



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Verkkoterapia paniikkihäiriön hoidossa

Kirjallisuuskatsaus

Ranta, Jaana

2017 Laurea





LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Verkkoterapia paniikkihäiriön hoidossa Kirjallisuuskatsaus

Jaana Ranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Jaana Ranta

Verkkoterapia paniikkihäiriön hoidossa

Vuosi 2017

Sivumäärä 30

Paniikkihäiriö on melko yleinen ahdistushäiriö, joka voi aiheuttaa vakavaa toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terapeutin ohjaaman, internet-pohjaisen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan verkkoterapian merkitystä paniikkihäiriön hoidossa aikuisilla. Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa hoitoalan opiskelijoille. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää myös jo hoitoalalla työskentelevät.

Teoriapohja rakentui opinnäytetyössä paniikkihäiriön, paniikkihäiriön hoidon, internet-pohjaisen terapian ja kognitiivisen psykoterapian määrittelystä. Lähtökohta internet-pohjaisen terapian käsittelylle oli Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kehittämä paniikkihäiriön nettiterapia. Tutkimuskysymykset olivat: millaisia vaikutuksia paniikkihäiriön verkkoterapialla on? Mitä paniikkihäiriön verkkoterapian vaikuttavuudesta tiedetään?

Opinnäytetyössä sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tutkimusaineisto haettiin systemaattisesti ja opinnäytetyöhön valikoitui seitsemän alkuperäistutkimusta. Tutkimukset olivat australialaisia ja eurooppalaisia. Suomenkielistä alkuperäistutkimusta aiheesta ei toistaiseksi ole saatavilla. Tutkimukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jonka avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymykseen. Vastausten perusteella muodostettiin tulokset. Keskeisimmät tulokset osoittivat, että internet-pohjaisen, kognitiivis-behavioraalisen verkkoterapian avulla voidaan vähentää tehokkaasti paniikkihäiriön oireita, ehkäistä oireiden uusiutumista, edistää tai ylläpitää toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Se on kustannustehokas ja vaivattomasti saatavissa. Kaikki tutkittavat eivät kuitenkaan saaneet verkkoterapiasta helpotusta paniikkioireisiin. Lievistä oireista kärsivät eivät näyttäneet hyötyvän lainkaan tai hyöty oli hyvin vähäinen. Myös heillä havaittiin kuitenkin elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemista. Opinnäytetyön tulokset noudattivat aiempaa, kansainvälistä tutkimustietoa.

Ohjattu verkkoterapia näyttää olevan tehokas menetelmä paniikkihäiriön hoidossa. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla suomalainen alkuperäistutkimus paniikkihäiriön verkkoterapiasta keskittyen erityisesti hoidon onnistumiselle optimaalisen ohjauksen määrän ja laadun selvittämiseen. Verkkoterapian vaikuttavuutta vakavuudeltaan eriasteisten paniikkioireiden hoidossa olisi myös tärkeää tutkia lisää.

Jaana Ranta

Internet-based therapy in treatment of panic disorder

Year	2017	Pages	30
------	------	-------	----

Panic disorder is a relatively common anxiety disorder, which can cause severe disability of function and deterioration in quality of life. The purpose of this thesis was to chart the significance of therapist-assisted, internet-based cognitive behavioural therapy (ICBT) in treatment of panic disorder in adults. The aim was to provide current information for nursing students. The thesis can also be utilized by the nurses who already work in nursing professions.

The theoretical basis of the thesis was formed by defining the concepts of panic disorder, treatment of panic disorder, internet-based therapy and cognitive psychotherapy. The premise of processing internet-based therapy was online-therapy for panic disorder developed in The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The study questions were: which effects does internet-based therapy have in panic disorder? What is known about the effectiveness of internet-based therapy in panic disorder?

The principles of a systematic literature review were applied in the thesis. The study material was searched systematically. Seven native studies were selected and included in the thesis. The selected studies were of Australians and Europeans origin. So far there is a lack of Finnish studies available on the subject. The studies were analyzed by inductive content analysis, which provided answers to the study question. Based on the answers, the results were generated. The main results indicate that internet-based cognitive behavioural therapy was effective in reducing panic symptoms. It can be utilized to prevent the recurrence of symptoms, benefit or maintain functional ability and improve the quality of life. ICBT is cost-effective and effortlessly accessible regardless the regional location. All the participants in ICBT did not obtain relief for panic symptoms. Individuals with mild symptoms did not benefit at all or the benefits were very limited. However, they achieved improvement in ability of function and quality of life as well. The results of this thesis reflect earlier, international research results.

Therapist-assisted, cognitive behavioural internet-based therapy appears to be an effective method in panic disorder. The subject for further research could be a Finnish native study of ICBT for panic disorder focusing on charting the optimum quantity and quality of therapist-guidance. It would also be important to continue studying the effectiveness of ICBT in various symptoms in relation to the intensity of the symptoms.

Keywords: panic disorder, internet-based therapy, cognitive behavioural therapy, CBT

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Paniikkihäiriö	7
3	Kognitiivinen psykoterapia	9
4	Verkkoterapia ja paniikkihäiriö.....	11
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	13
6	Opinnäytetyön toteutus.....	13
	6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	13
	6.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta	14
	6.3 Aineiston analysointi.....	16
7	Tulokset.....	16
	7.1 Verkkoterapian vaikutukset	17
	7.2 Verkkoterapian tehokkuus.....	18
	7.3 Yhteenveto	19
8	Pohdinta	19
	8.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet	19
	8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	21
	8.3 Opinnäytetyöprosessi	22
	Liitteet.....	26

1 Johdanto

Paniikkihäiriö on ahdistushäiriö, johon sairastuu noin joka 30. suomalainen elämänsä aikana. Se on yleinen sairaus, joka aiheuttaa vakavaa elämänlaadun ja toiminta- ja työkyvyn heikkene- mistä. Hoitamattoman paniikkihäiriön seurauksia voivat olla alkoholin ja lääkkeiden väärin- käyttö, vaikeudet ihmissuhteissa ja toimeentulossa sekä kohonnut itsemurhariski. Usein jokin muu psykiatrinen häiriö esiintyy samanaikaisesti. Paniikkihäiriö on vaikea tunnistaa ja hoitaa huolimatta siitä, että ahdistushäiriöistä kärsivät hakeutuvat usein terveydenhuollon palvelui- hin. Runsaasti terveystalviteita käyttävistä noin 22 % kärsii paniikkihäiriöstä. Toipumisen en- nuste on kuitenkin hyvä, kun sairaus tunnistetaan ja hoito aloitetaan varhaisessa vaiheessa. (Tilli, Suominen & Karlsson 2008, 993, 995.)

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa ajankohtaista tietoa paniikkihäiriön verkkoterapian vaiku- tuksista ja vaikuttavuudesta hoitoalan ammattihenkilöiden sekä opiskelijoiden käyttöön. Ai- heesta on saatavilla useita ulkomaisia tutkimuksia. Tämän opinnäytetyön perustana ovat Aust- raliassa ja Euroopassa tehdyt tutkimukset. Aihetta on syytä edelleen tutkia. Aiheuttamansa inhimillisen kärsimyksen lisäksi hoitamaton tai alihoidettu paniikkihäiriö ja sen seuraukset tu- levat yhteiskunnalle kalliiksi lisääntyneenä terveystalviteiden käyttönä ja työkyvyttömyytenä. (Tilli ym. 2008, 993, 998).

Lieviin ja keskivaikeisiin paniikkihäiriön oireisiin on kehitetty kognitiiviseen käyttäytymistera- pian perustuva verkkoterapia, joka on todettu tehokkaaksi paniikkihäiriön hoidossa. Verkkote- rapian suomalainen versio on suunniteltu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä HUS:ssa. (Stenberg, Saiho, Pihlaja, Service, Joffe & Holi 2013, 9.) Terveystalvitehoito on kehitty- nyt entistä avohoitopainotteisemmaksi viime vuosikymmenten aikana. Palvelut eivät aina pysty vastaamaan hoidon tarpeeseen, jolloin Internet tarjoaa vaihtoehdon hoidon piiriin pääsemiseksi ja voi täydentää terveydenhuollon toimintamahdollisuuksia tai toimia perinteisen hoidon osana vaikuttavuuden tehostamiseksi.

Teknologian kehittyminen on avannut uusia mahdollisuuksia terveystalviteiden tarjoajille ja käyttäjille. Internetin käyttö on nuorten keskuudessa arkipäivää eikä enää vierasta iäkkääm- mällekään väestölle. Verrattuna perinteiseen kasvokkain tapahtuvaan hoitoon internet-pohjai- nen terapia on helposti saatavilla, nopeuttaa hoitoon pääsyä ja säästää kustannuksia (Holmberg & Kähkönen 2011, 697). Kaikki eivät myöskään halua olla terapeutin vastaanotolla tai eivät voi järjestää siihen aikaa. Verkkoterapia voi olla heille hyvä vaihtoehto (Goss & Anthony toim. 2008, 255-266). On huomioitava, että kaikilla ei ole tilaisuutta, kykyä tai tahtoa osallistua verk- kovälitteisiin hoitoihin. Mahdollisuus perinteisten hoitomenetelmien valintaan tulee säilyttää.

2 Paniikkihäiriö

Ahdistuneisuuden tunne on useimmille tuttu. Se on normaali tunnetila, jota esiintyy tavallisissa arkipäivän tilanteissa, jotka tuottavat huolta tavalla tai toisella. Levottomuus, jännitys, pelko ja myös paniikki tai kauhu liittyvät ahdistuneisuuteen. Ahdistuksen tunteesta on myös hyötyä tilanteissa, jotka ovat uhkaavia ja joissa se varoittaa ja suojelee vaaralta. Tavallinen, normaali ahdistus on ohimenevää. Ahdistushäiriöstä puhutaan, kun tunne ilmenee niin voimakkaana ja pitkäkestoisena, että siitä aiheutuu huomattavaa sosiaalista ja psyykkistä toimintakyvyn vajausta. (Koponen & Lepola 2015.)

