

Matalan kynnyksen hoito lasten ahdistuneisuuteen:

Voimaperheet – Huolet hallintaan -mallin kehittäminen

- Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä lapsuus- ja nuoruusiässä.
- Hoitamattomina ne lisäävät riskiä aikuisiän mielialahäiriöihin, päihteiden käyttöön ja itsemurhiin.
- Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkitusti tehokas hoitokeino, mutta sitä on tarjolla liian vähän.
- Näyttöön perustuvan hoidon saatavuutta on mahdollista lisätä internetissä toteutettavien interventioiden avulla. Tällainen on Turun yliopistossa kehitetty Huolet hallintaan -hoito-ohjelma.
- Ohjelma koostuu lapselle ja vanhemmille suunnatuista internetsivustoista ja siihen liittyy valmentajan viikoittainen puhelinohjaus.



TARJA KORPILAHTI-LEINO*
PsM, yliopisto-opettaja
Turun yliopisto, Lasten-
psykiatria, INVEST
Tutkimuksen lippulaiva



TERJA RISKARI*
TtM, tutkimuskoordinaattori
Turun yliopisto, Lasten-
psykiatria, INVEST
Tutkimuksen lippulaiva



TERHI LUNTAMO
LT, lastenpsykiatrian
erikoislääkäri
Turun yliopisto, Lasten-
psykiatria, INVEST
Tutkimuksen lippulaiva

kuvaaja: Hanna Oksanen



ANDRE SOURANDER
LT, lastenpsykiatrian professori
Tyks
Turun yliopisto, Lasten-
psykiatria, INVEST
Tutkimuksen lippulaiva

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä lapsuusiässä. Väestötutkimusten mukaan niistä kärsii noin 6,5 prosenttia lapsista ja nuorista [1]. Ahdistuneisuushäiriö haittaa lapsen toimintakykyä monella elämänalueella, kuten sosiaalisissa suhteissa [2], perheessä [3] ja koulussa [4]. Hoitamattomana häiriö voi johtaa alisuoriutumiseen, lisääntyneisiin koulupoissaoloihin ja koulunkäynnistä kieltäytymiseen.

Hoitamaton ahdistuneisuushäiriö lisää alttiutta aikuisiän mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin, päihteiden väärinkäyttöön [5] sekä itsemurhaan [6]. Ahdistuneisuuden varhainen toteaminen ja tehokas hoito voivat vähentää lapsen ja perheen kärsimystä ja yhteiskunnalle koituvia kustannuksia.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas näyttöön perustuva lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitomenetelmä [7,8]. Kuitenkin tutkimusten mukaan jopa 80 prosenttia ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä lapsista ja nuorista jää ilman tutkitusti tehokasta hoitoa [9]. Hoitoon pääsyn esteitä ovat esimerkiksi jonot psykoterapiaan, koulutettujen psykoterapeuttien puute, pitkät välimatkat sekä pal-

”Tehokasta ja oikea-aikaista matalan kynnyksen hoitoa tulee olla tarjolla asuinpaikasta riippumatta.”

velujen jakautumiseen liittyvä alueellinen eriarvoisuus. Hoitoon hakeutumista saattavat estää myös perheille hoidosta aiheutuvat kustannukset, poissaolot työstä ja koulusta sekä hoitoon hakeutumiseen liittyvä leimaantumisen pelko. Tämän perusteella on tärkeää tunnistaa riskissä olevat lapset ja tarjota tehokas, oikea-aikainen matalan kynnyksen hoito sitä tarvitseville asuinpaikasta riippumatta.

Internetavusteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (iCBT) yhdistää tutkitusti tehokkaan hoidon ja digitalisaation mahdollisuudet ja voi osittain poistaa hoitoon pääsyn esteitä [10]. iCBT on terapeutin tai valmentajan ohjauksessa tapahtuva hoito, joka toteutetaan internetsivustolla olevien tekstien, videoiden ja äänitiedos-

* Jaettu ensimmäinen kirjoittajuus

tojen avulla. Terapeutin tuki tarjotaan joko sivustolla tapahtuvan viestinnän tai puhelimen välityksellä.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan iCBT on tehokas lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoitokeino ja se on maailmalla laajasti hyväksytty lasten ja nuorten, perheiden, mielenterveysalan ammattilaisten ja päättäjien keskuudessa [11,12,13,14,15]. Suomessa sitä ei ole toistaiseksi tutkittu.

Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa kehitettiin vuosina 2016–2018 ensimmäinen suomenkielinen, internet-avusteinen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva lasten ahdistuneisuuden hoitomalli. Voimaperheet – Huolet hallintaan -hoitomalli koostuu lapsen ahdistuneisuuden varhaisesta tunnistamisesta perusterveydenhuollossa sekä matalalla kynnyksellä tarjotavasta strukturoidusta iCBT-ohjelmasta, joka toteutetaan valmentajan viikoittaisessa puhelinohjauksessa.

KEHITTÄMISTYÖN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

Lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon sopivien menetelmien kehittämistyössä on tärkeää tuntea häiriön syntymiseen vaikuttavat ja sitä ylläpitävät tekijät.

