

Emma Lehtonen

AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN HOITOMENETELMÄT –
KUIVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Hoitotyön koulutusohjelma
2017

AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN HOITOMENETELMÄT – KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Lehtonen, Emma
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2017
Ohjaaja: Hannula, Erja
Sivumäärä: 33
Liitteitä: 1

Asiasanat: mielenterveyshäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, ahdistus, ahdistuneisuus, hoitomenetelmät, kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä ja samalla kartoittaa niiden hoidossa käytettäviä lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä aiheeseen liittyvää teoretietoa sekä erilaisia tutkimustuloksia, ja niiden avulla esitellä ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmiä. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen: Millaisia ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitomenetelmiä on löydettävissä kirjallisuudesta? Millaisia ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeettömiä hoitomenetelmiä on löydettävissä kirjallisuudesta?

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin hakemalla tietoa aiheesta ja kirjallisuushaku toteutettiin marras-joulukuussa 2016. Aineistoa ja alkuperäistutkimuksia haettiin Finna-, Medic-, Melinda-, EBSCOhost- ja Google Scholar-tietokannoista vuosivälillä 2006–2016. Tietokantojen lisäksi aineistoa haettiin manuaalisesti. Lähdeaineiston valinnassa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Lopulliseksi lähdeaineistoksi muodostui kolme tieteellistä tutkimusta, joista kaksi oli englanninkielisiä.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista käy ilmi, että ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytetään yhdistellen lääkkeettömiä- ja lääkehoitomenetelmiä: psykoedukaatiota, psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Psykoedukaation avulla potilaalle sekä hänen omaisilleen tarjotaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, jotta potilaalla on mahdollisuus selvittää sairautensa kanssa. Psykoterapian eri suuntauksia on valtava määrä, ja sitä voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmäterapiana. Terapeutti ja potilas valitsevat yhdessä potilaalle parhaiten sopivan vaihtoehdon.

Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytössä olevat lääkkeet ovat bentsodiatsepiinit, buspironi sekä masennuslääkkeet. Käytettävä lääke valitaan sen mukaan, onko ahdistuneisuushäiriön aiheuttama ahdistus lyhyt- vai pitkäkestoista. Bentsodiatsepiinit olivat pitkään suosituimpia lääkkeitä ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa, mutta niistä ollaan vähitellen luopumassa kokonaan haittavaikutuksien takia.

Ahdistuneisuushäiriöiden hoito aloitetaan yleensä lyhyellä tai pitkällä psykoterapialla. Jos vastetta hoidolle ei saada, tai ahdistuneisuushäiriön aiheuttamat oireet ovat keski- vaikeita tai vaikeita, voi lääkehoito olla tarpeellista henkilön päivittäisen elämän sujuvuuden turvaamiseksi.

DIFFERENT CURES IN ANXIETY DISORDERS – DESCRIPTIVE LITERATURE REVIEW

Lehtonen, Emma
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
January 2017
Supervisor: Hannula, Erja
Number of pages: 33
Appendices: 1

Keywords: mental health issues, anxiety disorder, angst, anxiety, treatment methods, literature review

The purpose of this thesis was to describe different anxiety disorders and at the same time survey the medical and non-medical treatments. The goal of this thesis was to gather theoretical information and different studies about the subject and to introduce different cures in anxiety disorders. The literature review aimed to answer to two research questions: What kind of medical treatments to anxiety disorders are found in the literature? What kind of non-medical treatments are found in the literature?

The thesis was carried out as a descriptive literature review. The literature review was started by searching information about the subject and the literature research was executed in November-December 2016. Material and researches were sourced in data bases Finna, Medic, Melinda, EBSCOhost and Google Scholar between the years 2006-2016. In addition to the data bases the material was searched also manually. In the selection of the source material inclusion and exclusion criteria was used. A total of three publications were selected, which of two were written in English.

The results of the literature review transpire that medical and non-medical treatments are combined in the treatment of anxiety disorders: psychoeducation, psychotherapy and medication. With the help of psychoeducation both patient and their family are offered information about their condition, so the patient has better chance at coping with their condition. There are multiple trends in psychotherapy and it can be executed as individual-, pair- or group therapy. The therapist and the patient choose the best psychotherapy option for the patient together.

The medicine used in anxiety disorders are bentsodiatsepines, buspirone and anti-depressants. The medicine is chosen by whether the anxiety caused by the anxiety disorder is short- or long term. Bentsodiatsepines were the most popular medicine for a long time but they are gradually relinquished because of their harmful side effects.

The treatment is most commonly started with either short or long psychotherapy. If there appears no response to the treatment or if the symptoms caused by anxiety disorder are moderate or severe, medication might be necessary for ensuring the fluency of person's daily activities.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT	6
2.1	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	6
2.2	Paniikkihäiriö.....	6
2.3	Fobiat eli määrakohteiset pelot	7
2.4	Pakko-oireinen häiriö.....	8
2.5	Sosiaalisten tilanteiden pelko.....	8
3	AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN.....	9
3.1	Tunnistamisen haasteellisuus.....	9
4	AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN HOITO.....	10
4.1	Psykoedukaatio	10
4.2	Psykoterapia.....	11
4.3	Lääkehoito.....	11
4.3.1	Bentsodiatsepiinit	12
4.3.2	Buspironi	13
4.3.3	Masennuslääkkeet.....	13
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	14
6.1	Menetelmänä kirjallisuuskatsaus	14
6.2	Kirjallisuushaku ja tulokset taulukkoon.....	15
6.3	Mukaan valitut tutkimukset	18
6.4	Analyysi	20
7	TULOKSET	22
7.1	Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito	22
7.2	Ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeettömät hoitomenetelmät	24
7.2.1	Psykoedukaatio.....	24
7.2.2	Psykoterapia	24
8	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
9	POHDINTA.....	28
9.1	Tulosten tarkastelu	28
9.2	Oma oppiminen.....	29
9.3	Jatkotutkimusaiheet.....	29
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä. Niiden tunnistaminen on usein hyvin hankalaa, sillä vain noin puolet ahdistuksesta kärsivistä ihmisistä hakee itselleen apua juuri ahdistukseen, vaikka he muuten käyttäisivät usein terveystal-veluja. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 219–220.)

Ahdistuneisuushäiriöt voivat yleensä olla tulosta pitkään jatkuvasta ja kasautuvasta stressistä. Ahdistuneisuushäiriöt yhdessä paniikin ja pelkojen kanssa ovatkin nyky-yhteiskunnassa varsin yleisiä. Yhteiskunnan modernisoituminen ja teknologian muu- tokset ovat aiheuttaneet sen, että nykyajan ihmisillä ei ole aikaa sopeutua kaikkiin muutoksiin. Ihmisen yritys saada elämäänsä pysyvyyden tai jatkuvuuden tunnetta ai- heuttaakin suuren määrän stressiä. Heikentynyt sietokyky ympäristön muutoksien luomalle stressille voi johtaa johonkin ahdistuneisuushäiriöön. (Bourne 1999, 1-3.)

Ahdistuneisuutta voi kokea missä elämänvaiheessa tahansa, ja ahdistuksen kohteita voivat olla arkisetkin asiat: laskujen maksaminen ja muut raha-asiat, työ, sekä ihmis- suhteet. Ahdistuneisuuden tunne kuuluu elämään ja jokainen kokee sitä jossain vai- heessa elämässään. Ahdistuminen on täysin tavallinen tapa vastata henkilön ympäris- tössä tapahtuviin muutoksiin.

Jos ahdistuneisuus kuitenkin muuttuu voimakkaaksi ja pitkäkestoiseksi, ja se alkaa rajoittamaan henkilön psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, voidaan puhua ahdis- tuneisuushäiriöstä. Noin neljännes väestöstä kärsii jossakin elämänsä vaiheessa josta- kin ahdistuneisuushäiriöstä, ja häiriön vaikutukset henkilön elämään voivat olla hy- vin vakavia. (Hietaharju & Nuutila 2016, 32.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä ja samalla kartoittaa niiden hoidossa käytettäviä lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä hoito- menetelmiä. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä aiheeseen liittyvää teoretietoa sekä erilaisia tutkimustuloksia, ja niiden avulla esitellä ahdistuneisuushäiriöiden hoitome- netelmiä. Tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, koska se mahdollistaa yleiskatsauksen teon aiheesta.

2 AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT

Mielenterveyshäiriöistä kaikista yleisimpiä ovat erilaiset ahdistuneisuushäiriöt. Varsinaisiksi ahdistuneisuushäiriöiksi luokitellaan sellaiset oireyhtymät, joissa ahdistuneisuuden tunteeseen liittyy muita oireita. (Isometsä 2014a, 287) Seuraavissa kappaleissa esitellään yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä.

2.1 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on pitkäaikainen, vähintään puoli vuotta kestänyt ahdistuneisuustila, joka alkaa yleensä alle 20-vuotiaana. Yleistyneelle ahdistuneisuudelle on tyypillistä, että henkilö kärsii toistuvasta ahdistuksesta ja hänellä on lukuisista huolia, joita on vaikea hallita. Huolet liittyvät usein hyvin arkisiin asioihin, joita henkilö ei voi hallita, esimerkiksi raha-asioihin ja ihmissuhteisiin. (Bourne 1999, 9.) Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy usein samanaikainen depressio jopa noin kahdella kolmasosalla potilaista (Viikki & Leinonen 2015, 587).