Paniikkihäiriö on lääketieteessä yksi ahdistushäiriöiden muodoista. Esiintyvyys suomalaisessa väestössä on noin 2-4 %. Terveys 2000-tutkimuksen tulosten mukaan paniikkihäiriön esiintyvyys Suomessa 12 kuukauden ajanjaksolla oli 1,9 %. Ulkomaisissa tutkimuksissa elinikäinen esiintyvyys suomalaisilla on noin 3 % (Tilli, Suominen & Karlsson 2008, 993). Suomessa käytetään WHO:n kehittämää kansainvälistä tautiluokitusta ICD-10, jonka mukaan paniikkihäiriön lisäksi ahdistushäiriöihin kuuluvat sosiaalisten tilanteiden pelko, julkisten paikkojen pelko, yleistynyt ahdistushäiriö ja pakko-oireinen häiriö (THL 2015). Tässä opinnäytetyössä keskitytään paniikkihäiriön tarkasteluun.

Paniikkihäiriölle on luonteenomaista äkillinen ja odottamaton, voimakas ahdistuneisuus sekä toistuvat paniikkikohtaukset, jotka alkavat äkillisesti ja voimistuvat nopeasti, noin kymmenen minuutin kuluessa. Kohtaukset kestävät keskimäärin alle puoli tuntia ja menevät itsestään ohitse. Kuitenkin jopa useamman tunnin ajan kestävä kohtaaminen on mahdollinen. Kohtauksen aikana esiintyviä fyysisiä oireita ovat muun muassa sydämentykytys, hengenahdistus, tukehtumisen tunne, hikoilu, pahoinvointi, huimaus, pyörrytys, vatsavaivat, kuumotus tai vilunväreet. Niitä seuraavat psyykkiset oireet, kuten kuoleman pelko, epätodellinen olo tai pelko itsekontrollin menettämisestä ja sekoamisesta. Paniikkikohtauksen voi saada myös nukkuessa. Paniikkikohtausten uusiutumisen pelko aiheuttaa suurelle osalle paniikkihäiriötä sairastavista julkisten paikkojen pelkoa. Esimerkiksi bussissa matkustaminen tai kaupassa asiointi voi olla mahdollista. (Huttunen 2015.) Julkisten paikkojen pelosta l. agorafobiasta kärsivä välttelee paikkoja ja tilanteita, joista poistuminen on hankalaa tai kiusallista. (Stenberg ym. 2013, 18.)

Tilanteiden välttelyn ohella ilmenee turvakäyttäytymistä. Kaupassa käydessä turvakäyttäytyminen voi ilmetä siten, että tilanteesta pyritään selviytymään tiukasti ennalta laadittua ostoslistaa noudattaen ja tiettyä, tarkasti suunniteltua reittiä kulkien. (Kähkönen ym. 2015, 147.) Paniikkioireiden pelko estää spontaanin toiminnan ja henkilö voi esimerkiksi ajatella, että pienikin poikkeama reitiltä voi saada aikaan paniikkikohtauksen tai jotain pahaa tulee tapahtumaan. (Stenberg ym. 2013, 12.)

Yksittäisen paniikkikohtauksen saaminen ei vielä merkitse paniikkihäiriötä. Jotkut saavat vain yhden kohtauksen, toisilla niitä ilmenee useampia voimakkuudeltaan vaihdellen. Jos paniikki-kohtauksia esiintyy vähintään kaksi ja yhtä kohtausta seuraa ainakin kuukauden mittainen ajanjakso, jolloin kohtauksen uusiutumisen pelko on tuottanut henkilölle huolta, voidaan puhua paniikkihäiriöstä. Paniikkihäiriölle ominaiset toistuvat, pitkäkestoiset kohtaukset voivat olla voimakkaita ja pelottavia ja aiheuttavat kärsimystä ja toimintakyvyn rajoituksia useilla elämän alueilla. (Stenberg ym. 2013, 12.)

Yleisimmin paniikkihäiriö ilmenee varhaisessa aikuisiässä. Se voi alkaa myös murros- tai keski-iässä. Naisilla häiriötä esiintyy miehiä enemmän. Paniikkikohtausten syytä ja alkuperää ei täysin tunneta, mutta tiedetään, että stressi tai elämänmuutokset sekä traumaattiset kokemukset voivat laukaista paniikkikohtauksen. Myös perinnöllisillä tekijöillä saattaa olla merkitystä. Päihteiden käyttö, kahvi ja muut kofeiinipitoiset juomat lisäävät kohtausalttiutta. (Huttunen 2015.)

Paniikkihäiriön itsehoidossa keskeistä on vaikuttaa paniikkikohtauksen pelon aiheuttamaan välttelykäyttäytymiseen jokapäiväisessä elämässä. Läheisille kannattaa kertoa, jos sosiaaliset tilanteet, kaupat, liikennevälineet tai aukeat paikat aiheuttavat paniikinomaista pelkoa. Ymmärtävien läheisten tuella on helpompi opetella itsehallintaa ja päästä eroon tilanteiden välttelystä. Säännöllinen liikunta ja rentoutusharjoitukset voivat vähentää paniikkikohtauksia. Kofeiinipitoisia juomia ja päihteitä on syytä välttää. Itsehoitoryhmiin on mahdollista osallistua monilla paikkakunnilla ja itsehoito-oppaita on kirjoitettu useita. (Huttunen 2015.) Tukea voi saada samassa tilanteessa olevilta myös vertaisryhmistä.

Paniikkihäiriön tunnistaminen on haastavaa. Ennen kuin diagnoosi on tehty, on potilas tavallisesti käynyt useita kertoja lääkärin vastaanotolla. Monet sairaudet oireilevat paniikkihäiriön tapaan, muun muassa rinta- ja vatsakivut, hengenahdistus tai huimaus ovat tyypillisiä oireita useille sairauksille. Potilaalla voi paniikkihäiriön lisäksi olla jokin muu sairaus, joka vaikeuttaa diagnosointia. Paniikkihäiriödiagnoosi edellyttää, että voimakkaita ahdistuskohtauksia on esiintynyt ainakin kuukauden ajan. Kohtauksiin liittyvät oireet ovat olleet vakavia ja päihteiden käyttö kohtauksia selittävänä tekijänä on suljettu pois (Viikki & Leinonen 2015). Ahdistushäiriöihin voi myös liittyä samanaikainen masennus tai haitallista päihteiden käyttöä. Erään tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon paniikkihäiriötä sairastavista asiakkaista noin 70 %:lla on lisäksi jokin muu psykiatrinen häiriö, yleisimpänä masennus. (Tilli ym. 2008, 994.)

Lääkehoidon ja psykoterapian yhdistelmästä on saatu hyviä tuloksia. Viikin & Leinosen (2015) mukaan paniikkihäiriötä sairastavat perusterveydenhuollon potilaat, jotka saivat kognitiivista käyttäytymisterapiaa lääkehoidon lisäksi, kärsivät vähemmän ahdistuneisuudesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Verrattuna ainoastaan lääkehoitoa saaviin heillä oli vähemmän välttä-

miskäyttäytymistä. Usein lääkehoito tai psykoterapia tai niiden yhdistelmä on tarpeen kohtausten pelon ja toistumisen ehkäisemiseksi. Psykoterapioista kognitiivinen psykoterapia on ensisijainen vaihtoehto paniikkihäiriön hoidossa. (Huttunen 2015.) Terapia voidaan toteuttaa sekä yksilöllisesti että ryhmässä.

Paniikkihäiriön lääkehoidossa ovat ensisijaisia serotoniinin takaisinoton estäjät l. SSRI-masennuslääkkeet. Niitä ei ole tarkoitettu äkillisen paniikkikohtauksen välittömään oireiden lievitykseen, vaan vaikutuksen saamiseksi lääkettä tulee käyttää säännöllisesti. Jos muut lääkkeet eivät ole tehokkaita tai niillä on hankalia sivuvaikutuksia, voidaan käyttää moklobemidia. Moklobemidi on MAO-estäjiin l. monoamiinioksidaasiestäjiin kuuluva lääkeaine, jota käytetään myös masennuksen hoitoon. Sen käyttö yhdessä SSRI-estäjien kanssa on kielletty vaarallisten yhteisvaikutusten vuoksi. (Huttunen 2015.)

Bentsodiatsepiinilääkityksen säännöllinen, pitkäaikainen käyttö voi johtaa fyysisiin tai psyykkisiin riippuvuusoireisiin, jotka voivat vaikuttaa epäedullisesti paniikkihäiriön oireisiin ja hoitoon. Nopean vaikutuksensa vuoksi niitä voidaan kuitenkin käyttää äkillisten paniikkikohtausten hoidossa. Lisäksi bentsodiatsepiineja saatetaan käyttää yhdessä SSRI-lääkkeen kanssa lääkityksen aloitusvaiheessa, jolloin käyttö lopetetaan masennuslääkityksen alkaessa vaikuttaa keskimäärin 4-6 viikon kuluttua aloituksesta (Huttunen 2015). Alkoholia tai muita päihteitä käyttäville henkilöille bentsodiatsepiinit eivät sovi (Koponen & Lepola 2016).

3 Kognitiivinen psykoterapia

Noin 45-65 % perusterveydenhuollon paniikkihäiriötä sairastavista asiakkaista hyötyy erilaisista psykoterapioista, joista kognitiivinen käyttäytymisterapia (engl. cognitive behavioural therapy, CBT) näyttää olevan tehokkain. (Viikki & Leinonen 2015.)