Ahdistusherkkyyks vaihtelee ja siihen vaikuttavat temperamentti-tekijät. Ahdistuneisuudesta kärsivillä lapsilla esiintyy usein varhaislapsuudessa passiivisuutta, ujoutta, pelokkuutta, uusien tilanteiden välttämistä ja autonomisen hermoston ylitähtäilyä [16]. Ahdistusherkkät lapset ovat usein erityisen herkkiä ja valppaita uhkaaville ärsykeille, ja he ovat taipuvaisia tulkitsemaan epäselviä ärsykeitä uhkana. He välttelevät usein tilanteita, joissa tuntevat olonsa uhatuksi tai jotka mahdollisesti lisäävät ahdistuneisuutta. Ahdistusherkkät lapset ja nuoret raportoivat myös huonompaa selviytymisen kokemusta ahdistuneisuutta herättävissä tilanteissa kuin muut lapset ja nuoret [17].

Ahdistuneisuushäiriö siirtyy usein perheessä sukupolvelta toiselle. Tätä selittävät sekä perintö- että ympäristötekijät [18]. Henki-

löillä, joilla on ahdistuneisuushäiriö, on muita todennäköisemmin myös häiriöstä kärsivä perheenjäsen [19]. Tutkimusten mukaan ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien vanhempien lapsista jopa 60 prosentilla on häiriö [20].

Vanhemman käyttäytyminen vaikuttaa lapsen ahdistuneisuushäiriön syntyyn [21]. Vanhemman kontrolloiva asenne [22] ja lapseen kohdistuva ylisuojeleminen, itsenäisyyden estäminen, kriittisyys ja torjunta sekä välttelyn palkitseminen ovat yhteydessä lapsen ahdistu-

”Vanhempi saattaa tahtomattaan vahvistaa lapsen ahdistuneisuutta.”

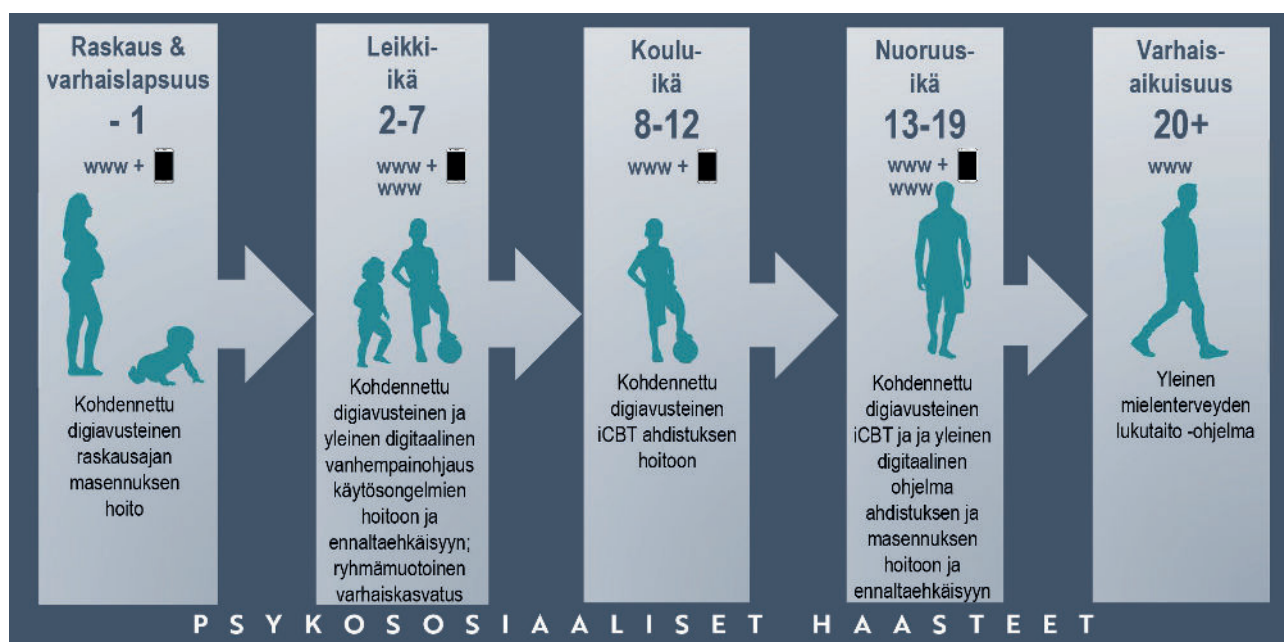
neisuuteen [17]. Vanhemman liiallinen puuttuminen lapsen toimintaan voi estää lasta käyttäytymästä ikätasoisesti ja kohtaamasta uusia haasteita [23]. Lapsi saattaa jäädä vaille mahdollisuutta kehittää selviytymistaitojaan uusissa tilanteissa yrityksen ja erehdyksen kautta.

Oppimisteorian näkökulmasta, johon myös kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu, ahdistuneisuudessa ja peloissa on kysymys opitusta käyttäytymisestä. Pelon taustalla voi olla johonkin tiettyyn tilanteeseen liittyvä kielteinen tai pelottava kokemus. Pelot voidaan oppia myös mallista. Lapsi saattaa omaksua saman pelon kuin hänen vanhemmallaan on, vaikka vanhempi ei avoimesti osoita pelkoaan, vaan pikemminkin välttelee pelon aiheuttajaa. Vanhempi saattaa myös tahtomattaan vahvistaa lapsen ahdistuneisuutta esimerkiksi lohduttamalla lasta tämän oireillessa tai antamalla luvan ahdistuneisuutta aiheuttavan asian välttämiseen.

Toisaalta lapsi oppii pelkäämään uusia tilanteita myös kielteisen sanallisen viestinnän kautta [24]. Tämä onkin hengissä säilymisen kannalta merkityksellistä: lapsi oppii vanhempien varoituksesta pelkäämään esimerkiksi veteen tai jyrkänteelle menemistä, jotta ei joutuisi vaaraan.