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö aiheuttaa usein ruumiillisia oireita, kuten levottomuutta, jännittyneisyyttä, ärtyneisyyttä, lihasjännitystä tai unihäiriöitä. Ruumiilliset oireet voivat olla hyvinkin voimakkaita, jonka takia suurin osa potilaista hakeutuu hoitoon somaattisten vaivojen takia. (Hietaharju & Nuutila 2016, 34.) Väestöstä 1,2–6,7 prosenttia kärsii yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä (Koponen & Lepola 2007, 3989).

2.2 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriöille ominaista ovat toistuvat paniikkikohtaukset. Paniikkikohtauksella tarkoitetaan äkillisesti alkaneita, voimakkaita ja toistuvia ahdistuskohtauksia, jotka ilmestyvät usein ilman selkeää syytä, ja joita on mahdotonta ennakoida. Itse kohtaaminen ei kestä yleensä muutamaa minuuttia kauempaa, mutta se voi aiheuttaa monia kehollisia oireita, kuten sydämentykytystä, vapinaa, huimausta, hikoilua, pahoinvointia, sekä kuristumisen tunnetta. (Bourne 1999, 4.)

Varsinaisesta paniikkihäiriöstä puhutaan, kun henkilöllä on ollut vähintään kaksi paniikkikohtausta, ja kun kohtausta on seurannut vähintään kuukauden pituinen jakso, jolloin henkilö on jatkuvasti huolissaan kohtausten uusiutumisesta. Paniikkihäiriön oireet voivat tuntua usein pelottavilta, ja pelko kohtausten uusiutumisesta voi rajoittaa henkilön jokapäiväistä elämää. Tällöin henkilö ei esimerkiksi uskalla mennä julkisille paikoille kohtausten pelossa. (Bourne 1999, 4.)

Paniikkihäiriö saattaa alkaa jo lapsuudessa, mutta yleisin puhkeamisaika on vasta nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. Paniikkihäiriö on pitkäaikainen ja kroonistuva ahdistustila, jota esiintyy noin 2-4 % väestöstä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 35–36.)

2.3 Fobiat eli määräkohteiset pelot

Määräkohteiselle pelolle on tyypillistä johonkin yksittäiseen esineeseen, asiaan tai tilanteeseen kohdistuva voimakas pelko. Pelon kohteita voivat olla esimerkiksi eläimet, korkeat paikat, hissit, lentäminen, lääkärissä käyminen, ukkonen tai veren näkeminen. Toisin kuin julkisten paikkojen pelossa, määräkohtaisesta pelosta kärsivä ei saa spontaaneja paniikkikohtauksia, eikä hän pelkää saavansa niitä. Paniikkireaktion aiheuttaa yleensä suora altistuminen pelkoa aiheuttavalle esineelle tai tilanteelle. Pelko ja asioiden välttely ovat voimakkaita, ja ne usein häiritsevät henkilön jokapäiväistä elämää, arkea, työtä ja ihmissuhteita. Ne voivat aiheuttaa myös voimakasta ahdistusta. (Bourne 1999, 7-8.)

Määräkohteiset pelot ovat usein jo henkilön lapsuudessa tai nuoruudessa syntyneitä, joista ei ole iän mukana päästy eroon. Perimmäisenä syynä on mallioppiminen, eli jommankumman fobiasta kärsivän vanhemman tarkkailemisesta aiheutuva samanlainen pelko. Joskus määräkohteiset pelot syntyvät jonkin traumaattisen tapahtuman seurauksena, esimerkiksi hammaslääkärikäynnin jälkeen. (Bourne 1999, 9.)

Määräkohteiset pelot ovat yleisiä: aikuisväestöstä noin 10 % kärsii sellaisesta määräkohteisesta pelosta, joka häiritsee elämää tavalla tai toisella (Huttunen 2015a). Vain pieni osa määräkohteisistä peloista kärsivistä henkilöistä hakeutuu hoitoon, sillä ne

eivät aina johda vakaviin ongelmiin. Fobioita esiintyy tasapuolisesti molemmilla sukupuolilla. (Bourne 1999. 8-9.)

2.4 Pakko-oireinen häiriö

Pakko-oireinen häiriö voi alkaa missä elämänvaiheessa tahansa, mutta yleensä jo lapsuudessa, murrosiässä tai nuorella aikuisiällä. Aikuisväestöstä noin 2-3 % kärsii pakko-oireisesta häiriöstä. (Huttunen 2015b.) Pakko-oireiselle häiriölle ovat tyypillisiä toistuvat pakko-oireet, jotka jaotellaan pakkoajatuksiin ja -toimintoihin (Bourne 1999, 10–11).

Pakkoajatuksukset ovat toistuvia mielikuvia tai ajatuksia, jotka vaikuttavat järjettömiltä, ja palaavat jatkuvasti mieleen. Henkilö tunnistaa nämä ajatukset järjenvastaisiksi, ja yrittää tukahduttaa niitä, mutta ne tunkeutuvat tunnista, päivästä tai viikosta toiseen jatkuvasti mieleen. Tyypillisiä pakkoajatuksia ovat mielikuvat väkivallasta tai väkivallan tekemisestä toiselle, pelko sairastumisesta, tai pelko että jättää vahingossa valot päälle tai oven lukitsematta. Henkilö saattaa tarkistaa uudelleen ja uudelleen, etteivät valot jääneet päälle, jos pakkoajatuksena on pelko valojen päälle jäämisestä. (Bourne 1999, 10.)

Pakkotoiminnot ovat toimintoja tai käyttäytymiskuvioita, joita henkilö suorittaa päästäkseen pakkoajatuksen aiheuttamasta ahdistuksesta eroon. Yleisimpiä pakkotoimintoja ovat peseminen, tarkistaminen ja laskeminen. Henkilö voi esimerkiksi pestä käsiään lukuisia kertoja, tuntikausia, päästäkseen eroon käsien likaisuuteen kohdistuvasta pelosta. Henkilö tajuaa näiden rituaalien järjenvastaisuuden, mutta hänen on pakko suorittaa niitä pakkoajatuksen liittyvän ahdistuksen poistamiseksi. Henkilön kyvyttömyys hallita ajatuksiaan ja käyttäytymistään aiheuttaa turhautuneisuutta ja epätoivoa. (Bourne 1999, 10–11.)

2.5 Sosiaalisten tilanteiden pelko

Sosiaalisten tilanteiden pelko on hyvin yleinen ja useimmiten pitkäaikainen ahdistuneisuushäiriö. Sitä voi esiintyä jo henkilön lapsuusiässä, mutta yleisimmin se alkaa

myöhäisessä lapsuudessa tai keskinuoruudessa. (Ranta, Kaltiala-Heino & Marttunen 2011, 261.)

Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy usein voimakasta pelkoa joutua nolatuksi tai nöyryytetyksi sellaisissa tilanteissa, joissa henkilö on muiden tarkkailtavana tai esiintyy. Tämä pelko on huomattavasti voimakkaampaa kuin tavallinen esiintymisjännitys. Kaikista yleisin sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä pelko on pelko puhua julkisesti. (Bourne 1999, 6.) Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä usein välttää sosiaalisia tilanteita kokonaan tai sietää niitä voimakkaan ahdistuksen ja häpeän kanssa (Holmberg & Kähkönen 2009, 1950). Tyypillistä ahdistuneisuushäiriössä on arvostelun kohteeksi tulemisen, kielteisen huomion kohteeksi tai nöyryyttävään tilanteeseen joutumisen ja oman ahdistuneisuuden näkymisen pelko (Ranta ym. 2011, 261).

3 AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä aiheutuu yhteiskunnalle huomattavia taloudellisia menetyksiä. Etenkin hoitamattomina ne aiheuttavat mittaamattomia kuluja. Vuonna 2004 mielenterveyshäiriöiden aiheuttamat kokonaiskustannukset Suomessa olivat 2,3 miljardia euroa, josta mielialahäiriöiden (37 %) ja ahdistuneisuushäiriöiden (15 %) osuus oli noin 1,2 miljardia euroa. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden tunnistaminen ja hoito on siis sekä yksilölliseltä että yhteiskunnalliselta kannalta hyvin tärkeää. (Knekt, Lindfors & Laaksonen 2010, 15.)

3.1 Tunnistamisen haasteellisuus

Perusterveydenhuollossa yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Nämä häiriöt ovat haastavia tunnistettavia, sillä usein potilas hakeutuu lääkärin vastaanotolle ahdistuneisuuden sijaan somaattisten oireiden takia. Näitä oireita voivat olla rinta- tai vatsakipu, hengenahdistus, huimaus, takykardia tai univaikeudet. (Viikki & Leinonen 2015, 583.) Perusterveydenhuollossa 45 prosenttia ahdistuneisuushäiriöistä jää huomaamatta,

mikä voi johtaa toistuviin lääkärikäynteihin ja jatkuviin somaattisiin tutkimuksiin (Castrén, Dunderfelt-Lövegren, Setälä & Saarni 2015, 127).

Potilaat on tärkeää tunnistaa ja hoitaa, koska ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat henkilölle kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä jokapäiväisessä elämässä. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy usein samanaikainen depressio, ja esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelko tulisi hoitaa hyvin jo senkin vuoksi, ettei potilas altistuisi käyttämään päihhteitä itselääkintänä. (Viikki & Leinonen 2015, 583; 586; 587).

4 AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN HOITO

Ahdistuneisuushäiriöiden hoito tapahtuu ensisijaisesti perusterveydenhuollossa, josta henkilö voidaan lähettää psykiatriseen erikoissairaanhoidon tarvittaessa (Viikki & Leinonen 2015, 588).

4.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on opetuksellinen ja psykoterapeuttinen hoitomenetelmä, jossa potilaille ja heidän omaisilleen tarjotaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tavoitteena edistää potilasta selviytymään sairauden kanssa (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133). Psykoedukaatio ei edellytä erityistä pätevyyskoulutusta (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133).