Kognitiivisen psykoterapian tarkoitus on tutkia hyvinvointia rajoittavia ja haitallisia ajatustapoja sekä miten ne yhdistyvät ongelmallisiksi koettuihin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintatapoihin. Kognitiivisen psykoterapian kehityksen juuret ovat 1950-1960-luvulla, jolloin tieteiden aloilla alkoi syntyä uudenlaista ajattelua laajemminkin. Tärkeimpiin edelläkävijöihin kuuluvat yhdysvaltalaiset Aaron T. Beck ja Albert Ellis. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2015, 5, 21.)

Suomeen kognitiivinen psykoterapia on tullut 1960-luvulla. Ensimmäisen suomenkielisen alan oppikirjan nimeltään Käyttäytymisterapia julkaisi Antero Toskala v. 1969. Tärkeimmät alan koulutusorganisaatiot ovat Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry ja Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys ry (SKY ry). (Kähkönen ym. 2015, 35-36.)

Nykyisin kognitiivinen psykoterapia toimii yleiskäsitteenä useille teoreettisille malleille ja käytännön sovelluksille. Niillä on yhteinen, kognitiiviseen psykologiaan perustuva käsitteistö ja tie-

tyt työskentelyperiaatteet. Kognitiivisen terapian eri suuntauksille olennainen piirre on terapeutin ja asiakkaan välinen tasavertainen ja aktiivinen, vuorovaikutuksellinen yhteistyö. (Kähkönen ym. 2015,14).

Käsitteellistäminen on perusta, joka ohjaa hoitoa. Asiakkaan ongelmat käsitteellistetään ymmärrettävämpään muotoon, jolloin niiden muokkaus onnistuu toivotummin. Käsitteellistäminen tapahtuu kognitiivisen mallin mukaisesti. Asiakkaan uskomukset ja ajatusvinoumat kartoitetaan ja niitä pyritään muokkaamaan, koska usein ne lisäävät pahoinvointia ja ylläpitävät ongelmia. (Holmberg & Kähkönen, 2016.)

Kognitiiviseen psykoterapiaan sisältyy keskeisesti psykoedukatiivinen näkökulma. Asiakas saa tietoa terapian taustateorioista ja keskeisistä periaatteista. Hänelle opetetaan uskomusten, tunteiden, ajatusten, mielikuvien ja käyttäytymisen välinen yhteys. Terapian kuluessa tarkastellaan myös asiakkaan kehityshistoriaa pyrkimyksenä löytää tapahtumia, joiden avulla voidaan lisätä ymmärrystä nykyhetkessä ilmenevistä ongelmatilanteista ja niihin liittyvien voimakkaiden tunnereaktioiden merkityksistä. (Holmberg & Kähkönen, 2016.)

Yhteistyö terapeutin ja asiakkaan välillä on terapian lähtökohta ja jalusta, jolle työskentelyn tavoitteet rakentuvat. Kognitiivinen terapia pyrkii vaikuttamaan ongelmalliseen kokemukseen ja siinä on tietty rakenne ja vaiheet. Työskentelyssä käytetään suunnitelmallisia kysymyksiä, joiden avulla potilas voi tulla tietoiseksi ongelmallisen kokemuksensa sisällöstä ja merkityksistä. Kognitiivisten vinoumien tutkiminen mahdollistuu ja niille voi suunnitelmallisten kysymysten avulla löytyä vaihtoehtoisia ajattelutapoja. Terapiassa oleellisia ovat kotitehtävät, jotka tukevat itsenäiseen työskentelyyn terapeutin tapaamisten välillä ja vielä terapian loputtuakin. (Tamminen 2010, 75.)

Usein paniikkihäiriöstä kärsivä tulkitsee psyykkiset ja fyysiset oireet katastrofaalisina ja päätelee esimerkiksi sydämensä pysähtyvän tai menettävänsä järkensä. Paniikkikohtauksessa elimistö reagoi voimakkaasti ilman todellista vaaraa syystä, jota ei ole pystytty selvittämään. (Stenberg ym. 2013, 39). Paniikkihäiriön kognitiivisen hoidon tavoitteena on oireiden ja katastrofitulkintojen lievittäminen. Hoito voidaan jaotella kolmeen vaiheeseen, joita ovat käsitteellistäminen, johdatteluvaihe ja hoitovaihe. (Kähkönen ym. 2015, 148.)

Hoito alkaa käsitteellisämisellä, joka kohdentuu katastrofitulkintojen aiheuttamaan noidankehään ja välttämiskäyttäytymiseen, jota ylläpitää noidankehä. Yksittäisiä paniikkikohtauksia tutkimalla asiakas ja terapeutti pyrkivät löytämään noidankehän ja sitä ylläpitäviä tekijöitä. Johdatteluvaiheessa selitetään, miten ruumiin ja mielen tuntemusten katastrofitulkinnat vai-

kuttavat paniikin syntyyn. Tähän liittyy tiedon jakaminen adrenaliinin erittymisen voimistumisesta ja sympaattisen hermoston aktivoitumisesta, jotka aiheutuvat katastrofitulkinnoista. Paniikkikohtauksen oireet käydään läpi. (Kähkönen ym. 2015, 148.)

Hoitovaiheen kulmakivi on altistaminen. Se tarkoittaa ahdistuksen sietämisen opettelua, jolle edellytys on turvatoimista ja välttelystä luopuminen. (Kähkönen ym. 2015, 148.) Altistuksen on tutkittu olevan yksi tehokkaimmista keinoista ahdistuksen hoidossa. Paniikkihäiriön altistushoitoon kuuluu ahdistusta aiheuttavan tilanteen kohtaaminen ja suunnitelmallinen, asteittain tapahtuva ahdistuksen ja välttämiskäyttäytymisen vähentäminen siedättämällä fyysisille ja psyykkisille oireille vähitellen. (Stenberg ym. 2013, 60.) Ahdistukselle altistamista voisi periaatteessa verrata allergioissa käytettävään siedätyshoitoon, jossa allergian aiheuttajaan totutellaan vähän kerrallaan.

Hoitovaiheeseen sisältyvä suunnitelmallinen oirealtistus tarkoittaa paniikkihäiriön oireiden tahallista tuottamista erilaisten harjoitusten avulla. Oirealtistuksella tuotetaan kokemus siitä, että oireet eivät ole vaarallisia, vaikka ne tuntuvat epämiellyttäviltä. Riittävän useita kertoja toistetusta oirealtistuksesta seuraa, että elimistö tottuu fyysiseen oireeseen eikä se jatkossa aiheuta niin voimakasta pelkoa. Oireita tuotetaan, jonka jälkeen niitä siedetään, kunnes olo helpottuu. Jos sydämentykytys on pelkoa tuottava oire ja sen synnyttämä katastrofijätus sydänkohtaus ja kuolema, voidaan oirealtistus toteuttaa esimerkiksi juoksemalla reippaasti paikallaan, kunnes sydämensyke kiihtyy. (Stenberg ym. 2013, 64, 66.)

Marksin (2007, 222) mukaan altistushoito on muita hoitomuotoja vaikuttavampi paniikin hoidossa ja sen avulla saavutettu paraneminen pitkäkestoista. Mikäli potilaan vointi jossain vaiheessa heikkenee uudelleen, voi tilanne parantua lyhyelläkin altistusterapian kertaamisella.

4 Verkkoterapia ja paniikkihäiriö

Teknologian hyväksikäyttö hoitotahon ja asiakkaan välisessä yhteydenpidossa on monipuolistunut ja sen muodot laajentuneet Internetin myötä. Psykoterapian tietokoneistus tarkoittaa, että muunnetaan terapeutin erilaiset interventiot, kuten kognitiivis-behavioraaliset, opetukselliset ja ongelmanratkaisuun liittyvät väliintulot tietokonemuotoon. Tietokonevälitteisen psykoterapiaohjelman avulla kyetään ilmaisemaan myötätuntoa ja muita myönteisiä terapian elementtejä sekä toteuttamaan psykoterapeuttisia harjoituksia. Välitön vuorovaikutus ihmisten kesken ei ole välttämätöntä. (Goss & Anthony 2008, 202, 222.)

Paniikkihäiriön verkkoterapia perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, jonka on todettu aikaansaavan myönteisiä vaikutuksia ahdistushäiriöiden hoidossa. Suomessa sen kehittämisen on toteuttanut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS, nimikkeellä paniikkihäiriön net-

titerapia. Terapian ydintavoite on oppia tunnistamaan toiminnan ja ajatusten vaikutukset mielialoihin ja tunteisiin sekä ymmärtää tilanteiden välttelyn ylläpitävän oireilua tai voimistavan sitä. Haitallisia ajatus- ja käyttäytymismalleja pyritään muokkaamaan hoidon aikana. (Stenberg ym. 2013, 8, 11.) Kognitiivinen nettiterapia käynnistyi Mielenterveystalo-verkkosivustolla v. 2013.

Paniikkihäiriön nettiterapiassa on tarkoitus omaksua ja oppia käyttämään keinoja ahdistuksen hallintaan. Keinojen oppimisen tukena käytetään videoita, tekstejä, kuvia ja erilaisia tehtäviä. Koulutettu terapeutti toimii itsenäisen työskentelyn tukena ja on säännöllisesti yhteydessä asiakkaaseen sähköpostiviestein nettiterapiaohjelman kautta. Asiakas voi myös itse lähettää terapeutille kysymyksiä, joihin vastataan tietyn ajan kuluessa. Terapiaohjelmaan sisältyy 11 vaihetta, jotka käydään läpi terapeutin ohjauksessa. Vaiheet on yksityiskohtaisesti ohjeistettu. Kokonaisuudessaan hoito-ohjelma kestää keskimäärin 2-3 kuukautta. Nettiterapiaan hakeudutaan Suomessa julkisen tai yksityisen terveydenhuollon läheteellä, jonka pääsääntöisesti laatii lääkäri. Terapiaohjelmaa voi käyttää missä ja milloin tahansa, edellytyksenä toimiva internet-yhteys ja pankkitunnukset tai mobiilivarmenne. (Mielenterveystalo. Nettiterapiat. Luettu 2017.)

