

Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa

Kognitiivinen psykoterapia on osoittautunut depression ja ahdistuneisuushäiriöiden tehokkaaksi hoidoksi. Viime vuosina on kehitetty kognitiivista verkkoterapiaa, jossa potilas etenee Internetin kautta välitetyssä psykologisessa itseapuhjelmassa ja samalla on sähköpostitse yhteydessä hoitoa ohjaavaan tukihenkilöön. Verkkoterapia koostuu yleensä psykoedukaatiosta, erilaisista harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä. Verko-ohjelman moduulit ovat siis ”livenä” sovelletun kognitiivis-behavioraalisen hoidon kulmakiviä. Verkkoterapian tarjoama itseapu on todettu tehokkaaksi erityisesti paniikkihäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon ja depression hoidossa. Se tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden ulottaa terapiaa palveluja myös henkilöille, jotka eri syistä eivät yksinkertaisesti tavoita tavanomaista psykologista hoitoa, jossa asiakas ja hoitotyöntekijä ovat kasvotusten.

Monissa tutkimuksissa on havaittu, että kognitiivisesta terapiasta on merkittävää hyötyä esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelon, depression ja paniikkihäiriön hoidossa (Butler ym. 2006, Holmberg ja Kähkönen 2009). Edellä mainittujen häiriöiden hoito kognitiivis-behavioraalisen verkkoterapian avulla on myös todettu tehokkaaksi useissa tutkimuksissa (Christensen ym. 2004, Proudfoot 2004, Carlbring ym. 2009). Verkkoterapiassa potilas etenee Internetin kautta välitetyssä psykologisessa itseapuhjelmassa ja samalla on sähköpostitse yhteydessä hoitoa ohjaavaan tukihenkilöön.

Teriapalvelujen tarjonta verkon avulla lisää saatavuutta kahdella tavalla. Psykoterapeutti ehtii tavata enemmän potilaita, ja potilas voi itse valita ajan ja paikan milloin hän ”käy hoidossa”. Verkkoterapia on siis tavanomaisia hoitomuotoja täydentävä vaihtoehto, joka ei missään nimessä korvaa tavanomaista terapeutista vuorovaikutusta. Verkkoterapia tuskin sopii kaikille, mutta monille se merkitsee huomattavaa etua tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Henkilökohtainen kohtaaminen ei ole kaikille yhtä tärkeä, ja moni pitää enemmän verkkoterapiaan sisältyvästä vastuusta ja itsenäisyydestä. Potilas päättää itse, missä ja milloin hän ottaa osaa verkko-ohjelman eri osioihin ja tekee harjoituksia.

Käytännössä kognitiivinen verkkoterapia etenee siten, että ohjelmaan rekisteröitynyt potilas lukee viikoittain valittuja osia psykoedukaatiivisesta itseapuhjelmasta ja on yhteydessä tukihenkilöön sähköpostin avulla. Verko-ohjelman eri osiot sisältävät spesifiseen ongelmaan (esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoon) liittyvää informaatiota ja sen hoitamiseen liittyviä käytännön harjoituksia. Kyse voi olla vaikkapa ongelmatilanteissa esiintyvien reaktioiden tunnistamisesta ja muokkaamisesta tai – kuten depressiossa – häiriötä ylläpitävien arkirutiinien ja kielteisen ajattelun korjaamista. Toisin kuin tavanomaisissa itseapuhjelmissa verkko-ohjelmaan osallistuva on jokaisen oppimismoduulin jälkeen yhteydessä tukihenkilöön, joka antaa palautetta ja samalla salasanan seuraavaan osioon. Melko tavallinen hoidon pituus on kymmenen viikkoa. Yleensä alkuvaiheen moduulit keskittyvät psykoedukaatioon ja keskeisimmät moduulit harjoitustehtäviin ja lopussa keskitytään repressahduksen ehkäisyyn.