Psykoedukaation toteuttamista voivat haitata potilaan ja hänen läheistensä aiemmat kielteiset hoitokokemukset, psykoedukaation kokeminen kuormittavana, sekä leimautumisen pelko. Psykoedukaation tehokkuuden varmistamiseksi sen on sisällettävä emotionaalista tukea ja ongelmanratkaisutaitoihin opastamista. (Koponen 2006, 4199.)

Psykoedukaatio ei kuitenkaan ole yksinään riittävä hoitokeino ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa, vaan se tulee yhdistää muihin hoitomenetelmiin. Psykoedukaation

niukka määritelmä ja toteuttamisen valvomattomuus voivat helposti johtaa laaja-alaisessa käytössä siihen, että tärkeän psykoedukaation antaminen korvataan liian usein lyhyellä tietoiskulla. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2138.)

4.2 Psykoterapia

Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa (Konsensuslausuma 2006, 4). Psykoterapiassa hankalia asioita käsitellään puhumalla, ja sen on todettu olevan tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, jotka omaavat tarvittavan koulutuksen ja kokemuksen. (Mielenterveystalon www-sivut 2017.)

Psykoterapian erilaisia suuntauksia, tekniikoita ja toteuttamistapoja on olemassa hyvinkin runsaasti. Psykoterapiaa voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmäterapiana. Nämä psykoterapian eri suuntaukset lähestyvät ihmistä ja hänen mieltään sekä mielen hoitamista kaikki hieman erilaisista näkökulmista. Tärkeintä kuitenkin on, että valittu psykoterapiamuoto sopii autettavalle potilaalle. Myös terapeutin ja autettavan vuorovaikutussuhteen on oltava toimiva. (Hietaharju & Nuutila 2016, 240-241.)

Psykoterapioiden pituus vaihtelee 6-20 käyntikerrasta useamman vuoden hoitojaksoon. Psykoterapia voi siis olla lyhyt- tai pitkäkestoista. Monille potilaille lyhytkestoiset terapiat, joissa keskitytään eniten haittaavien, määriteltyjen ja rajattujen ongelmien käsittelyyn, ovat riittävä apu. Vaikeiden ihmissuhdeongelmien, heikentyneen sosiaalisen toimintakyvyn ja persoonallisuushäiriöiden korjaantuminen vaatii yleensä pitkäkestoisemman, jopa useamman vuoden pituisen psykoterapiahoitojakson. (Konsensuslausuma 2006, 9.; Mielenterveystalon www-sivut 2017.)

4.3 Lääkehoito

Lääkehoidon tarpeellisuuteen vaikuttaa ahdistuneisuushäiriöiden aiheuttamien oireiden vakavuus. Lievät oireet ovat usein ohimeneviä, eikä lääkityksen tarvetta aina ole. Jos kuitenkin ahdistuneisuushäiriöiden oireet ovat niin voimakkaita, ettei henkilö voi

suoriutua päivittäisistä toiminnoista, jotka ovat aiemmin sujuneet hyvin, on oireita tarpeen lievittää lääkehoidolla. (Huttunen 2008, 169; Bourne 1999, 295.)

Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytettävä lääke valitaan sen mukaan, onko kyse tilapäisestä ahdistuneisuudesta vai pitkään jatkuneesta häiriöstä (Huttunen 2008, 177). Bentsodiatsepiinit ovat pitkään olleet eniten käytettyjä lääkkeitä ahdistuneiden potilaiden hoidossa. Tietyissä ahdistuneisuushäiriöissä ne ovat tehokkaita ja lievittävät nopeasti akuuttia tuskaisuutta, mutta niiden käyttöön kuitenkin liittyy paljon rajoituksia ja ongelmia. (Leinonen, Lepola & Koponen 2000, 2855.) Pidempiaikaisten ahdistus- ja pelko-oireiden hoidossa on todettu, että tietyt masennuslääkkeet voivat olla käyttökelpoisempia oireiden hoidossa. Hoidossa voidaan käyttää myös buspironia, jolla on joitakin etuja bentsodiatsepiineihin verrattuna. (Huttunen 2008, 169; 176.)

4.3.1 Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiinit ovat eniten käytettyjä lääkkeitä ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Niillä on nopeasti alkava vaikutus, ja ne lievittävät tehokkaasti äkillisiä ahdistus- ja pelko-oireita. Bentsodiatsepiinit jaetaan kolmeen ryhmään poistumisnopeutensa ja siten vaikutuksensa kestoajan perusteella: hyvin lyhytvaikutteiset, lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset, sekä pitkävaikutteiset. (Huttunen 2008, 170.) Bentsodiatsepiinit vaimentavat keskushermoston toimintaa, siten vähentäen suoraan ja tehokkaasti ahdistuneisuutta (Bourne 1999, 297).

Vaikka bentsodiatsepiinit tuovat nopeasti helpotuksen ahdistukseen, pitkään käytettynä ne aiheuttavat sivuvaikutuksena voimakasta sietokyvyn kasvua, fyysistä riippuvuutta ja oireiden todennäköistä uusiutumista lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen. Lääkkeiden käyttö tulisi lopettaa pienentämällä annosta vähitellen lääkärin valvonnassa usean viikon tai kuukauden aikana, jotta välttyttäisiin kiusallisilta vieroitusoireilta. (Bourne 1999, 298.)

4.3.2 Buspironi

Buspironilla on joitakin etuja bentsodiatsepiineihin verrattuna, sillä sen pitkäaikaiseen käytön lopettamisen yhteydessä ei esiinny vieroitusoireita. Buspironi ei myöskään aiheuta lääkeriippuvuutta tai -addiktiota eikä vahvasta alkoholin vaikutusta. (Huttunen 2008, 176.) Buspironin ahdistuneisuutta poistava vaikutus tulee kuitenkin esille varsin hitaasti, noin 1-3 viikossa, joten sitä ei suositella tilapäisen ahdistuneisuuden hoitoon (Leinonen ym. 2000, 2856; Huttunen 2008, 176–177).

4.3.3 Masennuslääkkeet

Masennuslääkkeiden käyttö on yleistynyt viime vuosina ahdistuneisuushäiriön hoidossa, ja eniten käytettyjä masennuslääkkeitä ovat SSRI- ja SNRI-lääkkeet. Ne ovat yhtä tehokkaita kuin vanhemmat sykliset masennuslääkkeet ja aiheuttavat vähemmät haittavaikutuksia. (Huttunen 2008, 177.; Bourne 1999, 299.) Masennuslääkkeillä hoidetaan yleisimmin paniikkikohtauksia, ja myös pakko-oireisia häiriöitä. Masennuslääkkeet jaetaan neljään ryhmään: sykliset masennuslääkkeet, MAO-estäjät, serotoniniin takaisinoton estävät masennuslääkkeet, muut masennuslääkkeet. (Bourne 1999, 298–299.)

Kaikkiin masennuslääkkeisiin liittyy tiettyjä haittapuolia. Parin ensimmäisen viikon aikana potilaalle voi aiheutua kiusallisia sivuvaikutuksia, kuten suun ja ihon kuivumista, sekavuutta, ummetusta ja pahoinvointia. Lääkkeen käytön aloittaminen hyvin pieninä annoksina voi vähentää näitä sivuvaikutuksia. Toinen masennuslääkkeiden haittapuoli on, että ne alkavat tehoata vasta 2-4 viikon jälkeen käytön aloittamisesta. Potilaan on helppo luulla, ettei lääke ole tarpeeksi tehokas, jos joutuu odottamaan oireiden helpottamista pidemmän aikaa. (Bourne 1999, 299.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä ja samalla kartoittaa niiden hoidossa käytettäviä ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeellisiä- ja lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Tutkimusmenetelmänä on käytössä kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä aiheeseen liittyvää teoretietoa sekä erilaisia tutkimuksia, ja niiden avulla luoda teoriakooste ja esitellä ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmiä. Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää mielen-terveyshoitotyössä erilaisissa toimintaympäristöissä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitomenetelmiä on löydettävissä kirjallisuudesta?
2. Millaisia ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeettömiä hoitomenetelmiä on löydettävissä kirjallisuudesta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Menetelmänä kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella erilaisia aiheeseen liittyviä tutkimuksia, ja sen avulla tutkimuksista tehdään yhteenveto. Kirjallisuuskatsauksen kolme eri tyyppiä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on näistä tyypeistä yleisimmin käytetty, sillä sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot voivat olla laajoja, ja tutkimuskysymykset väljempinä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011. 4-6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä aiemman tiedon kokoamista, kuvailua ja jäsentynyttä tarkastelua varten. Kuvaileva katsaus perustuu tutkimuskysymyksiin, joiden avulla tuotetaan laadukas, kuvaileva vastaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmä jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineisto ja sen valinta, kuvailun rakentaminen, sekä saatujen tulosten tarkastelu. (Kangasniemi, Pietilä, Utriainen, Jääskeläinen, Ahonen & Liikanen 2013, 291–294.) Tämän opinnäytetyön menetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskat-
sausta.

6.2 Kirjallisuushaku ja tulokset taulukkoon

Tämän opinnäytetyön prosessi alkoi keskeisien käsitteiden määrittelyllä, ja niiden avulla kerättyyn aineistoon perehtymällä. Käsitteitä olivat ahdistuneisuushäiriöt, ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmät. Teoriatietaa ja aikaisempia tutkimuksia opinnäytetyön aiheesta etsittiin sekä suomen- että englanninkielisillä hakusanoilla viidestä eri tietokannasta: SAMK Finna, Medic, Melinda, EBSCOhost ja Google Scholar.

