

Verkkoterapia psykoterapian vakiintuneeksi toteuttamistavaksi



Päivi-Marjatta Marjo,
Integrum Instituten Kognitiivisen psykoterapian et-koulutuksen lopputyö, tammikuu 2015

Verkkoterapia psykoterapian vakiintuvaksi toteuttamistavaksi

Sisältö

| | |
|--|--------------|
| Johdanto | s. 3 |
| 1. Psyykkistä hyvinvointia ja psykoterapiaa tukevat verkkopalvelut sekä itseapu- ja verkkoterapiaohjelmat | s. 6 |
| 2. Psykoterapian toteutus internetin avulla | s. 13 |
| 2.1. Vuorovaikutus, luottamus ja allianssi kognitiivisessa verkkoterapiassa | s. 17 |
| 3. Yhteenveto ja suositukset jatsoon | s. 23 |
| Lähteet | s. 26 |

Johdanto

Mitä verkkoterapia on? Siinä on useita eri ulottuvuuksia, jotka kaikki ovat voimakkaasti kehittymässä. Kokonaisuuden hahmottamiseksi voisi käyttää vanhaa vertauskuvaa siitä, kun viisi sokeaa henkilöä päätti ottaa selvää, millainen elefantti on. Käsillään tunnustellen he ryhtyivät tutkimaan suurta eläintä, kukin eri kohdasta ja eri käsityksen saaden. Kaikki vertauksen sokeat olivat samaan aikaan oikeassa ja väärässä, sillä jokainen tunsu elefantista vain yhden osan, yhden näkökulman. Verkkoterapia on vielä avautumassa ja kehittymässä oleva monipuolinen kokonaisuus, joka on nyt hahmotettavissa ja nimettävissä aiempaa selkeämmin viime vuosien nopean kehitystyön takia.

Verkkoterapia on verrattain uusi ja erittäin nopeasti kehittyvä auttamisen muoto. Kuten uusia tutkimusalueita ja teorioita yleensä, myös verkkoterapian tutkimusta ja teorioita on luonnehtinut epäselvyys, hajaantuneisuus sekä osittain päällekkäisten käsitteiden käyttö. (Barak, Klein & Proudfoot, 2009.) Verkkoterapiaa on tarjottu pääasiassa englanninkielisissä maissa, ja suurin osa sitä kuvaavista termeistä on englanninkielisiä: *onlinecounsel(l)ing/ onlinetherapy*, *cybercounsel(l)ing/cybertherapy*, *etherapy/e-therapy*, *Internetcounsel(l)ing/ Internetpsychotherapy*, *web-based therapy*, *virtual therapy*, *computer-aided psychotherapy*, *computer-mediated counsel(l)ing*, sekä *telemental health/telepsychology* (Barak, 2004; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Barak, Klein & Proudfoot, 2009; Chester & Glass, 2006).

Suomeksi verkkoterapian termistö on vasta vakiintumassa. Tähän mennessä verkkoavusteisia mielenterveyden ja neuvonnan palveluja tarjoavilla sivustoilla on käytetty muun muassa käsitteitä nettipsykologia, nettiterapia, verkkoterapia ja kyberpsykologia. Suomessa nettiterapia on uudempi asia kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa, ja ollaan nopeasti päästy vaiheeseen, jossa käytettävä termistö on kansainvälistä vähäisempi ja vakiintuneempi. Viime vuosien tutkimuksessa näytetään käytettävän paljon verkkoterapia-termiä, kun taas sekä verkkoterapia-ohjelmia että live verkkoterapiaa ja koulutusta esitellään tuttavallisemman nettiterapia-termin alla. Tässä artikkelissa käytetään yleisesti termiä *verkkoterapia*, ja itse käytännön terapian toteutuksesta puhuttaessa *nettiterapia*-termiä, jota useimmat palveluita tarjoavat tahot käyttävät itsekkin.

Verkkoterapiaa voidaan soveltaa eri psykoterapiasuuntauksia soveltaen. Tässä artikkelissa, joka on kognitiivisen psykoterapiakoulutuksen lopputyö, korostetaan kognitiivisen psykoterapian näkökulmien hyödyntämisessä internetin avulla toteutetussa psyykkisen hyvinvoinnin ja psykoterapian tuessa.

Lisäksi ainakin asiakas- ja ratkaisukeskeistä terapiaa on sovellettu verkkoterapiaan. Pääosa internetin materiaaleista, verkkopalveluista ja verkkoterapiaohjelmista nojautuu kognitiivisen psykoterapian eri suuntauksiin. Tässä artikkelissa kuvataan lyhyesti erityisesti kognitiivisen psykoterapian tueksi tehtyjä palvelusivustoja ja harjoituksia internetissä. Lisäksi artikkelissa

esitellään viime vuosina kehitettyjä kognitiivisen verkkoterapian ohjelmia sekä verkkoterapian toteutusta Voip-yhteyden kautta internetissä. Edellä mainittujen lisäksi psykoterapian toteutuksessa voidaan hyödyntää muun muassa sähköpostia, chattia, google-dokumentteja sekä virtuaalimaailmaa. Myös erilaiset älypuhelimien avulla toteutettavat mobiilisovellukset ovat kehittymässä.

Verkon kautta toteutettuun psykoterapiaan on alettu suhtautua ymmärtäväisemmin ja se on saanut viralliset suositukset useissa maissa. Kognitiivinen verkkoterapia soveltuu useista lievistä ja keskivaikeista psyykkisistä häiriöistä kärsiville, joille tietokoneen avulla toimiminen on suhteellisen luontevaa.

Kriisitapauksissa ei verkkoterapiaa yleensä suositella. Myös vakavien psyykkisten oireiden terapiaan on vielä vähän verkkoterapian soveltamista ja tutkimusta. Verkkoterapia voi sopia myös ujoille tai henkilöille, jotka eivät hakeutuisi kasvokkain tapahtuvaan psykoterapiaan. Verkkoterapia-ohjelmat voivat olla hyviä myös ennen varsinaiseen psykoterapiaan menemistä tai silloin kun välimatkat psykoterapia palveluihin ovat pitkät (vrt. Lappalainen, R., Ahonen, S., Vitikainen, M., & Lappalainen, P. 2012).

Internet tarjoaa mahdollisuuden henkilökohtaiseen, välittömään, maantieteelliset rajat ylittävään kommunikaatioon ja se soveltuu monipuolisesti osaksi psykoterapian toteutusta. Verkkoterapia on yleistynyt erityisesti 2000-luvulla ja on vakiintumassa kognitiivisen terapian toteutustavaksi tällä vuosikymmenellä. Verkkoterapiaa voidaan toteuttaa useita psykoterapian suuntauksia hyödyntäen. Tässä artikkelissa painottuu kognitiivisen psykoterapian mahdollisuuksia internetin avulla toteutetussa keskeisten psyykkisten häiriöiden hoidossa. Esittelen verkkoterapian teoreettisia sovelluksia ja esimerkkejä tämänhetkisistä toteutustavoista sekä mahdollisia tulevaisuuden näkymiä.