Verkkoterapia edellyttää potilaalta aktiivista osallistumista, eikä sitä voi verrata ”nettisurf- faamiseen” tai impulsiivisiin vierailuihin jollakin kotisivulla. Kyse on laajoista ohjelmista, jotka voivat olla monen kuukauden pituisia ja sisältää laajan tekstiaineiston. Verkkoterapia on pikemmin kuin kurssille tai kuntoutukseen osallistumista. Verkkoterapia poikkeaa itsepuohjelmasta siinä, että se tapahtuu ohjauksen alaisena. Tämä merkitsee, että hoitoa annetaan sopivassa tempossa ja että valvotaan potilaan valmiutta siirtyä seuraavaan vaiheeseen. Lisäksi potilas saa apua mahdollisten ongelmien ratkaisemisessa. Verkkoterapiaan ei myöskään osallistuta nimettömänä. Päinvastoin potilaan ongelmia selvitetään tarkasti alkuvaiheen arvioinnilla hoitavan vastuuhenkilön (psykiatrin) luona. Näin varmistetaan, että potilas todella on menossa hänelle sopivaan hoito-ohjelmaan. Myöskään tukihenkilö ei ole nimetön, vaan hänen kuvansa ja nimensä esitellään hoidon alussa. Verkkoterapiaa pyritään tekemään niin turvalliseksi potilaan kannalta kuin mahdollista. Useimmat satunnaistetut, kontrolloidut tutkimukset ovat käsitelleet verkkoterapiaa, jossa kontakti terapeuttiin on ollut minimaalinen.

Sosiaalisten tilanteiden pelko

Verkkopohjaista terapiaa on sovellettu ensimmäisenä Ruotsissa sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoon. Verkkohjelma perustuu Clarkin ja Wellsin laatiman sosiaalisten tilanteiden pelon malliin (Holmberg ja Kähkönen 2009) ja on ollut osana ns. SOFIE-projektia Uppsalan yliopistossa. Internetin kautta toteutettava yhdeksän viikon ohjelma käsittää yhdeksän oppimismoduulia, yhteensä 186 sivua, joita käydään läpi yksi moduuli viikoittain. Joka viikko potilas saa tehtävän, jonka hän tekee, ja sen jälkeen hän lähettää sähköpostitse kuvauksen työskentelystään terapeutille. Jos terapeutti hyväksyy suorituksen, potilas saa uuden salasanan ja voi siirtyä seuraavaan moduuliin. Potilaan tulee myös kirjautua keskustelufooriin ja antaa sinne tuotos vähintään kerran viikossa. Ohjelma alkaa informatiivisella elokuvalla Att vara blyg (21 minuuttia),

jossa esitellään erilaisia näkökulmia ujouteen ja sosiaalisiin pelkoihin (filmi on nähtävissä youtubessa). Itseapuaineistona käytetään Furmarkin ym. (2006) portaittain etenevää sosiaalisten tilanteiden pelon itseapuopasta. Moduuli kerrallaan potilas saa tietoa sosiaalisista peloista, altistushoidon peruseräiteistä, Clarkin ja Wellsin sosiaalisten tilanteiden pelon mallista, kognitiivisesta restrukturoinnista, altistushierarkian rakentamisesta, tarkkaavuuden fokuksen vaihtamisen merkityksestä, mahdollisista altistusharjoitustilanteista, sosiaalisista taidoista ja repsahduksen ehkäisystä. Jokaisen moduulin lopussa on kotitehtäviä, kysymyksiä, joihin vastataan sähköpostitse. Potilaita kehoitetaan myös lähettämään työkirjan täytettyjä sivuja niistä harjoituksista, joita he ovat viikon aikana tehneet. Ohjelmassa on ollut mahdollisuus kahteen kasvotusten pidettävään terapiaistuntoon tai viikoittaiseen puhelinkontaktiin.