Aineiston haku toteutettiin marras- joulukuussa 2016. Aineiston valintakriteereinä olivat määritellyillä hakusanoilla löydetyt aiheeseen liittyvät tieteelliset tutkimukset, artikkelit ja muu kirjallisuus, joka sijoittui aikavälille 2006–2016. Tulosten tuli käsitellä aikuispotilaita, ja koko tekstin tuli olla saatavilla ilman lisäkustannuksia joko suomen- tai englanninkielisenä.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Aineisto/julkaisu on suomen- tai englanninkielinen • Aineisto/julkaisu käsittelee aikuispotilaita • Aineisto/julkaisu käsittelee ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitoa • Aineisto/julkaisu käsittelee ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeetöntä hoitoa • Aineistosta/julkaisusta on koko teksti saatavilla ilman lisäkustannuksia • Aineiston/julkaisun julkaisuväli on 2006–2016 	<ul style="list-style-type: none"> • Aineisto/julkaisu on julkaistu jollain muulla kielellä • Aineisto/julkaisu käsittelee vain lapsipotilaita, tai nuorisoa • Aineistosta/julkaisusta ei ole koko tekstiä saatavilla • Aineisto/julkaisu on julkaistu yli 10 vuotta sitten

Taulukko 1. Kirjallisuushaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit taulukossa.

Satakunnan ammattikorkeakoulun Finna-kirjastohausta haettiin hakusanayhdistelmällä ”ahdistuneisuushäiriö” AND ”hoito” ja vuosiväliksi rajattiin vuodet 2006–2016. Osumia hausta saatiin 20 kappaletta, joista otsikon perusteella mukaan valittiin seitsemän teosta, kaikki kirjoja. Lopullisen tarkastelun jälkeen mukaan valittiin kolme kirjaa, sillä muut listan kirjat eivät olleet saatavilla lainaukseen. Finna-hakupalvelusta haettiin myös englanninkielisellä hakusanayhdistelmällä ”anxiety disorder” AND ”treatment”, ja vuosiväliksi rajattiin vuodet 2006–2016. Osumia hausta saatiin kuusi kappaletta, joista lopullisen tarkastelun jälkeen mukaan ei valittu yhtäkään julkaisua.

Medic-haku kohdentui sekä suomen- että englanninkielisiin aineistoihin, jotka olivat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja. Suomenkielisessä haussa hakusanoina käytettiin ”ahdistuneisuushäiriö* AND ”hoito”, ja haku laitettiin rajaamaan tulokset vain koko teksteihin. Osumia hausta saatiin 29, joista otsikon perusteella mukaan valittiin kahdeksan julkaisua. Tarkemman sisällön tutustumisen jälkeen mukaan hyväksyttiin seitsemän julkaisua, johon sisältyi kolme tutkimusta ja neljä artikkelia. Englanninkielisessä haussa hakusanoina käytettiin ”anxiety disorder” AND ”treatment”, ja haku laitettiin myöskin rajaamaan tulokset vain koko teksteihin. Haku tuotti yhteensä 86 tulosta, joista otsikon perusteella yksikään ei sopinut aiheeseen.

Melinda-haussa haettiin julkaisuja hakusanayhdistelmällä ”ahdistuneisuushäiriöt” AND ”hoito”. Haulla saatiin yhteensä 32 tulosta, joista otsikon perusteella mukaan valittiin neljä julkaisua, kaikki kirjoja. Tarkemman sisältöön tutustumisen jälkeen mukaan valikoitui kaksi kirjaa, sillä muut kirjat eivät olleet saatavilla lainaukseen. Hakusanayhdistelmä ”anxiety disorders” AND ”treatment” tuotti 125 tulosta, joista yksikään ei otsikoinnin, ruotsinkielisyyden tai saatavuussyiden takia valikoitunut joukkoon.

EBSCOhost-tietokannassa hakusana oli ”anxiety disorders treatment”. Julkaisut oli rajattu niihin, joista oli teksti saatavilla kokonaisuudessaan. Haku tuotti 71 osumaa, joista mukaan otettiin vain yksi artikkeli. Loput jätettiin pois otsikoinnin perusteella.

Google Scholar-tietokannassa hakusana oli ”ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmät”. Julkaisuväliksi oli rajattu vuodet 2006–2016. Haku tuotti 206 osumaa, joista mukaan otettiin yksi tutkimus. Loput jätettiin pois otsikoinnin perusteella.

Joulukuussa 2016 opinnäytetyön tekijä toteutti hakutuloksia täydentääkseen vielä manuaalisen haun, jossa tietoa haettiin internetistä, sekä artikkelien ja kirjojen lähdeluetoista. Manuaalisessa haussa julkaisujen aikaväliä laajennettiin, sekä käytettiin erilaisia hakusanoja.

Kirjallisuuskatsauksen lähdeaineistoksi valikoitui kaiken kaikkiaan 16 julkaisua. Nämä julkaisut koostuivat suomalaisista ja ulkomaisista asiantuntija-artikkeleista, tutkimuksista ja kirjoista. Suurin osa julkaisuista jätettiin pois otsikoinnin takia, sillä otsikot eivät liittyneet opinnäytetyön aiheeseen. Osa julkaisuista jätettiin pois sisällön perusteella. Nämä julkaisut olivat sisällöltään vajaita, niistä ei ollut koko tekstiä saatavilla tai ne olivat ruotsinkielisiä. Monet julkaisut jätettiin pois myös sen takia, että niitä ei ollut lainattavissa, saatavilla sähköisessä muodossa, tai ilman lisämaksun maksamista. Mukaan valikoituneista julkaisuista koottiin myös taulukko. (Liite 1)

Tietokanta	Tulokset	Hyväksytyt
SAMK Finna	20	3
	6	0
Medic	29	7
Melinda	32	4
	125	0
EBSCOhost	71	1
Google Scholar	206	1

Taulukko 2. Mukaan otettujen julkaisujen määrä taulukossa.

6.3 Mukaan valitut tutkimukset

Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa -tutkimuksessa verrattiin neljän eri psykoterapiamuodon vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Knekt, Lindfors & Laaksonen 2010).

Tutkimusaineisto koostui 367 potilaasta, jotka jaettiin ryhmiin seuraavasti; 97 voimavarasuuntautuneeseen terapiaan, 101 lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan, 128 pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan ja 21 psykoanalyysiin. Hoitoryhmien selviämisen jälkeen osa potilaista luopui tutkimukseen osallistumisesta; 7 lyhyistä terapiaoista, 26 pitkistä psykodynaamisesta psykoterapiasta ja 1 psykoanalyysistä. Tutkimushoidon aloittaneista 333 potilaasta kaiken kaikkiaan 47 keskeytti hoidon ennenaikaisesti. Potilaiden vointia arvioitiin hoitojen aikana 9 kertaa: 3, 7, 9, 12, 18, 24, 36, 48 ja 60 kuukauden jälkeen hoidon aloittamisesta. (Knekt ym. 2010.)

Tutkimukseen valitut potilaat olivat nuoria aikuisia, suurin osa naisia (75%), noin puolet asuivat yksin, ja noin neljäsosalla oli akateeminen tutkinto. Kaikkiaan 85,6% potilaista kärsi mielialahäiriöistä, 43,1% ahdistuneisuushäiriöistä ja 18,3% persoonallisuushäiriöistä. (Knekt ym. 2010.)

Tutkimuksen tuloksena selvisi, että kaikissa neljässä hoitoryhmässä oireiden määrä väheni viiden vuoden seurannan aikana, ja oireiden määrä oli pienimmillään hoidon päätyttyä. Vaikuttavuustulosten tarkastelussa ei voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä,

sillä osa potilaista on käyttänyt tutkimuksessa annettujen hoitojen ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita hoitoja. Alustavat tulokset kertovat muun muassa sen, että huomattava osa lyhyissä terapiaryhmissä havaitusta vaikuttavuudesta johtuu muusta hoidosta. Lyhyiden ja pitkien terapioiden väliset todelliset erot nähdään vasta muun hoidon eliminoinnin jälkeen. Muun hoidon eliminointi osoittaa myös sen, että psykoanalyysi ennustaa selvästi suurempaa oireiden vähenemistä kuin mikään terapiosta viiden vuoden seurantapisteessä. (Knekt ym. 2010.)

Lindforsin (2014) **Personality functioning and psychotherapy outcome** -tutkimuksen tavoitteena oli verrata aiemmassa kappaleessa esitellyn Helsingin psykoterapiatutkimuksen lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuutta potilaan persoonallisuuden toimintaan ja myös tutkia, miten persoonallisuuden toiminta ennustaa näiden hoitomuotojen tuloksellisuutta ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöiden hoidossa kolmen vuoden seurannassa.

Tutkimusaineisto koostui 326 avohoitopotilaasta, jotka oli ohjattu Helsingin psykoterapiatutkimukseen ahdistuneisuus- tai mielialahäiriön vuoksi. Nämä potilaat jaettiin ryhmiin seuraavasti; 97 potilasta lyhyeen voimavarasuuntautuneeseen, ratkaisukeskeiseen terapiaan, 101 potilasta lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan ja 128 potilasta pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan. Näiden potilaiden psyykkistä tilaa arvioitiin kyselyin ja haastatteluin ennen ryhmiin jakamista ja 3, 7, 9, 12, 18, 24 ja 36 kuukautta alkuarvion jälkeen. (Lindfors, O. 2014.)