Verkkoterapia-termiä käytetään tässä artikkelissa kuvaamaan kaikkea internetin välityksellä saatua psykoterapiaa, tai internetissä olevia palveluita, joita voidaan käyttää psykoterapian osana. Nämä palvelut sisältävät useita erilaisia vaihtoehtoja, joista tärkeimmät ovat tiedonhaku psyykkisistä oireista ja oireita helpottavasta hoidosta, interaktiivinen terapiaohjelma, live psykoterapia netissä sekä virtuaalinen maailma, josta eräs esimerkki on [Second Life](#) (vrt. Kojonen 2011).

Teknologian integrointi psykoterapiaan oli 2000-luvulla vielä innokkaan väittelyn aihe. Keskustelu koski verkkoterapian täsmällisiä määritelmiä, etiikkaa ja koulutusta sekä hyötyjä ja mahdollisia haasteita toteutuksessa. Kaikesta huolimatta verkkoterapia on kuitenkin kasvanut mielenterveyspalveluissa ja kasvaa edelleen.

Suomessa HUS:n, eli 24 kunnan kuntayhtymän erikoissairaanhoidopalveluiden kehittämä verkkoterapia on kunnallisella puolella tärkeä pilotti, samoin kuin Raimo ja Päivi Lappalaisen tiimin Jyväskylän yliopistossa kehittämä kognitiivinen verkko-ohjelma. Lisäksi useat yksityiset tahot, kuten Vastaamo ja Therapion tarjoavat ja kehittävät verkkoterapiaa. [Vastaamo-palvelun](#) verkkoneuvonnassa voi esittää anonyymisti kysymyksiä ammattilaisille. [Therapion](#) on Suomen

vanhin verkkoterapiaa tarjoava yritys, joka myös kehittää verkkoterapian palveluita ja kouluttaa palveluihin liittyen.

Niin julkisella, yksityisellä kuin järjestösektorilla on jo pitempään kehitetty erilaisia palvelusivustoja, joita voidaan käyttää itsehoidon ja kognitiivisen psykoterapian ja psyykkisen hyvinvoinnin tukena. verkkoterapia ja internetin kautta tarjottavan psyykkisen hyvinvoinnin tuki näyttää yleistyvän ja kasvavan pysyväksi osaksi moniammatillisesti toteutettavia mielenterveyspalveluita (vrt. Marjeta 2011). [Verkkoterkkari-palvelu](#) on yksi viime vuosina pysyväksi muodostunut varhaisen puuttumisen tuki. Useilla järjestöillä on omia psyykkistä hyvinvointia tukevia verkkopalveluita, kuten [Väestöliitolla](#), [Mannerheimin lastensuojeluliitolla](#) ja Suomen Mielenterveysseuralla on omia psyykkistä hyvinvointia tukevia verkkopalveluita.

Verkkoterapia voidaan laajassa yleisessä mielessä määritellä ammatilliseksi terapeutiksi vuorovaikutukseksi, joka tuo internetin käytön mahdollisuuden mielenterveysammattilaisten ja asiakkaiden välille (Rochlen, Zack ja Speyer 2004). Verkkoterapiaa on käytetty sekä perinteisen kasvokkain tapahtuvan terapian lisänä, että ilman sitä. Kognitiivinen verkkoterapia soveltaa kognitiivisen psykoterapian menetelmiä internetin avulla eri tavoin toteutettavaksi. Kognitiivista verkkoterapiaa sovelletaan lyhyen ja pitkän yksilöterapian lisäksi pari-, perhe- ja ryhmäterapiana.

Jokainen terapeutti hyödyntää internetiä terapian tukena kuitenkin jossain määrin. Jos ei haluta tehdä varsinaista verkkoterapiaa, mutta hyödyntää verkon mahdollisuuksia hieman terapian tukena, voi kasvokkain tapahtuvien terapiaistuntojen tueksi voidaan jakaa esimerkiksi internetpohjaisia dokumentteja, joissa asiakas kuvaa harjoitteluaan jonkun asian parissa. Terapeutti voi lisätä kommentteja dokumenttiin. Psykoterapian tukena voidaan hyödyntää myös valmiita internetissä olevia mindfulness- ynnä muita harjoituksia. Samoin terapiassa voidaan käyttää sähköpostia, chatia tai tekstiviestejä. Terapeutti voi rohkaista asiakasta hyödyntämään yksinkin sähköistä viestintää terapian tueksi vaikkapa lähettämällä itselleen muistutuskortteja ja kannustavia ja myötätuntoisia pieniä viestejä. Luonnollisesti pyritään vahvaan tietoturvaan. Asiakas on tietoinen joka vaiheessa internetin käytön rajoituksista ja haavoittuvuudesta viestintävälineenä.

Verkkoterapia on alkanut vakiintua psykoterapeuttisena hoitomuotona siihen aiemmin kohdistuneista kielteisistä asenteista huolimatta. Kielteiset asenteet saattoivat olla sekä periaatteessa vastustavia tai tietoon liittyviä. Laajassa kyselytutkimuksessa (Wells ym. 2004) useat vastaajat hylkäsivät internetin käytön mahdollisuuden terapiassa täysin (100 kommenttia 146:sta verkkoterapiaa vastustavasta). Huomionarvoista samassa tutkimuksessa on, että kymmenen vuotta sitten vain alle prosentilla mielenterveysammattilaista oli ammatillista tietoa internetissä tapahtuvasta mielenterveyden hoidosta. Psykoterapian verkkosovelluksiin aletaan olla valmiimpia nyt, ja monipuolista tutkimusnäyttöäkin löytyy jo.

Tutkimus erityisesti kognitiivisesta verkkoterapiasta on vähitellen kasvamassa. Moni kysymys on mietityttänyt: Toimiiko verkkoterapia? Millä tavalla verkkoterapia tarkkaan ottaen eroaa kasvokkain tapahtuvasta terapiasta? Onko verkkoterapia tehokasta tai puoleensavetävää niille joukoille, jotka hyötyisivät perinteisesti terapiasta? Näitä on selvitetty. Lisäksi on tutkittu terapeuttiin, asiakkaaseen tai terapiaprosessiin liittyvät tekijöitä, jotka vaikuttavat verkkoterapiaprosessiin onnistumiseen tai epäonnistumiseen.

