

Vera Saarinen

# SOSIAALISEN FOBIAN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Kevätlukukausi 2023

Vera Saarinen

## SOSIAALISEN FOBIAN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Kliininen laitos, psykiatrian oppiaine

Kevätlukukausi 2023

Vastuhenkilö: Sinikka Luutonen

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

SAARINEN, VERA: Sosiaalisen fobian psykososiaalinen hoito

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 30 s.  
Psykiatrian oppiaine  
Maaliskuu 2023

---

Sosiaalinen fobia eli sosiaalisten tilanteiden pelko on melko yleinen ahdistuneisuushäiriö. Se alkaa tyypillisesti nuoruusiässä ja saattaa hoitamattomana kroonistua vaikuttaen laajasti potilaan elämänlaatuun ja ihmissuhteisiin. Sosiaalisen fobian hoidossa sekä lääkehoito että erilaiset psykososiaaliset hoidot ovat tärkeässä asemassa ja usein näitä hoitomuotoja käytetään myös yhdessä.

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää tutkimusnäyttöä eri psykososiaalisten hoitomuotojen tehosta sosiaalisen fobian hoidossa. Käsiteltäviä hoitomuotoja ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen psykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia sekä supportiivinen psykoterapia. Lisäksi käsitellään erilaisia internetpohjaisia terapian sovelluksia sekä sosiaalisen fobian hoitoon kehitettyjä omahoito-ohjelmia. Lähteinä on käytetty pääasiassa 2000-luvulla julkaistuja tutkimuksia.

Psykososiaalisista hoitomuodoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa on sosiaalisen fobian hoidossa tutkittu eniten ja sitä voidaankin pitää sosiaalisen fobian hoidon ”kultaisena standardina”. Tutkielmassa yksikään terapiamuoto ei osoittautunut kognitiivista käyttäytymisterapiaa tehokkaammaksi sosiaalisen fobian oireiden lievittämisessä. Merkittäviä eroja eri terapiamuotojen tehokkuudessa ei tullut esiin. Erilaiset internetin välityksellä toteutuvat terapiamuodot osoittautuivat myös tehokkaiksi sosiaalisen fobian hoidossa. Internetpohjaisissa terapioiden käytössä työaika yhtä potilasta kohden on merkittävästi pienempi kuin kasvokkain tapahtuvassa psykoterapiassa, minkä vuoksi myös hoidon kustannukset ovat huomattavasti alhaisemmat.

Erilaiset internetin välityksellä tapahtuvat terapiat voivat tulevaisuudessa tarjota ratkaisuja psykoterapian saatavuusongelmiin kustannustehokkaalla tavalla, mutta aiheesta tarvitaan vielä lisää tutkimuksia. Lyhyempien psykoterapioiden ja nettiterapioiden yleistyminen Suomessa vaatisi terveydenhuoltojärjestelmän muokkausta ja resurssien lisäämistä. Myös muiden psykososiaalisten interventioiden, kuten matalan kynnyksen keskustelutuen, saatavuutta tulisi lisätä jo perusterveydenhuollon tasolla.

Asiasanat: sosiaalinen fobia, psykososiaalinen hoito, psykoterapia

# Sisällys

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 SOSIAALINEN FOBIA</b> .....	<b>2</b>
2.1 ETIOLOGIA .....	2
2.2 DIAGNOSTIIKKA .....	3
2.3 ESIINTYVYYS.....	6
2.4 LÄÄKEHOITO .....	6
<b>3 PSYKOSOSIAALISET HOITOMENETELMÄT</b> .....	<b>8</b>
3.1 PSYKOTERAPIAT .....	8
3.1.1 Kognitiivinen psykoterapia .....	8
3.1.2 Psykodynaaminen psykoterapia.....	10
3.1.3 Interpersoonallinen psykoterapia .....	11
3.1.4 Supporttiivinen psykoterapia .....	13
3.1.5 Internetin välityksellä tapahtuva psykoterapia .....	13
3.2 MUU PSYKOSOSIAALINEN HOITO .....	14
<b>4 SOSIAALISEN FOBIAN PSYKOSOSIAALINEN HOITO</b> .....	<b>15</b>
4.1 KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA .....	15
4.2 PSYKODYNAAMINEN PSYKOTERAPIA.....	16
4.3 INTERPERSEONALLINEN PSYKOTERAPIA.....	18
4.4 SUPPORTIIVINEN PSYKOTERAPIA .....	19
4.5 INTERNETIN VÄLITYKSELLÄ TAPAHTUVA PSYKOTERAPIA .....	20
4.6 OMAHOITO-OHJELMAT .....	22
<b>5 POHDINTA</b> .....	<b>22</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>26</b>

# 1 Johdanto

Sosiaalinen fobia eli sosiaalisten tilanteiden pelko on yleinen ahdistuneisuushäiriö. Sen elinikäinen esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä on haastattelututkimuksissa ollut noin 1–2 % (1). Sosiaaliselle fobialle tyypillistä on sosiaalisessa tilanteessa ilmenevä voimakas ahdistuneisuus, johon liittyy pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai nöyryytetyksi tulemisesta (2). Oireet saattavat ilmetä vain tietyn tyyppisissä tilanteissa, esimerkiksi esiintymistilanteissa tai julkisessa ruokailussa tai ne voivat ilmetä laaja-alaisesti kaikenlaisissa sosiaalisissa tilanteissa, jolloin häiriöstä aiheutuu merkittävää haittaa esimerkiksi ihmissuhteissa.

Psykososiaalisella hoidolla tarkoitetaan monimuotoista ei-lääkkeellistä hoitoa, jolla pyritään parantamaan potilaan toimintakykyä vaikuttamalla potilaan käyttäytymiseen, psyykkisiin toimintoihin, ajattelumalleihin ja tiedonkäsittelyyn. Erilaisia psykososiaalisia hoitoja käytetään useiden psyykkisten häiriöiden ja sairauksien hoidossa, usein lääkehoitoon yhdistettynä. Psykoterapialla tarkoitetaan koulutetun ammattilaisen eli psykoterapeutin antamaa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa hoitoa, joka pohjautuu vakiintuneeseen psykologiseen tietoon ja jonka tavoitteena on lievittää mielenterveyden häiriön oireita (2). Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, joko yksilö- tai ryhmämuotoisena, on yksi sosiaaliseen fobiaan käytössä olevista psykososiaalisista hoitomuodoista. Kognitiivis-behavioraalissa terapiassa tarkoituksena on muokata potilaan keskeisiä ajatusmalleja ja lisäksi vaiheittain altistaa potilasta oireita aiheuttavalle tilanteelle.

Sosiaalisen fobian tehokas hoito on tärkeää, koska erityisesti laaja-alainen sosiaalinen fobia alentaa merkittävästi elämänlaatua. Hoitamaton sosiaalinen fobia on yleensä varsin pitkäkestoinen ongelma ja se altistaa myös muille mielenterveyden häiriöille, kuten masennukselle ja päihdeongelmille. Sosiaalisen fobian hoitoon on olemassa useita erityyppisiä psykososiaalisia hoitomuotoja. Tämän syventävien opintojen kirjallisen työn tarkoituksena on selvittää tutkimusnäyttöä eri psykososiaalisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta sosiaalisen fobian hoidossa. Kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa voidaan pitää sosiaalisen fobian hoidon ”kultaisena standardina” ja tässä työssä keskitytäänkin pääasiassa vertailemaan muiden terapiamuotojen tehoa suhteessa kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan. Erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat lisäksi erilaiset internetin välityksellä toteutettavat psykoterapian sovellutukset, jotka voisivat mahdollisesti tarjota ratkaisuja psykoterapian saatavuuden ongelmiin kustannustehokkaalla tavalla. Lopuksi tarkastellaan psykoterapiakentän haasteita sekä niihin kehitettyjä ratkaisuehdotuksia Suomessa.

## 2 Sosiaalinen fobia

### 2.1 Etiologia

Sosiaalisen fobian aiheuttajat ja patogeneesi ovat suurelta osin edelleen tuntemattomia.

Sosiaalisesta fobiasta kärsivien henkilöiden lähisuvussa esiintyy sosiaalista fobiaa ja ujoutta muuta väestöä useammin ja sosiaalisen fobian onkin todettu olevan ainakin osittain perinnöllistä.

Sosiaalinen fobia ei kuitenkaan vaikuttaisi periytyvän suoraan sosiaaliselle fobialle tyypillisinä oireina, vaan periytyviä ovat ennen kaikkea sosiaaliselle fobialle altistavat piirteet, kuten behavioraalinen inhibitio, negatiivinen affektiivisuus ja yleinen taipumus internalisoiviin mielenterveyden häiriöihin, kuten ahdistuneisuushäiriöihin ja masennukseen. (2)

Lapsuudessa ilmenevän behavioraalisen inhibition on useissa tutkimuksissa todettu olevan voimakkaasti yhteydessä sosiaalisten tilanteiden pelon kehittymiseen myöhemmällä iällä (3).

Toisaalta behavioraaliseen inhibitiolle tunnusomaiset piirteet, kuten ujous ja syrjäänvetäytyvyys, ovat suurelta osin samoja kuin sosiaalisten tilanteiden pelossa ja muissa ahdistuneisuushäiriöissä. Temperamenttipiirteet ja diagnoosikriteerit täyttävän häiriön erottaa toisistaan se, että häiriöstä on potilaalle haittaa jokapäiväisessä elämässä. Toisaalta behavioraalinen inhibitio ei vielä tarjoa kattavaa selitystä sosiaalisten tilanteiden pelon synnystä, sillä temperamenttipiirteiden ja käytösmallien taustat ovat nekin suurelta osin tuntemattomia. (4)

Melko yleisen persoonallisuuden piirteen, ujouden, ja sosiaalisen fobian yhteyttä on pohdittu paljon. Vaikka ujouskin voi tuottaa henkilölle subjektiivista kärsimystä ja hidastaa tai vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden luomista, ei ujouteen kuitenkaan yleensä liity toimintakyvyn laskua, välttelykäyttäytymistä tai voimakasta ahdistusta sosiaalisissa tilanteissa. Kuitenkin monet asiantuntijat pitävät sosiaalista fobiaa ikään kuin ujouden jatkumona, jolloin voimakas ujous voidaan ajatella sosiaalisen fobian subkliinisenä muotona. (2)

Merkittävä sosiaalisen fobian ympäristöperäinen riskitekijä on sosiaalisissa tilanteissa koettu interpersoonallinen traumatisaatio. Interpersoonallinen traumatisaatio voi ilmetä joko henkilön nolaamisena tai mitätöintinä, tai henkilö voi joutua oman sosiaalisen viiteryhmänsä kiusaamaksi. Lapsilla ja nuorilla varsinkin kiusatuksi tulemisen on todettu liittyvän voimakkaasti sosiaalisen fobian kehittymiseen. Toisaalta on havaittu myös, että sosiaalisesta ahdistuksesta kärsivät lapset jäävät helpommin sosiaalisen viiteryhmänsä hyväksynnän ulkopuolelle, joten yhteys sosiaalisen fobian ja interpersoonallisen traumatisaation välillä on todennäköisesti kaksisuuntainen. (1)