Nettiterapia alkaa asiakkaan pelkojen kartoituksella. Selvitetään, millaiset oireet aiheuttavat pelkoa, mitkä ovat katastrofiuskomukset ja millaista turva- ja välttämiskäyttäytymistä ilmenee. Oirepäiväkirjan sekä oirealtistus- ja ajatuspäiväkirjan pitäminen on keskeistä. Ajatusten muokkauksen avulla paniikkia aiheuttavat tilanteet pyritään tulkitsemaan toisella, vähemmän haitallisella tavalla. Harjoitusten avulla tutkitaan katastrofiajatusten toteutumisen todennäköisyyttä todellisuudessa. Samalla pyritään turva- ja välttämiskäyttäytymisen asteittaiseen vähenemiseen. Nettiterapiassa itsehavainnointi, hengitys- ja rentoutusharjoitukset, ajatusten uudelleen muokkaus, altistushoito ja psykoedukaatio muodostavat kognitiivisen käyttäytymisterapiaan perustuvan kokonaisuuden. (Mielenterveystalo. Nettiterapiat. Luettu 2017.) Joidenkin kognitiivisen käyttäytymisterapian asiantuntijoiden hoitomalliin rentoutus- ja hengitysharjoitukset eivät kuulu, vaan niiden ajatellaan olevan turva- ja välttelymenetelmiä ja estävän hoidossa edistymistä (Kähkönen ym. 2015, 149).

Nettiterapiassa opittujen taitojen ja ajatustapojen ylläpitämiseksi omatoimista harjoittelua ja ajatuspäiväkirjan pitoa on tarkoitus jatkaa terapian päätyttyä. Kertaamisen ja harjoittelun avulla tuetaan uusien selviytymiskeinojen ja ajatustapojen kehittymistä pysyviksi käytännöiksi. (Stenberg ym. 2013, 108-109.)

Joillekin ryhmille etäterapioiden on katsottu soveltuvan huonosti. Erityisesti itsemurha-alttiiden henkilöiden ajatellaan tarvitsevan tukevampaa apua, kuin etäterapioiden puitteissa on

mahdollista tarjota. Henkilökohtainen väliintulo voi todennäköisemmin estää itsensä vahingoittamisen. (Goss & Anthony, 2008, 264.) Verkkoterapiassa terapeutti ei esimerkiksi voi havainnoida kehonkieltä, joka voisi auttaa itsemurhavaaran tunnistamisessa silloin, kun sitä ei sanallisesti ilmaista.

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa verkkoterapian toimivuutta paniikkihäiriön hoidossa. Tavoitteena on ajankohtaisen tiedon tuottaminen terveydenhuoltoalan opiskelijoille ja ammattihenkilöille.

Tutkimuskysymykset:

Millaisia vaikutuksia paniikkihäiriön verkkoterapialla on?

Mitä paniikkihäiriön verkkoterapian vaikuttavuudesta tiedetään?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka avulla pyritään järjestelmällisesti löytämään aiemmin julkaistua tutkimustietoa, analysoimaan ja yhdistelemään sitä sekä tarkastelemaan tiedon laatua. Perustana on huolellisesti muotoiltu tutkimuskysymys, johon etsitään vastausta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 13-14.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsaus aloitetaan laatimalla tarkka tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa asetetaan tutkimuskysymykset, joiden tehtävä on rajata sitä, mihin haetaan vastausta. Yksityiskohtainen tutkimussuunnitelma kuljettaa tutkimusprosessia eteenpäin ja vähentää systemaattista harhaa. Suunnitelmassa täsmennetään alkuperäistutkimusten valintaa ohjaavat menetelmät ja strategiat sekä sisäänottokriteerit. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Sisäänotto- ja poissulkukriteerit auttavat katsausta pysymään siinä aihepiirissä, mihin sen on suunniteltu kohdistuvan (Stolt ym. 2016, 26).

Valittujen tutkimusten laadun arviointi sisältyy systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Mahdollisimman korkealaatuiset tutkimukset lisäävät kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Laadun arvioinnissa kiinnitetään määriteltyjen laatukriteereiden mukaan huomio tutkimuksissa käytettyjen menetelmien tasoon, sovellettavuuteen ja käyttöön määriteltyjen laatukriteereiden mukaan. (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 42.) Tässä opinnäytetyössä valittujen tutkimusten laadun arviointia ei tehdä.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on vähintään kaksi tutkijaa. Yhden tutkijan katsausta kutsutaan systemoiduksi katsaukseksi. Tutkimusprosessi eroaa systemaattisesta aineiston arvioinnin, analyysin ja synteessin osalta, jotka eivät ole yhtä johdonmukaisia ja kattavia. Aineiston haku toteutetaan samalla tavalla molemmissa katsaustyypeissä, mutta systemoidussa katsauksessa se saattaa kohdistua vain yhteen tietokantaan (Stolt ym. 2016, 14.) Tässä opinnäytetyössä on yksi tutkija. Aineiston haussa pyrittiin noudattamaan systemaattista kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyöhön valittavan aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit taulukossa 1.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkelit on julkaistu v. 2007-2017.	Ennen vuotta 2007 julkaistut artikkelit.
Artikkelit käsittelevät paniikkihäiriön verkkoterapiaa.	Muita mielenterveyshäiriöitä kuin paniikkihäiriön verkkoterapiaa käsittelevät artikkelit.
Aikuisten hoitoon keskittyneet julkaisut.	Lapsiin ja nuoriin keskittyneet artikkelit.
Sana paniikkihäiriö tai paniikki on mainittu julkaisun otsikossa.	Otsikkoon ei sisälly sanaa paniikkihäiriö tai paniikki.
Suomen- ja englanninkieliset julkaisut.	Muut kuin suomen- ja englanninkieliset julkaisut.
Maksuttomat artikkelit.	Maksulliset artikkelit.
Koko teksti saatavilla.	Koko tekstiä ei saatavilla.

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

6.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Usein systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valitaan ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia. Päämääränä on löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaavat julkaisut. Sähköisissä tietokannoissa tehtyjen hakujen lisäksi on aiheellista tehdä manuaalinen tiedonhaku mahdollisimman kattavan tutkimukseen soveltuvan aineiston löytämiseksi. (Stolt ym. 2016, 25.)

Julkaistut tutkimukset ovat läpikäyneet vertaisarviointimenettelyn, jonka ajatellaan lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. Tämä tukee pelkästään julkaistun aineiston valitsemista tutkimukseen. Julkaisemattoman kirjallisuuden poissulkeminen saattaa kuitenkin jättää sopivaa aineistoa ulkopuolelle, jota voidaan pitää tutkimuksen puutteena. (Stolt ym. 2016, 26.)

Opinnäytetyön tutkimusaineiston haussa käytettiin Laurea-ammattikorkeakoulun käytettävissä olevia sähköisiä tietokantoja Cochrane Library, Ebscohost ja Medic. Haku aloitettiin Cochrane-tietokannasta, joka sisältää näyttöön perustuvia systemoituja katsauksia hoitomenetelmien vai-

kuttavuudesta. Hakusanoilla internet-/web-based therapy/treatment saatua laajaa osumamäärää lähdettiin rajaamaan lisäämällä hakukenttään panic disorder. Saatiin 26 osumaa, joista valittiin lähemmän tarkastelun jälkeen mukaan 5 kriteerit täyttävää katsausta. Haku Ebscosta, joka sisältää hoitoalan kokotekstejä ja viitetietoja hoitoalan lehtien artikkeleihin, tuotti 2 osumaa, jotka karsittiin aineistosta päällekkäisyyden vuoksi. Helsingin yliopiston Meilahden kampuskirjaston Medic-tietokanta sisältää terveystieteiden kokotekstejä ja artikkeliviitteitä. 40 osumasta poimittiin 2 artikkelia, joista tutustumisen jälkeen valittiin 1 sisäänottokriteerit osittain täyttävä artikkeli. Koko tekstin perusteella artikkeli päätettiin sulkea pois opinnäytetyöstä, koska sisältö ei vastannut tutkimuskysymykseen riittävän täsmällisesti. Internetissä vapaasti käytettävissä olevan PubMed-tietokannan 19:stä osumasta suurin osa osoittautui päällekkäisiksi aiemmin saatujen osumien kanssa. Niistä valittiin 1 julkaisu otsikon perusteella. PubMed sisältää lääketieteellisiä kokotekstejä ja viitetietokantoja.

Ensimmäiseksi haut tehtiin kaikissa tietokannoissa hakusanoilla internet-/web-based therapy/treatment, jolloin saatiin runsaasti osumia, joita pikaisen tarkastelun jälkeen ryhdyttiin rajaamaan käyttämällä hakusanaparia internet-based therapy/treatment (OR web-based therapy/treatment) ja panic disorder.

Google Scholar-hakupalvelu tuotti useita tuhansia osumia, joita sitaattien käytöllä saatiin merkittävästi supistettua. Osumista valittiin satunnaisesti 2 sisäänottokriteereihin vastaavaa artikkelia. Toinen hylättiin myöhemmin luettaessa havaitun päällekkäisyyden vuoksi. Manuaalinen haku käsitti opinnäytetyöhön valittujen ja muiden aineiston haun aikana käsiteltyjen julkaisujen lähdeluetteloiden havainnointia. Pikainen tarkastelu osoitti päällekkäisyyttä jo saatuihin osumiin nähden tai sisäänottokriteerit eivät täytyneet. Lisäksi opinnäytetyön aikaresurssi huomioiden päädyttiin sulkemaan pois useimmat julkaisut. Haut eri tietokannoissa toistettiin useita kertoja. Julkaisut luettiin läpi ennen lopullista valintaa. Hakutulokset on esitetty taulukossa 2.