Verkkoterapian toteutuksessa vahvasti edustettu kognitiivinen verkkoterapia tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden ulottaa terapiapalveluja myös henkilöille, jotka eri syistä eivät yksinkertaisesti tavoita tavanomaista psykologista hoitoa, jossa asiakas ja hoitotyöntekijä ovat kasvotusten. Monissa tutkimuksissa on havaittu, että kognitiivisesta terapiasta on merkittävää hyötyä esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelon, depression ja paniikkihäiriön hoidossa (Butler ym. 2006, Holmberg ja Kähkönen 2009).

1. Psyykkistä hyvinvointia ja psykoterapiaa tukevat verkkopalvelut sekä itseapu- ja verkkoterapiaohjelmat

Viime vuosina on niin ulkomailla kuin Suomessakin kehitetty usein kognitiiviseen psykoterapiaan pohjautuvia verkkopalveluja, joita voidaan hyödyntää itsenäisesti oman hyvinvoinnin tueksi tai käyttää sivustolla olevia tehtäviä ja harjoituksia ohjatusti osana kognitiivista psykoterapiaa. Verkkopalvelujen keskeisiä sisältöjä ovat usein tieto psyykkisistä oireista ja psykoedukaatio oireiden helpottamiseksi sekä erilaiset harjoitukset, esimerkiksi tietoisuustaitoihin, rentoutumiseen tai arvoihin liittyen. Osana terapiaa voidaan hyödyntää myös erilaisia cd- ja dvd-levyjä sekä mobiilisovelluksia. Tässä kappaleessa esitellään muutamia suomalaisia verkkopalveluita sekä niihin sisältyviä itseapu- ja verkkoterapiaohjelmia lyhyesti.

[Mielenterveystalo](#), on HUS:n kehittämä edelleen täydentyvä verkkopalvelu, jossa on aikuisille ja [nuorille](#) omat Mielenterveystalot. Verkkopalvelusta löytyy luotettavaa ja ajan tasalla olevaa tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä erilaisista alueellisista palveluista. Palvelu on tarkoitettu lähinnä hoitoon hakeutumassa oleville ihmisille, mutta se sisältää myös asianmukaista tietoa jo hoidossa oleville, diagnosoiduille mielenterveyspotilaille. Myös ammattilaiset voivat hyödyntää palvelua. Lisäksi kunnat, seurakunnat ja yhdistykset voivat ilmoittaa Mielenterveystaloon omia mielenterveyspalvelujaan.

Mielenterveystalot löytyvät myös mobiilisovelluksena. Mielenterveystalo-sivustolta aukeavat HUS:n kehittämät nettiterapia-ohjelmat. Näiden erilaisten nettiterapia-ohjelmien tueksi on julkaistu useita pienimuotoisia potilaan opaskirjoja, joita voi käyttää itsehoito-oppaina sellaisenaankin. Tähän mennessä Duodecimin julkaisemana on ilmestynyt nettiterapian tueksi seuraavat itsehoito-oppaat: Irti paniikista (2014), Irti ahminnasta (2013), Irti alkoholista (2014), sekä Irti masennuksesta (2014).

VTT:n ja Raimo Lappalaisen yhdessä muiden Jyväskylän yliopiston tutkijoiden kanssa kehittämä [Oiva -hyvinvointiohjelma](#) on saatavilla mobiilisovellutuksena iOS ja Android -alustalle. Lisäksi se on julkaistu verkkoversiona Suomen Mielenterveysseuran kanssa. Oivan harjoitukset auttavat keskittymään, olemaan tietoisesti läsnä, käsittelemään ikäviä ajatuksia ja tunnistamaan itselle tärkeitä asioita. Harjoitukset voi joko lukea tai kuunnella. Oiva on

tietoisuustaitoja ja henkistä hyvinvointia edistävä harjoitusohjelma arjen kiireisiin. Ohjelma on ladattavissa ilmaiseksi Google Play -sovelluskaupasta. Sen voi myös ladata App Storesta iPhoneen tai iPadiin.

Oiva sopii esimerkiksi stressin, alakulon, ahdistusoireiden tai uniongelmiin lievittämiseen. Harjoituksista voi hyötyä kuka tahansa. Harjoitukset perustuvat hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin. Oiva on kaikille avoin sivusto, jossa on paljon erilaisia HOT-pohjaisia itseopiskelumateriaaleja. Oiva-palvelun harjoitukset on koottu neljään eri teemaan: tietoisuuden läsnäolon harjoituksiin, mielen ja kehon hyvinvoinnin harjoituksiin sekä arvoja ja valintoja koskeviin harjoituksiin; Harjoitukset auttavat olemaan läsnä tässä hetkessä, tekemään tietoisia valintoja, elämään arvojensa mukaisesti, suhtautumaan hyväksyvästi ajatuksiin ja tunteisiin sekä ymmärtämään kehoa ja mieltä paremmin.

Oivaan on koottu yli 40 erilaista hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin pohjautuvaa harjoitusta, joita on helppo tehdä arjen lomassa. Suurin osa harjoituksista kestää vain 2–3 minuuttia. Niitä voi kuunnella ja lukea esimerkiksi bussissa, nukkumaan mennessä tai kiireisen työpäivän keskellä. Ohjelma soveltuu esimerkiksi stressin, alakulon, ahdistusoireiden tai uniongelmiin lievittämiseen tai liikunta- ja syömistottumusten muuttamiseen.

Oiva on arvioitu käyttäjätutkimuksissa hyödylliseksi ja helppokäyttöiseksi. Monet psykoterapia-asiakkaat myös mielellään lataavat Oiva-ohjelman älypuhelimensa ja hyödyntävät ohjelmaa osana psykoterapiaa. Käyttäjät ovat muun muassa kertoneet oppineensa rentoutumaan, keskittymään olennaiseen, suhtautumaan ajatuksiinsa uudella tavalla tai kirkastamaan omia arvojaan. Oiva on ensimmäinen hyväksymis- ja omistautumisterapiaan ja tieteelliseen tutkimukseen pohjautuva suomenkielinen mobiilisovellus. Kehitystyössä on yhdistetty VTT:n mobiili- ja hyvinvointiteknologiaosaamista Jyväskylän yliopiston psykologiseen osaamiseen.

Tässä on muutamia mobiilisovellus Oivan käyttäjäkommenteja:

Rentoutus/hengitysharjoitteet olivat hyviä, niihin jäin koukkuun päivän ja niitä alkoi jopa odottaa. Itsesyytökset ovat vähentyneet.

Ajatusten tunnistaminen ja niistä irtipäästämisen harjoittelu auttoivat vähentämään stressiä ja suhtautumaan huoliin. Se, että teki Oivan tehtäviä, pysäytti kevyemmin.

Positiivista on se, ettei minkäänlaisia syytöksiä ja vaatimuksia esitetä ohjelmassa- se kannustaa! Enää en laskenut kiilto silmissä metrejä uidessa tai potkuja juostessa. Työkään ei väsytä niin paljon, kun on läsnä siinä mitä tekee, eikä koko ajan muistele, mitä minun pitikään seuraavaksi tehdä. Opetti uusia tapoja arvostaa itseäni ja ajatuksiani. (Lappalainen, R. 2014).