Aivojen kuvantamistutkimuksissa sosiaalisessa fobiassa on havaittu muutoksia aivojen serotonergisessä järjestelmässä. Serotoniinin yhteyttä sosiaalisen fobiaan tukee myös sosiaalisen fobian lääkehoidossa yleisesti käytettyjen selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien eli SSRI-lääkkeiden hyvä vaste sosiaalisen fobian oireisiin. Sosiaalisesta fobiasta kärsivien henkilöiden aivojen mantelimumakkeiden on todettu aktivoituvan normaalia voimakkaammin, kun heille näytettiin vihaa, pelkoa tai halveksuntaa ilmentäviä kasvokuvia. Samankaltainen poikkeava aktivaatio on havaittu sosiaalisesta fobiasta kärsivillä myös oireita aiheuttavissa sosiaalisissa tilanteissa. Epätavallisen mantelimumakkeiden aktivaation voimakkuuden on myös havaittu olevan yhteydessä sosiaalisen fobian oireiden voimakkuuteen ja tehokkaan hoidon myötä oireiden lievittyessä myös aktivaation on havaittu vähenevän. Ei kuitenkaan ole täysin selvää, onko mantelimumakkeiden poikkeava aktivaatio peritty temperamenttipiirre vai hankinnainen patologinen mekanismi. (2)

Sosiaalisen fobian voimakas ahdistuneisuus ja paniikkihäiriöön liittyvät paniikkikohtaukset ovat usein oireistoltaan samankaltaisia. Tutkittaessa sosiaalisesta fobiasta kärsivien henkilöiden reaktioita paniikkihäiriössä käytettäviin provokaatiokokeisiin, kuten hiilidioksidi- ja laktaattiprovokaatiokokeisiin, on sosiaalisesta fobiasta kärsivien henkilöiden reaktioiden todettu muistuttavan enemmän terveiden verrokkihenkilöiden kuin paniikkihäiriöstä kärsivien reaktioita. Tutkimuksissa fysiologisten oireiden, kuten poskien punastumisen, yhteys subjektiivisesti koettujen ahdistusoireiden voimakkuuteen on osoittautunut heikoksi. Objektivisesti tarkasteltu somaattisten oireiden vaikeusaste on siis vain yksi koettujen ahdistusoireiden vaikeuteen vaikuttava tekijä ja hyvin olennaista on myös sosiaalisesta fobiasta kärsivän henkilön oma tulkinta somaattisten oireiden merkityksestä. (2)

## 2.2 Diagnostiikka

Molemmat laajasti käytössä olevat tautiluokitukset, American Psychiatric Associationin julkaisema DSM-5 sekä World Health Organizationin kehittämä ICD-10, luokittelevat sosiaalisen fobian pelko-oireiseksi ahdistuneisuushäiriöksi (5,6). ICD-10 luokituksessa on lisäksi erillinen diagnoosi lapsuusiän sosiaalinen ahdistushäiriö, jota käytetään, jos oireet ilmenevät poikkeuksellisen varhaisessa iässä ja haittaavat lapsen sosiaalista kanssakäymistä. Taulukossa 2.1 esitetään DSM-5-luokituksen (7) kriteerit. Kaikkien kriteereiden tulee täytyä, jotta sosiaalisen fobian diagnoosi voidaan asettaa. Taulukossa 2.2 esitetään vastaavasti ICD-10-luokituksen (8) sosiaalisen fobian kriteerit. Sosiaalisessa fobiassa tyypillistä on erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ilmenevä voimakas

ahdistuneisuus ja pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai nöyryytetyksi tulemisesta. ICD-10-luokituksessa diagnostisena kriteerinä on ahdistusoireiden lisäksi punastuminen, vapina tai pelko oksentamisesta tai ulostamisesta/virtsamisesta oireita aiheuttavassa tilanteessa. Molemmissa tautiluokituksissa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että ennen diagnoosin asettamista on varmistettava, etteivät oireet selity paremmin jollakin muulla sairaudella tai mielenterveyden häiriöllä. DSM-5-kriteereissä linjataan lisäksi, että samanaikaisen toisen sairauden tapauksessa tulee oireiden olla selvästi tästä sairaudesta riippumattomia tai liiallisia. Kuitenkin esimerkiksi änkytys, ylipaino tai Parkinsonin tautiin tai essentiellisiin tremoriin liittyvä voimakas vapina voivat aiheuttaa samanlaisia oireita ja välttelykäyttäytymistä kuin sosiaalinen fobia (9). Sekundaarisesta sosiaalisesta fobiasta kärsivien potilaiden hoitaminen sosiaalisen fobian hoidon periaatteiden mukaisesti saattaa kuitenkin olla tehokasta ja riskinä on, että DSM-5 luokitus rajaa nämä potilaat diagnoosin ja hoidon ulkopuolelle (10).

SPIN-mittari (Social Phobia Inventory) on suomalaisilla nuorilla validoitu 17 kohtaa käsittävä kysely, jolla voidaan seuloa nuorten sosiaalista fobiaa ja arvioida sen vaikeusastetta (11). SPIN-mittarista on kehitetty myös lyhyempi, 3 kohtaa sisältävä, versio mini-SPIN, joka on todettu käyttökelpoiseksi sekä nuorten että aikuisten sosiaalisen fobian seulonnassa (12,13).

Ammattilaisten tulisi osata epäillä sosiaalista fobiaa potilaan anamneesin perusteella. Diagnoosi perustuu anamneesiin ja haastatteluun, jossa arvioidaan diagnosikriteereiden täyttyminen (14). Erikoissairaanhoidossa voidaan lisäksi tehdä laaja-alaisempia diagnostisia haastatteluja, jotka auttavat diagnoosin määrittämisessä ja hoidon suuntaamisessa (15).

*Taulukko 2.1 Sosiaalisen fobian diagnostiset kriteerit DSM-5*

A	Merkittävä sosiaalinen ahdistus, joka ilmenee yhdessä tai useammassa sosiaalisessa tilanteessa, joissa henkilö joutuu toisten ihmisten huomion kohteeksi.
B	Pelko, että käyttäytyminen tai ahdistus näkyy siten, että toiset sen huomaavat ja pitävät sitä huonona.
C	Sosiaaliset tilanteet aiheuttavat melkein aina ahdistusta.
D	Sosiaalisia tilanteita vältetään tai niissä olo aiheuttaa voimakasta pelkoa tai ahdistusta.
E	Pelko tai ahdistus on ylimitoitettua pelkoa aiheuttavaan sosiaaliseen tilanteeseen ja sosiokulttuuralliseen asiayhteyteen nähden.
F	Pelko, ahdistus tai välttely on jatkuvaa, yleensä kestää 6kk tai kauemmin.
G	Pelko, ahdistus tai välttely aiheuttaa kliinisesti merkittävää kuormitusta tai haittaa sosiaalisilla, työhön liittyvillä tai muilla tärkeillä elämän alueilla.



H	Pelko, ahdistus tai välttely ei johdu jonkin aineen (esimerkiksi lääke tai huumeaine) vaikutuksesta tai fyysisestä sairaudesta.
I	Pelko, ahdistus tai välttely ei selity toisella mielenterveyden häiriöllä, kuten paniikkihäiriöllä, ruumiinkuvan häiriöllä tai autismin kirjon häiriöllä.
J	Jos samanaikaisesti on toinen sairaus, tulee pelon, ahdistuksen tai välttelyn olla selvästi sairaudesta riippumatonta tai liiallista. Lisäksi tulee määritellä liittyvätkö oireet pelkästään julkiseen puhumiseen tai esiintymiseen.

Taulukko 2.2 Sosiaalisen fobian diagnostiset kriteerit ICD-10

A	Jompikumpi seuraavista:
1	Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai pelko siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää tai nolostuttavaa.
2	Huomattava pyrkimys välttää tilanteita, missä voisi joutua huomion kohteeksi tai sellaisia tilanteita, missä esiintyy pelko siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää tai nolostuttavaa. Pelot ilmenevät julkisissa ruokailu- tai esiintymistilanteissa, ennestään tuttuja henkilöitä kohdattaessa tai osallistuttaessa rajattuihin ryhmätilanteisiin kuten juhliin, kokouksiin tai opetustapahtumiin.
B	Ainakin kaksi seuraavista ahdistusoireista on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa:
	<p><b>Autonomiset oireet</b></p> <p>1 sydämentykytys tai sydämen hakkaamisen tunne tai kohonnut pulssi</p> <p>2 hikoilu</p> <p>3 vapina</p> <p>4 suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä</p> <p><b>Rinnan ja vatsan alueen oireet</b></p> <p>5 hengitysvaikeudet</p> <p>6 tukehtumisen tunne</p> <p>7 rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa</p> <p>8 pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)</p> <p><b>Psyykkiset oireet</b></p> <p>9 pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila</p> <p>10 tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa (depersonalisaatio)</p> <p>11 pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä</p> <p>12 kuolemanpelko</p> <p><b>Yleisoireet</b></p> <p>13 kuumat aallot tai vilunväristykset</p> <p>14 ihon puutuminen tai pistely</p>
C	Edellisten lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista:
1	punastuminen tai vapina

2	oksentamisen pelko
3	virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihentynyt tarve
D	Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.
E	Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.
F	Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveydenhäiriöstä, skitsofreniaryhmän häiriöstä, mielialahäiriöstä tai pakko-oireisestä häiriöstä eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

### 2.3 Esiintyvyys

Epidemiologisten tutkimusten mukaan sosiaalisen fobian oireet alkavat tyypillisesti teini-iässä 10–17 ikävuoden välillä (16). Sosiaalisen fobian puhkeaminen vasta aikuisuudessa on melko harvinaista. Sosiaalinen fobia on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä. Amerikkalaisessa aikuisväestössä tehdyn tutkimuksen mukaan sen elinikäinen esiintyvyys on 12,1 % (17). Eurooppalaisessa väestössä tehdyissä tutkimuksissa elinikäinen esiintyvyys on ollut selvästi matalampi, 4,9–9,5 %, sukupuolesta riippuen (18,19). Esiintyvyyden merkittävän vaihtelun on arveltu johtuvan haastattelumetodien, diagnostisten kriteereiden sekä tutkittujen aineistojen ikärakenteiden eroista (2). Suomalaisten 12–17-vuotiaiden nuorten keskuudessa sosiaalisen fobian 12 kuukauden esiintyvyys on ollut 3,2 % (20), mikä on hieman korkeampi verrattuna vastaavan ikäryhmän 1,6 % esiintyvyyteen saksalaisessa väestössä (21). Diagnoosikriteerit täyttävän sosiaalisen fobian elinikäinen esiintyvyys näyttäisi olevan naisilla korkeampi kuin miehillä, mutta sosiaalisen fobian oireissa ei havaittu eroa sukupuolten välillä (22). Toisaalta suomalaisessa aikuisväestössä tehdyn tutkimuksen mukaan sosiaalisen fobian 12 kuukauden esiintyvyys oli 1,0 % ja esiintyvyydessä eri sukupuolten välillä ei havaittu merkittävää eroa (23).

### 2.4 Lääkehoito

Sosiaalisen fobian hoidossa sekä lääkehoidolla että psykososiaalisilla hoitomuodoilla on tärkeä rooli. Joskus potilaan oireet voivat olla niin voimakkaita, että ne estävät myös psykoterapian tai muun psykososiaalisen hoidon aloituksen ja erityisesti tällöin potilas yleensä hyötyy lääkehoidosta ennen muun hoidon alkamista (24). Ensisijaisina lääkkeinä sosiaalisen fobian hoidossa pidetään

SSRI-lääkkeitä sekä venlafaksiinia (25). Hoitoannokset ovat näillä lääkkeillä melko samat kuin masennuksen hoitoon käytettäessä. Näiden lisäksi voidaan käyttää MAO-estäjä moklobemidia, joka vaikuttaisi olevan käyttökelpoinen erityisesti silloin, jos potilas kokee SSRI- tai SNRI-lääkkeistä haittavaikutuksia. Epilepsialääkkeillä gabapentiinillä ja pregabaliinilla on osoitettu olevan jonkin verran tehoa sosiaalisen fobian hoidossa ja niitä voidaan käyttää, mikäli aiemmilla lääkkeillä ei ole ollut riittävää vastetta. Trisyklisistä masennuslääkkeistä ja buspironista ei vaikuta olevan hyötyä sosiaalisen fobian hoidossa. (25) Beetasalpaajia, kuten propranololia, käytetään yleisesti tilannekohtaisen sosiaalisen ahdistuksen, kuten esiintymisjännityksen, hoidossa. Meta-analyysissä beetasalpaajien teho ahdistusneisuushäiriöiden hoidossa osoittautui kuitenkin vaatimattomaksi (26).