Ohjelmat ovat osoittautuneet tehokkaiksi kolmessa satunnaistetussa tutkimuksessa (Andersson ym. 2006, Carlbring ym. 2007). Myöhemmin Carlbring ym. (2009) ovat seuranneet alkuperäiseen tutkimukseen osallistuneita 30 kuukauden ajan ja selvittäneet tulosten pysyvyyttä. Tulokset viittaavat siihen, että sosiaalisten tilanteiden pelon kognitiivis-behavioraalisen hoidon aiemmin raportoituja pitkäaikaisia vaikutuksia (Rodebaugh ym. 2004) on mahdollista saavuttaa myös verkkoterapian avulla. Ahdistuneisuushäiriöiden verkkohoidosta on myös tehty uudempi meta-analyysi, jossa on ollut mukana 19 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta. Siinäkin havaittiin merkitseviä eroja: kognitiivis-behavioraalista verkkoterapiaa saanut ryhmä edistyi paremmin kuin odotuslistaryhmään kuuluneet. Nämä tulokset on kuitenkin syytä varmistaa laajemmassa otoksessa (Reger ja Gahm 2008).

Paniikkihäiriö

Ruotsalaisen tutkimuksen kohteena on myös ollut Internetin käyttö paniikkihäiriön hoidossa. Ensimmäisissä tutkimuksissa havaittiin, että sovellettua rentoutushoitoa on mahdol-

lista antaa Internetin välityksellä lupaavin tuloksien. Myöhemmässä tutkimuksessa selvitettiin, onko paniikkihäiriön verkkohoidon ja tavanomaisen henkilökohtaisen kognitiivis-behavioraalisen yksilöterapiatulojen välillä eroja. Molemmat hoidot todettiin tuloksellisiksi eikä tulosten välillä ollut merkitseviä eroja (Carlbring ym. 2005, vrt. Bergström ym. 2009). Tämän jälkeen on varmistettu paniikkihäiriöön liittyviä tuloksia lisäämällä tutkimusasetelmaan ”sokkona” tehtyjä puhelinhaastatteluja. Samaan aikaan, kun Ruotsissa kehitettiin verkkoterapiaa, Australiassa tutkittiin paniikkihäiriön (Richards ja Alvarenga 2002) ja Englannissa paniikkihäiriön ja fobioiden verkkohoitoa (Fearfighter-ohjelma, Marks ym. 2004). Tulokset olivat lupaavia.

Ruotsalainen paniikkihäiriön verkkohoito noudattaa rakenteeltaan pitkälti edellä esiteltyjä sosiaalisten tilanteiden pelon verkkoterapiaa. Arvioinnin jälkeen (kun on varmistettu, että potilas todella kärsii paniikkihäiriöstä) hoito esitellään tekstimoduuleina, joista jokainen on noin 25 sivua pitkä. Aluksi kuvataan kehon normaaleja reaktioita stressiin ja ahdistukseen. Tämä auttaa vähentämään katastrofitulkintoja (”olen tulossa hulluksi”, ”nyt saan sydänkohtauksen ja kuolen” jne.). Sen jälkeen kuvataan kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaisesti paniikkihäiriön ja ahdistusreaktion etenemistä (Clarkin paniikkikehän esittely, ks. Kajaste 2008). Kolmannessa moduulissa siirrytään hengityksen hallintaan ja rentoutuksen oppimiseen sekä käydään läpi hyperventilaatioharjoitus. Mukana on rentouttavia ja rauhoittavia hengitys- ja rentoutustekniikoita, jotka rauhoittavat stressin, ahdistuksen ja paniikkikohtauksen aikana aktiivista sympaattista hermostoa, joka mm. kiihdyttää sykettä ja hengitystä sekä nostaa verenpainetta. Samalla moduulien harjoitukset aktivoivat rentoutuneena toimivaa parasympaattista hermostoa, joka rauhoittaa kehoa ja mieltä sekä lisää hyvää oloa. Kun sitä harjoitellaan säännöllisesti, palleahengityksestä tulee tapa. Silloin sen avulla voidaan toimia rentona ja rauhallisena yhä useammassa tilanteissa, kun kehon ja mielen kiihtyneet toiminnot saadaan tarvittaessa rauhoittumaan hengityksen avulla.