Tutkimukseen valitut potilaat olivat nuoria aikuisia, joista kolmasosa oli naisia, yli puolet asuivat yksin, ja neljäsosalla oli jonkinlainen akateeminen tutkinto. Potilaista 46% kärsi jostakin ahdistuneisuushäiriöstä, yleisimmin paniikkihäiriöstä tai yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä. (Lindfors, O. 2014.)

Tutkimuksen yhteenvedona selvisi, että potilaat jotka kärsivät ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöstä ja joiden persoonallisuuden toiminta oli heikentynyttä, kokivat pitkällä tähtäimellä suurempaa oireiden vähenemistä pitkän terapian kuin lyhyen terapian jälkeen. Kolmen vuoden seurannan aikana potilaiden minäkuvan kielteisyys väheni ja myönteisyys lisääntyi enemmän pitkän psykodynaamisen terapian kuin lyhyen voimavarasuuntautuneen ja ratkaisukeskeisen terapian jälkeen. Lyhyt terapia yleisesti tuotti

nopeammin myönteisiä muutoksia oireilussa, työkyvyssä ja minäkuvassa kuin LPP, mutta pidemmässä seurannassa lyhyt terapia oli useammin riittämätöntä. (Lindfors, O. 2014.)

Laaksosen (2014) **Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy** -tutkimuksen tavoitteena oli Helsingin psykoterapiatutkimuksen aineistoon pohjautuen arvioida haastatteluun pohjautuvan 7-osioisen Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikon, eli *Suitability for psychotherapy scale (SPS)*, realibiliteettia, validitettia ja ennustekykyä suhteessa lyhyen ja pitkän psykoterapian tuloksellisuuteen.

Tutkimusaineisto koostui samoista tekijöistä kuin aiemmin esitellyt tutkimukset. Tässä tutkimuksessa ennen alkuhaastattelua ja potilaiden eri terapiamuotoihin satunnaistamista heidän psykologista kyvykkyyttään arvioitiin SPS-asteikon avulla. SPS-asteikkoon kuuluvat soveltuvuusmuuttujat olivat tunteiden hallinta, vuorovaikutuksen sujuvuus, minäkäsityksen suhde ideaaliminään, reaktio koetulkintaan, reflektiokyky, motivaatio ja ongelmien fokus. (Laaksosen, 2014.)

SPS-asteikko ennusti potilaiden alkuoiretasoista riippumatta seurannan aikaisten oireiden kehittymistä kaikissa tutkituissa terapiamuodoissa. SPS-asteikko erotteli voimakkaasti lyhyen ja pitkän terapian välistä tuloksellisuutta. Potilaat, joiden soveltuvuustekijät oli arvioitu alkuhaastattelussa hyväksi, kokivat oireiden vähenevän nopeammin lyhyessä kuin pitkässä terapiassa, kun taas potilaat, joilla soveltuvuustekijät oli arvioitu huonoiksi, kokivat oireiden vähenevän pitkällä tähtäimellä enemmän pitkässä terapiassa. Tutkimuksessa SPS-asteikko osoittautui luotettavaksi menetelmäksi ennustamaan ja erottelamaan lyhyen ja pitkän terapian tuloksellisuutta, jolloin sitä voidaan hyödyntää potilaalle parhaimman psykoterapian valinnassa. (Laaksosen, 2014.)

6.4 Analyysi

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käsittelyosuuden tavoitteena on vastata esitettyyn tutkimuskysymykseen tuottamalla valitusta aineistosta laadullinen kuvaus. Laadullisessa kuvaksessa tarkastellaan kriittisesti aikaisempien aiheesta koottujen tutkimustietojen sisältöä, ja luodaan niistä synteesi, kuitenkin muuttamatta alkuperäistä tietoa.

Analyysi ei tiivistä, siteeraa tai raportoi alkuperäisaineistoa, vaan pyrkii luomaan jäsentyneen kokonaisuuden ja uuden tulkinnan aiheesta. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla valittu aineisto tarkasti useaan kertaan läpi. Lukiessaan opinnäytetyön tekijä etsi ja merkitsi valitusta aineistosta ylös ahdistuneisuushäiriöiden eri hoitomenetelmiä. Valitusta aineistosta merkatuista kohdista koottiin yhteenveto (Kuvio 1) ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmistä.



Kuvio 1. Ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmät.

7 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään kirjallisuuskatsauksen tuloksia aineistoanalyysin pohjalta tehdyn yhteenvedon avulla. Ahdistuneisuushäiriöiden hoito koostuu yhdistelemällä psykoedukaatiota, psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Oikean hoitomuodon valintaan vaikuttaa ahdistuneisuushäiriön tyyppi ja vakavuus, hoitavan tahon tarjoamat palvelut, sekä potilaan ja potilaan lähipiirin mieltymykset. (Boydston, Chi-Jui Hsiao & Varley 2012, 38.)

Erilaiset psykoterapiat ovat tavallisesti tehokkain ja pysyvä keino vapautua jännitysoireista ja peloista (Huttunen 2008, 169). Jos ahdistuneisuushäiriö on lievä, voidaan hoito yleensä aloittaa terapialla. Lääkehoidon aloittamista pitäisi harkita, jos ahdistuneisuushäiriö on keskivaikea tai vaikea, tai jos terapiaa ei ole koettu tarpeeksi tehokkaaksi hoitomenetelmäksi. (Boydston ym. 2012, 38-39.)

7.1 Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy usein samanaikainen depressio, joten ensisijaisia lääkkeitä ovat ahdistusta vähentävät masennuslääkkeet ja bupironi. Usein kokeillaan yksilöllisellä annoksella ensin trisyklisiä masennuslääkkeitä, mianseriinia, mirtatsapiinia tai jotain SSRI- tai SNRI-lääkettä. Vasta jos masennuslääkkeet tai bupironi eivät ole auttaneet, suositellaan bentsodiatsepiinien käytön aloittamista. Yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa suositaan pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, koska ne vaikuttavat tasaisesti. (Viikki & Leinonen 2015, 587; Huttunen 2008, 185.)

Paniikkihäiriössä ensisijaisena lääkehoitona käytetään SSRI-masennuslääkkeitä, trisyklisiä masennuslääkkeitä, SNRI-lääkkeitä, sekä myös bentsodiatsepiineja. Lääkehoidolla voidaan estää paniikkikohtauksien syntyminen tai lievittää oireita. Masennuslääkehoito aloitetaan varovasti pienellä annoksella, jota suurennetaan hitaasti tarpeen mukaan sivuoireena esiintyvän motorisen levottomuuden välttämiseksi. (Huttunen 2008, 187.) Vasteen saamisen jälkeen lääkehoitoa tulisi jatkaa vähintään vuoden ajan (Viikki & Leinonen 2015, 587).

Masennuslääkkeet tehoavat paniikkikohtauksien hoidossa vasta 2-4 viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta, joten äkillisten paniikkikohtausten hoitoon suositellaan bentsodiatsepiineja niiden nopean vaikutuksen vuoksi. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää myös yhdessä masennuslääkkeiden kanssa, jolloin ne lievittävät masennuslääkkeiden aloittamiseen liittyvää motorista levottomuutta. (Huttunen 2008, 189.)

Pakko-oireisen häiriön hoidossa lääkehoito tukee terapeuttisia menetelmiä, sillä pelkkä lääkehoito vain harvoin riittää poistamaan pakko-oireet kokonaan (Huttunen 2008, 190–191). Ensisijaisena lääkehoitona käytetään SSRI-lääkkeitä. Niiden annostus on suurempi kuin vakavan masennustilan hoidossa, ja myös hoitovaste lääkkeeseen kehittyy hitaammin. Niiden annostelu on kuitenkin helppoa, ja lukuun ottamatta sivuvaikutuksena esiintyvää seksuaalitoiminnan häiriötä, lääkkeellä on hyvin vähän sivuvaikutuksia. (Kähkönen & Holmberg 2010, 1312; Huttunen 2008, 191.) Lääkityksen lopettamisen yhteydessä oireet usein palautuvat, minkä vuoksi lääkehoidon kestoksi on suositeltu vähintään yksi tai kaksi vuotta. Pitkäaikaisessa lääkehoidossa ylläpitoannoksena pidetään potilaan parhaiden sietämää annosta, jotta vältetään SSRI-lääkityksen aiheuttamista haittavaivoista. Vaikeissa tapauksissa eri hoitomuotojen, lääkehoidon ja käyttäytymis- tai kognitiivisen psykoterapian, yhdistäminen on tehokainta. (Kähkönen & Holmberg 2010, 1313.)

Yleistyneessä **sosiaalisten tilanteiden pelossa** masennuslääkkeet ovat bentsodiatsepiineja selvästi parempi vaihtoehto (Viikki & Leinonen 2015, 588). Joka toisella sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivällä oireet lievittyvät masennuslääkkeiden avulla 2-4 kuukaudessa. Hoitoannokset ovat samanlaiset kuin masennustilojen hoidossa. (Huttunen 2008, 182.) Bentsodiatsepiinit ovat hyviä vaikeaoireisten tai kapea-alaisten sosiaalisten fobioiden hoidossa. Paras tapa säännöllisen käytön seurauksena syntyvän lääkeriippuvuuden välttämiseksi on tilannekohtainen, lyhytaikainen ja tarvittaessa tapahtuva käyttö. (Huttunen 2008, 183; Isometsä 2014b, 310.) Sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa bentsodiatsepiinien on tutkittu lievittävän oireita nopeasti, mutta hoidon loputtua oireiden nopea uusiutuminen on ollut yleistä (Leinonen 2000, 2860).