Bentsodiatsepiineista tutkimuksissa sosiaalisen fobian hoidossa tehokkaiksi ovat osoittautuneet klonatsepaami ja alpratsolaami (14). Klonatsepaamin vaste sosiaalisen fobian oireisiin oli selvästi lumelääkettä parempi (27). Verrattaessa klonatsepaamin ja paroksetiinin yhdistelmähoitoa paroksetiini monoterapiaan, oli yhdistelmähoidolla selvästi monoterapiaa ja lumelääkettä parempi teho (28). Alpratsolaamia, feneltsiiniä, lumelääkettä ja kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa vertailevassa tutkimuksessa alpratsolaamilla oli lumetta ja psykoterapiaa parempi vaste sosiaalisen fobian oireisiin (29). Kaikkein tehokkaimmaksi hoidoksi tässä tutkimuksessa osoittautui MAO-estäjiin kuuluva feneltsiini, joka ei kuitenkaan Suomessa ole käytössä. Muiden bentsodiatsepiinien tehosta sosiaalisen fobian hoidossa ei ole riittävästi näyttöä (14). Vältä viisaasti -suosituksen mukaan bentsodiatsepiinien päivittäistä käyttöä tulisi kuitenkin välttää niiden aiheuttaman riippuvuuden riskin minimoimiseksi ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa bentsodiatsepiinien käyttö tulisi rajata vain vaikeisiin tilanteisiin rajatuksi ajaksi (30).

Useiden lääkehoitoa ja psykososiaalista hoitoa sosiaalisessa fobiassa vertailevien tutkimusten mukaan lääkehoidolla vaste saavutetaan psykososiaalista hoitoa nopeammin, mutta psykososiaalisten hoitomuotojen vaste säilyy pidempään kuin lääkehoidolla (31, 32, 33). Näissä tutkimuksissa pelkällä psykososiaalisella hoidolla on ollut vuoden seurannassa jopa parempi vaste kuin lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon yhdistelmällä. Toisaalta uudemmassa, MAO-estäjä feneltsiiniä ja kognitiivis-behavioraalista ryhmäterapiaa vertailevassa, tutkimuksessa lääkehoidon ja terapian yhdistelmä osoittautui selvästi tehokkaammaksi kuin kumpikaan hoitomuoto yksinään (34).

## 3 Psykososiaaliset hoitomenetelmät

### 3.1 Psykoterapiat

Psykoterapia on psykoterapiakoulutuksen saaneen ammattilaisen eli psykoterapeutin antamaa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa hoitoa, joka pohjautuu vakiintuneeseen psykologiseen tietoon ja jonka tavoitteena on lievittää mielenterveyden häiriön oireita (2). Psykoterapia voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista, kuukausista useaan vuoteen. Psykoterapia on myös säännöllistä ja tyypillisesti terapiakertoja on 1–2 viikossa. Suomessa psykoterapeutin koulutus on terveydenhuollon ammattihenkilön jatko- tai täydennuskoulutukseen verrattava koulutus. Koulutus on useista muista koulutuksista poiketen maksullinen ja soveltuvia pohjakoulutuksia ovat esimerkiksi psykologin, lääkärin, sosiaalityöntekijän ja sairaanhoitajan koulutus. Psykoterapian suuntauksia ovat esimerkiksi kognitiivinen psykoterapia, psykodynaaminen terapia ja interpersoonallinen psykoterapia. (35)

#### 3.1.1 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on eniten tutkittu kognitiivinen psykoterapia. Tarkasteltaessa sosiaalista fobiaa kognitiivis-behavioraalisessa viitekehyksessä voidaan hahmottaa useita kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat oireiden kehittymiseen sosiaalisissa tilanteissa ja toisaalta ylläpitävät oireistoa. Sosiaaliseen fobiaan liitettyjä kognitiivisia tekijöitä ovat automaattiset ajatukset, ehdolliset uskomukset, ydinuskomukset, ajatteluvirheet, ajattelun prosessivirheet kuten kustannus- ja tulkitsemisvirheet, korkeat vaatimukset sosiaalisessa suoriutuvuudessa, murehtiminen tapahtuneen jälkeen sekä poikkeavuudet muistiprosesseissa ja huomion kohdistamisessa. (1)

Automaattiset ajatukset ovat sosiaalisissa tilanteissa ilmeneviä lyhyitä, toteavia ja kielteisiä ajatuksia, kuten ”muut katsovat minua oudosti”. Ehdollisilla uskomuksilla tarkoitetaan henkilön itselleen kehittämiä, usein varsin pysyviä sääntöjä, joita henkilö pitää ehtoina selviämislleen sosiaalisesta tilanteesta tai hyväksytyksi tulemiselle. Ydinuskomukset ovat sosiaalisesta fobiasta kärsivän henkilön hyvin ehdottomia, pysyviä ja kielteisiä uskomuksia itsestään tai ympäristöstä. Ydinuskomusten kehittymiseen vaikuttavat toistuvat, voimakkaat kielteiset kokemukset sosiaalisissa tilanteissa tai ihmissuhteissa. Ajattelun prosessivirheistä todennäköisyysvirheessä

henkilö pitää esimerkiksi muiden ihmisten kriittistä asennoitumista itseensä paljon todennäköisempänä kuin se objektiivisesti arvioiden olisi. Tulkitsemisvirheessä henkilölle on tyypillistä tulkita monitulkintaiset tai neutraalit sosiaaliset tilanteet itsensä kannalta negatiivisiksi. Ajatteluvirheet ovat ajattelun prosessivirheitä kapea-alaisempia ajatustyyppisiä, kuten vastapuolen ajatusten negatiivissävytteinen tulkinta, katastrofointi tai ns. kaikki tai ei mitään -ajattelu. Sosiaalisesta fobiasta kärsivällä henkilöllä on tyypillisesti hyvin korkeat vaatimukset omalle suoriutuvuudelleen sosiaalisissa tilanteissa. Henkilöt myös usein arvioivat yleisönsä hyvin kriittisiksi, mikä johtaa kokemukseen omien kykyjen riittämättömyydestä suhteessa kohtuuttoman vaativaksi kuviteltuun yleisöön. Sosiaalisen tilanteen jälkeen sosiaalisesta fobiasta kärsivät henkilöt saattavat jäädä prosessoimaan tapahtunutta pitkäksi aikaa. Jälkiprosessointi on negatiivissävytteistä ja sisältää hyvin yksityiskohtaista analyysiä esimerkiksi kehon tuntemuksista tai kielteisistä tunteista sekä vertailua aiempiin epäonnistumisen kokemuksiin. Yksityiskohtaisuuden ja pitkäkestoisen työstämisen vuoksi tapahtunut myös tallentuu tarkkana mutta hyvin subjektiivisena henkilön muistiin. Sosiaalisesta fobiasta kärsivien on tutkimuksissa havaittu myös palauttavan mieleen muita enemmän sosiaalisiin uhkiin liitettyjä muistoja, kuten vihaisiksi tulkittuja kasvoja. Tähän liittyen henkilöiden on myös huomattu kohdistavan sosiaalisissa tilanteissa korostuneesti huomiota ns. uhkasisältöihin kuten juuri negatiivisia tunteita ilmentäviin kasvoihin. (1)

Sosiaaliseen fobiaan kognitiivis-behavioraalisessa viitekehyksessä liitetty käyttäytymistekijöitä ovat välttämiskäyttäytyminen ja turvakäyttäytyminen. Välttämiskäyttäytyminen tarkoittaa sananmukaisesti sosiaalisten tilanteiden välttelyä ja niistä poistumista. Välttämiskäyttäytyminen voi liittyä vain tiettyihin, yksittäisiin sosiaalisiin tilanteisiin, kuten yleisön edessä esiintymiseen tai julkiseen ruokailuun, tai se voi olla laaja-alaista kaikkien sosiaalisten tilanteiden välttelyä, joka merkittävästi hankaloittaa arkea ja sosiaalisten suhteiden luomista. Välttämiskäyttäytymisen ongelma on, että se itsessään lisää henkilön sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä negatiivisia uskomuksia ja heikentää selviämisen ja pystyvyyden tunteita. Turvakäyttäytymisellä tarkoitetaan sosiaalisissa tilanteissa tapahtuvaa, usein varsin huomaamatonta, toistuvaa käytöstä, jolla henkilö pyrkii estämään negatiivisina tai katastrofaalisina pitämiensä asioiden tapahtumista. Vaikeassa sosiaalisessa fobiassa merkittävä osa vuorovaikutuksesta saattaa koostua turvakäyttäytymisestä. Turvakäyttäytymisen tunnistaminen on oleellista, koska siitä on henkilölle itselleen haittaa ja toisaalta se ylläpitää sosiaalisen fobian oireistoa, vaikka näennäisesti henkilö vaikuttaisi selviävän sosiaalisista tilanteista hyvin turvakäyttäytymisensä avulla. Turvakäyttäytymistä voi olla esimerkiksi korkean kauluksen käyttäminen punastumisen näkymisen estämiseksi, esineiden puristaminen käsien vapinan estämiseksi tai nopea puhe sanojen sekaantumisen estämiseksi. Pelätessään vaikuttavansa tylsältä tai pitkästyttävältä henkilö saattaa

käyttää vain ulkoa opeteltuja puheenvuoroja tai valita puheenaiheet siten, ettei vaikuttaisi oman tulkintansa perusteella muiden mielestä tyhmältä. (1)

Kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa ja sen erilaisissa muunnelmissa kansainvälisesti ja tutkimuksissa yleisin asetelma on 12–16 viikkoa kestävä ryhmämuotoinen hoito. Suomessa yleisempi menetelmä on kuitenkin pitkäkestoinen yksilömuotoinen terapia. Hoito-ohjelmaan sisältyviä interventioita ovat esimerkiksi altistus pelkoa ja oireita aiheuttavalle kohteelle tai tilanteelle sekä kognitiivinen muokkaus. Tarkoituksena on auttaa potilasta löytämään tilanteeseen vaihtoehtoisia ajattelutapoja ja tulkintamalleja. Lisäksi potilasta kannustetaan aktiivisesti testaamaan näitä uusia menetelmiä aiemmin oireita aiheuttaneissa tilanteissa sekä haastamaan omia ennusteitaan siitä, kuinka tilanteessa tulee tapahtumaan. Keskeisenä tavoitteena on pyrkiä siirtämään potilaan huomio omasta itsestään ympäristöön ja siihen, kuinka muut ympärillä olevat ihmiset tilanteen kokevat. Sosiaalisesta fobiasta kärsiville on tyypillistä sosiaalisten tilanteiden intensiivinen läpikäynti uudelleen ja uudelleen niiden ohittamisen jälkeen. Tässä terapeutin rooli on jälleen auttaa potilasta siirtämään huomionsa itsestä ympäristöön, jotta potilas voisi löytää sieltä yksityiskohtia, joita ei ehkä ole aiemmin huomannut. Altistusharjoitteiden ja kognitiivisen muokkauksen lisäksi hoidossa voidaan käyttää myös erilaisia rentoutustekniikoita. (35)

### 3.1.2 Psykodynaaminen psykoterapia

Psykodynaaminen psykoterapia pohjautuu Sigmund Freudin kehittämään psykoanalyysiin ja sen teorioihin. Psykoanalyysissä pyrkimyksenä on auttaa henkilöä ajan saatossa tulemaan tietoiseksi oman mielensä tiedostamattomista pyrkimyksistä ja niiden merkityksistä elämäänsä.