Tietokanta	Hakutulokset	Otsikko	Tiivistelmä	Koko teksti
Cochrane	26	12	6	5
Ebscohost	2	0	0	0
Medic	40	2	1	0
PubMed	19	1	1	1
Google Scholar	5820/256	2	1	1
Manuaalinen haku		0	0	0

Taulukko 2: Tiedonhaku tietokannoittain

Opinnäytetyöhön valittiin 7 tutkimusta: 5 satunnaistettua vertailukoetta, 1 kontrolloitu kohorttitutkimus ja 1 kaksiosainen tutkimus, johon sisältyi satunnaistettu vertailukoe ja satunnaistamaton kontrolloitu tutkimus. Kaikki julkaisut olivat englanninkielisiä. Tutkimuksista 1 oli tanskalainen, 1 ruotsalainen, 2 alankomaalaista ja 3 australialaista. Kaikissa tutkimuksissa paniikkihäiriön verkkoterapia pohjautui kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, josta käytetään lyhennettä ICBT (Internet cognitive behavioural therapy).

6.3 Aineiston analysointi

Valittujen tutkimusten tuloksista tehdään valitun analyysimenetelmän avulla yhteenveto ja päätelmät. Aineisto järjestetään, luokitellaan ja siitä etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja. Aineistosta nousseet tulokset tulkitaan ja selostetaan niin, että niistä muodostuu kokonaisuus eli synteesi. Osa analysointia on selonteko tutkimusten sisällöstä. (Stolt ym. 2016, 30.) Yhteenveto tähän työhön valituista julkaisuista on esitetty liitteessä 1.

Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka mahdollistaa aineiston systemaattisen ja objektiivisen tarkastelun. Sisällönanalyysissä voidaan edetä joko deduktiivisesti, jolloin lähtökohtana on jokin aiemmin kehitetty järjestelmä tai induktiivisesti l. aineistolähtöisesti. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5.)

Aineistolähtöisessä l. induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto aluksi pelkistetään, jolloin sisällöstä merkitään tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Pelkistetyistä aineistosta ryhmitellään ja yhdistetään samaa tarkoittavat ilmaisut omiksi kategorioikseen. Kategoriat nimetään sisältöä valaisevasti. Saman sisältöiset kategoriat yhdistetään edelleen toisiinsa yläkategorioiksi, jotka nimetään. Analyysi etenee abstrahoinnilla eli käsitteellistämällä, jonka tarkoitus on muodostaa tutkittavaa ilmiötä luonnehtivia yleiskäsitteitä. (Kynäs & Vanhanen 1999, 4-6.)

Opinnäytetyön aineisto käsiteltiin induktiivista sisällönanalyysiä mukaillen. Tutkimukset luettiin läpi useasti ja ne suomennettiin. Seuraavaksi etsittiin tutkimuskysymykseen vastaavia ilmauksia ja ne alleviivattiin. Alkuperäisilmaukset kerättiin sisällönanalyysitaulukkoon Microsoft Word-tekstinkäsittelyohjelmalla kirjoittaen. Ilmaukset pelkistettiin ja samankaltaiset ryhmiteltiin alakategorioiksi. Huomioitiin eriävät ilmaukset. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä saadut kategoriat yläkategorioiksi. Lopuksi muodostettiin yhdistävä kategoria. Näyte pelkistyksestä on koostettu liitteeseen 2.

7 Tulokset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset perustuvat Australiassa ja Euroopassa tehtyihin tutkimuksiin. Paniikkihäiriön verkkoterapiasta ei ole saatavilla suomalaista alkuperäistutkimusta.

Analysoidut tutkimukset käsittelivät ICBT:n vaikutuksia ja vaikuttavuutta paniikkihäiriön hoidossa. Eri maissa käytetyt verkkoterapia-muunnelmat, kuten Don't Panic Online, Panic Program, Fear Fighter ja This Way Up, erosivat toisistaan hieman esimerkiksi ohjauksen määrän ja ohjelman keston suhteen. Pääasiassa ohjaus tapahtui sähköpostin välityksellä, yhdessä tutkimuksessa puhelimitse. Tutkittavien rekrytointi toteutettiin useimmissa tutkimuksissa ilmoittamalla Internetissä ja lehti-ilmoituksin sekä päivälehdissä että mielenterveyden alan sivustoilla. Kahdessa tutkimuksessa kohdejoukkona olivat tietynä ajanjaksona ICBT:n läpikäyneet henkilöt. Vertailukokeissa kontrolliryhmänä käytettiin hoitopäätystä jonottavien ryhmää tai perinteisessä kasvotusten tapahtuvassa terapiassa käyvien ryhmää. Yhdessä tutkimuksessa ryhmät koottiin hoitoon jonottajista, joista koeryhmä sai pääsyn ohjattuun ICBT-ohjelmaan. Tutkimusaineisto kerättiin pääasiassa verkkovälitteisesti, lisäksi toteutettiin verkko- tai puhelinhaastatteluja tai osallistujia haastateltiin henkilökohtaisella tapaamisella. Mittareina käytettiin kyselyitä ja testilomakkeita, joiden avulla selvitettiin muun muassa paniikkioireistoon ja paniikkihäiriöön liittyvien samanaikaisten oireiden tasoa ja ilmenemistä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Paniikkihäiriön oireita ja ahdistuneisuutta mittaamaan on kehitetty erilaisia testejä. Tähän opinnäytetyöhön on liitetty ahdistuksen seulonnan avuksi tarkoitettu BAI-ahdistuskysely (Beck Anxiety Inventory), liite 3.

7.1 Verkkoterapian vaikutukset

Analysoitujen tutkimusten tulokset osoittivat kognitiivis-behavioraalisen verkkoterapian auttavan aikaansaamaan myönteisiä vaikutuksia. ICBT-ohjelman läpikäyneillä paniikkikohtaukset ilmenivät lievempinä ja lyhytkestoisempina ja niiden esiintymistiheys pieneni. Useissa tutkimuksissa paniikkioireiden todettiin vähentyneen merkittävästi ja ne koettiin vähemmän haittaavina. Ruwaardin, Broegstegin, Schriekenin, Emmelkampin & Langen (2010) mukaan kolmen vuoden seurannassa paniikkikohtausten määrä puolittui ICBT-ryhmässä huomattavasti todennäköisemmin kuin kontrolliryhmässä ja pelkoa aiheuttavia ruumiillisia tuntemuksia esiintyi merkittävästi vähemmän. Myös Allenin ym. (2016) ja Hedmanin ym. (2013) tutkimukset osoittivat ICBT:n auttaneen vähentämään paniikkihäiriön haittoja pitkäkestoisesti tai pysyvästi. Joillakin paniikkihäiriön diagnostiset kriteerit eivät ICBT:n jälkeen enää täyttyneet.

ICBT:n myös raportoitiin ylläpitävän tai parantavan toimintakykyä. Välttelykäyttäytyminen väheni ja päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen helpottui. Paniikkihäiriöön liittyvä psykologinen stressi, ahdistuneisuus ja hermostuneisuus vähenivät. Julkisten paikkojen pelko lievenyi ja toimintaympäristön hallinta parani. Yksilötasolla ilmoitettiin huomattavaa edistystä toimintakyvyssä. Wimsin, Titovin, Andrews & Choin (2010) tutkimuksessa yksi tutkittavista esimerkiksi raportoi asioineensa kaupassa ensimmäistä kertaa vuosiin, toinen käyneensä kahvilassa. Wims ym. (2010) mainitsivat yhdellä tutkittavalla paniikkikohtausten voimistuneen ja niiden määrän lisääntyneen. Tämän arveltiin johtuvan aktiivisuuden lisääntymisestä ja välttelykäyttäytymisen vähenemisestä.

Van Ballegooijenin ym. (2013) tutkimus kohdistui ICBT:n tehokkuuteen lievemmissä paniikkioireissa normaaliväestöllä. Mathiasen, Riper, Ehlers, Valentin ja Rosenberg (2016) kokosivat sekä ICBT-ryhmän että kontrolliryhmän ahdistushäiriöihin erikoistuneelle klinikalle jonottavista henkilöistä, joilla oli diagnosoitu paniikkihäiriö. Kummassakaan tutkimuksessa ei ICBT:n hyödyllisyyttä paniikkioireistolle voitu luotettavasti todeta. Sen sijaan raportoitiin elämänlaadun ja koetun yleisen terveydentilan kohenemista (Mathiasen ym. 2015) ja eriasteisia hyötyjä ahdistuneisuus- ja masennusoireistossa (van Ballegooijen ym. 2013). Masennusoireiden merkittävää vähenemistä ja mielialan paranemista havaittiin valtaosassa tutkimuksia.

7.2 Verkkoterapian tehokkuus

Kiropoulosin ym. (2008) tutkimuksessa ohjattu ICBT näytti olevan yhtä tehokas kuin kasvokkain tapahtuva terapia. Tulokset olivat vertailukelpoisia sekä paniikkikohtausten määrän, ahdistuneisuuden ja stressin, ruumiillisten oireiden ja katastrofiajatuksen että toimintakyvyn ja elämänlaadun osalta. Kummankin hoitomuodon avulla saavutettiin merkittävää edistystä. ICBT todettiin useissa tutkimuksissa yhtä tehokkaaksi kuin kasvokkain-terapia (Allen ym. 2016, Hedman ym. 2013, Kiropoulos ym. 2008), Allenin ym. mukaan sekä yksilö- että ryhmäterapien osalta.