Eräs tuore verkkoavusteinen pilottiohjelma on ympäri Suomea parhaillaan pilotoitavana oleva CBT:tä soveltava A-klinikkasätiön verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma Vera <http://aklinikka.medinetti.fi/>. Ongelmapelaajille puolestaan on Suomessa usein tarjottu myös Helsingissä toimivan Peliklinikan toimesta [“Peli Poikki”](#)-verkkoterapiaa.

Monet yksityiset psykoterapian tarjoajat ovat alkaneet liittää sivuilleen jotain kaikkia tai omia asiakkaita hyödyntävää tukimateriaalia osaksi palveluitaan. Eräs tunnettu esimerkki tällaisesta on psykoterapeutti Arto Pietikäisen [Joustava Mieli -sivusto](#) on blogi-muotoinen, ja esittelee hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Sivusto toimii myös palvelujen yleisesittelynä ja materiaalipankkina. Ammattilaiset voivat hankkia näiltä sivuilta Pietikäisen kirjoihin liittyvät työkirjat asiakastyön tueksi. Sivustolta löytyy myös uusimmat blogijutut, harjoitukset, vapaat ajat vastaanotolle ja koulutusilmoituksetkin.

Suomen mielenterveyseuralla on järjestöistä yksi edelläkävijöistä verkossa.

Mielenterveysseuralla on jo kauan ollut verkkokriisikeskuskriisikeskus [Tukinet](#) ja heillä on verkko-ohjelmina aikuisten kriiseihin [SELMA](#) ja nuorille [Toivo](#). Suomen mielenterveysseuran e-mielenterveys osiossa on monenlaista mielenterveystietoutta. Suomalaisilla järjestöillä on laajasti verkon käyttöä mielenterveys- ja päihdetyön tueksi, pitkäjännitteisyys toiminnan kehittämisessä saattaa vain jäädä usein resurssipulan takia.

Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille suunnattu [Nyyti-verkkopalvelu](#) tarjoaa erilaisia nettiryhmiä opiskelijoiden hyvinvoinnin ja elämönhallinnan, kuten yksinäisyyden ja jaksamisen tueksi. Nyytin työstä on tehty useita opinnäytteitä vuoden 2005 jälkeen. Myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS on ohjannut syömishäiriöistä kärsiviä opiskelijoita oikeaan hoitoon oikeaan aikaan. Lisäksi YTHS on toteuttanut HUS:n kanssa toteutetussa pilotin, jossa tarjottiin jännittämisestä ja sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsiville opiskelijoille mahdollisuus verkkoterapiaan. Myöhemmin kokeilu laajeni myös paniikkihäiriöiden ja masennuksen hoitoon. Verkkoterapiaan ohjattiin lääkärin läheteellä. Lisäksi YTHS on kokeillut Mielenterveysseuran [Selma oma-apuohjelmaa](#), joka on suunniteltu traumaattisten kriisien käsittelemisen tueksi. Opiskelijat kokivat ohjelman toimivaksi erityisesti silloin, kun kriisistä oli jo kulunut jonkin aikaa ja akuutein vaihe oli ohi (Vehmanen 2014).

Nettiryhmät tai internettiä ja kasvokkain tapahtuvia ryhmätapaamisia yhdistävät ryhmät voivat olla hyvä lisätuki samantapaisesta tuesta hyötyville asiakasryhmille. Nettiryhmiä ja itsehoito-ohjelmia on myös esimerkiksi Suomen mielenterveysseuralla ja yksityisillä tahoilla.

Kansainvälisesti ehkä tunnetuin verkkoterapiaohjelma on [MoodGym](#). Se on Australian National Universityssä kehitetty ohjelma, jonka avulla voi omatoimisesti hoitaa esimerkiksi masennusta. Ohjelma on interaktiivinen eli se antaa palautetta lähinnä tekstipohjaisesti. Käyttäjä lukee tekstejä kuvaruudulta. Ohjelman käyttö on helppoa: kuvaruudulla esitetään tilanne, annetaan vaihtoehtoja, joihin on helppo vastata annetuista vaihtoehtoista valitsemalla, ja saa palautetta sitten näytölle (Kojonen, 2011).

Kognitiivinen psykoterapia on osoittautunut depression ja ahdistuneisuushäiriöiden tehokkaaksi hoidoksi. Viime vuosina on kehitetty kognitiivista verkkoterapiaa, jossa potilas etenee internetin kautta välitetyssä psykologisessa itseapuohjelmassa ja on samalla sähköpostitse yhteydessä hoitoa ohjaavaan tukihenkilöön. Internetin avulla toteutettu verkkoterapia-ohjelma koostuu yleensä psykoedukaatiosta, erilaisista harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä. Verkkoterapia-ohjelman moduulit ovat siis "livenä" sovelletun kognitiivis-behavioraalisen hoidon kulmakiviä. Verkkoterapian tarjoama itseapu on todettu tehokkaaksi erityisesti paniikkihäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon ja masennuksen hoidossa (Jamison & Scogin, 1995).

Suomessa HUS:n kehittämät nettiterapiat löytyvät aiemmin esitellyltä Mielenterveystalo-sivustolta. Nettiterapioita on kehitetty useisiin psyykkisiin häiriöihin. Alunperin ohjelmien kehitys aloitettiin Kelnet-nimellä Mielenterveystalo Kellokosken ja nettihankkeen mukaan (Mielenterveystalo). Nykyisin palvelu on laajentunut sekä HUS-alueen sisällä että valtakunnallisesti. Itsehoito-osioita on kehitetty ja laajennettu. Ruotsinkielinen versio on tulossa.

HUS:n nettiterapiat sopivat erityisesti lievien ja keskivaikeiden häiriöiden varhaisvaiheeseen. Ohjelmassa on edukatiivisia osuuksia ja harjoituksia, jotka etenevät moduuleittain ja joiden tekemistä terapeutti valvoo. HUS:n nettiterapiaan voi hakeutua kenen tahansa lääkärin läheteellä. Mielenterveystalon sivuilta löytyy läheteohjeet.

Tässä on esittelyvideo HUS:n nettiterapioista

<https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/esittely/esittelyvideo/Pages/default.aspx>.

Nettiterapioiden taustalla on muun muassa Britanniassa kehitetty Beating the Blues ohjelma, <http://www.beatingtheblues.co.uk/>. Beating the Blues-sivustolta avautuu ohjelman esittelyvideo asiakkaille. Myös HUS:n nettiterapioihin liittyen asiakkaille on tehty selkeä ohjevideo siitä miten nettiterapia toimii, ohjeeseen pääsee kirjautumalla esimerkiksi pankkitunnuksilla. Ohjeet löytyvät Vimeosta (<https://vimeo.com/channels/nettiterapia>).