Psykoanalyysissä pyrkimyksenä on mahdollisimman vapaat mielen liikkeet ja niiden sanoittaminen. Keskeinen psykoanalyysin teoriaan liittyvä käsite on transferenssi eli tunteensiirto, joka tarkoittaa potilaan alun perin vanhempinsa kohdistamien tunteiden, odotusten tai toiveiden uudelleenkohdistumista terapeuttiin hoidon aikana. Psykoanalyysissa tavoitteena on terapiasuhteessa tapahtuvan transferenssin tulkitseminen. Psykoanalyysi on hyvin intensiivistä ja terapiaistuntoja on Suomessa tyypillisesti 4 kertaa viikossa, joten terapeutin kanssa syntyy ajan saatossa tiivis vuorovaikutussuhde, jossa potilaan ongelmat vähitellen tulevat tietoisuuteen ja ideaalitalanteessa myös ratkaistuksi. (2, 35)

Psykodynaamisessa psykoterapiassa potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus on niin ikään keskiössä ja tärkeä työkalu, mutta ei yhtä intensiivisellä tavalla kuin varsinaisessa psykoanalyysissä. Näkökulma potilaan oireiden tarkasteluun on kehityksellinen. Tarkoituksena on

löytää käyttäytymisen taustalla mahdollisesti vaikuttavia tiedostamattomia pyrkimyksiä ja merkityssuhteita. Terapeutin tärkeä tehtävä on tukea potilaan ymmärryksen lisääntymistä itsestään. Terapian tavoitteena on, että potilas kykenisi irtautumaan käyttäytymistään ohjanneista menneisyyden tekijöistä ja onnistuisi tekemään parempia valintoja tässä hetkessä. Psykodynaamiset psykoterapiat ovat kestoltaan ja intensiteetiltään vaihtelevia. Terapiaistuntoja voi olla useasti viikossa monen vuoden ajan, mutta psykodynaamisesta psykoterapiasta on kehitelty myös lyhyempiä muotoja. (2)

Psykodynaamisessa lyhytterapiassa potilaalle keskeisten teemojen esiintuloa ei ole aikaa odotella kuten psykodynaamisessa terapiassa usein on tapana. Lyhytterapiassa terapian kesto on ennalta määritetty, esimerkiksi 10 tai 20 istuntoa ja tapaamisia on yleensä kerran viikossa. Terapialla täytyy olla valmiiksi määritelty lähtökohta ja tavoite, jotta työskentely on mielekästä ja suunnitellussa kestossa pysytään. Lähtökohdan määrittely tapahtuu alkuhaastattelussa, jossa tavoitteena on löytää jokin keskeinen asetelma tai kuvio, joka toistuu potilaan elämässä useammalla eri osa-alueella. Tämä asetelma tuodaan terapiatyöskentelyn keskiöön ja terapeutin tulee pyrkiä käsittelemään ja jäsentämään hoidon aikana esiin nousevia asioita tämän fokuksen näkökulmasta. Fokukseksi ei voida valita potilaan yksittäistä oiretta tai ihmissuhdeongelmaa, vaan parempi fokus on esimerkiksi potilaan toistuva näkökulma ongelmiin. Lyhytterapia-asetelmassa täytyy hyväksyä se, että kaikkea esiin nousevaa ei ehditä tai voida käsitellä rajatun ajan ja perspektiivin vuoksi. (35)

### 3.1.3 Interpersoonallinen psykoterapia

Interpersoonallinen psykoterapia on alun perin kehitetty erityisesti masennuksen hoitoon, mutta sittemmin sitä on alettu soveltaa myös muiden mielenterveyden häiriöiden kuten ahdistuksen hoidossa. Terapiasuuntauksen pohjana on kolme teoreettista näkökulmaa: kiintymyssuhdeteoria, kommunikaatioteoria ja sosiaalisten suhteiden teoria. Ajatuksena on, että psykiatriset häiriöt ovat seurausta biologisten ja vuorovaikutustekijöiden yhteisvaikutuksesta. Kiintymyssuhdeteorian avulla hahmotetaan sosiaalisten suhteiden tärkeyttä yksilön hyvinvoinnille. Teoria pohjaa ajatukseen jokaisen ihmisen voimakkaasta, sisäsyntyisestä tarpeesta luoda kiintymyssuhteita toisiin ihmisiin. Tarpeen ajatellaan olevan biologinen ja olemassa ihmisissä aina, lapsuudesta vanhuuteen saakka. Yhden kiintymyssuhdeteorian kehittäjän, John Bowlbyn, mukaan ihmiset iästä riippumatta ovat onnellisempia ja toimintakykyisempiä mikäli heidän kiintymyssuhdetarpeensa ovat hyvin tyydytettyjä. Vastaavasti heillä, joilla on ongelmia kiintymyssuhteissa, ilmenee usein psyykkisiä oireita. Bowlbyn mukaan lapsuuden kokemusten ja tärkeisiin hoivaajiin muodostuneiden suhteiden

pohjalta muodostuu kullekin yksilölle ominaiset kiintymyssuhdemallit. Kiintymyssuhdeteorian mukaan potilaan oireet ja sairaudet johtuvat täyttymättä jääneistä kiintymyssuhdetarpeista. Nykyhetken ihmissuhdemalleja ja niissä tapahtuvia muutoksia tarkastelemalla voidaan selvittää henkilön kiintymyssuhdemallia, joka taas auttaa terapeuttia terapian eteenpäin viemisessä. (35)

Kommunikaatioteoria käsittelee vääristyneiden kommunikaatiotapojen vaikutusta henkilön kokemiin vaikeuksiin ihmissuhteissa. Kahden yksilön välisen suhteen ajatellaan olevan heidän kiintymyssuhdemalliensa ilmentymä ja suhteen laatu määrittyy kommunikaation metatasojen kautta. Kommunikaation metatasot ilmaisevat esimerkiksi onko henkilöillä positiivisia tai negatiivisia tunteita toisiaan kohtaan, ovatko he suhteessa alistuvia vai dominoivia ja kuinka tärkeä suhde heille on. Sosiaalisten suhteiden teoria taas tarkastelee ympäristön ja ihmissuhteiden verkoston vaikutusta yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen. Tähän sisältyy ajatus, että sosiaalinen ympäristö vaikuttaa keskeisesti siihen, kuinka yksilö reagoi interpersoonalliseen stressiin ja sopeutuu siihen. Yksi tavallisimmista ja vakavimmista tilanteista, joissa kiintymyssuhde katkeaa, on parisuhteen rikkoutuminen. Muita mahdollisesti psyykkisiä ongelmia edeltäviä tapahtumia voivat olla esimerkiksi toimeentuloa tai itsetuntoa uhkaavat tilanteet kuten irtisanominen tai konkurssi. (35)

Interpersoonallinen psykoterapia on luonteeltaan lyhytterapiaa ja hoitoaika onkin yleensä rajattu korkeintaan 16 istuntoon. Terapia jakautuu kolmeen eri vaiheeseen. Aloitusvaiheessa kartoitetaan potilaan oireet ja niiden merkitys potilaalle sekä potilaan interpersoonalliset suhteet. Lisäksi määritellään keskeinen ongelma-alue ja asetetaan tavoitteet hoidolle yhdessä potilaan kanssa. Ongelma-alueeksi valintaan yleensä yksi tai enintään kaksi seuraavista: suru, interpersoonalliset rooliristiriidat, roolimutokset tai interpersoonallinen arkuus. Sosiaalisen fobian hoidossa saattaisi olla perusteltua valita terapian ongelma-alueeksi interpersoonallinen arkuus, kuten yksinäisyys tai eristäytyneisyys. Keskivaiheessa aloitetaan varsinainen työskentely aloitusvaiheessa määritetyn ongelma-alueen parissa. Terapeutin tehtävänä on tunnistaa ja nostaa esiin sekä terapiassa että arjessa toistuvia häiriöitä ja ongelmia potilaan kommunikaatiossa ja saattaa potilas näistä tietoiseksi, jotta niitä voidaan pyrkiä muuttamaan. Lisäksi terapeutin tulee auttaa ja rohkaista potilasta paremman sosiaalisen verkoston rakentamisessa ja uuden roolin omaksumisessa. Mahdollisuuksien mukaan tavoitteena voi olla löytää jokaisella terapiakerralla uusia käyttäytymistapoja, joita potilas voisi terapiakertojen välisenä aikana kokeilla käytännössä. Terapian lopetusvaiheessa tarkoituksena on käsitellä terapian loppumiseen liittyviä tunteita, arvioida tapahtuneita muutoksia oireissa sekä kartoittaa tulevaisuudessa mahdollisesti ilmeneviä stressitilanteita ja miettiä toimintamalleja niiden varalle. (35)



### 3.1.4 Supporttiivinen psykoterapia

Eri psykoterapiasuuntauksia voidaan pyrkiä jaottelemaan sen mukaan, kuinka ekspressiivisiä tai supportiivisia käytetyt menetelmät ovat. Voimakkaimmin ekspressiivistä suuntaa edustava terapiamuoto on psykoanalyysi, jossa tärkein käytetty menetelmä on tulkinta. Supportiivisia interventioita vastaavasti ovat esimerkiksi psykoedukaatio, neuvonta, kannustus ja empatian osoittaminen. Eri psykoterapiasuuntaukset muodostavat kuitenkin jatkumon, eikä selkeää jakoa pelkästään ekspressiivisiin tai supportiivisiin terapioihin voida tehdä. Toisin kuin ekspressiivisissä psykoterapioissa, joissa tavoitteena on yleensä muutos ja esimerkiksi tietoisesta itsereflektion lisääntyminen, voidaan supportiivisissä psykoterapiassa terapian tavoitteeksi asettaa esimerkiksi henkilön persoonallisuusrakenteiden vahvistaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. (2)

Sopivan psykoterapiasuuntauksen valinta riippuu suuresti potilaan yksilöllisistä ominaisuuksista ja kyvyistä. Ekspressiivisistä psykoterapiasta edellyttää potilaalta itsereflektio- ja sitoutumiskykyä sekä korkeaa motivaatiota. Supportiivisemmän painotuksen psykoterapian valintaa voivat puoltaa esimerkiksi potilaan vähäiset valmiudet itsehavainnointiin, alhainen ahdistuksen tai pettymysten sietokyky, puutteelliset kyvyt vastavuoroisuuteen tai meneillään oleva akuutti kriisitilanne. Supportiivisissä psykoterapiassa tapaamisväli voi olla esimerkiksi kerran viikossa. Hoidon kesto on yksilöllinen, puolesta vuodesta useisiin vuosiin. Hoidon lopettamispäätös voidaan tehdä, kun potilaan oireisto on helpottanut, potilas kykenee ylläpitämään stabiilia mielentilaa ja mahdolliset taantumukset on saatu hallintaan. Yleensä tapaamisten tiheyttä harvennetaan hoidon loppua kohti ennen lopullista päättymistä. (2)