Häiritsevien oireidensa vuoksi paniikkihäiriötä saatetaan luulla hengenvaaralliseksi fyysiseksi sairaudeksi. Tämä ajatusvirhe usein pahentaa tai laukaisee tulevia kohtauksia. Keski-ikäisen moduulien sisältönä on siksi kognitiivisen restrukturoidun harjoittelu, jossa sokraattisen metodin avulla pyritään vaikuttamaan paniikkia lisäävään katastrofijatteluun. Lisäksi käytetään altistusta fysiologisille reaktioille, jolloin oireet synnytetään tarkoituksellisesti tavoitteena kehittää selviytymiskeinoja ja osoittaa potilaalle, ettei paniikkikohtaus aiheuta kohtalokasta haittaa. Viimeisessä moduulissa keskitytään repsahduksen ehkäisyyn ja jämmäkysharjoituksiin. Paniikkihäiriön verkko-ohjelman moduulit ovat siis todellisiin tilanteisiin sovelletun kognitiivis-behavioraalisen hoidon kulmakiviä. Yleinen väärinkäsitys on, että verkkoterapia toteutetaan kokonaisuudessaan Internetissä. Opetusaineistossa esitellyt altistusharjoitukset tehdään kuitenkin oikeissa tilanteissa.

Vuorovaikutus osallistujan ja verkkohoidosta vastuussa olevan terapeutin välillä voi olla ajoittain intensiivistä, vaikka pyrkimyksenä on, että sähköpostiviestintä keskittyy edistymisestä raportointiin ja palautteen antoon. Monet potilaat ovat kertoneet kokeneensa välittämistä ja etua siitä, että ”hoito” on saatavilla virka-aikojen ulkopuolella ja ettei hoito häiritse niin paljon arkisia velvoitteita (Bergström ym. 2009).

Masennus

Depressioon on kehitetty tehokkaita hoitoja, kuten interpersonaalista terapiaa, kognitiivista psykoterapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa (Churchill ym. 2001, Holmberg ja Kähkönen 2006). Nämä hoidot hallitsevien psykoterapeuttien lukumäärä on Suomessa varsin pieni. Koska sama tilanne vallitsee monessa muussa länsimaassa (Bergström ym. 2009), verkkopalveluja on kehitetty myös depression hoitoon (esim. Christensen ym. 2004).

Uudessa englantilaisessa tutkimuksessa (Kessler ym. 2009) todettiin, että Internetin kautta annettu kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapia vaikuttaa myös vaikeassa depressionissa. Tutkimuksessa arvottiin 297 ma-

sennusdiagnoosin saanutta henkilöä, joista yli kahdella kolmasosalla oli kyseessä BDI-pisteiden mukaan vaikea masennus, joko kognitiivis-behavioraaliseen verkkohoitoon tai perusterveydenhuollossa annettavan tavanomaisen hoidon ryhmään. Osa jälkimmäiseen ryhmään kuuluvista sijoitettiin myös verkkohoidon kahdeksan kuukauden jonotuslistalle. Hoitoa annettiin kymmenen kertaa neljän kuukauden aikana, ja potilas oli verkon kautta yhteydessä terapeuttiin reaaliajassa. Potilas ja terapeutti kommunikoivat ainoastaan sähköpostin avulla. Neljän kuukauden jälkeen 38 % kognitiivis-behavioraalista hoitoa saaneista oli toipunut depressiosta, verrokeista vain 24 %. Kahdeksan kuukauden kuluttua osuudet olivat 42 % ja 26 %. Päätelmänä oli, että verkon kautta annettava kognitiivis-behavioraalinen terapia näyttää olevan tehokas ja että tulokset pysyvät vielä kahdeksan kuukauden jälkeen. Merkille pantavaa oli, että verkkohoito vaikutti parhaiten vaikeaa depressiota poteneisiin. Tämä on ristiriidassa niiden tutkimusten kanssa, joissa on todettu kognitiivis-behavioraalisen terapian vaikuttavan parhaiten lievään tai keskivaikeaan depression (DeRubeis ym. 1999). Yksi hoidossa vaikuttanut seikka lieinee ollut potilaan ja terapeutin kirjeenvaihto. Siitä potilas saattoi lukea läpi dialogin heti jälkeenpäin. Toinen myönteinen seuraus tästä työskentelystä saattaa olla, että se edistää potilaan reflektointikykyä (Kessler ym. 2009), kun ajatuksia ja tunteita on pyrittävä sanoittamaan kirjallisesti eikä vain puheessa. Tämä voi kehittää metakognitiivista tietoisuutta, jonka avulla potilaan suhde ajatuksiinsa ja tunteisiinsa muuttuu – sen sijaan, että hän pyrkisi muuttamaan ajattelunsa sisältöä. Uusiutuvan depression hoidossa juuri tätä kykyä reflektointiin pidetään tärkeänä tekijänä repsahduksen ehkäisyssä (Williams ym. 2009).