Esimerkiksi paniikkihäiriön nettiterapia-ohjelma koostuu 11 istunnosta, jotka avautuvat tiettyjen väliajoin ja terapiaohjelman suorittaminen kestää n. 2-3 kuukautta,

https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/laheteohjeet/Pages/Paniikin_laheteohjeet.aspx.

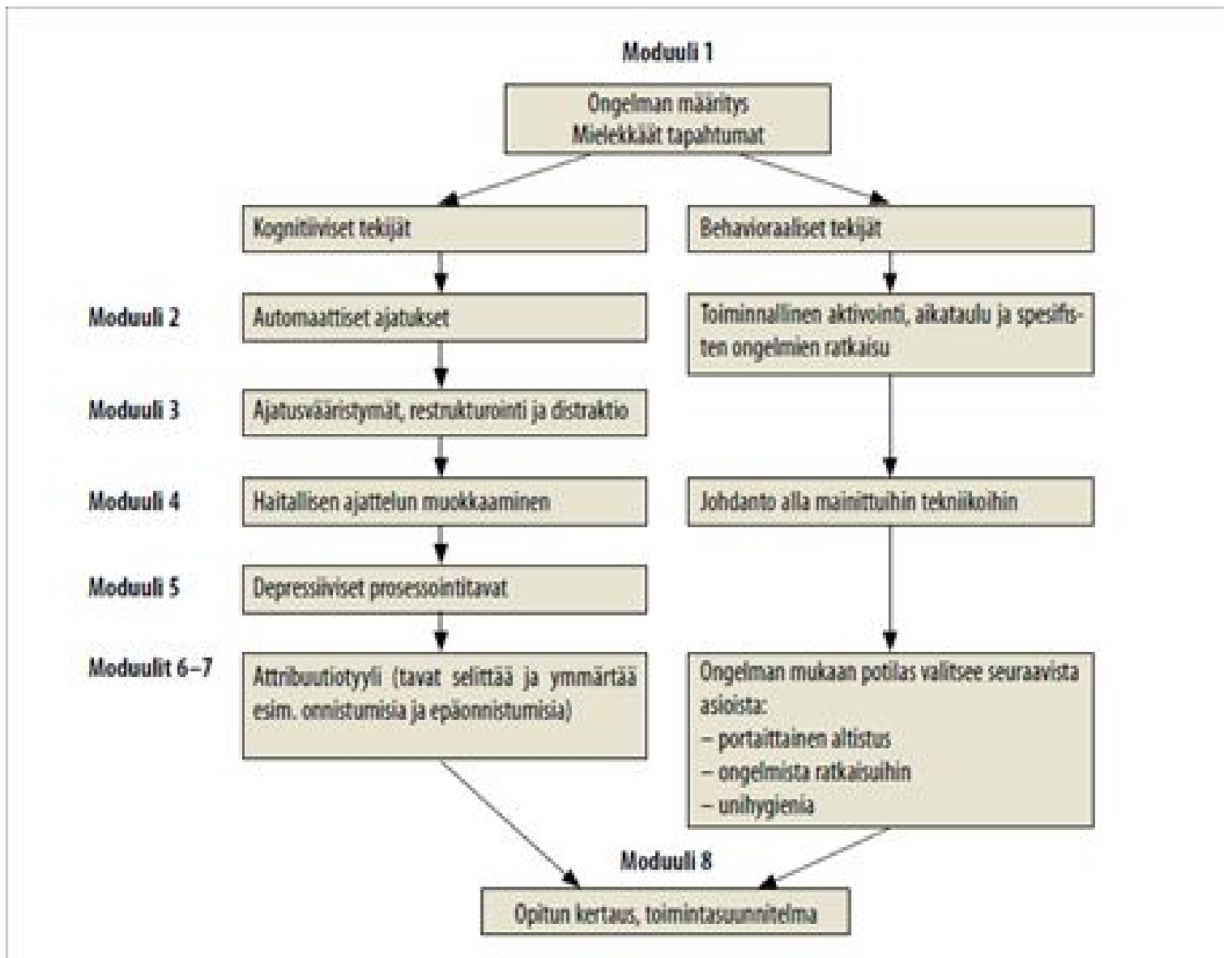
Nettiterapiaohjelmaan osallistuvat tekevät työkirjaa ja pitävät päiväkirjaa esimerkiksi paniikkikohtauksista. Paniikkihäiriön nettiterapia sisältää myös oirealtistus-, ajatus-, ja altistus päiväkirjan. Asiakas voi seurata terapian etenemistä istuntokartan avulla. Lisäksi asiakas voi seurata kolmen erilaisen esimerkkihenkilön etenemistä verkkoterapiaohjelmassa samalla kun hän itse osallistuu ohjelmaan. Ohjelmaan voi myös tallentaa muistiinpanoja ohjelmaan. Tämän ohella asiakas voi kysyä salatussa viestin lähetyksessä terapeutilta jotain, ja saa vastauksen seitsemän päivän sisällä.

HUS:n nettiterapioita on tähän mennessä kehitetty mm. masennukseen, ahdistukseen ja juomisen hallintaan. Ensimmäinen nettiterapia masennuksen hoitamiseksi aloitettiin keväällä 2013. Vuonna 2014 tullut uusi nettiterapia on Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (GAD) nettiterapia ja vuonna 2015 on tulossa Pakko-oireinen häiriön ja (OCD) ja Sosiaalisten tilanteiden pelon nettiterapiat.

Eero-Matti Koiviston mukaan noin 500 ihmistä on vuoden 2015 alkuun mennessä osallistunut HUS:n nettiterapiaan, kun sitä on tarjottu puolitoista vuotta. Nettiterapia maksaa potilaan kotikunnalle 640 euroa. Potilaalle se on ilmainen. Kustannussäästöä ei ole laskettu siitä, kuinka moni lopulta pärjää pelkästään nettiterapian avulla eikä hakeudu enää myöhemmin raskaampaan terapiaan. Nettiterapian aloitusta suositellaan ennen ensimmäisen lääkityksen aloittamista. Terapeutti tukee potilaan työskentelyä lukemalla hänen verkkopäiväkirjojaan ja olemalla yhteydessä potilaaseen joko viestitse tai puhelimitse. Etuna on, että terapeutti ehtii hoitaa useampaa potilasta. Aikaa säästyy, kun potilas tekee oppimistyön ilman tapaamista. Riskinä nähdään, että nettiterapia jää helpommin kesken kuin perinteinen kahden ihmisen tapaamiseen perustuva terapia. Nettiterapia voi olla yksinäistä. Moni haluaakin mieluummin perinteisen terapeutin, jonka kanssa voi kohdata ikäviäkin tunteita (Rajainmäki, M. 2015).