KUVIO 1.

Voimaperheet -digitaaliset interventiot kehityksen siirtymävaiheisiin



Kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu oppimisteoriaan ja informaation prosessoinnin teoriaan [25]. Tunteiden ja toiminnan ajatellaan olevan ajatusten seurausta. Lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon suunnatun kognitiivisen käyttäytymisterapian tarkoitus on opettaa lapsille taitoja ahdistuneisuuden tunnistamiseksi ja hallitsemiseksi sekä tukea lasta harjoittelemaan näitä taitoja käytännössä [25]. Ahdistuneisuusoireilun taustalla on ajatusten ja tunteiden, kehon tuntemusten sekä käyttäytymisen kehämäinen

”Komponenteiksi valittiin psykoedukaatio, hallintakeinot ja ajatusten kanssa työskentely.”

yhteys. Siksi keskeistä on oireiden hallitseminen kehollisilla (mm. rentoutus- ja hengitystekniikat) ja kognitiivisilla hallintakeinoilla (mm. informaation prosessoinnin vääristymien muokkaaminen).

Oppimisteorian mukaan opittu reaktio voidaan sammuttaa käyttämällä asteittaista altistamista. Asteittaisella altistamisella tarkoitetaan ahdistuneisuutta aiheuttavaan asiaan totuttelemista pienin askelin. Päätaavoite pilkotaan pienempiin osatavoitteisiin ja totuttelu etenee helpoimmasta osatavoitteesta vaikeimpaan. Totuttelu tapahtuu ensin mielikuvissa, sitten tehdään rooliharjoituksia ja lopuksi kohdataan ahdistuneisuutta aiheuttava asia tosielämässä [26]. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on aktiivista, jäsenneltyä ja tavoitteellista, ja se tapahtuu tutkimassa yhteistyösuhteessa.

OHJELMAN KEHITTÄMINEN

Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa interventiotutkimuksen pääpaino on kehityksellisesti merkittävässä siirtymävaiheissa, joissa myös ilmaantuvat merkittävimmät lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat mielenterveysongelmat. Interventiotutkimus keskittyy raskausajan masennukseen, varhaislapsuuden käytös-

gelmiin, kouluikäisten ahdistuneisuuteen, nuoruusikäisten depression ja nuorten aikuisten itsenäistymiskehitykseen (kuvio 1).

Huolet hallintaan -ohjelman kehittämistyön lähtökohtana on Voimaperheet-toimintamalli, joka on kehitetty tutkimuskeskuksessa aiemmin lasten käytösongelmien varhaiseen hoitoon. Mallissa väestötason seulonta yhdistyy matalan kynnyksen digitaaliseen hoitoon (kuvio 2).

Lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon on kehitetty useita samankaltaisia komponentteja sisältäviä strukturoituja iCBT-ohjelmia, jotka on todettu tehokkaiksi satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa [27,28,29,30,31,32,33]. Huolet hallintaan -ohjelman kehittämistyö perustui kognitiivisen käyttäytymisterapian teoriaan, ja siinä hyödynnettiin näyttöön perustuvissa ohjelmissa käytettyjä komponentteja. Kehittämistyön kulkua on kuvattu kuviossa 3.

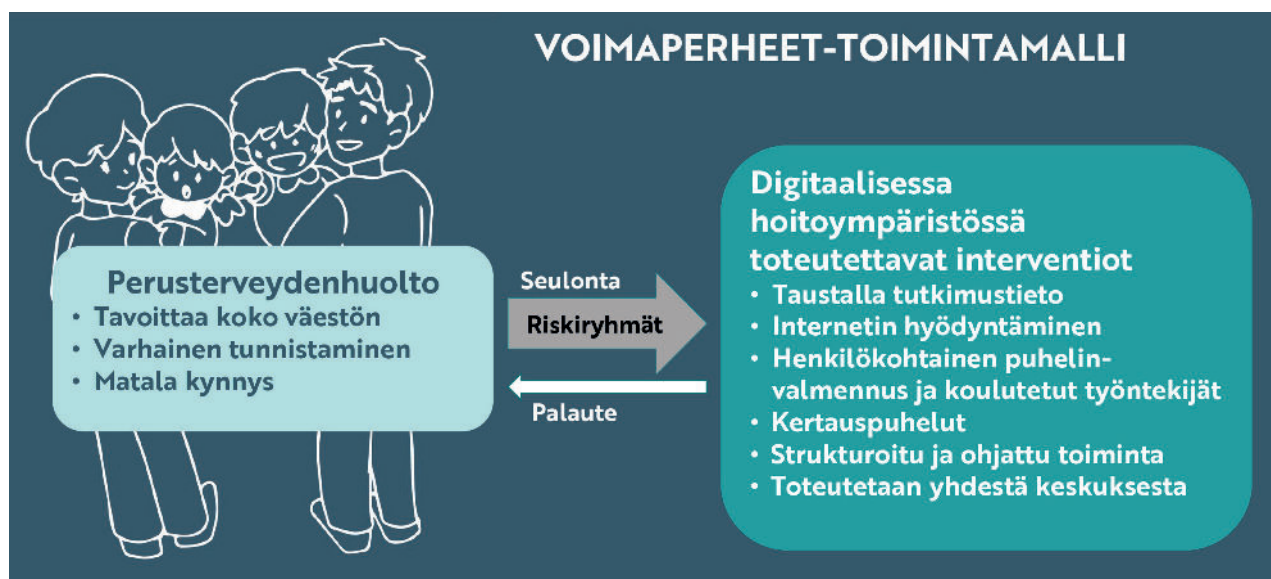
Ohjelman kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa tehtiin tutkimusyhteistyötä useiden kansainvälisten tutkimusryhmien kanssa. Yhteistyökumppaneina olivat Karoliininen instituutti Ruotsissa, Vrije Universiteit Amsterdam Hollannissa, Dalhousien yliopisto Kanadassa ja Columbian yliopisto Yhdysvalloissa. Lisäksi tutustuttiin tutkimustietoon muualla käytössä olevien, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien lasten ahdistuneisuuden hoito-ohjelmien sisällöstä ja komponenteista [33,34,35].