Kognitiivis-behavioraalinen verkossa annettu yksilöterapia on tuloksiltaan verrannollinen aiempaan brittiläiseen depression verkkohoitoa tarjoavaan *Beating the blues* -ohjelmaan (Proudfoot ym. 2004), joka kuuluu sikäläisiin Käypä hoito- eli NICE-suosituksiin.

Beating the blues on vuorovaiikutteinen multimediaohjelmapaketti ahdistuksen ja ma-

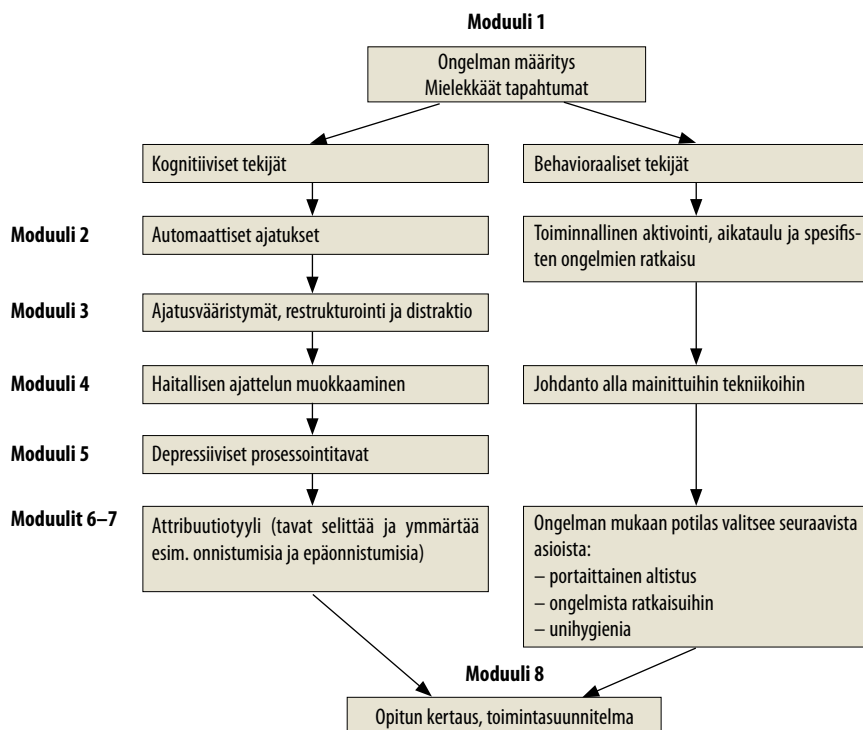
YDINASIAIAT

- ▶ Kognitiivinen verkkoterapia koostuu tavallisesti psykoedukaatiosta, erilaisista harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä.
- ▶ Kognitiivinen verkkoterapia on osoittautunut tehokkaaksi erityisesti depression, sosiaalisten tilanteiden pelon ja paniikkihäiriön hoidossa.
- ▶ Verkkoterapia laajentaa hoitopalveluja myös sellaisten potilaiden ulottuville, joita tavanomainen psykologinen hoito ei tavoita.

sennuksen hoitoon. Ohjelma sisältää videoaineistoa, animaatioita, graafisia esityksiä ja selostuksen. Se on suunniteltu käytettäväksi pääasiassa itsenäisesti henkilökohtaisella tietokoneella perusterveydenhuollossa, psykoterapiaklinikassa tai yhteisöhoitossa, mutta se voi myös olla osana kasvotusten toteutettavaa terapiaa. Ohjelma koostuu yhdeksästä istunnosta: aloitusvideota seuraa kahdeksan noin tunnin mittaista terapiaistuntoa (KUVA). Jokainen istunto ja niihin liittyvät kotitehtävät räätälöidään käyttäjän henkilökohtaisiin ongelmiin sopiviksi.