Nettiterapioita on tällä hetkellä tarjolla masennukseen, paniikkihäiriöön, alkoholin liikkäyttöön ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tammikuussa alkaa nettiterapia myös yleiseen ahdistuneisuushäiriöön.

HUS:n nettiterapian kehittämisessä taustalla olevan Beating the Blues-ohjelman moduulit ovat seuraavanlaiset (vrt. Holmberg, N. ja Kähkönen, s. 2011).



Nettiterapia tuskin sopii kaikille, mutta monille se merkitsee huomattavaa etua tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Henkilökohtainen kohtaaminen ei ole kaikille yhtä tärkeää, ja moni pitää enemmän nettiterapiaan sisältyvästä vastuusta ja itsenäisyydestä. Potilas voi verkkoterapiaohjelman osalta itse päättää, missä ja milloin hän ottaa osaa verkko-ohjelman eri

osioihin ja tekee harjoituksia. Verkkoterapiaohjelman ja internetissä toteutetun kognitiivisen psykoterapian kulmakivet ovat samoja kuin kasvokkain tapahtuvassa vastaavassa terapiassa. Itseapuhjelmat on todettu tehokkaiksi erityisesti paniikkihäiriön, sosiaalisen pelon ja masennuksen hoidossa ja tarjoavat hoitomahdollisuuksia myös niille, jotka eivät voi osallistua perinteiseen terapiaan (vrt. Holmberg, N. ja Kähkönen, S. 2011).

Jan-Henry Stenbergin mukaan (<http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2013/13/piuhan-paassa/>) verkkoterapia voi sopia myös vetäytyville henkilöille, jotka eivät halua muuten hakeutua terapiaan. Verkkoterapiaohjelmat voivat sopia iäkkäillekin henkilöille kustannustehokkuutensa sekä hoidon saatavuuden ja helppokäyttöisyyden ja hoidon tukena olevan henkilön takia. Verkkoterapia voi sopia myös henkilöille, jotka elävät kaukana julkisista palveluista, tai jotka ulkomailla asuessaan haluavat käyttää kotimaansa psykoterapiapalveluita. Verkkoterapiaohjelmia voi olla mahdollisia toteuttaa vuorokauden ajankohdasta riippumatta.

Jan-Henry Stenbergin mielestä (2013) monimutkaiset psyykkiset oireilut, kuten identiteettihäiriö, tulisi jättää psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoidettavaksi, kun taas verkkoterapia voi sopia kaikille suhteellisen rajatuista psyykkisistä ongelmista kärsiville. Stenbergin mukaan yhteiskunnallisella tasolla verkkoterapiahoidoilla ei tehdä kustannussäästöjä. Verkkohoidot voivat kansainvälisen näkemyksen valossa pitkällä tähtäimellä tuoda myös kustannussäästöjä, ja niitä voidaan käyttää perinteisen hoidon lisänä (Hedman, E., et al. 2013).

Jyväskylässä Raimo Lappalaisen johdolla olevan seurantatutkimuksen avulla on todettu internetin kautta annetun hoidon tehoavan masennukseen. Verkkohoidot voivat tuoda pitemmän päälle myös kustannussäästöjä, ja niitä voidaan käyttää perinteisen hoidon lisänä (Hedman, E., et al. 2013).

Lappalaisen ja kumppanien kehittämä Hyvän Elämän Kompassi-ohjelma (2013) on ACT- eli HOT-terapiaa, johon on liitetty myös CBT-terapiaa. Ohjelma tarjoaa käyttäjilleen kuuden viikon harjoitusohjelman, jonka aikana opitaan tietoisuustaitoja, ajatusten hyväksyntää, omien arvojen tunnistamista sekä ajatusten ja tunteiden käsittelyyn liittyviä taitoja. Harjoitukset voi joko lukea tai kuunnella verkossa, ja niihin liittyy myös videoita. Seurantatutkimuksen mukaan tutkittavien masennusoireet hävisivät verkkoterapiassa hieman enemmän kuin mitä kasvokkain tapahtuvassa terapiassa olisi tapahtunut (Lappalainen 2013). Lappalaisen mukaan kognitiivinen verkkoterapia toimii paremmin, jos sen saaja ei ole yksin verkossa, vaan saa jonkinlaisen kontaktin terapeuttiin.

Terapiapalvelujen tarjonta verkon avulla lisää saatavuutta kahdella tavalla: psykoterapeutti ehtii tavata enemmän potilaita. Potilas voi itse valita ajan ja paikan milloin hän "käy hoidossa". Verkkoterapia-ohjelmat ovat siis tavanomaisia hoitomuotoja täydentävä vaihtoehto, ei tavanomaista terapeutista vuorovaikutusta korvaava terapia (vrt. Holmberg, N. ja Kähkönen, S. 2011).

Käytännössä kognitiivinen verkkoterapiaohjelma etenee siten, että ohjelmaan rekisteröitynyt potilas lukee viikoittain valittuja osia psykoedukatiivisesta itseapuhjelmasta ja on yhteydessä tukihenkilöön sähköpostin avulla. Verkko-ohjelman eri osiot sisältävät tiettyyn ongelmaan, esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyvää informaatiota, ja sen hoitamiseen liittyviä käytännön harjoituksia. Kyse voi olla vaikkapa ongelmatilanteissa esiintyvien reaktioiden tunnistamisesta ja muokkaamisesta tai - kuten depressiossa - häiriötä ylläpitävien arkirutiinien ja kielteisen ajattelun korjaamista. Toisin kuin tavanomaisissa itseapuhjelmissa verkko-ohjelmaan osallistuva on jokaisen oppimismoduulin jälkeen yhteydessä tukihenkilöön, joka antaa palautetta ja samalla salasanan seuraavaan osioon.

Melko tavallinen verkkohoidon pituus on kymmenen viikkoa. Yleensä alkuvaiheen moduulit keskittyvät psykoedukaatioon ja keskimmäiset moduulit harjoitustehtäviin, ja lopussa keskitytään repsahduksen ehkäisyyn. Verkkoterapia edellyttää asiakkaalta aktiivista osallistumista, eikä sitä voi verrata "nettisurffaamiseen" tai impulsiivisiin vierailuihin jollakin kotisivulla. Kyse on laajoista ohjelmista, jotka voivat olla monen kuukauden pituisia ja sisältää laajan tekstiaineiston. Verkkoterapiaohjelmaan osallistuminen on pikemmin kuin kursseille tai kuntoutukseen osallistumista (vrt. Holmberg, N. ja Kähkönen, S. 2011).