7.2 Ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeettömät hoitomenetelmät

7.2.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on käytetty työmenetelmä tämän päivän mielenterveyshoitotyössä. Psykoedukaatiivisen työskentelyn vaikuttavuudesta onkin paljon tutkimuksellista näyttöä. Koko mielenterveyshoitotyön henkilökunta – lääkärit, hoitajat sekä muut ammattiryhmät - voivat hyödyntää sitä työssään potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Psykoedukaatiivisen työskentelyn taustalla onkin se ajatus, että sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa, kun työskennellään yhteistyössä potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Kuhanen ym. 2010, 91.)

Psykoedukaatio on ahdistuneisuushäiriöissä olennaista, koska se parantaa sitoutumista hoitoon. Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät potilaat usein murehtivat somaattisia oireita, joten heidän voi olla helpottava kuulla, että oireet ovat toiminnallisia ja liittyvät tähän ahdistuneisuushäiriöön. (Viikki & Leinonen 2015, 588.)

Psykoedukaatio voi myös vähentää terveyspalveluiden käyttämistä, sillä potilas voi tunnistaa tiettyjen oireiden liittyvän ahdistuneisuushäiriöön, eikä hakeutua niiden vuoksi hoitoon. Psykoedukaatio yhdessä oikeaan diagnoosiin pääsemisen kanssa vähentää turhia tutkimuksia perusterveydenhuollossa. (Viikki & Leinonen 2015, 588.)

Psykoedukaation keskeisiä elementtejä ovat emotionaalisen tuen ja sairautta koskevan tiedon antaminen sekä ongelmanratkaisutaitojen kehittyminen. Nämä keskeiset elementit on kehitetty vastaamaan potilaiden ja heidän läheistensä tarpeisiin, joita ovat runsaasti ymmärrettävän tiedon saanti sairaudesta ja emotionaalinen tuki. (Koponen 2006, 4199.)

7.2.2 Psykoterapia

Psykoterapioiden vaikuttavuutta on tutkittu useissa tutkimuksissa, joissa sen on todettu olevan vaikuttava hoitomuoto ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Psykoterapia helpottaa potilaan toipumista oireilusta ja antaa potilaalle välineitä selviytyä päivittäisestä

elämästään. Lyhytkestoisista psykoterapioista on runsaasti näyttöä, sillä erilaisissa lyhytkestoisissa psykoterapioissa noin puolet potilaista toipuu ja psyykkiset oireet helpottavat. Monet potilaat kuitenkin tarvitsevat lyhytkestoisen terapian sijaan yhdistelmähoitoja: lääkehoitoa, uusia lyhyen terapian jaksoja tai pidempikestoista psykoterapiaa. (Konsensuslausuma 2006, 6; Paunio ym. 2016.)

Vuonna 2010 tehdyssä Helsingin psykoterapiatutkimuksessa verrattiin neljän eri psykoterapiamuodon, voimavarasuuntautuneen terapian, lyhyen psykodynaamisen terapian, pitkän psykodynaamisen terapian ja psykoanalyysin, vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa viiden vuoden seurannassa.

Voimavarasuuntautunut terapia on lyhytkestoinen terapia, joka auttaa potilasta muuttamaan löytämällä uudenlaisia ratkaisuja ongelmaan (Knekt ym. 2010, 24). Tässä terapiamuodossa ongelmien syiden etsimisen sijasta keskitytään potilaan voimavarojen löytämiseen ja niiden vahvistamiseen (Hietaharju & Nuutila 2016, 242). Terapiassa hoitokäyntejä on yhden tai kahden viikon välein kahdeksan kuukauden aikana. Käyntitiheys on tässä terapiamuodossa joustava; käyntikertoja on usein enimmillään 12 kertaa hoitajakson aikana. (Knekt ym. 2010, 24.)

Lyhyt psykodynaaminen terapia auttaa potilaita selvittämään ja työstämään erikseen määriteltäviä mielensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja transferenssi-ilmiöitä hyväksi käyttäen (Knekt ym. 2010, 24). *Transferenssilla* eli tunteensiirrolla tarkoitetaan lapsuuden tärkeisiin henkilöihin liittyvien tunteiden, odotuksien, kokemuksien ja asenteiden tiedostamattoman reagoinnin siirtämistä nykyhetken ihmisiin ja tilanteisiin. (Aalberg 2009). Tässä lyhyessä terapiamuodossa käyntikertoja on kerran viikossa noin kuuden kuukauden ajan (Knekt ym. 2010, 24).

Pitkän psykodynaamisen terapian kesto on avoin. Tämä terapiamuodon intensiivisyys ja transferenssi-ilmiöiden käyttö auttaa potilasta selvittämään ja työstämään laajalaisestimielensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja. Terapia kestää keskimäärin kolme vuotta, ja käyntikertoja on viikossa kahdesta kolmeen. (Knekt ym. 2010, 24.)

Psykoanalyysi on erittäin pitkäkestoinen ja tiivis hoitomuoto (Hietaharju & Nuutila 2016, 241). Ympäristön ja terapeuttisen aseman, esimerkiksi potilaan makuuasennon,

tulee tukea potilasta puhumaan terapeutille kaikista ajatuksistaan ja tunteistaan. Analyysin käyntitiheys on varsin tiheä, sillä käyntejä kertyy yleensä viikoittain neljä. Tämän terapiamuodon kesto on avoin, mutta keskimäärin analyysi kestää viisi vuotta. (Knekt ym. 2010, 24.)

Tutkimuksen tuloksena selvisi, että kaikissa neljässä hoitoryhmässä oireiden määrä väheni viiden vuoden seurannan aikana, ja oireiden määrä oli pienimmillään hoidon päätyttyä (Knekt ym. 2010, 4-5).

Lindforsin (2014) tutkimuksessa tarkasteltiin psykoterapiatutkimuksen lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuutta potilaan persoonallisuuden toimintaan ja myös tutkittiin, miten persoonallisuuden toiminta ennustaa näiden hoitomuotojen tuloksellisuutta ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöiden hoidossa kolmen vuoden seurannassa. Tutkimuksen yhteenvedona selvisi, että potilaat jotka kärsivät ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöstä ja joiden persoonallisuuden toiminta oli heikentynyttä, kokivat pitkällä tähtäimellä suurempaa oireiden vähenemistä pitkän terapian kuin lyhyen terapian jälkeen. Kolmen vuoden seurannan aikana potilaiden minäkuvan kielteisyys väheni ja myönteisyys lisääntyi enemmän pitkän psykodynaamisen terapian kuin lyhyen voimavaruus- ja ratkaisukeskeisen terapian jälkeen. Lyhyt terapia yleisesti tuotti nopeammin myönteisiä muutoksia oireilussa, työkyvyssä ja minäkuvassa kuin pitkä psykodynaaminen psykoterapia, mutta pidemmässä seurannassa lyhyt terapia oli useammin riittämätöntä. (Lindfors 2014, 4-9.)

Laaksosen (2014) tutkimuksessa tarkasteltiin eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta potilaan psykologiseen kyvykkyyteen, jota arvioitiin 7-osioisen Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikon avulla. Tutkimuksen tuloksena potilaat, joiden soveltuvuustekijät oli arvioitu hyväksi, kokivat oireiden vähenevän nopeammin lyhyessä kuin pitkässä terapiassa, kun taas potilaat, joiden soveltuvuustekijät oli arvioitu huonoiksi, kokivat pitkällä tähtäimellä oireiden vähenevän enemmän pitkässä terapiassa. (Laaksosen 2014, 6-9.)

Myös nettiterapian välityksellä toteutetut psykologiset etähoidot on todettu toimiviksi mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Etähoidoja on kehitetty moniin eri häiriöihin, ja nettiterapia on jopa otettu mukaan esimerkiksi masennuksen Käypä hoito – suositukseen.

Suomessa nettiterapioita lääkärin läheteellä toteuttaa tällä hetkellä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri muun muassa paniikkihäiriön, yleistyneen ahdistuneisuuden ja pakko-oireiden hoitoon. Potilaiden ja terapiaa toteuttavien ammattilaisten tyytyväisyys on osoitettu hyväksi, sekä terapiasuhteen olevan lähes yhtä hyvä kuin kasvokkain toteutettu terapia. Reaaliaikaisilla etäterapioilla karsitaan myös matkoista aiheutuvat kulut ja käytetty aika. (Stenberg, Sequieros, Holi, Kampman, Kiesepä, Korkeila, Mäki, Wahlbeck, Joffe, Häll & Joutsenniemi 2106, 2206; 2111.)

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön tekijä on käyttänyt hyväkseen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä (2012) tätä työtä tehdessään. Tieteellistä tutkimusta tehdessä työn tekijä on ollut rehellinen, huolellinen ja tarkka sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, että tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Varantola, Launis, Helin, Spoo & Jäppinen 2013, 6.)

Tähän opinnäytetyöhön valittu aineisto on haettu vain luotettavista ja tunnetuista lähteistä, ja opinnäytetyön tekijä on rajannut kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat ja pois jätettävät aineistot ja julkaisut sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Opinnäytetyön lähteiksi kelpuutettiin vain luotettavien tietokantojen kautta löydettyt lähteet. Yhtä kirjaa lukuun ottamatta kaikki muut työhön valitut lähteet ja tutkimukset oli toteutettu kymmenen vuoden sisällä opinnäytetyön kirjoittamisesta. Edmund J Bournen kirjasta *Vapaaksi ahdistuksesta – työkirja peloista ja paniikista kärsiville* ei ollut saatavilla aiempaa painosta, kuin vuoden 1999 painos. Opinnäytetyön tekijä koki kuitenkin sen tiedon, jota kirjasta hyödynsi, olevan melkein muuttumatonta uudempiin painoksiin verrattuna, ja hyväksyi kirjan mukaan lähdeluetteloon.