Potilaan motivoimiseksi depressio-ohjelma sisältää valikkoja, joissa esitellään erinäisiä tekniikoita, kuten itsetarkkailua, ja videonäytteitä näitä tekniikoita käyttävistä tapausesimerkeistä. Tapauksia tutkimalla potilas saa paljon tietoa oireistaan ja erilaisista kognitiivis-behavioraalista tavoista hoitaa niitä. Potilaat kokeilevat arkielämässään näitä menetelmiä, osaksi tietokoneen ääressä ja osaksi kotitehtävien avulla. Potilaan edistymistä koskeva raportti sekä kirjaukset mahdollisesta itsetuhoikäyttyymisestä tulostetaan jokaisen istunnon jälkeen potilaalle ja työntekijälle. Potilaan on mahdollista tarkastella uudestaan ja kerrata jokaista istuntoa halutessaan. Ohjelman lopussa käydään myös läpi repsahduksen ehkäisyn strategioita, jotka ovat tärkeitä potilaan edistymisen turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi.

Ohjelman ensimmäisessä istunnossa määritetään masennukseen johtaneet ja sitä yllä-



KUVA. Beating the blues -ohjelman struktuuri. Video: johdanto terapiaan (15 minuuttia)

pitävät kognitiiviset ja behaviooraaliset tekijät sekä esitellään videolla viisi potilastapausta. Niitä seurataan ohjelman aikana ja ne havainnollistavat opittua aineistoa. Istunnon lopussa kannustetaan tekemään viikon aikana jotakin mielekäästä ja havainnoimaan sen seurauksia mielialaan.

Toisessa istunnossa keskitytään tavoitteiden määrittämiseen ja kognitiivis-behaviooraalisen mallin esittelyyn. Samalla esitellään kaksi menetelmää, toimintojen aikataulu (käyttäytymisen aktivointi) ja ongelmanratkaisu. Kotitehtäväksi pyydetään valitsemaan jokin mielekäs toiminta toteuttavaksi viikon aikana.

Kolmannessa istunnossa opetetaan, miten masennus ja ahdistus vaikuttavat ajatteluumme ja päinvastoin (ajatusvääristymien kuvaaminen) ja miten potilas voi hyödyntää kognitiivisia distraktio- ja restrukturointimenetelmiä.

Neljännessä istunnossa potilas oppii edelleen tarkastelemaan kriittisesti haitallisia ajattelutapoja ja muuttamaan niitä.

Viidennen istunnon teemoina ovat opitun vahvistaminen sekä depressioon liittyvien kognitiivisten prosessointitapojen kuten vatvomisen ja murehtimisen tunnistaminen ja muokkaaminen. Kotitehtävinä ovat kompetenssikokemusten tunnistaminen, ongelmaratkaisun soveltaminen ja vatvomisen muokkaaminen sellaisten vaihtoehtojen tulkintojen avulla, jotka eivät tue depressiivisiä ”totuuksia” eivätkä retorisia kysymyksiä, joihin ei ole vastausta.

Kuudennen ja seitsemännen istunnon teemoina ovat attribuutiotyylit eli se, miten selitämme onnistumisia ja epäonnistumisia. Samalla esitellään uusia menetelmiä, kuten portaittainen altistus ja ongelmien tarkastelu ratkaisukeskeisesti, sekä annetaan ohjeita unihygieniaan. Kotitehtävät liittyvät attribuutiotyyleihin ja itsehavainnointiin. Potilaiden tehtävänä on seurata, miten ns. depressiivinen kallistuma vaikuttaa onnistumisten ja epäonnistumisten tulkintaan, ja pyrkiä vaihtamaan näkökulmaa. Kahdeksas istunto keskittyy

opitun kertaamiseen ja auttaa potilaita asettamaan tavoitteita ja tekemään niihin liittyviä toimintasuunnitelmia.