Vuorovaikutusta terapeutin kanssa ei koettu yhtä tyydyttävänä ICBT:ssä kuin kasvokkain-terapiassa eikä hoito-ohjelmaa noudatettu yhtä perusteellisesti. Hoidon luotettavuus ja tyytyväisyys hoitoon arvioitiin yhtäläisiksi kasvokkain tapahtuvan terapian kanssa. Keskeyttäneiden lukumäärät eivät eronneet toisistaan hoitomuotojen välillä. (Kiropoulos ym. 2008). Terapeutin ohjauksen määrän todettiin useissa tutkimuksissa vaikuttavan hoidon tehoon. ICBT näytti olevan sitä tehokkaampaa ja hoitoon kiinnittyminen parempaa, mitä enemmän aikaa ohjaukseen käytettiin (Kiropoulos ym. 2008, Ruwaard ym. 2010). Vähäistä ohjausta saaneiden ICBT-ryhmissä keskeytyksiä oli enemmän ja ohjelman loppuun suorittaneita vähän (Mathiasen ym. 2015, van Ballegooijen ym. 2013).

Tutkimuksissa toistui verkkoterapian hyvä saatavuus ja kustannustehokkuus. ICBT:n avulla voidaan saavuttaa suuret määrät avun tarvitsijoita helposti ja edullisesti verrattuna perinteisiin hoitoihin. Paniikkihäiriön ennustetta parantaa varhainen hoidon aloittaminen, mutta kasvotusten tapahtuvaan terapiaan pääsyä joutuu kuitenkin usein jonottamaan pitkään. ICBT voi toimia hoitoon orientoivana ja sen avulla saatetaan välttää voinnin heikkeneminen jonotusaikana, vaikka tavoitteena olisi perinteiseen hoitoon pääsy (Wims ym. 2010). Paniikkihäiriön verkkoterapian avulla voidaan myös ehkäistä voinnin huonontuminen tai oireiden uusiutuminen heillä, jotka ovat jo läpikäyneet hoidon ja hyötäneet siitä (Hedman ym. 2013).

Huono sitoutuminen vähentää ICBT:n tehokkuutta ja lisää kustannuksia. Ohjauksen lisäksi tehokkuuteen ja sitoutumiseen saattavat vaikuttaa paniikkioireiden vakavuusaste ja stressin

määrä alkutilanteessa sekä yhteys, jossa hoitoa tarjotaan (Allen ym. 2016). Muu samanaikainen hoito, kuten kasvokkain tapahtuva terapia tai lääkehoito, saattavat myös vaikuttaa ICBT:n tehokkuuteen (van Ballegooijen ym. 2013).

Kahdessa analysoidussa katsauksessa ICBT vaikutti edistävän elämänlaatua ja toimintakykyä, sen sijaan osallistuneiden paniikkioireisiin se ei näyttänyt merkittävästi tehoavan (van Ballegooijen ym. 2013, Mathiasen ym. 2016).

7.3 Yhteenveto

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kognitiivis-behavioraalinen verkkoterapia vähentää merkittävästi paniikkihäiriön oireita ja samanaikaisia liitännäisoireita sekä parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä, myös pitkäkestoisesti. Tehokuudeltaan on verrattavissa perinteiseen kasvotusten tapahtuvaan hoitoon. Se on kustannustehokas ja helposti saatavilla. Kaikki paniikkioireista kärsivät eivät kuitenkaan hyödy verkkoterapiasta.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön tulokset muodostuivat induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Ne mukailevat aiempaa tutkimustietoa, josta tulee esiin, että verkkoterapian avulla voidaan saavuttaa tehokkaasti merkittäviä hyötyjä paniikkihäiriön hoidossa. Verkkoterapian avulla voidaan vähentää tehokkaasti paniikkihäiriön oireita tai jopa poistaa ne kokonaan, ylläpitää jo saavutettu hoitotulos tai ehkäistä oireiden uusiutuminen. Paitsi yksilölle, paniikkihäiriön verkkoterapia on tehokas hoitomuoto myös yhteiskunnallisesti. Se on edullista ja saavuttaa myös henkilöt, jotka eivät voi osallistua perinteiseen kasvokkain-hoitoon esimerkiksi virka-aikojen sopimattomuuden, palveluiden heikon maantieteellisen saatavuuden tai yksilön liikkumisen rajoitteiden vuoksi. Mielenterveyden häiriöihin edelleen liittyvä huoli leimautumisesta saattaa vähentyä verkkoterapian yleistyessä ja tarjonnan laajentuessa. Analysoitujen katsausten perusteella voitiin päätellä, että paniikkihäiriön verkkoterapian avulla saavutetaan hyötyjä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon ohjauksessa. Nettiterapian laajentaminen perusterveydenhuoltoon voidaan nähdä suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuuden haasteena.

Lieviin paniikkioireisiin ei ICBT:llä havaittu olevan vaikutusta. Kyseisen tutkimuksen tekijät arvelivat tulokseen saattaneen vaikuttaa, että osallistujat saivat halutessaan käyttää samanaikaisesti lääkitystä ja muita hoitomuotoja rajoituksetta. Lisäksi mainittiin ohjauksen vähäisyys, useat keskeytykset ja hoidon jälkeiseen kyselyyn vastaamattomuus. Olennaista hyötyä paniikkioireisiin ei voitu todentaa myöskään tutkimuksessa, jossa osallistujat jonottivat hoitoon-

pääsyä ahdistuneisuuteen erikoistuneelle klinikalle nimenomaan kasvotusten tapahtuvaan psykoterapiaan. Odotus perinteisestä hoidosta saattoi tukijoiden mukaan vaikuttaa ICBT:hen kiinnittymiseen ja tutkimuksen tuloksiin.

Heikko sitoutuminen vähentää ICBT:n tehokkuutta ja lisää kustannuksia. Käytetyn verkkoterapia-sovelluksen sisältämällä ohjauksella ja samanaikaisella muulla hoidolla saattaa olla merkitystä vaikuttavuuteen ja sitoutumiseen. Myös paniikkihäiriön oireiden vakavuusaste ja stressin häiritsevyys alkutilanteessa sekä yhteys, jossa hoitoa tarjotaan, voivat vaikuttaa sitoutumiseen ja hoidon tulokseen (Allen ym. 2016). Voidaan ajatella, että vakavat paniikkioireet saattavat hoidon aikana aktivoituessaan johtaa keskeyttämiseen. Lievät oireet puolestaan eivät ehkä aina tuota niin suurta haittaa, että motivaatio ICBT:n läpikäymiseen kokonaan säilyisi. Olisi kiinnostavaa saada tutkimustietoa myös HUS:n keskivaikeisiin ja lieviin oireisiin kehitettyyn paniikkihäiriön nettiterapia-sovellukseen osallistuneiden kokemuksista.

Verkkoterapia vaikuttaa vaativan erityistä aktiivisuutta, aloitteellisuutta sekä vastuunottoa omasta hoidostaan. Välitön vuorovaikutus terapeutin kanssa lienee edelleen useille tärkeää kaikissa ikäryhmissä. Lisäksi monille teknologian käyttö on merkittävä ja vaativa osa työelämää, eikä syvällinen uusiin järjestelmiin paneutuminen työn ulkopuolella välttämättä tunnu mielekkäältä. Opinnäytetyön tekijälle jonkin verran yllättävä oli havainto, ettei hoidon keskeyttäminen ollut ICBT:ssa yleisempää kuin kasvokkain tapahtuvassa terapiassa.

Analysoitujen katsausten perusteella voi päätellä, että paniikkihäiriön verkkoterapian avulla voidaan saavuttaa hyötyjä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon ohjauksessa. Joissain katsauksissa tuotiin esiin seurannan puuttuminen tuloksiin mahdollisesti vaikuttaneena tekijänä. Yksi tutkimuksista toteutettiin satunnaistamattomana vertailukokeena eikä kontrolliryhmää ollut. Kaikissa katsauksissa tutkijat mainitsivat pienen otoskoon ja suuren keskeyttäneiden määrän ehkä vaikuttaneen tuloksiin.

Tarkastellut katsaukset olivat australialaisia ja eurooppalaisia ja tulokset ovat sovellettavissa Suomeen. Tuloksia hyödynnettäessä on hyvä pitää mielessä kulttuuristen erojen mahdollinen merkitys. Olennaisena voidaan pitää sen selvittämistä, ketkä ICBT:sta eniten hyötyvät ja keitä siihen kannattaa ohjata. Tutkimusta ICBT:n vaikuttavuudesta suhteessa paniikkioireiden voimakkuuteen tarvitaan lisää. Jatkotutkimushaasteena voisi olla suomalainen alkuperäistutkimus aiheesta. Terapeutin ohjauksen määrän ja laadun vaikutusta sitoutumiseen ja hoidon onnistumiseen tulisi myös edelleen tutkia.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yksi luotettavimpia tutkimusmenetelmiä aiemman tiedon jäsentämisessä ja yhdistelyssä. Sen avulla voidaan tehdä päteviä yleistyksiä aiemmasta tutkimustiedosta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.) Sisällönanalyysiä käytetään yleisesti

hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston systemaattisessa ja puolueettomassa analysoinnissa. Sen avulla pyritään järjestämään, kuvailemaan ja käsitteellistämään tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden soveltaminen osoittautui tässä opinnäytetyössä toimivaksi tutkimusmenetelmäksi. Induktiivisen sisällönanalyysin käyttö tuntui luonteelta tutkimuskysymyksiin vastauksia haettaessa.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi on osa tutkimusta. Kaikista tutkimuksen vaiheista tulee tehdä selkoa mahdollisimman täsmällisesti ja totuudenmukaisesti. Käytetyllä tutkimusmenetelmällä tulee saada vastaukset niihin kysymyksiin, mihin vastauksia haetaan. Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu, että mittaustulokset ovat toistettavissa ja sattumanvaraisilta tuloksilta vältytään. Kahden tai useamman tutkijan osallistuminen tutkimuksen toteuttamiseen parantaa luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231-233.) Opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Aineiston hankinnan ja sisällönanalyysin vaiheet on selostettu ja näyte pelkistyksestä liitetty mukaan työhön. Tulokset on kerrottu totuudenmukaisesti ja tutkimus on toistettavissa. Vilkan (2015, 197) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettua tutkimusta ei kuitenkaan voida ainutkertaisuutensa vuoksi täydellisesti ja kokonaisuudessaan toistaa.

