viitata mahdollisuuksiin vähentää nuorille määrättäviä ADHD-lääkkeitä tai pienentää lääkkeiden annoskokoja, jos kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytetään säännöllisenä hoitomuotona. On kuitenkin huomioitava, että useat tutkimukseen osallistuneet nuoret pysyivät oireisina ja toiminnallisesti heikentyneinä. Ilmiö on voinut johtua juuri lääkeannostusten pienentämisestä (Antshel ym., 2012).

Toinen esittelemäni tutkimus ”Cognitive-Behavioral Therapy for College Students With ADHD: Temporal Stability of Improvements in Functioning Following Active Treatment” (Anastopoulos ym., 2018) toi ilmi lukuisia parannuksia korkeakouluopiskelijoiden ADHD-oireisiin ja toimintakykyyn. Aktiivisen hoitojakson jälkeen osallistujat osoittivat tilastollisesti merkittäviä muutoksia useilla eri toiminta-alueilla. Tulokset viittaavat kognitiivisen käyttäytymisterapian vähentävän huomattavasti tarkkaavuus-, yliaktiivisuus-, ahdistus- ja masennusoireita sekä edistävän akateemista suoriutumista. Korkeakouluille voi siis olla hyödyllistä tarjota ADHD-oireisille opiskelijoilleen kognitiivista käyttäytymisterapiaa, sillä tutkimus viittaa sen edesauttavan valmistumista (Anastopoulos ym., 2018). Tutkimusta ei kuitenkaan toteutettu kontrolli- tai vertailuryhmän kanssa, joten havaitut helpotukset ADHD-oireistossa ovat voineet johtua terapiaan ja terapeutteihin liittyvistä muuttujista, säännöllisistä testeistä tai muista hoidon ulkopuolisista tekijöistä. Myös osallistujien saamalla lääkehoidolla on voinut olla vaikutusta tutkimuksen tuloksiin, koska lääkityksen tilaa ei seurattu hoidon aikana tarkasti.

Kolmannessa tutkimuksessa ”Cognitive behavioural group therapy as addition to psychoeducation and pharmacological treatment for adolescents with ADHD symptoms and related impairments: a randomised controlled trial” (Haugan ym., 2022) ei havaittu kognitiivisella käyttäytymisterapialla olevan vaikutusta nuorten ADHD-oireisiin. Tulokset

olivat samansuuntaisia niin kontrolliryhmän kuin kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneen ryhmän kesken. Haugan ym. (2018) kuitenkin huomauttavat, että tutkimukseen osallistuneet nuoret saivat jo ennen tutkimusta psykoedukaatiota sekä lääkehoitoa. ADHD-oireisto on siis luultavasti ollut jo lähtötilanteessa jonkin verran alhaisempi kuin toisissa esittelemissäni tutkimuksissa.

Tässä tutkielmassa käytyissä tutkimuksissa kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto vaihteli ryhmäterapiasta yksilöterapiaan, millä on voinut olla vaikutusta hoidon tehokkuuteen. Terapia toteutettiin joko yksilötapaamisina nuoren ja terapeutin välillä, ryhmäterapiana useamman nuoren ja terapeutin kesken tai niin, että nuoren vanhempi osallistui terapiaan. Myös ympäristö vaihteli terapialle koulusta erilliseen vastaanottoon. Lisäksi nuorten ikä tutkimuksissa vaihteli 14–27 ikävuoden välillä, mikä on suhteellisen laaja käsite nuorelle. 27-vuotias työelämässä oleva nuori aikuinen saattaa kokea kognitiivisen käyttäytymisterapian hyvin eri tavoin ja eri näkökulmista kuin yläasteella oleva 14-vuotias nuori. Otos katsauksessa on huomattavan pieni, mikä johtuu tutkimustiedon huonosta saatavuudesta. Myös esiteltyjen tutkimusten otokset ovat verrattain pieniä (n=68, n=88 ja n=100), mikä voi osaltaan vaikuttaa katsauksen luotettavuuteen.

Katsauksen tulokset ovat yhteneväisiä aikaisemman, joskin hyvin vajavaisen, tutkimustiedon kanssa. Epäjohdonmukaisista löydöksistä huolimatta tulokset ovat lupaavia ja viittaavat siihen, että kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta voi olla hyötyä nuorten ADHD-oireiden hoidossa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia voi erityisesti olla hyvä ylimääräinen tukitoimi lääkehoidon rinnalla. Tulevissa tutkimuksissa tulisi pohtia sitä, kuinka olisi mahdollista parhaiten selittää ADHD-nuorten oireiden jäämistä häiritseviksi, vaikka ne hoidon aikana helpottuisivatkin (Anastopoulos ym., 2018).