Opinnäytetyötä varten aineistoa on haettu elektronisesti eri tietokannoista, sekä myös manuaalisesti, ja vain luotettavat aineistot on valittu mukaan katsaukseen. Aineistoa haettiin sekä kotimaisista, että englanninkielisistä tietokannoista, jotta sisällönanalyysi-

siin saataisiin mahdollisimman monipuolinen aineisto. Aineisto ja julkaisut on analysoitu opinnäytetyön tekijän parhaan osaamisen mukaan, tulokset on raportoitu rehellisesti ja lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti tekstiin.

Tämän opinnäytetyön aihe oli laaja ja vaativa. Opinnäytetyön tekijä teki työn yksin, mikä voi vähentää opinnäytetyön luotettavuutta.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa ajankohtaisia julkaisuja ja tutkimuksia ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidosta ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä. Tutkimuskysymysten avulla pyrittiin tuottamaan näyttöön perustuvaa tietoa ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidosta ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä ja luoda kattava teoriakooste.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytettäviä hoitomenetelmiä ovat psykoedukaatio, psykoterapia ja lääkehoito. Psykoedukaatiosta hyötyvät kaikki potilaat, ja se voi auttaa vähentämään potilaiden terveystalveluiden käyttöä. Ahdistuneisuushäiriön muoto ja oireiden vakavuus määräävät usein hoitolinjan; esimerkiksi lievöoireisten häiriöiden hoito voidaan aloittaa lyhyellä tai pitkällä psykoterapialla. Jos oireet ovat keskivaikeat tai niin voimakkaat, että ne estävät henkilöä suoriutumasta päivittäisistä toimista, on lääkehoidon aloittamista harkittava elämänlaadun parantamiseksi.

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidossa on useamman vuosikymmenen ajan suosittu bentsodiatsepiineja, mutta niiden käytöstä ollaan vähitellen luopumassa, ja korvaamassa lääke buspironilla tai masennuslääkkeillä. Masennuslääkkeitä suositaankin nykyään ensisijaisena lääkkeenä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön, pakko-oireisen häiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää ja käyttää lähes kaikilla psykiatrisen sairaanhoidon osa-alueilla. Psykiatrinen sairaanhoitaja voi joko vastaanotolla tai psykiatrisella osastolla hyödyntää tämän opinnäytetyön tarjoamaa tietoa hoitovaihtoehtojen kartoittamiseen.

9.2 Oma oppiminen

Tämän opinnäytetyön myötä opinnäytetyön tekijä oppi hyvin paljon uutta teoriatietoa ahdistuneisuushäiriöistä ja niiden hoidosta. Myös kirjallisuuskatsauksen tekemiseen vaadittavat tiedonhakutaidot ja lähteiden kriittinen tarkastelu kehittyivät, sillä tietoa haettiin sekä elektronisesti monista eri tietokannoista, että manuaalisesti teoksien, julkaisujen ja artikkelien lähdeluetteloista. Opinnäytetyöntekijä halusi valita juuri tämän työn, koska se on hoitotyössä jatkuvasti ajankohtainen aihe.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Aikuisten ahdistuneisuushäiriöistä ei ole laadittu yhtenäisiä hoitosuosituksia eli Käypä Hoito -suositus sairauden hoidosta puuttuu, mikä voi estää potilasta saamasta sairauteensa parasta näyttöön perustuvaa hoitoa. Kirjavuutta eri ahdistuneisuushäiriöiden hoitotavoissa luultavasti esiintyy. Käytössä olevien hoitomenetelmien - psykoedukatio, psykoterapia, lääkitys ja näiden yhdistelmät - vaikuttavuutta eri ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa tulisi siis tutkia. Käytössä olevien lääkkeiden haittavaikutuksia tunnetaan, mutta pidempiaikainen näyttö lääkkeiden hyödyistä ja haitta-hyöty -suhteesta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa puuttuu. Lisää tutkimusta voisikin tehdä ahdistuneisuushäiriöissä käytettävien lääkkeiden vaikutuksista somaattiseen ja psyykkiseen terveyteen, sillä muun muassa bentsodiatsepiinien tiedetään aiheuttavan riippuvuutta.

Ahdistuneisuushäiriöiden tunnistaminen on vaativaa ja perusterveydenhuollossa jopa 45% ahdistuneisuushäiriöistä jää huomaamatta. Tutkimusta tarvitaan ahdistuneisuushäiriöiden seulontamenetelmistä erityisesti päivystyksessä, sillä psyykinen häiriö jää herkästi somaattisten oireiden varjoon. Tietoa ei myöskään ole, kuinka hyvin terveydenhuollon henkilöstö osaa tunnistaa diagnosoimattoman ahdistuneisuushäiriön. Li-

säksi mielenkiintoista olisi saada tutkimusta kuinka paljon tällä hetkellä potilaita ohjataan jatkotutkimuksiin tai -hoitoon päivityksestä ja työterveydenhuollosta saamaan oikeaa diagnoosia ja hoitoa.

LÄHTEET

- Aalberg, V. 2009. Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 7.12.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103
- Bourne, E.J. 1999. Vapaaksi ahdistuksesta – työkirja paniikista ja peloista kärsiville. WSOY. Juva.
- Boydston, L., Chi-Jui Hsiao, R. & Varley, K. 2012. Anxiety disorders in adolescents – assessment and treatment. Contemporary pediatrics. July 2012.
- Castrén, S., Dunderfelt-Lövegren, E., Setälä, S. & Saarni, S. 2015. Tunnista murehtija: yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä voidaan hoitaa. Katsausartikkeli. Lääkäri-lehti. 3-4/2015 vsk 70, s. 127-131. Haettu 21.12.2016 osoitteesta <http://www.laakari-lehti.fi/lillukka.samk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/tunnista-murehtija-yleistynyttä-ahdistuneisuushairiota-voidaan-hoitaa/>
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Sanoma Pro Oy.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki
- Huttunen, M. 2015a. Määräkohteinen pelko (fobia). Haettu 7.12.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00394
- Huttunen, M. 2015b. Pakko-oireinen häiriö. Haettu 7.12.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00403
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2009. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kognitiivinen psykoterapia. Katsausartikkeli. Duodecim 2009; 125:1949-56.
- Isometsä, E. 2014a. Ahdistuneisuushäiriöt – ydinasiat. Kirjassa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim.
- Isometsä, E. 2014b. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Kirjassa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim.
- Kangasniemi, M., Pietilä, A-M., Utriainen, K., Jääskeläinen, P., Ahonen, S-M & Liikanen, E. 2013. Kuvallinen kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kiesepää, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Katsausartikkeli. Duodecim 2013; 129:2133-9.

- Knekt, P., Lindfors, O. & Laaksonen, M. 2014. Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 33/2010. 138 sivua. Helsinki 2010.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. WSOYpro Oy.
- Koponen, H. 2006. Psykoedukaatio – arvokas lisä psykoosien hoitoon. Suomen lääkäri-lehti 41/2006 vsk 61.
- Koponen, H. & Lepola, U. 2007. Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön tarvitaan aiempia tehokkaampia hoitokeinoja. Katsausartikkeli. Suomen Lääkäri-lehti 43/2007 vsk 62.
- Kähkönen, S. & Holmberg, N. 2010. Aikuisten pakko-oireisen häiriön hoito. Katsausartikkeli. Duodecim 2010; 126:1310-6.
- Laaksonen, M. 2014. Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. [Potilaiden soveltuvuus lyhyeen ja pitkään psykoterapiaan]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 144, 206 sivua. Helsinki, Finland 2014.
- Leinonen, E., Lepola, U. & Koponen, H. 2000. Ahdistuneisuuden lääkehoito. Duodecim 2000; 116:2855-64.
- Lindfors, O. 2014. Personality functioning and psychotherapy outcome [Persoonallisuuden toiminta ja psykoterapian tuloksellisuus]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 127. 137 sivua. Helsinki, Suomi 2014.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2013. Psykiatria. kustannus Oy Duodecim.
- Mielenterveystalon www-sivut. Haettu 1.1.2017 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>
- Paunio, T., Lindfors, O., Kalska, H., Karlsson, K., Kurri, K., Lehtovuori, P., Melart, P., Melartin, T., Näätänen, P., Pirkola, S. & Wahlström, J. 2016. Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti 37/2012 vsk 67.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. 2011. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina. Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti 4/2011 vsk 66.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston opetusjulkaisuja 62. Vaasan yliopisto.
- Stenberg, H., Sequieros, S., Holi, M., Kampman, O., Kiesepää, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P. & Joutsenniemi, K. 2016. Mielenterveyttä etänä? Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti 35/2016 vsk 71.
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S-K. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki 2013.

Viikki, M. & Leinonen, E. 2015. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Lehti-artikkeli. Duodecim.