Tutkimustietoon pohjautuen Huolet hallintaan -ohjelman komponenteiksi valittiin psykoedukaatio ja ahdistuksen hallintakeinot kuten rentoutuminen, hengitys- ja mielikuvaharjoitukset sekä ajatusten kanssa työskentely. Ohjelman keskeiseksi menetelmäksi määriteltiin oppimisteorian ja aikaisempien tutkimusten [esim. 36] perusteella asteittainen altistaminen. Ohjelman kehittämisestä vastasivat koulutetut kognitiiviset psykoterapeutit yhteistyössä moniammatillisen tutkimusryhmän kanssa.

Ohjelmaa varten kehitettiin yksinkertainen internetpohjainen alusta. Alustan kehittäminen tapahtui teknisen henkilöstön, ohjelman kehittäjien ja ulkopuolisen it-yrityksen yhteistyönä. Tavoitteena oli tietoturvallisuus [37], käyttäjäystävällisyys ja helppo

KUVIO 2.

Voimaperheet-toimintamalli



Huolet hallintaan -ohjelman kehittämistyön eteneminen



saavutettavuus sekä sujuva toimivuus [38]. Alustan teknisiä ratkaisuja, esimerkiksi tehtävien pelillistämisen mahdollisuuksia, rajoittivat kehittämistyöhön käytössä oleva aika ja kustannukset.

iCBT-interventioiden kehittämistyössä keskeistä on määritellä, miten interventioon liittyvä tuki tarjotaan käyttäjälle. Tuki voidaan tarjota sivuston kautta lähetettävien automaattisten viestein, terapeutin tai valmentajan henkilökohtaisesti laatimien viestein, puheluna tai tapaamisina. Terapeutin tai valmentajan tuen on todettu aikuisilla lisäävän hoito-ohjelman tehokkuutta [39]. Lasten kohdalla tuen voi ajatella olevan erityisen tärkeää, koska lapset eivät itse hakeudu hoitoon ja heidän motivointinsa tapahtuu ohjelmassa. Lisäksi asteittainen altistaminen vaatii lapselta rohkeutta tehdä pelottavia asioita, ja terapeutin tuki voi olla siinä avuksi.

Huolet hallintaan -ohjelmaan päätettiin sisällyttää valmentajan viikoittainen puhelinohjaus lapselle ja vanhemmalle. Tämä ratkaisu perustui myönteisiin kokemuksiin tutkimuskeskuksessa aiemmin toteutetusta vanhempainohjaustutkimuksesta. Tutkimuskeskuksessa toimivat valmentajat ovat kokeneita terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka on erityisesti koulutettu intervention toteuttamiseen. Ohjelman laadun varmistamiseksi valmentajien puheluita varten laadittiin strukturoitujen käsikirjoitusten rungot. Puhelujen kestoksi määriteltiin noin 40 minuuttia.

Kun kehitetään lapsille suunnattua interventiota, on päätettävä, mikä on vanhempien rooli intervention toteuttamisessa. Vanhempain rooli lapsen kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa voi olla

asiakas, terapeutin kumppani tai lapsen avustaja [11]. Vanhempain ollessa asiakas hän itsekin harjoittelee uusia taitoja tai saa apua selviytyäkseen ongelmistaan. Terapeutin kumppanina vanhemman tehtävänä on kannustaa, tarkkailla ja arvioida lapsen uusien taitojen käyttöä. Lapsen avustajana hänen tehtävänsä on auttaa lasta käyt-

”Asteittaisen altistamisen toteuttaminen uusilla teknologisilla ratkaisuilla voi motivoida lasta.”

tämään ohjelmassa opittuja taitoja arkielämässä. Huolet hallintaan -ohjelmassa vanhempi edustaa näitä kaikkia rooleja.

Tutkimusnäyttö on ristiriitaista siltä osin, lisääkö vanhempien osallistuminen lapsen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan hoidon tehoa. Useiden tutkimusten mukaan ei lisää [40,41,42,43]. Ginsburg ja Schlossberg [21] kuitenkin suosittelevat katsauksessaan, että vanhemmat kytketään kiinteästi mukaan lapsen terapiaan. Heidän mukaansa tämä mahdollistaa uusien taitojen harjoittelun terapeutin tukemana. He ehdottavat vanhemmille tarjottaviksi useita eri komponentteja kuten psykoedukaatiota, ahdistuneisuuden hallintaa, kognitiivista uudelleenmäärittelyä, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitojen opettamista sekä oireiden uusiutumisen ehkäisyä.

Interventiot, jotka kohdistetaan räätälöidysti vanhempaan toimimisen ongelmallisiksi koettuihin tekijöihin, voivat auttaa saavuttamaan hoidon tavoitteita tehokkaammin [21]. Huolet hallintaan -ohjelmaan rakennettiin vanhemmille suunnattu sisältö, ja vanhemmat vastaavat lapsen valmennuksesta kotona. Vanhempien kytkeminen tiiviisti mukaan 8–12-vuotiaiden lasten internetissä ja puhelimitse tapahtuvaan hoitoon on myös eettisesti perusteltua.