Vaikka depression verkkoterapia toteutetaan Internetin avulla, se ei tarkoita, että potilas toimisi ainoastaan ”virtuaalisesti”. Tavoite on, että hän omassa arjessaan muokkaa kielteistä ajattelua, joka ehkäisee rakentavaa toimintaa, ja kokeilee näiden uusien toimintojen vaikutusta mielialaansa. Tarvittaessa hän voi olla yhteydessä ”verkkoterapeuttiinsa”, joka neuvoa ja ohjaa. Kun depressiivisen potilaan arki on usein täyttänyt mielialaa alentavista ”miinustoiminnoista”, ohjelma auttaa häntä ylläpitämään mielialaa nostavien ”plustoimintojen” määrää viikoittain. Ellei potilaasta vähään aikaan kuulu mitään, verkkoterapeutti lähettää hänelle sähköpostia, kysyy vointia ja tarkistaa, onko puhelinkontakti tarpeellinen.

Lopuksi

Toistaiseksi on tehty vain hyvin vähän tutkimuksia, jotka kartoittavat verkkopohjaisessa terapiassa vaikuttavia tekijöitä. Ei tiedetä, miten yleisesti vaikuttavana tekijänä pidetty terapeutin allianssi kehittyi verkkoterapiassa, jossa potilas ja terapeutti eivät tapaa kasvotusten. On todettu, että tehokas allianssi on mahdollista muodostaa verkkoterapiassakin ja että allianssin merkitys on erilainen kuin kasvotusten toteutetussa terapiassa (Knaevelsrud ja Maercker 2006). Verkkohoidon hyötyinä Rochlen ym. (2004) pitävät aiemmin mainitun reflektoinnin vahvistumisen ohella terapian joustavuutta (potilas voi työskennellä opetusaineiston kanssa hänelle itselleen

sopivalla ajalla) ja maantieteellisten esteiden poistumista. Omista kokemuksista kirjoittamista on myös pidetty terapeuttisena monille potilaille (Murphy ja Mitchell 1998). Verkkohoidon ongelmana voi olla vaikeus havaita esimerkiksi itsetuhoajatuksia ja itsemurha-alttiuden lisääntymistä. Näissä tapauksissa suositellaan hoitomuotoa, jossa riskipotilaiden tilanteen seuranta on helpompaa (Carlbring ja Andersson 2006). Näiden seikkojen vuoksi verkkohoito ehkä toimii parhaiten osana ns. Stepped care -hoitopolkua, jossa hoitoa tehostetaan vaiheittain potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan (Bower ja Gilbody 2005). Hoitopolun etuja on, että se lisää kustannustehokkuutta ja hoidon saatavuutta sekä mahdollistaa tehostetun hoidon sitä haluaville.

Suomessa HUS on kehittämässä verkkoterapiasta työkalua lievästi tai keskivaikeasti oireilevien mielenterveyspotilaiden hoitoon. Ensimmäiset potilaat saavat lähetteen verkkoterapiaan HUS-alueella arviolta keväällä 2011. Pilotointi aloitetaan sosiaalisten tilanteiden pelkoa potevista, seuraavaksi ohjelmaa suunnataan masennuspotilaille. Verkkoterapia lienee erittäin tervetullut suomalaisenkin psykiatria. Sen etuina ovat tasalaatuisuus, yhdenvertaisuus ja erinomainen saatavuus tavanomaisiin terapioihin verrattuna. ■

NILS HOLMBERG, VTT, psykologi, psykoterapeutti (VET)
Järvenpään sosiaalisairaala, 04480 Haarajoki

SEPPO KÄHKÖNEN, dosentti, erikoislääkäri, psykoterapian ja psykoterapiankouluttajan erityispätevyys
HYKS, BioMag-laboratorio

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

Summary

Internet-based cognitive-behavioral therapy in the treatment of psychiatric disorders

Recent years have seen the development of Internet-based cognitive-behavioral therapy, i.e. psychological self-help program mediated via the Internet, the patient being in contact via e-mail with the support person directing the therapy. Internet-based cognitive-behavioral therapy usually consists of psychoeducation, exercises and prevention of the recurrence of symptoms. Modules of the network program are thus the cornerstones of “live” cognitive-behavioral therapy. Self-help provided by Internet-based cognitive-behavioral therapy has been found to be effective especially in the treatment of panic disorder, social phobia and depression, providing an opportunity to extend therapeutic services also to persons beyond the reach of traditional therapy.