### 3.1.5 Internetin välityksellä tapahtuva psykoterapia

Psykoterapian määritelmän mukaisesti terapian antajan on oltava koulutettu psykoterapeutti, jotta hoidon voidaan katsoa olevan psykoterapiaa. Mikäli internetin välityksellä tapahtuvassa terapiassa tämä ehto toteutuu, voi myös nettiterapia olla psykoterapiaa. Erilaisten internetin välityksellä toteutuvien psykoterapioiden tarjonta on voimakkaasti lisääntymässä. Verkkopohjaisilla ratkaisuilla pyritään vastaamaan psykoterapian runsaaseen kysyntään ja parantamaan psykoterapian saatavuutta. Erityisesti syrjäseuduilla tavanomaisen psykoterapian tarjonta voi olla erittäin niukkaa ja välimatkat terapiaa tarjoaviin tahoihin pitkiä. Suurin osa verkossa tapahtuvista psykoterapiasta pohjautuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. (2)

### 3.2 Muu psykososiaalinen hoito

Suomessa HUS tuottaa lukuisia erilaisia eri mielenterveyden häiriöiden hoitoon suunnattuja nettiterapiaohjelmia. Hoito perustuu vahvasti potilaan itsenäiseen työskentelyyn. Terapian onnistumisen edellytyksenä on potilaan riittävä motivaatio sekä kyky sitoutua työskentelyyn vähintään kahdeksi tunniksi viikossa muutaman kuukauden ajan. Erona omahoito-ohjelmiin hoidossa on mukana asiantuntija, joka vastaa potilaan lähettämiin viesteihin ja kommentoi ohjelmaan kuuluvia tehtäviä. Nettiterapeutit ovat kuhunkin häiriöön erikoistuneita psykologeja tai sairaanhoitajia, joilla on lisäksi koulutus nettiterapeuttina toimimiseen. Nettiterapeuteilla ei kuitenkaan ole varsinaista psykoterapiakoulutusta, joten Mielenterveystalon nettiterapiat eivät ole määritelmällisesti psykoterapioita. Nettiterapiaan tarvitaan lääkärin lähete, mutta toisin kuin psykoterapiaan, riittää nettiterapiaan esimerkiksi yleislääkärin tekemä lähete eikä lähettävän lääkärin tarvitse olla psykiatri. Terapiaohjelma on potilaalle maksuton, mutta kokonaiskustannuksen maksaa hyvinvointialue, jolle potilas kuuluu. (36)

Mielenterveystalossa saatavilla on sekä sosiaalisten tilanteiden pelon nettiterapia että nuorille suunnattu nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia. Sosiaalisten tilanteiden pelon nettiterapia sisältää yhden noin tunnin pituisen itsenäisesti suoritettavan istunnon viikossa yhteensä seitsemän viikon ajan. Terapia etenee vaiheittain, aluksi potilaalle tarjotaan informaatiota sosiaalisten tilanteiden pelosta ja sen jälkeen edetään altistusharjoituksiin. Terapia perustuu kognitiiviseen malliin, jossa pelkoa voidaan ajatella noidankehämäisenä tapahtumana. Sosiaalisten tilanteiden välttely ja negatiiviset ajatukset vahvistavat tilanteisiin liittyviä kielteisiä uskomuksia ja näin ylläpitävät pelkoa. Terapiaohjelman tavoitteena on puuttua tähän noidankehään muokkaamalla negatiivisia uskomuksia, purkamalla välttelykäyttäytymistä ja vähentämällä mahdollista turvakäyttäytymistä asteittain. Lisäksi potilaan huomiota pyritään suuntaamaan uudelleen niin, että hän voisi sosiaalisissa tilanteissa keskittyä itse tilanteeseen eikä ainoastaan omaan pelkoonsa ja tuntemuksiinsa. Terapian sisäänottokriteereitä ovat diagnosoitu sosiaalisten tilanteiden pelko sekä potilaan riittävät tekniset valmiudet, kuten internetyhteys ja verkkopankkitunnukset tunnistautumista varten. Esteitä terapian aloitukselle ovat esimerkiksi akuutti itsetuhoisuus, psykoottinen häiriö ja päihdeongelma. (37)

Psykososiaalista hoitoa on myös perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa annettu keskustelumuotoinen hoito. Tämänkaltaista hoitoa tarjoavilla ammattilaisilla saattaa olla taustalla esimerkiksi psykologin tai sairaanhoitajan koulutus ja lisäksi mahdollisesti lyhyempiä menetelmäkoulutuksia, mutta harvoin varsinaista psykoterapeutin

koulutusta. Hoidon tavoitteena voi olla esimerkiksi potilaan tilanteen tarkempi kartoittaminen keskustelun avulla, psykoedukaation antaminen ja supportio.

Erilaisten psyykkisten häiriöiden hoitoon on kehitetty myös lukuisia erilaisia omahoito- ja itsehoito-ohjelmia. Yksinkertaisimmillaan esimerkiksi säännöllinen liikunta voi lievittää masennuksen oireita. Varsinkin lieväasteisista häiriöistä kärsivät potilaat saattavat hyvinkin hyötyä erilaisista omahoito-ohjelmista, altistusohjelmista sekä rentoutuskeinoista. Myös erilaiset taitoja kartuttavat harrastukset tai ryhmätoimintaan osallistuminen voivat lievittää esimerkiksi sosiaalisesta eristyneisyydestä johtuvaa masennusta. (35)

Mielenterveystalo.fi -sivusto tarjoaa myös omahoito-ohjelmia moniin erilaisiin psyykkisiin oireisiin ja ongelmatilanteisiin. Omahoito-ohjelmat ovat maksuttomia ja kaikkien saatavilla, aloittamiseen ei tarvita diagnoosia tai lähetettä. Omahoito-ohjelmissa mukana ei ole asiantuntijakontaktia, vaan ohjelma suoritetaan täysin itsenäisesti. Mielenterveystalosta löytyvä sosiaalisen jännittämisen omahoito-ohjelma jakautuu kolmeen osioon. Ensimmäisessä osiossa osallistujalle tarjotaan tietoa sosiaalisesta jännittämisestä, sen oireista, yleisyydestä ja taustatekijöistä sekä oireilua ylläpitävistä tekijöistä kuten välttelykäyttäytymisestä. Seuraavassa osiossa tarjotaan työkaluja esimerkiksi rentoutumiseen, ahdistavien tilanteiden tunnistamiseen ja purkamiseen, ajatusvääristymien havainnointiin ja muokkaamiseen sekä huomion suuntaamiseen. Osiossa hyödynnettäviä menetelmiä ovat esimerkiksi hengitysharjoitukset ja mindfulness-harjoitteet äänitemuodossa, sosiaalisesti jännittävän tilanteen havainnointi askel kerrallaan ketjuanalyysin avulla ja altistuspäiväkirjan pitäminen. Kolmannessa osiossa osallistujaa kannustetaan jatkamaan altistusharjoitusten tekemistä ja kiinnittämään huomiota tapahtuneisiin positiivisiin muutoksiin ja edistymiseen. Lisäksi osiossa painotetaan arjen perusasioiden kuten ravinnon, unen, liikunnan ja sosiaalisten suhteiden merkitystä hyvinvointiin. (38)

## 4 Sosiaalisen fobian psykososiaalinen hoito

### 4.1 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehokkuus sosiaalisen fobian hoidossa on osoitettu useissa meta-analyyseissä (39, 40). Myös ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suositusten näytönastekatsauksessa kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian teholle sosiaalisten tilaiden

pelossa on annettu näytön asteen luokitus A eli aiheesta on vahva näyttö (14). Terapiasuuntauksen rooli sosiaalisen fobian hoidossa on niin vakiintunut, että kognitiivista terapiaa pidetään usein sosiaalisen fobian psykososiaalisen hoidon ”kultaisena standardina”. Useat muut sosiaalisen fobian psykososiaalista hoitoa käsittelevät tutkimukset onkin koostettu siten, että tarkoituksena on verrata tutkittavan hoitomuodon tehoa juuri kognitiiviseen psykoterapiaan.

SSRI-lääkkeiden ryhmään kuuluvaa fluoksetiinia, plaseboa ja kognitiivista terapiaa vertaillessa tutkimuksessa kognitiivinen terapia osoittautui lääkehoitoa ja plaseboa tehokkaammaksi sosiaalisen fobian hoidossa sekä hoidon aikana, hoidon jälkeen että 12 kuukauden seurannassa mitattuna (41). Huomattavaa kuitenkin on, että myös lääkehoito- ja plaseboryhmissä oireissa havaittiin merkittävää muutosta parempaan tutkimusjakson aikana, mutta näiden ryhmien välillä ei ollut eroja.

Toisessa tutkimuksessa vertailtiin ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa, fluoksetiinia, plaseboa sekä terapia + fluoksetiini ja terapia + plasebo -yhdistelmiä. Tutkimuksen kesto sekä lääkehoidon että ryhmäterapian osalta oli 14 viikkoa, terapiaistuntoja oli kerran viikossa. Kaikki aktiivista hoitoa, joko lääkehoitoa tai terapiaa, sisältävät hoitomuodot osoittautuivat tutkimuksessa pelkkää plaseboa tehokkaammiksi, mutta hoitomuotojen välillä ei havaittu eroja. Näin ollen tutkimuksen perusteella sekä ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia että lääkehoito ovat tehokkaita sosiaalisen fobian hoidossa, mutta eri hoitomuotojen yhdistämisestä ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan etua monoterapiaan verrattuna. (42)

## 4.2 Psykodynaaminen psykoterapia

Psykodynaaminen psykoterapia on mahdollisesti tehokasta sosiaalisen fobian hoidossa, Ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suosituksen näytönastekatsauksessa näyttö psykodynaamisen psykoterapian tehosta sosiaalisen fobian hoidossa on määritelty olevan luokkaa B, eli aiheesta on kohtalaista näyttöä (14).

Psykodynaamista terapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa vertailevassa monikeskustutkimuksessa 495 sosiaalisesta fobiasta kärsivää koehenkilöä satunnaistettiin saamaan joko saamaan jompaa kumpaa tutkittavista terapioiden tai odottamaan odotuslistalle. Molemmissa terapiamuodoissa pidettiin yhteensä 25 yksittäistä 50 minuuttia kestänyttä hoitokertaa. Lisäksi molemmat ryhmät suorittivat viisi valmistavaa istuntoa, sillä Saksassa, jossa tutkimus tehtiin nämä ovat pakollisia. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneiden ryhmässä enintään kuusi istuntoa voitiin pitää 100 minuuttia kestävinä. Molemmissa terapiamuodoissa istuntoja pidettiin pääasiassa

kerran viikossa, mutta psykodynaamisen terapian keskivaiheilla istuntoja oli jonkin aikaa kahdesti viikossa, jotta terapian viikottainen määrä ja kokonaiskesto pysyivät vastaavina ryhmien välillä. Interventioiden vastetta tutkimuksessa arvioitiin käyttämällä Liebowitzin sosiaalisten tilanteiden pelon asteikkoa (LSAS). Remission kriteeriksi määriteltiin LSAS-kokonaispisteiden väheneminen alle 30 pisteeseen hoidon myötä. Vasteen kriteeriksi määriteltiin LSAS-pistemäärän pieneminen vähintään 31 % hoidon myötä. Remission saavutti 36 % kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneista, 26 % psykodynaamista terapiaa saaneista ja 9 % odotuslistalla olleista potilaista. Vaste havaittiin 60 %:lla CBT-ryhmässä, 52 %:lla psykodynaamisen terapian ryhmässä ja 15 %:lla odotuslistan potilaista. Sekä vasteen että remission osalta molemmat terapiamuodot osoittautuivat odotuslistaa tehokkaammiksi sosiaalisen fobian hoidossa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia osoittautui tutkimuksessa merkitsevästi psykodynaamista terapiaa tehokkaammaksi remission saavuttamisessa, mutta vasteen osalta terapiamuodoilla ei havaittu olevan eroa. (43)