Verkkoterapiaohjelma poikkeaa itseapuhjelmasta siinä, että se tapahtuu ohjauksen alaisena. Tämä merkitsee, että hoitoa annetaan sopivassa tempossa ja että valvotaan potilaan valmiutta siirtyä seuraavaan vaiheeseen. Lisäksi potilas saa apua mahdollisten ongelmien ratkaisemisessa. Verkkoterapiaan ei myöskään osallistuta nimettömänä. Päinvastoin potilaan ongelmia selvitetään tarkasti alkuvaiheen arvioinnilla hoitavan vastuuhenkilön (psykiatrin) luona. Näin varmistetaan, että potilas todella on menossa hänelle sopivaan hoito-ohjelmaan. Myöskään tukihenkilö ei ole nimetön, vaan hänen kuvansa ja nimensä esitellään hoidon alussa.

Verkkoterapiaa pyritään tekemään niin turvalliseksi potilaan kannalta kuin mahdollista. Useimmat satunnaistetut, kontrolloidut tutkimukset ovat käsitelleet verkkoterapiaa, jossa kontakti terapeuttiin on ollut minimaalinen.

2. Psykoterapian toteutus internetin avulla

Psykoterapiaa voidaan toteuttaa kasvokkain tapahtuvien istuntojen lisäksi tai sijasta myös internetin ohjelmia hyödyntämällä. Otaksun, että psykoterapia internetin avulla toteutettuna todennäköisesti paremmin liikkeelle, jos psykoterapeutti ja asiakas ovat tavanneet toisensa kasvokkain useamman kerran ennen nettiterapian aloitusta.

Suosittelavaa olisi, että nettiterapiassa käytetty ohjelma olisi vahvasti tietosuojattu. Ohjelmat kehittyvät koko ajan paremmiksi tietosuojan suhteen. Toistaiseksi internetin kautta tarjottavaan psykoterapiaan ei voi saada Kelan korvaavuutta, paitsi erityistilanteissa, kun kasvokkain

tapahtuva terapiatapaaminen ei ole mahdollista. Ohjelmina verkkoterapiaan voidaan käyttää esimerkiksi skypeä tai vahvasti suojattua, lääkäreiden käyttämää Vsee-ohjelmaa. Molemmat edellä mainitut ohjelmat ovat ilmaiseksi ladattavissa internetistä, Vsee-ohjelman voi ladata osoitteesta <http://vsee.com/start/download>.

Anthony ja Nagel (2010) ovat kuvanneet keskeisiä verkkoterapian eettisiä perusteita. Verkkoterapian harjoittajien on huolehdittava riittävästä teknologisesta tietotaidostaan, salasanoistaan, palomuureistaan ja palvelun toiminnan mahdollistamisesta. Verkkoterapian harjoittaja toimii oman asiantuntemuksensa piirissä. Verkkoterapeutit noudattavat myös paikallisia ja alueensa lakeja ja sääntöjä. Verkkoterapeutit ymmärtävät myös oman asiantuntemuksensa rajoitukset. Eettisiin periaatteisiin kuuluu myös muodollisen psykoterapiakoulutuksen ja verkkoterapian täydennyskoulutuksen hankkiminen, sekä riittävä teknologisen ja muun tarvittavan tiedon sekä työnohjauksen hankkiminen. Nettiterapiaa harjoittavan muodollinen koulutus on hyvä näkyä hänen internet-sivuillaan.

Terapeutti arvioi yhdessä potentiaalisen nettiterapia-asiakkaan kanssa sopiiko nettiterapia asiakkaalle, vai olisiko parempi hakeutua muihin palveluihin. Potentiaalisen nettiterapia-asiakkaan käydään läpi asiakkaan valmius käyttää tarvittavaa nettiterapian ohjelmaa. Esimerkiksi päihdeongelmaista tai psykoottisesti oireilevaa asiakasta ei todennäköisesti kannata ottaa nettiterapia-asiakkaaksi, ellei kyseessä ole nimenomaan tällaisen asiakasryhmän hyödynnettäväksi suunniteltu ohjelma. Asiakkaat ovat tietoisia, ettei nettiterapia ole kriisipalvelu. Nettiterapiaa tarjotaan pääsääntöisesti täysi-ikäisille, mutta alaikäinenkin voi osallistua terapiaan soveltuvin osin (Anthony ja Nagel 2010).

Nettiterapia-asiakkaan on eettisesti perusteltua tuoda tietoa nettiterapian mahdollisista hyödyistä ja haitoista, kuten visuaalisten tai auditiivisten vihjeiden vähyydestä ja teknologian salassapidon rajoitteista. Hyötyihin kuuluu helpompi terapia-ajan järjestäminen ilman terapiaan liittyvää matkaa ja siihen kuluva aikaa ja rahaa (Anthony ja, Nagel 2010).

Vaikka internetin avulla toteutetussa psykoterapiaistunnossa käytetään samoja menetelmiä kuin muutenkin psykoterapiassa, on menetelmien käytössä joitakin erilaisuuksia. Nettiterapia psykoterapiamuotona kuitenkin mahdollistaa palvelun esimerkiksi toiselle paikkakunnalle tai ulkomaille, ja on siten kustannustehokasta ja käytännöllistä moniin eri elämäntilanteisiin sopien. Tiettyä joustoa internet-tapaamiset saattavat edellyttää aikataulutukseen, jos asiakas sattuu vaikka asumaan maassa, jossa sähkökatkot tai liikenneuhkien tuomat viivästykset ovat tavanomaisia.

Kognitiivista verkkoterapiaa voidaan hyvin toteuttaa myös lyhytterapiana. Siinä saadaan tehokkaasti käyttöön verkkoterapian erilaisia välineitä, kuten sähköposti, chat ja videopuhelu. Erilaisia kognitiivista psykoterapiaa tukevia itsearviointilomakkeita voidaan hyödyntää terapiatyöskentelyssä itsetuntemuksen lisäämiseksi (vrt. Tainio, Therapion). Esimerkiksi Arto Pietikäinen on julkaissut kahteen kirjaansa *Joustava Mieli* (1009) ja edellisestä päivitettyyn ja edelleen kehitettyyn versioon *Kohti arvoistasi* (2014) liittyen verkkopohjaiset työkirjat, joiden

materiaali saattaa sopia lyhyempään tai pitempään verkkoterapiaan. Nettiterapian tarjoaminen osana psykoterapiapalveluita on jo melko tavallista yksityisellä sektorilla.

Oma kokemukseni terapeuttina ja asiakkaitteni kokemus kotoa käsin internetin avulla toteutetussa psykoterapiassa on, että asiakas saattaa voida kasvokkain tapahtuvaa työskentelyä kotoisammin ja helpommin päästä käsittelemään vaikeuksiaan tutussa ja turvallisessa kotiympäristössä. Myös psykoterapeutille kotoa käsin toteutettu verkkoterapiaistunto on turvallinen ja "kotoisa" työskentelytapa.