Huolet hallintaan -ohjelman kehittämistyön toinen vaihe oli ohjelmaan liittyvien käsitteiden laatiminen ja ohjelman muokkaaminen suomalaiseen kieli- ja kulttuuriympäristöön soveltuvaksi. Kun kasvokkain tarjottavaksi kehitetty terapia siirretään internetiin, tulee päättää, minkälaisessa muodossa terapia tarjotaan. Huolet hallintaan -ohjelma muokattiin tarjottavaksi näytöltä luettavina teksteinä. Tekstien on sovelluttava luettaviksi erilaisilta laitteilta kuten tietokoneelta, tablettilta tai älypuhelimesta. Jotkut osallistujat haluavat myös tulostaa tekstejä.

Huolet hallintaan -hoito-ohjelman sisältöä tukemaan kehitettiin animaatio- ja kuvamateriaalia sekä äänitteitä. Ohjelmasta tehtiin tutkimusta varten suomen- ja ruotsinkieliset versiot. Tekstit ja tehtävät muokattiin säilyttämään empaattisiksi ja 8–12-vuotiaiden lasten kehitystason mukaisiksi. Aläikäraja valittiin, koska lapsi tarvitsee lukutaitoa voidakseen osallistua ohjelmaan. Yläikäraja perustuu siihen, että lapsille suunnattu ohjelma ei sovellu toteutukseltaan nuoruusikäisille.

Lapsen lukutaito ja kognitiivinen kehitystaso pyrittiin huomioimaan teksteissä ja tehtävissä siten, että kieli on helppolukuista sekä yksinkertaista ja tekstejä on mahdollisuus lukea pienissä osissa ja uudelleen. Lauseet pidettiin lyhyinä ja vaikeita sanoja vältettiin. Esimerkkejä ja yhteenvetoja käytettiin havainnollistamaan opittavia asioita. Ohjelmaa varten käsikirjoitettiin ja tuotettiin lapsille sopivia ja kiinnostusta lisääviä animaatioita. Esimerkiksi ahdistuneisuuteen liittyvä psykoedukaatio tarjottiin animaatiohahmo tohtori Wundermanin kertomana (kuva 1).

Lasten motivaation lisäämiseksi ohjelmaan käsikirjoitettiin kaksi animoitua videobloggajaa ("tubettajaa") kertomaan kokemuksistaan (kuva 2). Animoidut hahmot valittiin, koska niiden ulkoasuun ajateltiin kestävän aikaa oikeita ihmishahmoja paremmin. Animaatiot toteutti kuvittaja Niko Sarlin.

KUVA 1.

Animaatiohahmo Tohtori Wunderman

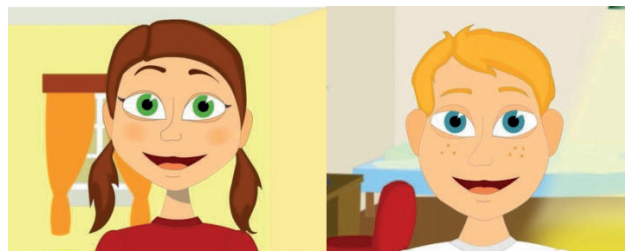


"Tohtori Wunderman" tarjoaa psykoedukaatiota peloista ja ahdistuneisuudesta lapsen kehitystasoon sopivalla tavalla.

Intervention kehittämisen yhteydessä huomioitiin mahdolliset eettiset ongelmat ja kielteiset vaikutukset. Eettisenä ongelmana on ahdistuneisuusoireiden seulominen, jos tarjolla ei ole riittävästi niihin suunnattua hoitoa. Kielteisiä vaikutuksia ei muista vastaavista interventioista tiedetty raportoidun. Yhtenä kielteisenä vaikutuksena voi olla, että lasta ei ohjata muun asianmukaisen hoidon piiriin ohjelman aikana, vaikka tarvetta ilmenisi.

KUVA 2.

Animoidut vloggaajat Mimosa ja Anton



"Mimosa" ja "Anton" kertovat ohjelmassa omista kokemuksistaan ja tarjoavat lapsille vertaistukea pelkojen ja sosiaalisen ahdistuneisuuden kanssa selviämiseen.

Intervention ja alustan valmistuttua suoritettiin pilottitutkimus, jossa ohjelmaa ja alustaa testasi kymmenen lasta vanhempineen. Pilottitutkimuksesta saatujen kokemusten perusteella ohjelmaa muokattiin edelleen väestötason seulontaan perustuvaan, satunnaistettuun kontrolloituun tutkimukseen soveltuvaksi.

OHJELMAN SISÄLTÖ

Huolet hallintaan -ohjelma toteutetaan kokonaisuudessaan digitaalissa muodossa, ja siihen sisältyy valmentajan viikoittainen ohjaus. Ohjelma koostuu yhdeksästä teemasta (taulukko 1).

Lapsella ja vanhemmalla on käytössään erilliset, toisiaan tukevat internetsivustot (kuva 3). Sivustoilla on tekstiä, tehtäviä, äänitteitä

KUVA 3.

Esimerkki lapsen sivustolta

NIMI:
VANHEMMAT:

SULJE
MUOKKAA

Huolet hallintaan / Teema 9

TEEMA 9. Suunnittelemlalla selviydyt

Nyt on ohjelman viimeinen viikko. Olet tehnyt todella hienoa työtä!