Olisi hyödyllistä kohdentaa tutkimusta pelkän kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuuden lisäksi myös siihen, mitkä nimenomaiset kognitiivisen käyttäytymisterapian keinot kuten psykoedukaatio, arviointi tai taitojen toistaminen on tehokkainta ADHD-oireiden lieventämisessä. Mielenkiintoista olisi myös tutkimustieto siitä, kuinka paljon iällä on vaikuttavuutta hoidon tehokkuuteen. Aiheesta kaivataan paljon lisää tutkimustietoa, mutta toiveikasta kuitenkin on, että jo tehdyille tutkimuksille vaikutetaan suunnittelevan jatkoa (esim. Anastopoulos ym., 2018). Kognitiivisella käyttäytymisterapialla voitaisiin mahdollisesti ratkaista joitakin sosiaali- ja terveyshuollon resurssiongelmia, sillä kuten esittelemistäni tutkimuksista kävi ilmi, terapia voidaan toteuttaa onnistuneesti myös

ryhmäterapiana. Uusi tutkimustieto aiheesta voisi parhaimmillaan mahdollistaa uudenlaisia työkaluja terveysalan ammattilaisille nuorten ADHD-oireiden hoitoon sekä ennen kaikkea tarjota helpotusta ADHD-oireista kärsivien ihmisten arkeen ja elämään.

Kirjallisuus

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (25.10.2022). www.kaypahoito.fi
- American Psychological Association (2017). What is Cognitive Behavioral Therapy? Clinical Practice Guideline. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Anastopoulos, A. D., King, K. A., Besecker, L. H., O'Rourke, S. R., Bray, A. C., & Supple, A. J. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for College Students With ADHD: Temporal Stability of Improvements in Functioning Following Active Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 863–874. <https://doi.org/10.1177/1087054717749932>
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., & Gordon, M. (2014). Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of attention disorders*, 18(6), 483–495. <https://doi.org/10.1177/1087054712443155>
- Chan E., Fogler J., (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *JAMA*. Hammerness PG. 2016 May 10;315(18):1997-2008. doi: 10.1001/jama.2016.5453
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020 Oct;51(5):315–335. doi: 10.1055/s-0040–1701658
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Huttunen, M. & Socada, L. (2019). ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. www.terveyskirjasto.fi

- Koski, A., & Leppämäki, S. (2013). Aikuisen ADHD: diagnoosista hoitoon. *Suomen lääkärilehti*, 68(48), 3155–3161. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000040311>
- Moilanen, I., Närhi, V., Olsén, P., Pihlakoski, L., Puustjärvi, A., Savolainen, A., Virkkunen, L. & Voutilainen, A. (2008). Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 2008;124(6):665–6. www.terveyskirjasto.fi
- Nøvik, T. S., Haugan, A. J., Lydersen, S., Thomsen, P. H., Young, S., & Sund, A. M. (2020). Cognitive-behavioural group therapy for adolescents with ADHD: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 10(3), e032839. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032839>
- Sumia, M. (2017). ADHD:n oireet nuoruusikäisillä. ADHD. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. www.kaypahoito.fi
- Penttilä, J., Rintahaka, P., Kaltiala-Heino, R., (2011). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 2011; 127(14): 1433–9. www.terveyskirjasto.fi
- Pihlakoski, L., & Rintahaka, P. (2016). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, & A. Sourander (Toimittajat), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 1 p.* (Sivut 243–253).
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Puustjärvi, A. (2016). Lasten ja nuorten kognitiivinen käyttäytymisterapia. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (17.12.2016). www.kaypahoito.fi
- Puustjärvi, A. (2019). [ADHD](#). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2019; 135 (2):201–6. www.kaypahoito.fi

- Salminen, A. (2011). Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. E-kirja.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, *166*(2), 117–123. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0299-5>
- Sprich, S. E., Burbridge, J., Lerner, J. A., & Safren, S. A. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for ADHD in Adolescents: Clinical Considerations and a Case Series. *Cognitive and behavioral practice*, *22*(2), 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.01.001>
- Tarnanen, K., Puustjärvi, A., Tuunainen, A., Käypä hoito -työryhmä, Berggren, K. & Koivunen, M. (2019). ADHD – varhaisella tuella arki toimivaksi. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (11.04.2019). www.kaypahoito.fi
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. E-kirja.
- Tuomisto, Matti T. & Lappalainen, Raimo (2015). Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 83–105.
- Voutilainen, A. (2016). ADHD ja aivojen kuvantamistutkimukset. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (15.8.2016). www.terveysportti.fi
- Young, Z., Moghaddam, N., Tickle, A. (2020). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Atten Disord.* 2020 Apr;24(6):875–888. doi: 10.1177/1087054716664413
- Wolraich, M., Hagan, J. & Allan, C. (2011). Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011;128:1007-22 DOI: 10.1542/peds.2019-2528
- Zuo, X., Dong, Z., Zhang, P., Zhu, X., Cheng, Q., Yongjie, Y & Lou, P. (2022). Cognitive-behavioral therapy on psychological stress and quality of life in subjects with pulmonary

tuberculosis: a community-based cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* **22**, 2160 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14631-6>