Edellä kuvatussa tutkimuksessa tutkijat jatkoivat vielä koehenkilöiden seurantaan vielä 2 vuoden ajan terapian päätyttyä selvittääkseen mahdollisia pidemmällä aikavälillä ilmeneviä eroavaisuuksia terapioiden välillä. 6 kk, vuoden ja 2 vuoden kohdalla 72 %, 70 % ja 69 % CBT-ryhmän potilaista ja 65 %, 64 % ja 69 % psykodynaamista terapiaa saaneen ryhmän potilaista oli saanut vasteen. Remission saavuttaneiden potilaiden osuudet vastaavina ajankohtina olivat 44 %, 44 % ja 39 % CBT-ryhmässä ja 37 %, 37 % ja 38 % psykodynaamista terapiaa saaneiden ryhmässä. 2 vuoden seurannassa eri terapiaa saaneiden ryhmien välillä ei siis havaittu olevan merkitsevää eroa remission tai vasteen saavuttamisessa. Tutkijoiden johtopäätös oli, että alkuvaiheen lyhyen aikavälin tarkastelussa CBT vaikutti hieman psykodynaamista terapiaa tehokkaammalta, mutta pidemmällä aikavälillä ero tasoittui ja molemmat terapiat olivat yhtä tehokkaita sosiaalisen fobian hoidossa. (44)

Myös toisessa kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja psykodynaamista terapiaa odotuslistaan vertailleessa tutkimuksessa molemmat terapiamuodot osoittautuivat merkitsevästi odotuslistaa tehokkaammiksi sosiaalisen fobian hoidossa, mutta tässäkin tutkimuksessa terapiasuuntausten välillä ei havaittu merkitsevää eroa tehossa. Sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että psykodynaamisen terapian myötä yli 50 % sosiaalisesta fobiasta kärsivistä potilaista saavutti remission. (45)

Psykodynaamista lyhytterapiaa ja lääkehoitoa sosiaalisen fobian hoidossa vertailevassa tutkimuksessa tutkittavat satunnaistettiin saamaan joko psykodynaamista psykoterapiaa tai setraliini-lääkitystä tai odottamaan odotuslistalla. Psykodynaamista terapiaa tutkimuksessa oli yhteensä 25 istuntoa 2 kertaa viikossa. Lääkehoito sertraliinilla kesti myös 12 viikon ajan. SPIN-mittarin pistemäärien muutoksella tarkasteltuna molemmat hoitoryhmät saivat hoidon myötä tilastollisesti

merkitsevän vasteen verrattuna odotuslistan potilaisiin, mutta lääkehoidon ja psykoterapian välillä ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan eroa. Sertraliini-lääkitys ja psykodynaaminen lyhytterapia olivat siis yhtä tehokkaita sosiaalisen fobian hoidossa tämän tutkimuksen perusteella. (46)

### 4.3 Interpersoonallinen psykoterapia

Ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suosituksen näytönastekatsauksessa interpersonaaliselle psykoterapialle on määritetty näytön aste C sosiaalisen fobian hoidossa. Interpersoonallinen psykoterapia saattaa lievittää sosiaalisen fobian ja paniikkihäiriöön liittyvän agorafobian oireita, mutta aiheesta on heikko näyttö. (14)

Interpersoonallisen psykoterapian ja kognitiivisen psykoterapiaan vaikutusta sosiaaliseen fobiaan vertailevassa tutkimuksessa potilaat satunnaistettiin kolmeen eri ryhmään. Kognitiivista psykoterapiaa ja interpersoonallista psykoterapiaa saavien ryhmissä tutkittavat suorittivat yhteensä 16 terapiaistuntoa 20 viikon aikana. Tämän jälkeen odotuslistalle satunnaistetulle kontrolliryhmälle annettiin yksi istunto jommankumman tutkittavan terapiasuuntauksen psykoterapiaa. Sekä interpersoonallinen että kognitiivinen psykoterapia osoittautuivat odotuslistaa tehokkaammaksi sosiaalisen fobian oireiden lievittämisessä. Terapiasuuntausten välillä oli kuitenkin eroa: kognitiivista psykoterapiaa saaneiden ryhmästä vaste havaittiin 66 %:lla ja interpersoonallisen psykoterapian ryhmästä 42 %:lla. Vuoden kuluttua seurannassa ryhmien ero oli edelleen säilynyt. (47)

Kuitenkaan toisessa interpersoonallista psykoterapiaa ja kognitiivista terapiaa vertailevassa tutkimuksessa eroa terapioiden vaikutuksessa sosiaalisen fobian oireisiin ei havaittu. Tutkimuksessa 80 kroonisesta ja hoitoresistentistä sosiaalisesta fobiasta kärsivää potilasta satunnaistettiin saamaan joko interpersoonallista psykoterapiaa tai kognitiivista terapiaa 10 viikon ajan. Molemmat terapiat toteutettiin ryhmämuotoisina. Molemmissa ryhmissä havaittiin selkeä väheneminen oireissa ADIS-haastattelulla (Anxiety Disorders Interview Schedule) mitattuna, mutta ryhmien välillä ei todettu eroa. Vuoden seurannassa molemmat ryhmät osoittivat jatkuvaa paranemista oireissa, eikä ryhmien välillä seurannassakaan havaittu olevan eroavaisuuksia. Tutkimusasetelman heikkoutena kuitenkin on, että kaikki koehenkilöt asuivat tutkimushetkellä tuetun asumisen yksikössä, joten ympäristöllä saattoi olla terapiaa suurempi merkitys oireiden lievittymiseen. (48)

Sudden gain on käsite, joka kuvaa oireiden äkillistä lievittymistä kahden terapiaistunnon välillä. Käsitteen ensimmäisenä kuvanneiden tutkijoiden mukaan oireiden tulee vähentyä vähintään 25 % ja muutoksen on oltava pysyvä, jotta kyseessä voidaan katsoa olevan sudden gain. Ilmiön

esiintyvyyttä kognitiivisen ja interpersoonallisen psykoterapian välillä vertailevassa tutkimuksessa 22 % kaikista tutkittavista koki kyseisen ilmiön terapiansa aikana, eikä esiintyvyydessä ollut eroja terapiasuuntausten välillä. Sudden gain -ilmiön esiintyminen kognitiivisen terapian aikana oli kuitenkin yhteydessä vähäisempään oireiluun terapian päätyttyä seurannassa verrattuna niihin tutkittaviin, jotka olivat saavuttaneet sudden gain -tilanteen interpersoonallisessa terapiassa. Näin ollen ilmiön pitkäaikaishyödyt saattavat olla kognitiivisessa terapiassa merkittävämmät kuin IPT:ssä. (49)

#### 4.4 Supportiivinen psykoterapia

Neljästä kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa odotuslistaan ja supportiiviseen psykoterapiaan vertailevasta tutkimuksesta koostetun katsauksen perusteella kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vaikuttaa olevan tehokkaampaa sosiaalisen fobian ja muiden ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa kuin odotuslista ja supportiivinen terapia (50).

Supportiivista psykoterapiaa ja interpersoonallista psykoterapiaa vertailevassa tutkimuksessa terapiamuodot osoittautuivat yhtä tehokkaiksi sosiaalisen fobian oireiden lievittämisessä, kun arviointiin käytettiin Liebowitzin sosiaalisten tilanteiden pelon asteikkoa (51). Negatiivisen arvioinnin pelkoa mittaavalla asteikolla (BFNE, Brief Fear of Negative Evaluation Scale) tarkasteltuna interpersoonallinen terapia vaikutti tutkimuksen perusteella kuitenkin supportiivista psykoterapiaa tehokkaammalta.

Toisessa tutkimuksessa supportiivista terapiaa verrattiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Tutkittavat satunnaistettiin ensin kahteen ryhmään, joista toinen sai aluksi 6 viikon aikana yhteensä 8 tuntia kognitiivista yksilöterapiaa tunnin ajan kerrallaan. Toinen ryhmä sai aluksi 12 viikon ajan supportiivista terapiaa 2 viikon välein 30 minuuttia kerrallaan. Näiden terapiajaksojen jälkeen molempien ryhmien koehenkilöt osallistuivat ryhmämuotoiseen sosiaalisten tilanteiden harjoitteluun kerran viikossa 2 tuntia kerrallaan 6 viikon ajan. 12 viikon hoidon jälkeen sekä pelko-oireet että sosiaalisten tilanteiden välttely vähenivät merkitsevästi enemmän kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneiden ryhmässä verrattuna supportiivista terapiaa saaneiden ryhmään. Myöhemässä vaiheessa aluksi supportiivista terapiaa saanut ryhmä sai vielä saman kognitiivisen yksilöterapian hoitajakson kuin ensimmäinen ryhmä ja sama tulos toistui, eli tutkittavien oireet vähenivät merkitsevästi alkutilanteeseen verrattuna. (52)

#### 4.5 Internetin välityksellä tapahtuva psykoterapia

Internetin välityksellä toteutettua kognitiivista käyttäytymisterapiaa (ICBT) ja kasvotusten tapahtunutta ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa (CBGT) sosiaalisen fobian hoidossa vertailevassa tutkimuksessa 126 tutkittavaa satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista toiselle ryhmälle annettiin ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa yhteensä 14 tapaamista 15 viikon ajanjakson aikana. Yhden tapaamisen kesto oli 2,5 tuntia. Toinen ryhmä sai samaan kognitiivisen käyttäytymisterapian malliin perustuvaa psykoterapiaa internetin välityksellä. Terapia koostui 15 suoritettavasta omahoidollisesta tekstimoduulista, joista jokainen käsitteli tiettyä teemaa, esimerkiksi altistusharjoittelua. Lisäksi jokaiseen moduuliin liittyi kotitehtäviä. Myös internetvälitteinen terapia kesti 15 viikkoa ja tänä aikana potilailla oli mahdollisuus viestitellä terapeutin kanssa, jonka oli tarkoitus vastata viesteihin vuorokauden sisällä arkipäivisin. Terapeutin rooli oli lähinnä antaa palautetta kotitehtävistä sekä avata pääsy seuraaviin moduuleihin. Terapeutin käyttämä aika oli tutkimusasetelmassa rajattu alle 10 minuuttiin potilasta kohden viikossa. 15 viikon aikana terapiaa internetin välityksellä antaneet terapeutit käyttivät yhteen potilaaseen keskimäärin 5,5 minuuttia viikossa. Ryhmämuotoisessa kasvokkain tapahtuneessa terapiassa aikaa kului 50 minuuttia per potilas, kun terapeutteja oli ryhmätapaamisissa kaksi. Terapian vaikutusta mitattiin LSAS-pisteiden muutoksella terapian jälkeen ja puolen vuoden seurannassa. Heti hoidon päättymisen jälkeen vaste havaittiin 55 %:lla ICBT-ryhmästä ja 34 %:lla CBGT-ryhmästä. 6 kuukauden seurannassa luvut olivat 64 % ICBT-ryhmässä ja 45 % CBGT-ryhmässä. Hoidon vaste molemmissa ryhmissä siis parani seurannassa, mutta ryhmien välinen ero säilyi. Tämän tutkimuksen perusteella internetin välityksellä annettava kognitiivinen käyttäytymisterapia vaikuttaa siis tehokkaalta sosiaalisen fobian hoidossa. (53)