Subjektiiivisen valikoitumisharhan ehkäisemiseksi tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäis- tutkimukset valikoidaan mahdollisimman täsmällisesti. Edellytyksenä on sisäänottokriteerien huolellinen rajaaminen. Valikoitumisharhaa pienentää vähintään kahden tutkijan itsenäinen aineiston valinta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.) Myös systemaattinen kieli- ja julkaisuharha tulee ottaa huomioon. Kieliharha tarkoittaa sitä, että aineiston haun rajaaminen tiettyyn kieleen saattaa jättää olennaisia alkuperäistutkimuksia haun ulkopuolelle. Julkaisemattomien alkuperäistutkimusten poissulkeminen puolestaan vaikuttaa julkaisuharhan syntymiseen. Kaiken tutkimuskysymyksen kannalta asianmukaisen materiaalin löytäminen edellyttää elektronisen haun lisäksi manuaalista hakua julkaisemattomista lähteistä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.) Tässä työssä sisäänottokriteerit on tarkasti määritelty. Aineistoa haettiin myös manuaalisesti. Aineiston haussa ei käytetty informaattikkoa. Informaatikon ammattitaidon avulla tiedonhausta tulee mahdollisimman kattava (Johansson ym. 2007, 55.) Työn luotettavuutta saattaa heikentää vain suomen- ja englanninkielisiin julkaisuihin kohdistunut tutkimusaineiston haku. Lisäksi julkaisujen maksuttomuus yhtenä sisäänottokriteerinä on voinut sulkea pois sopivaa aineistoa.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimusten laadun arviointi tähtää tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseen ja siinä määritellään, minkä tasoisia valikoitavien tutkimusten tulee vähintään olla. Laadun arvioinnissa olennaista on tutkimusten tuottaman tiedon luotettavuuden tarkastelu, jonka avuksi on kehitetty erilaisia standardoituja menetelmiä. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 101-102.) Tässä opinnäytetyössä ei tehty laadun arviointia.

Toisaalta mukaan valitut alkuperäistutkimukset ovat vertaisarvioinnin läpikäyneitä, mikä parantaa niiden luotettavuutta (Stolt ym. 2016, 26) ja välillisesti myös tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Myös teoriaosuuden lähdeaineistoon on valittu luotettavia, alan asiantuntijoiden julkaisuja.

Eettisessä ja luotettavassa tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä on noudatettava rehellisyyttä, avoimuutta, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa käytetään eettisiä, tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä menetelmiä. Muiden tutkijoiden julkaisuihin viitataan asianmukaisesti ja heidän tekemäänsä työtä arvostaen. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaus tarkoittaa vilpillisyyttä ja piittaamattomuutta tieteellisessä toiminnassa. Vilppiä ovat tekaistujen havaintojen tai tulosten esittäminen, havaintojen vääristely, plagiointi tai anastaminen. Epäasiallinen viittaaminen aiempiin tutkimustuloksiin, huolimaton raportointi tai muiden tutkijoiden osuuden vähättely sisältyy piittaamattomuuteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

Tämän opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Laurea-ammattikorkeakoulun tarjoamaa opinnäytetyön ohjausta on hyödynnetty. Luotettavuutta heikentävät analysoitavien katsausten suppea otos sekä yksi tekijä kaikissa vaiheissa.

8.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aihe valittiin niin, että tekijän omat emootiot vaikuttaisivat työn puolueettomuuteen mahdollisimman vähän. Kyky asioiden objektiiviseen ja kriittiseen tarkasteluun heikentyy, jos tutkija suhtautuu aiheeseen hyvin tunnepohjaisesti ja sitoutuneesti (Hirsjärvi ym. 2009, 80). Kiinnostus valittuun aiheeseen syntyi työelämän kokemuksista. Kirjallisuuskatsaus valittiin tutkimusmenetelmäksi oletuksella, että opinnäytetyö edistyy suunnitellussa aikataulussa parhaiten sen avulla.

Ajankäytön kannalta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaativin vaihe on tiivistelmien lukeminen. (Johansson ym. 2007, 55.) Opinnäytetyön tekijältä sitäkin enemmän aikaa vei systemaattinen tutkimusaineiston haku, joka toistettiin useita kertoja. Tiivistelmien perusteella aineisto rajattiin tutkimuskysymyksiin vastaavaksi. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit ohjasivat rajaamista. Tutkimusten kääntäminen englannista suomeksi edellytti erityistä paneutumista ja siitä suoriutuminen oli palkitsevaa.

Teoriaperustan lähteet valikoituivat pääasiassa Laurea Finna-, Terveysportti-, Helmet- ja Google-tiedonhakupalveluista. Joitain asianmukaisia lähdeoteoksia jätettiin pois, koska riittävän uutta painosta ollut tekijän saatavilla.

Opinnäytetyö toteutettiin melko nopeasti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä soveltui varsin hyvin tiiviiseen aikatauluun ja sopi tottumattomankin tutkijan käyttöön. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli tarpeellinen ja edisti valmiuksia tutkimustiedon hyväksikäyttöön sairaanhoitajan ammatissa ja muilla elämänalueilla.

Lähteet

Sähköiset:

Huttunen, M. 2015. Paniikkikohtaus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 30.1.2017. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00405&p_hakusana=paniikkikohtaus

Huttunen, M. 2015. Paniikkihäiriön lääkehoito. Luettu 30.1.2017. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00064&p_hakusana=paniikkih%C3%A4iri%C3%B6n%20l%C3%A4%C3%A4kehoito

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2011. Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. Katsausartikkeli. Luettu 1.2.2017. Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo99452.pdf>

Koponen, H. & Lepola, U. 2016. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Luettu 30.1.2017. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00025&p_haku=paniikkih%C3%A4iri%C3%B6

Viikki, M. & Leinonen, E. 2015. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Katsausartikkeli. Duodecim-lehti. 6/2015. 593-599. Luettu 31.1.2017. Saatavilla: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/6/duo12168>

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2016. Kognitiivinen psykoterapia. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Luettu 1.2.2017. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01388&p_haku=kognitiivinen%20psykoterapia

Mielenterveystalo. Nettiterapiat. Luettu 9.2.2017. Saatavilla: <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/paniikki/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo. Nettiterapiat. Paniikkihäiriön nettiterapia. Luettu 9.2.2017. Saatavilla: <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo. Nettiterapiat. Terapian taustateoria. Luettu 9.2.2017. Saatavilla: <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/paniikki/Pages/Terapian-taustateoria.aspx>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Ahdistuneisuushäiriöt. Luettu 24.2.2017. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 24.3.2017. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset. Luettu 24.3.2017. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/htk-loukkaukset>

Painetut:

Goss, S., Anthony, K. (toim.) 2008. Uudet teknologiat terapiassa. Technology in counselling and psychotherapy. Helsinki: Edita

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turun yliopisto.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede-lehti* 1/1999. 3-11.
- Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) 2015. *Kognitiivinen psykoterapia*. 3.-7., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede-lehti*. 1/2006. 37-45.
- Marks, Isaac M., 2007. *Pelko osana elämää*. 2. painos. Tampere: Prometheus kustannus Oy.
- Stenberg, J-H., Saiho, S., Pihlaja, S., Service, H., Joffe, G. & Holi, M. 2015. *Irti paniikista*. 1.-4. painos. Helsinki: Duodecim.
- Tamminen, Tapani 2010. *Psykoterapiat*. Klaukkala: Recallmed Oy.
- Tilli, V., Suominen, K. & Karlsson, H. 2008. Paniikkihäiriön hoito perusterveydenhuollossa. *Kat-sausartikkeli. Duodecim-lehti* 9/2008. 993-999. Helsinki: Duodecim.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2., korjattu painos. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja*. A: 73/2016. Turun yliopisto.
- Vilka, H. 2015. *Tutki ja kehitä*. 4., uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Analysoidut julkaisut:

- Allen, A. R., Newby, J. M., Mackenzie, A., Smith, J., Boulton, M., Loughan, S. A. & Andrews, G. 2016. Internet cognitive-behavioural treatment for panic disorder: randomized controlled trial and evidences of effectiveness in primary care. *BJPsych Open*. 2/2016. 154-162.
- Ballegooijen van, W., Riper, H., Klein, B., Ebert, D. D., Kramer, J., Meulenbeek, P. & Cuijpers, Pim. 2013. An Internet-based guided self-help intervention for panic symptoms: Randomized controlled trial. 2013. *Journal of Medical Internet Research*. 7/2013.
- Mathiasen, K., Riper, H., Ehlers L. H., Valentin, J. B. & Rosenberg, N. 2015. Internet-based CBT for social fobia and panic disorder in a specialised anxiety clinic in routine care: Results of a pilot randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 4/2016. 92-98.
- Hedman, e., Ljótsson, B., Rück, C., Andersson, G., Bergström, J., Andersson, G., Kaldö, V., Jansson, L., Andersson, E., Andersson, E., Blom, K., El Alaoui, S., Falk, L., Ivarsson, J., Nasri, B., Rydh, S. & Lindfors, N. 2012. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. 1-11.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B, Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J. & Ciechomski, L. 2008. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*. 22/2008. 1273-1284.
- Ruwaard, J., Broeksteg, J., Schrieken, B., Emmelkamp, P. & Lange, A. 2010. Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: A randomized controlled trial with a three-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*. 24/2010. 387-396.
- Wims, E., Titov, N, Andrews, G. & Choi, I. 2010. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 44/2010. 599-607.