LIITE 1

Tekijä(t), vuosi ja maa	Aineisto	Tarkoitus	Kohderyhmä, aineistonkeruumenetelmä	Intervention sisältö ja keskeiset tulokset
Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. Helsinki.	Kirja	Kirja esittelee tavallisia psyykkisiä häiriöitä ja niiden lääkkeitä.	Lääkärit, psykologit ja mielenterveydenhoitoalalla työskentelevät, mutta myös mielenterveydenhäiriöistä kärsivät ja heidän omaiset.	Tärkeimmät ahdistuneisuushäiriöitä lievittävät lääkkeet ovat bentsodiatsepiinit, buspironi sekä masennuslääkkeet.
Stenberg, J-H., Sequeiros, S., Holi, M., Kampman, O., Kiesepää, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häli, P. & Joutsenniemi, K. 2.9.2016. Mielenterveyttä etänä? Katsausartikkeli Lääkärilehdessä. 35/2016 vks 71.	Artikkeli	Psykologisten etähoitojen esittelyä masennuksen, ahdistuksen, psykoosien ja itsetuhoisuuden hoidossa.	Kohderyhmänä ovat mielenlenterveystyön henkilökunta, ja asiasta kiinnostuneet.	Nettiterapioita pidetään laajan tutkimusnäytön ja käytännön toiminnan perusteella toimivina hoitoina, ja ne on otettu mukaan esimerkiksi masennuksen Käypä hoito -suositukseen.
Viikki, M. & Leinonen, E. 2015. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Duodecim katsausartikkeli 2015; 131:583-90.	Artikkeli	Kerrotaan ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikasta ja erilaisista oireista, sekä lääkehoidosta ja sen yhdistämisestä psykoterapiaan.	Kohderyhmänä ovat mielenlenterveystyön henkilökunta, ja asiasta kiinnostuneet.	Ahdistuneisuushäiriöt voivat olla vaikeita tunnistettavia sairauksia, koska potilaat haaveutuvat hoitoon usein monenlaisen somaattisten oireiden vuoksi. Hoitokeinoja ovat psykoterapia, lääkehoito (SSRI-/SNRI-lääkkeet), ja näiden yhdistelmä.
Lindfors, O. 2014. Personality functioning and psychotherapy outcome [Persoonallisuuden toiminta ja psykoterapian tuloksellisuus]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 127. Helsinki.	Tutkimus	Tutkimuksen tavoitteena oli verrata lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuutta persoonallisuuden toimintaan ja tutkia, miten persoonallisuuden toiminta ennustaa näiden hoitomuotojen tuloksellisuutta ahdistuneisuus-	Tutkimusaineisto koostui 326 avohoitopotilaasta, jotka oli ohjattu Helsingin Psykoterapiatutkimukseen (HPS) ahdistuneisuus- tai mielialahäiriön vuoksi. Kaikkiaan 97 potilasta saattunaistettiin lyhyeen voimavarasuuntautuneeseen,	Yhteenvetona tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat pitkällä tähtäimellä suurempaa oireiden vähenemistä pitkän terapian kuin lyhyen terapian jälkeen. Lisäksi tutkimus osoitti, että kolmen vuoden seurannan aikana minäkuvan kielteisyys väheni ja myönteisyys lisääntyi

		tai mielialahäiriöiden hoidossa kolmen vuoden seurannassa.	ratkaisukeskeiseen terapiaan (SFT), 101 potilasta lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan (SPP) ja 128 potilasta pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan (LPP).	enemmän LPP:n kuin SFT:n jälkeen. Lyhyt terapia tuotti nopeammin myönteisiä tuloksia, mutta oli pidemmällä seurannalla riittämätön.
Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2011. Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. Duodecim kat-sausartikkeli 2011; 127:692-8.	Artikkeli	Esitellään kognitiivista verkkoterapiaa sosiaalisten tilanteiden pelon, paniikkihäiriön ja masennuksen hoidossa.	Kohderyhmänä ovat mielenterveystyön henkilökunta, ja asiasta kiinnostuneet.	Kognitiivinen terapia on osoittautunut tehokkaaksi hoitomenetelmäksi edellä mainittujen mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Verkkoterapia koostuu yleensä psyykoedukaatiosta, erilaisista harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä. Verkkoterapia mahdollistaa hoidon niille, jotka eivät tavoita tavallista terapiahoitoa.
Knekt, P., Lindfors, O. & Laaksonen, M. 2010. Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Yliopistopaino. Helsinki.	Tutkimus	Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa verrataan neljän psykoterapiamuodon vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.	Tutkimukseen valittiin kaikkiaan 367 iältään 20–46-vuotiaasta mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää avohoitopotilasta Helsingin seudulta vuosien 1994–2000 aikana. Heistä 326 potilasta satunnaistettiin lyhyeen voimavara-suuntautuneeseen terapiaan, lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan tai pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan. Loput 41 potilasta ohjautuivat omasta aloitteestaan psyykoanalyysiin.	Kaikissa neljässä hoitoryhmässä oireiden määrä väheni ja työkyky parani seurannan aikana. Myös persoonallisuuden toiminnassa tapahtui paranemista, joskin hitaammin. Terapian pituus osoittautui tärkeäksi terapian vaikuttavuuden kannalta: lyhyet terapiat vaikuttivat nopeammin, mutta pidemmät hoitomuodot olivat vaikuttavampia pitkällä tähtäimellä.

<p>Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. 2011. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina. Lääkärilehden katsausartikkeli 4/2011 vsk 66.</p>	<p>Artikkeli</p>	<p>Kerrotaan sosiaalisten tilanteiden pelosta, oireistosta ja ilmiasusta eri ikäkausina; lapsuus, nuoruus- ja aikuisiällä.</p>	<p>Kohderyhmänä ovat mielenterveystyön henkilökunta, ja asiasta kiinnostuneet.</p>	<p>Aikuisiän kliinisessä häiriössä ensi linjan hoitomuotoja ovat yksilö- tai ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia ja selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)</p>
<p>Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Sanoma Pro Oy.</p>	<p>Kirja</p>	<p>Kirja esittelee eri-ikäisten keskeisimmät mielenterveyden häiriöt; psykoosi, skitsofrenia, masennus, maanisuus, itsetuhoisuus, persoonallisuushäiriöt. Lisäksi kirja tarkastelee lääkehoitoa ja terapia-muotoja.</p>	<p>Kirja soveltuu lähihoitajakoulutuksessa sekä perustettua syventäviin opintoihin ja työelämässä jo olevien hoitosuhdetaitojen syventämiseen, ja antaa hyvät valmiudet käytännön hoitotyöhön.</p>	<p>Jos kyse on vaikeutuneesta ahdistuneisuushäiriöstä tai pitkittyneistä psyykkistä hyvinvointia ravisuttavista oireista, tarvitaan ammatitapua. Hyvä hoitosuhde ja psykoterapia auttavat jo paljon, mutta oireenmukainen lääkitys lievittää oireita ja parantaa elämänlaatua.</p>
<p>Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. WSOYpro Oy</p>	<p>Kirja</p>	<p>Kirjaan on valittu keskeiset mielenterveyshoitotyön ongelmat, ja siinä esitellään mielenterveystyön monipuolista osaamista. Tavoitteena on antaa lukijalle riittävät teoreettiset valmiudet toimia käytännön mielenterveyshoitotyössä.</p>	<p>Kirja on tarkoitettu mielenterveyshoitotyön oppikirjaksi ammattikorkeakouluopintoihin. Kirjasta hyötyy kuitenkin laajasti käytännön hoitotyössä, kun tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen hoito.</p>	<p>Mielenterveystyön monipuolinen osaaminen on koulutuksen, elämäkokemuksen ja käytännön omakohtaisten kokemusten summa. Kouluttautuminen on jatkuvaa, ja hoitajan työvälineenä ja ammatillisuuden osoituksena on oma persoona.</p>
<p>Boydston, L., Chih-Jui Hsiao, R. & Varley, C. 2012. Anxiety disorders in adolescents: assessment and treatment. Contemporary Pediatrics article, July 2012; 29(7): 36-42.</p>	<p>Artikkeli</p>	<p>Artikkeli käy läpi ahdistuneisuushäiriön oireita ja tunnistettavuutta, sekä hoitomenetelmistä psykoterapiaa ja lääkehoitoa.</p>	<p>Kohderyhmänä ovat mielenterveystyön henkilökunta, ja asiasta kiinnostuneet.</p>	<p>Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hyödynnetään psykoterapiaa ja erilaisia lääkkeitä, sekä näiden yhdistelmiä. Hoitomuoto riippuu häiriön aiheuttamien oireiden vakavuudesta ja vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään.</p>

<p>Laaksonen, M. 2014. Patient suitability for short-term and long-term psychotherapy. [Potilaiden soveltuvuus lyhyeen ja pitkään psykoterapiaan]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 144, 206 sivua. Helsinki, Finland.</p>	<p>Tutkimus</p>	<p>Tässä tutkimuksessa arvioitiin uuden haastatteluun pohjautuvan 7-osioisen Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikon (Suitability for Psychotherapy Scale, SPS) reliabilitteettia, validiteettia ja ennustekykyä suhteessa lyhyen ja pitkän psykoterapian tuloksellisuuteen.</p>	<p>326 iältään 20-46 – vuotiaasta, masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää avohoitopotilasta joko lyhyeen, psykodynaamiseen (N = 101) tai voimavarasuuntautuneeseen (N = 97), tai pitkään, psykodynaamiseen (N = 128), terapiaan.</p>	<p>SPS-asteikko ei juurikaan erotellut kahden eri lyhytterapian välistä tuloksellisuutta, mutta erotteli voimakkaasti lyhyen ja pitkän terapian välistä tuloksellisuutta. Potilaat, joiden soveltuvuustekijät oli arvioitu hyväiksi, kokivat oireiden vähenevän nopeammin lyhyessä kuin pitkässä terapiassa, kun taas potilaat, joiden soveltuvuustekijät oli arvioitu huonoiksi, kokivat pitkällä tähtäimellä oireiden vähenevän enemmän pitkässä terapiassa.</p>
--	-----------------	--	--	--

Taulukko 3. Kirjallisuushaun tuloksia taulukossa.