Edellä kuvatun tutkimuksen aineiston pohjalta tutkijat analysoivat terapiamuotojen eroa vielä kustannusten näkökulmasta. Taloudellisia kustannuksia koskevat tiedot hankittiin käyttämällä TIC-P (Trimbo and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry) -työkalua, joka ottaa huomioon sekä suorat terveydenhuollon kustannukset kuten lääkärikäynnit että epäsuorat kustannukset kuten omahoitoryhmät. Lisäksi otettiin huomioon ei-lääkinnällisiä kustannuksia kuten tuottavuuden menetyksestä johtuvat kustannukset. Ennen hoidon alkua kokonaiskustannuksissa ei ollut eroa ICBT ja CBGT ryhmien välillä. Molemmissa ryhmissä kokonaiskustannusten määrä väheni merkittävästi seurannassa verrattuna ennen hoitoa laskettuihin kustannuksiin. Myös epäsuorat ei-lääkinnälliset kustannukset vähenivät. Ryhmien välillä ei missään vaiheessa ollut merkittävää eroa kustannusten määrässä, mutta ero syntyi annetun hoidon kustannuksista. Toteutetun intervention kustannusten arvioitiin olevan ICBT-ryhmässä 464



dollaria potilasta kohden, kun taas CBGT-ryhmässä arvioitu kustannus oli 2687 dollaria yhtä potilasta kohden. Ero selittyy terapeutin käyttämällä ajalla. Tutkijat selvittivät vielä lisäkustannustehokkuussuhdetta ja saivat tulokseksi, että jokainen pykälä parannusta LSAS-pisteissä ICBT-ryhmässä verrattuna CBGT-ryhmään tuotti yhteiskunnalle 7046 dollaria. Tämä selittyy sillä, että hoidon matalammista kustannuksista johtuen kokonaisnettokustannukset ovat ICBT-ryhmässä pienemmät ja että ICBT-ryhmässä kliinisesti merkittävä vaste sosiaaliseen fobiaan tapahtui hieman CBGT-ryhmää todennäköisemmin. Tutkimuksen perusteella internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia on siis kustannustehokasta sosiaalisen fobian hoidossa. (54)

Toisessa, varsin samankaltaisessa, internetin välityksellä toteutettua kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja kasvotusten tapahtunutta ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa vertailevassa tutkimuksessa oireet vähenivät molemmissa ryhmissä merkitsevästi useilla eri mittareilla mitattuna 8 viikon kohdalla, mutta ryhmien välillä ei havaittu olevan eroa. Sen sijaan tässäkin tutkimuksessa terapeutin ajankäytössä oli merkittävä ero ryhmien välillä. Internetvälitteisessä terapiassa terapeutin aikaa kului kokonaisuudessaan 18 minuuttia potilasta kohden. Kasvokkain toteutetussa ryhmämuotoisessa terapiassa potilaita oli ryhmässä 7 ja terapiaa annettiin ryhmälle 4 tuntia viikossa 7 viikon ajan. Terapeutin aikaa yhteen ryhmän potilaaseen kului tässä hoitomuodossa yhteensä 240 minuuttia eli 13 kertaa enemmän kuin nettiterapiassa. Huomattavaa on, että tutkimuksen potilasmäärä oli kuitenkin varsin pieni (N=25) ja hoitoa antanut terapeutti oli molemmissa ryhmissä sama. Tässä tutkimuksessa ei analysoitu tarkemmin eri interventioiden kustannuksia. (55)

Netin välityksellä toteutettua kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja kasvokkain tapahtunutta kognitiivista käyttäytymisterapiaa vertailevien tutkimusten pohjalta tehdyssä systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä sisäänottokriteerit täytti vain 20 tutkimusta, sillä valtaosa internetvälitteistä terapiaa koskevasta tutkimuksesta on tehty vertaamalla sen vaikutusta esimerkiksi odotuslistaan tai tavanomaiseen hoitoon kasvokkain tapahtuvan psykoterapian sijaan. Meta-analyysin perusteella ICBT ja kasvokkain tapahtuva hoito näyttävät kuitenkin tuottavan yhtä hyvän kokonaisvaikutuksen. Tutkimuksen tekijät kuitenkin huomauttavat, että tutkimusten pienestä määrästä johtuen aihetta on syytä tutkia lisää luotettavampien tulosten saamiseksi. (56)

## 4.6 Omahoito-ohjelmat

Matkapuhelimen välityksellä tapahtuvia terapioiden vertailevassa tutkimuksessa verrattiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaa nettiterapiaohjelmaa ja interpersoonallisen psykoterapian pohjalta internetpohjaiseen muotoon muokattua terapiaohjelmaa sosiaalisen fobian hoidossa. Kumpikin terapiaohjelma kesti yhdeksän viikkoa ja sisälsi yhden suoritettavan moduulin viikossa. Liebowitzin sosiaalisten tilanteiden pelon asteikolla mitattuna oireet lievittyivät molemmissa tutkimusryhmissä. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvassa ohjelmassa tulokset olivat kuitenkin merkittävästi parempia: 56 % tutkittavista reagoi hoitoon, kun taas interpersoonallisen psykoterapian ryhmässä vaste havaittiin vain 8 %:lla ohjelman suorittaneista. (57)

## 5 Pohdinta

Sosiaalinen fobia on merkittävä arkea ja elämänlaatua haittaava sairaus, joka hoitamattomana kroonistuu helposti ja saattaa aiheuttaa potilaalle hyvin pitkäkestoista kärsimystä. Sosiaalisen fobian hoidossa sekä lääkehoidolla että psykososiaalisilla hoitomuodoilla on tärkeä rooli. Eniten tutkimusnäyttöä vaikuttaa olevan kognitiivis-behavioraalisen psykoterapia tehosta sosiaalisen fobian hoidossa. Kognitiivis-behavioraaliseen viitekehukseen pohjautuvat terapiat ovatkin sosiaalisen fobian hoidon kultainen standardi, johon muita terapiasuuntauksia usein verrataan. Tässä tutkielmassa käsitellyistä muista terapiamuodoista yhdenkään teho ei osoittautunut kognitiivista terapiaa tai siihen pohjautuvaa terapiasovellusta paremmaksi. Kuitenkin psykodynaaminen terapia vaikutti useissa tutkimuksissa yhtä tai lähes yhtä tehokkaalta sosiaalisen fobian oireiden lievittämisessä ja remission saavuttamisessa. Yhdessä tutkimuksessa psykodynaaminen lyhytterapia todettiin myös yhtä tehokkaaksi sosiaalisen fobian oireiden lievittämisessä kuin lääkehoito sertraliinilla.

Interpersoonallisen psykoterapian osalta hoitotulokset sosiaalisen fobian hoidossa ovat ehkä hieman kognitiivista terapiaa vaatimattomampia, mutta siitä huolimatta sillakin saavutettiin tutkimuksissa merkitsevää vastetta odotuslistaan verrattuna. Supportiivinen psykoterapia todettiin useissa tutkimuksissa kognitiivista terapiaa heikommaksi sosiaalisen fobian hoidossa, mutta interpersoonalliseen psykoterapiaan verrattuna erot hoitomuotojen välillä eivät olleet yhtä suuria.

Toisaalta supportiivispainotteisen terapiamuodon valintaan vaikuttavat suuresti potilaan lähtökohdat ja kyky psykoterapeuttisessa työskentelyssä tarvittavaan itsereflektioon, joten supportiiviseen terapiaan valikoituvat potilaat eivät ehkä lähtökohtaisesti hyödy yhtä paljon terapeuttisesta hoidosta.

Internetin välityksellä toteutettava kognitiivinen käyttäytymisterapian todettiin useissa tutkimuksissa olevan teholtaan yhtä hyvä tai jopa parempi kuin kasvokkain tapahtuva psykoterapia. Lisäksi nettiterapiaan vaadittava psykoterapeutin aktiivinen aika oli merkittävästi pienempi kuin kasvokkain toteutuvassa terapiassa, mikä alensi huomattavasti hoidon kustannuksia ja lisäsi kustannustehokkuutta. Nettiterapiaa ja kasvokkain tapahtuvaa terapiaa vertailevia tutkimuksia on kuitenkin toistaiseksi tehty verrattain vähän ja lisää tutkimusnäyttöä aiheesta tarvitaan. Voidaan kuitenkin olettaa, että erilaisten internetpohjaisten psykoterapian sovellusten tarjonta ja hyödyntäminen lisääntyvät tulevaisuudessa.

Psykoterapioita vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että eri terapiat tuottavat tutkimusasetelmassa suunnilleen vastaavan hyödyn. Tätä ilmiötä on kutsuttu ekvivalenssiparadoksiksi. Psykoterapian varsinaisten vaikutusmekanismien tuntemus on edelleen suurelta osin puutteellista. Ajatellaan, että riippumatta suuntauksesta kaikki psykoterapiat käyttävät hyväkseen niin sanottuja vuorovaikutuksen yleisiä tekijöitä, joita ovat esimerkiksi terapeutin persoonan ominaisuudet, hoitomyönteinen ympäristö, empatian osoittaminen ja hyvä yhteistyö terapeutin ja potilaan välillä. Terapiatyöskentelyn aikana tapahtuvista muutoksista noin 30 % arvioidaan selittyvän näillä yleisillä tekijöillä. Hoidon ulkopuolisten tekijöiden kuten hoidettavan mielenterveyden häiriön luonteen ja potilaan saaman sosiaalisen tuen vaikutukseksi on arvioitu noin 40 %. Potilaan hoitoon liittämien positiivisten odotusten vaikutuksen on arvioitu olevan noin 15 %. Arvioiden mukaan vain noin 15 % hoidon vaikutuksista selittyy käytetyllä terapiatekniikalla. Näin ollen yleisillä tekijöillä ja kokonaan hoidon ulkopuolisilla tekijöillä saattaa olla huomattavasti terapiasuuntausta enemmän vaikutusta hoidon lopputulokseen ja pelkästään terapiasuuntauksia vertailemalla havaitut eroavaisuudet tehossa ovat suhteellisen vaatimattomia. (2)

Tutkimusnäyttöä sosiaalisen fobiaan oireiden lievittämiseen käytettävistä omahoito-ohjelmista löytyi varsin niukasti. Yhden tutkimuksen perusteella kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuva ohjelma vaikutti kuitenkin tehokkaammalta kuin vastaavanlainen interpersoonallisen psykoterapian menetelmiä hyödyntävä ohjelma. Suurin osa omahoito-ohjelmista perustuukin juuri kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Suomalaisessa terveydenhuollossa tarjolla on HUS mielenterveystalon omahoito-ohjelma sosiaaliseen jännittämiseen, mikä niin ikään pohjaa CBT:n menetelmiin ja altistusharjoitteisiin.

Huomattavaa on, että kaikissa tässä tutkielmassa käsitellyissä psykososiaalisten hoitojen vaikutusta selvittäneissä tutkimuksissa tutkittujen terapioiden kesto oli varsin lyhyt, muutamista

viikoista muutamiin kuukausiin. Suomessa tilanne on käytännössä päinvastainen, sillä Kelan ylläpitämä kuntoutuspsykoterapiajärjestelmä suosii hyvin pitkiä psykoterapioita. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa haetaan aina vuodeksi kerrallaan ja enintään terapiaa voi saada yhtäjaksoisesti kolmen vuoden ajan.