MUUTOKSET, JOITA OLET HUOMANNUT ITSESSÄSI

Sinussa on voinut tapahtua joitain muutoksia (rastita).

- ☐ Luotan itseeni enemmän
- ☐ Vietän enemmän aikaa kavereideni kanssa
- ☐ En ole niin ujo kuin aikaisemmin
- ☐ Käyn enemmän ulkona
- ☐ Minun on helpompaa keskittyä koulussa
- ☐ Menen useammin kaverin luo yökylään
- ☐ Kouluni sujuu paremmin
- ☐ Teen enemmän asioita itse

Jokin muu asia:

TAULUKKO 1.

Huolet hallintaan -ohjelman rakenne ja sisältö

Teema	Sisältö	Tavoite
Johdanto	Ohjelman esittely	Yhteistyösuhteen solmiminen, motivointi taitoharjoitteluun
Teema 1. Opi tuntemaan ahdistus	Psykoedukaatio ahdistuneisuudesta	Ilmiön ja sen osa-alueiden ymmärtäminen
Teema 2. Syvähengitys	Palleahengitystekniikka, altistamisen aloitus	Hengitystekniikoiden harjoittelu
Teema 3. Rohkaisevat ajatukset	Negatiivisten ajatusten tarkastelu	Kognitiivinen restrukturointi
Teema 4. Rentoutuminen	Rentoutustekniikoiden opettelu	Ahdistuneisuuden hallintakeinojen harjoittelu
Teema 5. Turvallinen paikka	Mielikuvaharjoittelu	Ahdistuneisuuden hallintakeinojen harjoittelu
Teema 6. Tikapuut ahdistuksen hallintaan	Asteittainen altistaminen	Ahdistavaan tilanteeseen totuttelu
Teema 7. Harjoittelemalla mestariksi	Asteittainen altistaminen	Ahdistavan tilanteen kohtaaminen
Teema 8. Huolet hallintaan	Taitojen kertaus	Opittujen taitojen vahvistaminen
Teema 9. Suunnittelemalla selviydyt	Suunnitelma takapakkien ehkäisemiseen	Pitkän aikavälin suunnitelman rakentaminen
Kertauspuhelu 1 kk ohjelman jälkeen	Taitojen kertaus	Harjoittelun tukeminen

Johdantoviikolla esitellään ohjelma, sen keskeiset työkalut ja kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteet. Valmentajan puhelussa tarkoituksena on tutustuminen sekä lapsen ja vanhemman motivoiminen yhteistyöhön ja harjoitteluun.

Teema 1 keskittyy antamaan tietoa ahdistuneisuudesta ja sen ilmenemistavoista. Lasta ohjataan tarkastelemaan omaa ahdistuneisuuttaan ja sen ilmenemistä, kuten miltä ahdistuneisuus tuntuu kehossa ja ajatuksissa ja miten se vaikuttaa käyttäytymiseen. Valmentajan puhelussa tarkastellaan lapsen ahdistuneisuuden yksilöllistä ilmenemistä ja annetaan tietoa tuntemusten, ajatusten ja käyttäytymisen välisestä yhteydestä.

Teemat 2–5 käsittelevät ahdistuneisuuden hallintakeinoja, joita ohjelmassa kutsutaan opeteltaviksi taidoiksi. Taitoja ovat palleahengitystekniikka, mielikuvaharjoitukset, erilaiset rentoutusharjoitukset sekä kielteisten ajatusten tarkastelu ja vaihtoehtoisten, rohkaisevien ajatusten löytäminen. Altistamisen harjoittelu aloitetaan ohjelman toisen teemaviikon aikana. Valmentajan puhelut keskittyvät taitojen opettamiseen ja harjoittelun tukemiseen.

Teemat 6–7 keskittyvät asteittaisen altistamisen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Altistusta havainnollistaa Tikapuut ahdistuksen hallintaan -taulukko työkalu (kuva 4). Valmentaja auttaa altistamisen suunnittelussa ja tukee harjoittelua.

Teemassa 8 kerrataan taitoja ja suunnitellaan niiden käyttöä tulevaisuudessa.

Teemassa 9 käydään läpi lapsen laatima tulevaisuudensuunnitelma ahdistuneisuuden hallintaan (kuva 5).

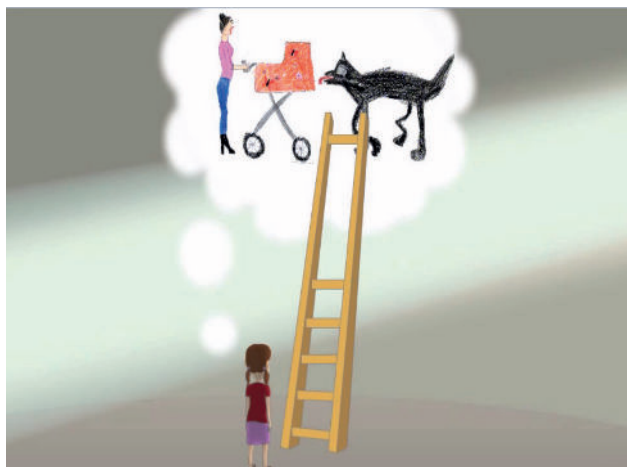
ja animaatioita. Valmentajan viikoittainen puhelu toteutetaan siten, että puhelussa ovat yhtä aikaa läsnä sekä lapsi että vanhempi tai molemmat vanhemmat. Valmentajan työskentely perustuu ennalta laadittuun käsikirjoitukseen.