KIRJALLISUUTTA

- Andersson G, Bergström J, Holländare F, Carlbring P, Kaldo V, Ekselius L. Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Br J Psych* 2005;187:456–61.
- Andersson G, Carlbring P, Holmström A, ym. Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:677–86.
- Andersson G, Lundström P, Ström L. Internet-based treatment of headache. Does telephone contact add anything? *Headache* 2003;43:353–61.
- Bergström J, Andersson G, Karlsson A, ym. An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nord J Psychiatry* 2009;63:44–50.
- Bower P, Gilbody SM. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *BMJ* 2005;330:839–48.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006;26:17–31.
- Carlbring P, Gunnarsdottir M, Heden-sjö L, ym. Treatment of social phobia: randomised trial of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Br J Psychiatry* 2007;190:123–8.
- Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J, ym. Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via Internet. *Behav Res Ther* 2005;43:1321–33.
- Carlbring P, Nordgren LB, Furmark T, Andersson G. Long-term outcome of internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: a 30-month follow-up. *Behav Res Ther* 2009;47:848–50.
- Carlbring P, Steczkó J, Furmark T, Ekselius L, Andersson G. An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clin Psychol* 2006;10:30–8.
- Carlbring P, Westling BE, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G. Treatment of panic disorder via the Internet - a randomized trial of a self-help program. *Behav Ther* 2001;32:751–64.
- Christensen H, Griffiths KM, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:265–8.
- Churchill R, Hunot V, Corney R, ym. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5:1–173.
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: meta-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999;156:1007–13.
- Furmark T, Holmström A, Sparthan E, Carlbring P, Andersson G. Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Liber 2006.
- Holmberg N, Kähkönen S. Kognitiivisen psykoterapian perusperiaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä. *Duodecim* 2006;122:713–21.
- Holmberg N, Kähkönen S. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kognitiivinen psykoterapia. *Duodecim* 2009;125:1949–56.
- Kajaste S. Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 135–53.
- Kessler D, Lewis G, Kaur S, ym. Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:628–34.
- Knaevelsrud C, Maercker A. Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res* 2006;8:e31.
- Lange A, van de Ven JP, Schrieken B. In-terapy: treatment of post-traumatic stress through the Internet. *Cogn Behav Ther* 2003;32:110–24.
- Marks IM, Kenwright M, McDonough M, ym. Saving clinician's time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomised controlled trial in phobia/panic disorder. *Psych Med* 2004;34:9–18.
- Murhpy LJ, Mitchell DL. When writing helps to heal: e-mail as therapy. *Br J Guid Counsel* 1998;26:25–32.
- Proudfoot JG. Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? *Neurosci Biobehav Rev* 2004;28:353–63.
- Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, ym. Clinically efficacy of computerised cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:46–54.
- Reger MA, Gahm GA. A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments of anxiety. *J Clin Psychol* 2008;65:53–75.
- Richards JC, Alvarenga ME. Extension and replication of an Internet-based treatment program for panic disorder. *Cogn Behav Ther* 2002;31:41–7.
- Rodebaugh T, Holaway R, Heimberg R. The treatment of social anxiety disorders. *Clin Psych Rev* 2004;24:883–908.
- SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 166. 91-87890-87-9. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering 2004.
- Scogin FR, Hanson A, Welsh D. Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *J Clin Psychol* 2003;59:341–9.
- Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. Mielekkäästi irti masennuksesta. Tietoisen läsnäolon menetelmä. Helsinki: Basam Books 2009.