Vuonna 2021 Kela myönsi kuntoutuspsykoterapiaa yhteensä 51 315 asiakkaalle, joista 19 331 oli uusia kuntoutuspsykoterapian saajia. Eniten uusia kuntoutuspsykoterapiaa saavia asiakkaita oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosilla (F00-F99) myönnettyjen kuntoutuspsykoterapioiden kustannukset olivat yhteensä 106 miljoonaa euroa, josta ahdistuneisuushäiriön diagnoosilla myönnettyjen kuntoutuspsykoterapioiden kustannusten osuus oli 46,4 miljoonaa euroa. Kuntoutuspsykoterapian kustannus kuntoutujaa kohti oli 1754 euroa vuodessa. (58)

Vuoden 2021 lopussa nimikesuojattuja psykoterapeutteja oli Valviran rekisterissä 8 646 (59). Suomen terveydenhuoltoympäristölle ominainen painotus pitkiin psykoterapioihin saattaa osaltaan vaikuttaa siihen, että psykoterapian saatavuudessa on haasteita. Syrjäseuduilla haasteena saattaa olla konkreettisesti palveluntarjoajien vähäinen määrä. Suuremmissa kaupungeissa psykoterapeutit saattavat olla niin työllistettyjä, että he eivät voi ottaa varsinkaan uusia Kelan kuntoutuspsykoterapia-asiakkaita, sillä terapeutinkin tulisi kyetä sitoutumaan hoitoon pitkäksi ajaksi. Psykoterapian heikko saatavuus ja terapeuttien täydet ajanvaraukset saattavat myös lannistaa psykoterapiaprosessia aloittelevaa potilasta, jolloin pahimmassa tapauksessa motivaatio vapaan terapeutin etsimiseen katoaa ja hoito jää saamatta. Kysynnän ja tarjonnan kohtaamattomuus saattaa myös johtaa siihen, että terapia aloitetaan, kun vapaana oleva terapeutti löytyy. Tällöin esimerkiksi eri terapiasuuntausten vaikuttavuuden erot hoidettavassa häiriössä saattavat jäädä vähemmälle huomiolle, jolloin terapian teho ei välttämättä ole optimaalinen.

Sosiaalisen fobian lisäksi myös monissa muissa psykiatrisissa häiriöissä mahdollisia oireita ovat esimerkiksi jännittyneisyys, ahdistuneisuus ja sosiaalisten kontaktien välttely. Oireet itsessään siis saattavat vaikeuttaa terapian aloitusta, sillä terapeuttia etsiessä täytyy usein kontaktoida ja mahdollisesti tavatakin useita terapeutteja ennen kuin sopiva löytyy ja terapiatyöskentely voi alkaa. Sekä psykoterapian saatavuuden haasteisiin että edellä kuvattuun varsinaisen aloitusprosessin vaikeuksiin erilaiset internetpohjaiset terapiamenetelmät voisivat mahdollisesti tarjota ratkaisun. Nettiterapia voisi parhaimmillaan olla teholtään kasvokkain tapahtuvaa terapiaa vastaavaa, mutta kustannukset ovat murto-osa perinteisten terapiamuotojen kustannuksista. Myös nykyistä suurempi painotus lyhytterapioihin voisi auttaa psykoterapian saatavuushaasteiden ratkaisemisessa. Tämä kuitenkin vaatisi yhteiskunnallista muutosta, sillä nykyisellään Kelan kuntoutuspsykoterapiaprosessi ei tue muunlaisten terapiamuotojen yleistymistä.

Terapiatakuu-kansalaisaloitteen tavoitteena on mielenterveyspalveluiden ja erityisesti psykososiaalisten lyhytinterventioiden saatavuuden lisääminen ja niihin pääsyn nopeuttaminen. Keskeisenä ajatuksena on, että psykososiaalisen hoidon tarve tulisi arvioida jo potilaan hakeutuessa ensimmäistä kertaa hoitoon ja mikäli tarve todetaan, tulisi hoidon alkaa kuukauden kuluessa. Näin ollen varhaista psykososiaalista hoitoa tulisi olla riittävästi tarjolla jo perusterveydenhuollossa. Nykyisellään kansalaisaloitteen mukaan perusterveydenhuoltoon hakeutumisesta kuluu noin 7–12 kuukautta psykoterapian alkamiseen. Terapiatakuun toteutumisen vuosikustannuksen on arvioitu olevan noin 35 miljoonaa euroa, josta valtaosa muodostuisi terveydenhuollon henkilöstön työpanoksesta ja lisäkouluttamisesta. Terapiatakuu -kansalaisaloite keräsi vaaditut 50 000 allekirjoitusta ja eteni eduskunnan käsittelyyn vuonna 2019. Sittemmin asia ei ole juuri edennyt, mutta vuoden 2023 eduskuntavaaleissa terapiatakuu on jälleen esillä. (60)

Erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot ovat tärkeä osa sosiaalisen fobian tehokasta hoitoa. Hoitamalla sosiaalista fobiaa tehokkaasti ja oikea-aikaisesti, voidaan ehkäistä sosiaalisen fobian kroonistumista ja tästä aiheutuvia merkittäviä liitännäisongelmia. Psykososiaalisten hoitojen saatavuuden parantaminen Suomessa kohentaisi todennäköisesti myös sosiaalisen fobian hoitoa. Tulevaisuudessa erilaisten internetin välityksellä toteutettavien terapioiden tarjonta todennäköisesti laajenee ja tämä tarjoaa uudenlaisia hoitomahdollisuuksia perinteisen kasvokkain tapahtuvan psykoterapian ja muun psykososiaalisen tuen rinnalle.

## Lähteet

1. Kähkönen, Karila, I., Koivisto, M., Holmberg, N., Aalto-Setälä, R., Seppälä, O., & Juvakka, T. (2020). *Kognitiivinen psykoterapia* (9., uudistettu painos.). Kustannus Oy Duodecim.
2. Lönnqvist, Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T., Aalberg, V., & Seppälä, O. (2021). *Psykiatria* (15., uudistettu painos.). Duodecim.
3. Troller-Renfree, S. V., Buzzell, G. A., Bowers, M. E., Salo, V. C., Forman-Alberti, A., Smith, E., Papp, L. J., McDermott, J. M., Pine, D. S., Henderson, H. A., & Fox, N. A. (2019). Development of inhibitory control during childhood and its relations to early temperament and later social anxiety: unique insights provided by latent growth modeling and signal detection theory.
4. Rapee, Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*., 5, 311–341.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
6. WHO. *International statistical classification of diseases and related health Problems*, 10th Revision. World Health Organization, 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en/#/> Viitattu 11.5.2022.
7. Huttunen, & Socada, L. (2017). *Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö* (1. painos.). Duodecim.
8. Komulainen J, Lehtonen J, Mäkelä M, ym. *Psykiatrian luokituskäsikirja*. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Helsinki: THL 2012.
9. Schneier. (2006). Clinical practice. Social anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*., 355(10), 1029–1036.
10. Stein, M. B., Baird, A., & Walker, J. R. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *The American journal of psychiatry*, 153(2), 278–280.
11. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Tuomisto, M. T., & Marttunen, M. (2007). Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(4), 244–251.
12. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2012). The Mini-Social Phobia Inventory: psychometric properties in an adolescent general population sample. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 630–637.
13. Weeks, J. W., Spokas, M. E., & Heimberg, R. G. (2007). Psychometric evaluation of the mini-social phobia inventory (Mini-SPIN) in a treatment-seeking sample. *Depression and anxiety*, 24(6), 382–391.

14. Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
15. Ranta, K. (2021). Nuoren sosiaalisten tilanteiden pelon tunnistaminen, arviointi ja hoito. *Duodecim*, 137(22), 2409-2417.
16. Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (417), 4–18.
17. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.
18. Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological medicine*, 29(2), 309–323.
19. Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological psychiatry*, 51(1), 81–91.
20. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and anxiety*, 26(6), 528–536.
21. Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831–843.
22. Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological psychiatry*, 51(1), 81–91.
23. Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(1), 1–10.
24. Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social Anxiety Disorder. *The New England journal of medicine*, 376(23), 2255–2264.
25. Huttunen, & Socada, L. (2017). Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö (1. painos.). Duodecim.
26. Steenen, S. A., van Wijk, A. J., van der Heijden, G. J., van Westrhenen, R., de Lange, J., & de Jongh, A. (2016). Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 30(2), 128–139.
27. Davidson, J. R., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R., & Wilson, W. H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of clinical psychopharmacology*, 13(6), 423–428.

- 28.** Seedat, S., & Stein, M. B. (2004). Double-blind, placebo-controlled assessment of combined clonazepam with paroxetine compared with paroxetine monotherapy for generalized social anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(2), 244–248.
- 29.** Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Archives of general psychiatry*, 48(10), 938–945.
- 30.** Bentsodiatsepiinilääkehoidon aloitus ahdistuneisuushäiriöihin. Vältä viisaasti -suositus. Koponen H., Niemelä S., & Laukkala T. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. <https://www.kaypahoito.fi/dnd00096>
- 31.** Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S. H., Bruch, M. A., Marshall, R. D., & Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. *Depression and anxiety*, 10(3), 89–98.
- 32.** Nordahl, H. M., Vogel, P. A., Morken, G., Stiles, T. C., Sandvik, P., & Wells, A. (2016). Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(6), 346–356.
- 33.** Haug, T. T., Blomhoff, S., Hellstrøm, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 312–318.
- 34.** Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L., Vermes, D., Erwin, B. A., Schmidt, A. B., Juster, H. R., Campeas, R., & Liebowitz, M. R. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 286–295.
- 35.** Huttunen, M., Kalska, H., & Aaltonen, J. (2020). *Psykoterapiat (4., uudistettu painos.)*. Helsinki: Duodecim.
- 36.** Nettiterapiat Terveyskylä, Mielenterveystalo. Verkko-osoite: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat> Luettu: 2.3.2023
- 37.** Sosiaalisten tilanteiden pelon nettiterapia Terveyskylä, Mielenterveystalo. Verkko-osoite: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat/sosiaalisten-tilanteiden-pelon-nettiterapia> Luettu: 2.3.2023
- 38.** Sosiaalisen jännittämisen omahoito-ohjelma Terveyskylä, Mielenterveystalo. Verkko-osoite: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/sosiaalisen-jannittamisen-omahoito-ohjelma> Luettu: 2.3.2023
- 39.** Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621–632.



40. Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 595–606.
41. Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(6), 1058–1067.
42. Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., Zhao, N., Connor, K. M., Lynch, T. R., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of general psychiatry, 61*(10), 1005–1013.
43. Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Stuhldreher, N., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., & Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry, 170*(7), 759–767.
44. Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., & Leibing, E. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *The American journal of psychiatry, 171*(10), 1074–1082.
45. Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and anxiety, 31*(5), 363–373.
46. Nader-Mohammadi Moghadam, M., Atef-Vahid, M. K., Asgharnejad-Farid, A. A., Shabani, A., & Lavasni, F. (2015). Short-term Dynamic Psychotherapy versus Sertraline in Treatment of Social Phobia. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences, 9*(2), e228.
47. Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 692–700.
48. Borge, F. M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: a randomized clinical trial. *Journal of anxiety disorders, 22*(6), 991–1010.
49. Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 81*(1), 177–182.
50. Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(2), 248–260.

51. Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., Laino, J., Liebowitz, M. R., & Fyer, A. J. (20). *Depression and anxiety*, 25(6), 542–553.
52. Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Jalenques, I., Guérin, J., & Coudert, A. J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 137–146.
53. Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PloS one*, 6(3), e18001.
54. Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 729–736.
55. Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(4), 337–340.
56. Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1–18.
57. Dagöö, J., Asplund, R. P., Bsenko, H. A., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., ... Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 410–417.
58. Suomen virallinen tilasto: Kelan kuntoutustilasto [Verkojulkaisu]. ISSN =1796-0894. Huhtikuu 2022. Helsinki: Kela [Viitattu 3.3.2023]. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022042029736>
59. Toikkanen, U. (2022) Minne ja kuinka paljon? Lääkärilehti 2.9.2022. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/minne-ja-kuinka-paljon/> Viitattu 2.3.2023.
60. Terapiatakuu mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi, kansalaisaloite. Verko-osoite: <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/3890> Luettu 2.3.2023