Ohjelmassa sekä lapsi että vanhempi saavat ensin tietoa ahdistuneisuudesta ja sen ilmenemisestä. Ohjelman edetessä lapselle opetetaan erilaisia taitoja ahdistuneisuuden hallitsemiseksi ja hankalilta tuntuvien asioiden välttelyn vähentämiseksi. Keskeinen menetelmä on asteittainen altistaminen.

Lapsi laatii vanhemman ja valmentajan tukemana pienin askelin etenevän suunnitelman, jonka avulla lapsi vähitellen tottuu ahdistuneisuuden aiheuttamiin epä mukaviin tuntemuksiin. Vanhempi tukee lasta taitojen omaksumisessa ja harjoittelussa. Vanhemmalle opetetaan myös vanhemmuuden taitoja, kuten hyvien asioiden huomaamista lapsessa, ahdistuneen käyttäytymisen vahvistamista jättämisestä, lapsen tukemista tekemään asioita itse ja myönteisen mallin antamista omalla käyttäytymisellään. Ohjelmaan kuuluu kertauspuhelu kuukauden kuluttua ohjelman päättymisestä.

KUVA 4.

Tikapuut ahdistuksen hallintaan



Lapsi ja vanhemmat laativat yhdessä valmentajan kanssa tikapuut eli asteittaisen altistamisen vaiheet pelkoa tai ahdistusta aiheuttavan tilanteen kohtaamiseksi.

KUVA 5.

Tulevaisuudensuunnitelma



Ohjelman lopuksi lapsi laatii tulevaisuudensuunnitelman taitojen käytöstä ahdistuneisuuden hallitsemiseksi.

LOPUKSI

Tässä artikkelissa on kuvattu Suomen ensimmäisen, internetin ja puhelimen välityksellä toteutettavan lasten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon suunnatun iCBT-ohjelman kehittämistyö. Uusien interventioiden kehittäminen perustuu useiden asiantuntijoiden yhteistyöhön ja vaatii pitkäjänteistä suunnitelmallisuutta sekä taloudellisia ja henkilöstöresursseja. Huolet hallintaan -intervention kehittämistyön ja ohjelman vaikuttavuuteen liittyvän satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen Turun yliopistossa mahdollistivat useat tutkimusta rahoittaneet tahot, esimerkiksi Suomen Akatemia. Yliopisto asiantuntijayhteisönä tarjoaa mahdollisuuden olemassa olevan tutkimustiedon hyödyntämiseen interventioiden kehittämiseksi, vaikuttavuuden tutkimiseksi ja saatujen tutkimustulosten juurruttamiseksi osaksi hoitojärjestelmää implementaatiotutkimuksen avulla.

Teknologian kehityksen nopea eteneminen ja uudet innovaatiot avaavat mahdollisuuksia näyttöön perustuvien hoitojen kehittämiseen ja saatavuuden lisäämiseen. Tutkitusti tehokkaita interventioita voidaan tarjota yhä useammille lapsille ja perheille asuinpaikasta ja olemassa olevien palveluiden saatavuudesta riippumatta. Teknologisten ratkaisujen avulla voidaan tarjota eriasteisiin ongelmiin tarpeenmukaisia hoitoja porrastetusti palvelujärjestelmän eri tasoilla.

Uusien teknologisten ratkaisujen kuten virtuaalitodellisuuden, laajennetun todellisuuden, tekoälyn tai älyvaatteiden yhdistäminen mielenterveysosaamiseen mahdollistaa uusien hoitomenetelmien kehittämisen. Tämä edellyttää jatkuvaa vuoropuhelua ja yhteisen ymmärryksen luomista asiantuntijoiden välillä.

Erityisesti lapset ja nuoret, joiden elämään ja arkeen teknologia ja sen erilaiset ratkaisut kiinteästi kuuluvat, voisivat olla kiinnostuneita teknologian hyödyntämisestä mielenterveysongelmien hoidossa. Esimerkiksi asteittaisen altistamisen toteuttaminen uusien teknologisten ratkaisujen avulla voisi lisätä lapsen motivoitumista ahdistuneisuushäiriön hoitoon ja siten myös hoidon tehokkuutta. Internetavusteista kognitiivista käyttäytymisterapiaa on tutkittu ja hyödynnetty erityisesti lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. iCBT ja siihen liittyvät teknologiset ratkaisut tulisi näkemyksemme mukaan tuoda osaksi myös muita psykososiaalisia hoitoja kehityksellisesti merkittäviin siirtymävaiheisiin, jotka ovat mielenterveysongelmien synnyn näkökulmasta kriittisiä. ●

Tutkimusta rahoittavat Suomen Akatemian lippulaivaohjelma (INVEST, 320162) ja Terveystä kohorteista ja biopankeista -ohjelma (PSYCOHORTS, 308552).

AVAINSANAT:

lapset, ahdistuneisuus, kognitiivinen käyttäytymisterapia, varhainen hoito, digitaalinen, internet

SIDONNAISUUDET:

Tarja Korpilahti-Leino, Terja Ristkari, Terhi Luntamo ja Andre Sourander: Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS ym. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 56, 345–65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- 2 Settiban CA & Kendall PC (2013). Social functioning in youth with anxiety disorders: association with anxiety severity and outcomes from cognitive-behavioral therapy. *Child Psychiatry Hum Dev* 44, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0307-0>