Liitteet

Liite 1: Yhteenveto analysoiduista artikkeleista	27
Liite 2: Näyte pelkistyksestä	29
Liite 3: Ahdistuskysely BAI	30

Liite 1: Yhteenveto analysoiduista artikkeleista

Tutkimuksen tekijät, lähde ja paikka	Tutkimuksen otsikko	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
1. Allen, A. R., Newby, J. M., Mackenzie, A., Smith, J., Boulton, M., Loughan, S. A. & Andrews, G. 2016. BJPsych Open. 2/2016. 154-162. Australia.	Internet cognitive-behavioural treatment for panic disorder: randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care.	Selvittää paniikkihäiriön ICBT:n tehokkuutta ja vaikutusta aikuisilla perusterveydenhuollon potilailla.	1. Satunnaisesti vertailukoe. Kaksi ryhmää: ohjattu ICBT ja jonottajat, N=63. 2. V. 2011-2014 ICBT:hen osallistuneet. N=330. Yli 18-vuotiaat (18-79).	ICBT-ohjelma vähensi paniikkihäiriön haittoja. Myös pitkäkestoisesti. Soveltuu perusterveydenhuollon käyttöön. Terapeutin kontaktin määrä saattaa vaikuttaa hoitoon kiinnittymiseen.
2. Ballegoijen van, W., Riper, H., Klein, B., Ebert, D. D., Kramer, J., Meulenbeek, P. & Cuijpers, Pim. 2013. Journal of Medical Internet Research. 7/2013. Alankomaat.	An Internet-based guided self-help intervention for panic symptoms: randomized controlled trial.	Arvioida paniikkihäiriön verkkoterapia-ohjelman tehokkuutta lievissä paniikkioireissa.	Satunnaistettu vertailukoe. Kaksi ryhmää: ohjattu ja hoitoon jonottajat. Yli 18-vuotiaat. N=128.	Ryhmiä välillä ei merkittäviä eroja. ICBT lievissä paniikkioireissa vaikutti tehottomalta. Ohjelman kokonaan läpikäyneet hyötyivät.
3. Hedman, E., Ljöts-son, B., Rück, C., Andersson, G., Bergström, J., Andersson, G., Kaldo, V., Jansson, L., Andersson, E., Andersson, E., Blom, K., El Alaoui, S., Falk, L., Ivarsson, J., Nasri, B., Rydh, S. & Lindefors, N. 2012. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013. 1-11. Ruotsi.	Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care.	Tutkia paniikkihäiriön ICBT:n hyödyllisyyttä psykiatrian klinikan potilailla muun avohoidon ohessa.	Kontrolloitu kohorttitutkimus. Ryhmä: kaikki vuosina 2007-2012 ohjattuun verkkoterapiaan osallistuneet. Yli 18-vuotiaat (19-74). N= 570.	Osallistuneet olivat edistyneet merkittävästi. 6 kk:n seurannassa hyödyt vaikuttivat pitkäkestoisilta. Paniikkihäiriön ICBT on tehokas psykiatrian klinikan potilailla hoito-ohjelmaan sisällytettynä.
4. Mathiasen, K., Riper, H., Ehlers L. H., Valentin, J. B. & Rosenberg, N. 2015. Internet Interventions. 4/2016. 92-98. Tanska.	Internet-based CBT for social phobia and panic disorder in a specialised anxiety clinic in routine care: Results of a pilot randomized controlled trial.	Tutkia paniikkihäiriön ja sosiaalisen tilanteiden pelon ICBT:n hyötyjä ahdistushäiriöklinikalla.	Satunnaistettu vertailukoe. Kaksi ryhmää hoitoon jonottajista: ICBT minimaalisella ohjauksella ja jonoon jonoon jäävät. Iän Ka n. 30v. N=158.	Ryhmissä ei havaittu mainittavia vaikutuksia oireilun määrään tai asteeseen. ICBT-ryhmässä elämänlaadun raportointiin kuitenkin kohentuneen.

<p>5. Kiropoulos, L. A., Klein, B, Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J. & Ciechowski, L. 2008. Journal of Anxiety Disorders. 22/2008. 1273-1284. Australia.</p>	<p>Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?</p>	<p>Tutkia ICBT:n tehokkuutta paniikkihäiriön ja agorafobian hoidossa kasvotusten tapahtuvaan terapiaan verrattuna.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe. Kaksi ryhmää: ohjattu ICBT ja terapiaa kasvotusten saavat. Yli 18-vuotiaat (20-64). N=86.</p>	<p>Merkittäviä hyötyjä kummassakin ryhmässä oireiden vakavuusasteessa ja esiintymistiheydessä. Elämänlaadun kohenemista. ICBT näytti olevan yhtä tehokas kuin face-to-face CBT.</p>
<p>6. Ruwaard, J., Broeksteg, J., Schrieken, B., Emmelkamp, P. & Lange, A. 2010. Journal of Anxiety Disorders. 24/2010. 387-396. Alankomaat.</p>	<p>Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: A randomized controlled trial with a three-year follow-up.</p>	<p>Arvioida terapeutti-avusteisen ICBT:n vaikuttavuutta paniikkioireisiin. Kolme vuoden seuranta.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe ja 3 vuoden seuranta. Kaksi ryhmää: ohjattu ICBT ja hoitoon jonottajat. Yli 18-vuotiaat (20-69). N=58.</p>	<p>Ohjattuun ICBT:hen osallistuneen edistyivät ja saavuttivat hyötyjä. Seurannan jälkeen vaikutukset varmistuivat. Terapeutti-avusteinen ICBT osoittautui tehokkaaksi paniikkioireiden hoidossa.</p>
<p>7. Wims, E., Titov, N, Andrews, G. & Choi, I. 2010. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 44/2010. 599-607. Australia.</p>	<p>Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial.</p>	<p>Analysoida kliinikko-avusteisen paniikkihäiriön ICBT:n vaikutusta paniikkioireisiin.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe. Kaksi ryhmää: ohjattu ICBT ja hoitoon jonottajat. Yli 18-vuotiaat (20-70). N=59.</p>	<p>ICBT-ryhmässä paniikkioireet vähenivät. Toimintakyky parani ja depressio lievittyi. Ohjattu ICBT on tehokas paniikkihäiriön & agorafobian hoidossa.</p>

Liite 2: Näyte pelkistyksestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
ICBT vähensi paniikkikohtausten lukumäärää viimeksi kuluneena kk:na.	Paniikkikohtausten esiintyvyys harveni.	Vaikutukset paniikkioireisiin.	Paniikkihäiriön ICBT:n vaikutukset.
Paniikkiohjelma vähensi merkittävästi paniikkihäiriön oireita ICBT-ryhmässä.	Paniikkioireet vähenivät.		
Paniikkikohtausten voimakkuus väheni.	Paniikkikohtaukset olivat lievempiä.		
Paniikkikohtausten esiintymistiheys piteni ja voimakkuus ja kesto aika vähenivät.	Paniikkikohtauksia esiintyi harvemmin, lievempinä ja lyhytkestoisempina.		
Ei merkittävää muutosta paniikki- ja ahdistusoireiden tasossa tai masentuneisuudessa.	Ei juurikaan muutoksia voinnissa.		
Pystyi käymään kaupassa sen sijaan, että tilasi kauppatavarat internetistä.	Välttelykäyttäytymisen väheni.	Vaikutukset toimintakykyyn.	
Pystyi käymään ystävän kanssa kahvilla ensimmäisen kerran 20 vuoteen.	Välttelykäyttäytymien ja julkisten paikkojen pelko vähenivät.		
Agorafobia yksin ollessa väheni.	Julkisten paikkojen pelko lievittyi.		
Elämänlaatu parantui merkittävästi.	Elämänlaatu koheni.	Vaikutukset samankaisiin oireisiin ja elämänlaatuun.	
Levottomuuden, tuskaisuuden ja masentuneisuuden tuntemukset vähenivät.	Mieliala tasoittui.		
ICBT ei tehonnut paniikkioireisiin, sen sijaan ahdistuneisuus ja depressio-oireet vähenivät.	Masennus lievittyi, paniikkioireet eivät.		

Liite 3: Ahdistuskysely BAI

Beckin ahdistuskyselylomake (BAI)

Alla on lueteltu tuntemuksia, joita voi esiintyä silloin, kun ihminen on ahdistunut. Ympyröi numeron mukaan, miten paljon tuntemus on rasittanut sinua **kuluneen viikon aikana** tämä päivä mukaan lukien.

	ei lainkaan	lievästi	kohtalaisesti (hyvin epämiellyttävä, mutta kestin sen)	vakavasti (niin vakavaa, että hädin tuskin kestin sen)
1. Puutuminen tai kihelmöinti	0	1	2	3
2. Kuuma olo (joka ei johdu lämpötilasta)	0	1	2	3
3. Heikotus jaloissa	0	1	2	3
4. Kyvyttömyys rentoutua	0	1	2	3
5. Pelko siitä, että pahin tapahtuu	0	1	2	3
6. Huimaus	0	1	2	3
7. Sydämentykytys	0	1	2	3
8. Tasapainohäiriöt	0	1	2	3
9. Kauhun tunne	0	1	2	3
10. Hermostuneisuus	0	1	2	3
11. Tukehtumisen tunne	0	1	2	3
12. Käsien vapina	0	1	2	3
13. Muu vapina	0	1	2	3
14. Itsehillinnän menettämisen pelko	0	1	2	3
15. Hengitysvaikeus	0	1	2	3
16. Kuolemanpelko	0	1	2	3
17. Yleinen pelokkuus	0	1	2	3
18. Ruoansulatusvaikeudet	0	1	2	3
19. Pyörtymisen pelko	0	1	2	3
20. Punastuminen	0	1	2	3
21. Hikoilu (joka ei johdu kuumuudesta)	0	1	2	3

Lomake täytetään valitsemalla kustakin kohdasta tilanne, joka parhaiten kuvaa tämänhetkistä vointia. Ympyröidyt numerot lasketaan yhteen ja saadun summan perusteella katsotaan ahdistuksen aste.

0 – 7 pistettä: vähäinen

8 - 15 pistettä: lievä

16 – 25 pistettä: kohtalainen

26 - 63 pistettä: vaikea