- 3 Ialongo N, Edelsohn G ym. (1994) The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children. *J Abnorm Child Psychol* 22, 441–55. <https://doi.org/10.1007/BF02168084>
- 4 Mychailyszyn MP, Mendez JL & Kendall PC (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review* 39, 106–121. <https://doi.org/10.1080/02796015.2010.12087793>
- 5 Woodward LJ & Fergusson DM (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 1086–93. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018>
- 6 Rudd D, Joiner T & Rumzic H (2004). Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 34, 113–125. <https://doi.org/10.1521/suli.34.2.113.32784>
- 7 Reynolds S, Wilson C, Austin J ym. (2021). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 32, 251–62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>
- 8 James AC, James G, Cowdrey FA ym. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 18, CD004690. <https://doi.org/10.1002/14651858>
- 9 Merikangas KR & Avenevoli S (2005). Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. Teoksessa Tsuang MT, Tohen M (toim.): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, 657–714. John Wiley & Sons.
- 10 Cuijpers P, van Straten A & Andersson G (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *J Behav Med* 31, 169–77. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9144-1>
- 11 Stallard P, Richardson T & Velleman S (2010). Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behav Cogn Psychother* 38, 545–60. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000421>
- 12 Pennant ME, Loucas CE, Whittington C ym. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 67, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>
- 13 Rooksby M, Elouafkaoui P, Humphris G ym. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord* 29, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.006>
- 14 Podina IR, Mogoase C, David D ym. (2016). A meta-analysis on the efficacy of technology mediated CBT for anxious children and adolescents. *Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy* 34, 31–50. <http://dx.doi.org.ezproxy.utu.fi/10.1007/s10942-015-0228-5>
- 15 Topooco N, Riper H, Araya R ym. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interv* 8, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.01.001>
- 16 Ranta K & Koskinen M (2016). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttunen M, Puura K & Sourander A: *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*, 264–276. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- 17 Rapee RM, Schniering CA & Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 5, 311–41. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- 18 Drake KL, Ginsburg GS (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15, 144–62. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>
- 19 Steinhausen HC, Foldager L, Perto G ym. (2009). Family aggregation of mental disorders in the nationwide Danish three generation study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259, 270–7. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-0865-0>
- 20 Biederman J, Petty C, Hirshfeld-ym. (2006). A controlled longitudinal 5-year follow-up study of children at high and low risk for panic disorder and major depression. *Psychol Med* 36, 1141–52. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007781>
- 21 Ginsburg GS & Schlossberg MC (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry* 14, 143–154. <https://doi.org/10.1080/09540260220132662>
- 22 Wood JJ, McLeod BD, Sigman M ym. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 44, 134–51. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- 23 Breinholst S, Esbjørn BH, Reinholdt-Dunne ML ym. (2011). CBT for the treatment of child anxiety disorders: a review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord* 26, 416–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>
- 24 Field AP & Lawson J (2003). Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behav Res Ther* 41, 1277–93. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00034-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00034-2)
- 25 Kendall PC (2011). *Child and adolescent Therapy. Cognitive -behavioral procedures*. Guilford Press.
- 26 Stallard P (2010). Ajattelumallia iloa. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa lapsille ja nuorille. Työkirja, 1–22. John Wiley & Sons Ltd. Suom. Janna Meunier. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.
- 27 March S, Spence SH & Donovan CL (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *J Pediatr Psychol* 34, 474–87. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn099>
- 28 Khanna MS & Kendall PC (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 78, 737–45. <https://doi.org/10.1037/a0019739>. PMID: 20873909
- 29 Spence SH, Donovan CL, March S ym. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol* 79, 629–42. <https://doi.org/10.1037/a0024512>. PMID: 21744945
- 30 Wuthrich VM, Rapee RM & Cunningham MJ (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51, 261–70. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.002>
- 31 Donovan CL & March S (2014). Online CBT for preschool anxiety disorders: a randomised control trial. *Behav Res Ther* 58, 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.001>
- 32 Spence SH, Donovan CL, March S ym. (2017). Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial using internet delivery. *Behav Res Ther* 90, 41–57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.003>
- 33 Vigerland S, Ljótsson B, Thulin U ym. (2015). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 76, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.006>
- 34 McGrath PJ, Lingley-Pottie P ym. (2011). Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: randomized trials and overall analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50, 1162–72. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.013>
- 35 Albano AM & Kendall PC (2009). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Rew of Psychiatry* 14, 129–134. <https://doi.org/10.1080/09540260220132644>
- 36 Kendall PC, Robin JA, Hedtke KA ym. (2006). Concidering CBT with anxious youth? Think exposures. *Cogn Behav Pract* 12, 136–148. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80048-3](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80048-3)
- 37 Andersson G (2016). Internet- Delivered Psychological Treatments. *Annual Rev of Clin Psychol* 12, 157–179. <https://doi.org/10.1146/annu-rev-clinpsy-021815-093006>

LÄHTEET:

- 38 Andersson G (2009). Using the Internet to provide Cognitive Behaviour Therapy. *Behavioral Research of Therapy* 47, 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010>
- 39 Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I ym. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 37, 319–28. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- 40 Kendall PC, Hudson JL, Gosch E ym. (2008). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 282–297. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>
- 41 Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG ym. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders in Clinical Setting: No Additional Effect of a Cognitive Parent Training. *J of Am Academic Child and Adolescence Psychiatry* 42, 1270–1278. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000085752.71002.93>
- 42 Bodden DHM, Bögels SM, Nauta MH ym. (2008). Child Versus Family Cognitive-Behavioral Therapy in Clinically Anxious Youth: An Efficacy and Partial Effectiveness Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 47, 1384–1393. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318189148e>
- 43 Thulin U, Svirsky L, Serlachius E ym. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: a meta-analysis. *Cognitive Behavioural Therapy* 43, 185–200. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.923928>