Kokemukseni mukaan internetissä toteutettu kognitiivinen psykoterapia tuo keskittymisen käsiteltävään aiheeseen tai esimerkiksi tietoisuustaito- tai mielikuvaharjoitukseen yleensä intensiivisemmäksi kuin kasvokkain tapahtuvassa psykoterapiassa, jossa on monia tilanteeseen mukaan tulevia aistiärsyksiä. Internetissä toteutettavalle psykoterapialle on hyödyksi, jos ennen internet-tapaamisia ollaan tavattu useita terapiakertoja kasvokkain.

Internetissä toteutetussa verkkoterapiassa voidaan myös yhdessä tarkastella asiakkaan tai psykoterapeutin tekemiä terapiatyöskentelyyn liittyviä dokumentteja. Tämän lisäksi voidaan tehdä ja lähettää äänitteitä tai videonpätkiä työskentelyn dokumentoimiseksi sekä asiakkaan harjoittelun edistymiseksi. Lisäksi psykoterapeutteja toimii internetissä virtuaaliympäristössä esimerkiksi [Second Life](#):ssa.

Ahdistushäiriöisillä kotona tapahtuvan altistuksen tuki joko mielikuvaharjoituksina tai myös in vivo -altistuksena voi toteutua mainiosti internetin avulla, jos terapeutin kotikäynti ei ole mahdollinen. Esimerkiksi likaisuutta pelkäävän ja ympäristöä desinfioidulla siivoavan asiakkaan kanssa voidaan tehdä internetin välityksellä lyhyitä, riittävän hyviä harjoituksia vaikkapa tiskipöydän siivoamisesta. Harjoituksiin voidaan liittää hyväksymisharjoituksia. Jos ahdistusoireilu liittyy liialliseen itsensä pesemiseen, voitaisiin tehdä internet-tapaamisessa riittävän hyvän käsienpesun harjoituksia, joihin voidaan liittää myötätuntoisia ja hoivaavia osia, kuten rauhallinen ja hellivä käsien rasvaaminen.

Lisäksi mindfulness- ja myötätunto- sekä metakognitiiviset, mielikuva- ja rentoutusharjoitukset soveltuvat hyvin osaksi myös verkkoterapiaa. Harjoitusten käytännön toteutuksessa on pieniä eroja live-tapaamiseen verrattuna, mutta niitä voi turvallisesti käyttää verkossakin tutun asiakkaan kanssa (vrt. Tainio, 2012).

Reaaliaikaisesti vuorovaikutteinen chatti on hyvä työväline kognitiivisessa jäsentelyssä. Asiakas voi tallentaa itselleen keskustelut, joihin on hyvin hedelmällistä palata terapian aikana, ja miksei myös jälkeen. Näin tulee itselle näkyväksi oma prosessointi ja edistyminen. Sähköposti, google-dokumentit ja muut sellaiset puolestaan soveltuvat erilaisten kotitehtävien tehtävälustaksi. Video- tai äänipuhelut ovat varsin liki perinteistä vastaanottotyöskentelyä. Ne mahdollistavat hyvin erilaisten ja eriasteisten pulmien monipuolisen tarkastelun, välittömän palautteen saannin ja antamisen sekä turvallisen terapeuttisen suhteen luomisen. Kaikki nämä ovat yhteistyön syntyminen kannalta hyvin tärkeitä (vrt. Tainio 2012).

Jyväskylän yliopistossa Lappalaisten tutkimus masennuksen itsehoito-ohjelmasta toi tuloksen, että kuuden viikon mielialaongelmien itsehoito-ohjelma verkossa oli yhtä tehokas kuin terapeutin kanssa kasvokkain tapahtuva vastaava hoito. Tutkimukseen osallistui itsensä masentuneeksi kokevia henkilöitä, jotka satunnaistettiin kahteen ryhmään. Osa heistä tapasi terapeutin kasvokkain kuuden viikon ajan. Muut tapasivat terapeutin kerran ja tekivät myöhemmin verkossa kuuden viikon ajan tehtäviä, joita terapeutti kommentoi niin ikään verkossa.

Osalla henkilöistä oli diagnosoitu masennus, johon heillä oli lääkitys. Molemmissa ryhmissä suurin osa oli keskivaikeasti masentuneita BDI-mittarilla tehtyjen kyselyjen mukaan. Verkko- ja tietokonepohjaiset hoidot mielialaongelmien hoidossa ovat paikallaan muun muassa siksi, että leimautumisen pelko estää monia hakeutumasta hoitoon. Tietokonepohjaiset itsehoito-ohjelmat voivat myös tarjota ensiapua, kun henkilö jonottaa psykoterapiaan. Verkon itsehoito-ohjelmista on apua myös silloin, kun hoitoa on vaikea saada pitkien välimatkojen vuoksi. Verkko- ja tietokonepohjaisten hoitojen vaikuttavuudesta on saatu aiemmin paljon näyttöön perustuvaa kansainvälistä tutkimustietoa - verkkohoidot todettu yhtä tehokkaiksi kuin perinteinen kasvokkain tapahtuva terapia (Toikkanen, U. 2012).

Niin verkkoterapiassa kuin kasvokkain tapahtuneessa terapiassa opeteltiin käsittelemään vaikeita tunteita ja muistoja sekä hyväksymään asiat, joita ei voi muuttaa. Tutkimukseen osallistuneita pyydettiin myös pohtimaan arvoja, jotka ovat heille tärkeitä elämässä. Henkilöitä kehoitettiin tekemään tekoja, jotka vievät heitä arvojen suuntaan. Osallistujat opettelivat lisäksi läsnäolemisen taitoja, hetkessä elämistä. Työskentely perustui lähestymistapaan, jonka tavoitteena on lisätä psykologista joustavuutta. Suurin osa oli tyytyväisiä itsehoito-ohjelmaan. Kuuden kuukauden seurannan tulokset viittaavat siihen, että verkkopohjainen itsehoito-ohjelma oli osin jopa tehokkaampi kuin terapeutin kanssa kasvokkain tapahtunut hoito (Toikkanen, U. 2012). Lappalaisten ja kumppanien verkkointerventioon osallistuneista valtaosa ei tarvinnut jatkohoitoa, koska heidän ongelmansa vähenivät tai hävisivät. Ohjelmaan osallistuneita seurattiin vuosi ja todettiin, että pääosalla oireet pysyivät poissa (Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. 2014).

Raimo Lappalaisen mukaan kaikki ihmiset eivät välttämättä hyödy verkkopohjaisesta terapiasta, koska joidenkin ongelmat ovat vaikeita: heillä on esimerkiksi traumaattisia kokemuksia, joihin liittyy mielialaongelmia. Olisi epärealistista ajatella, että tällaisia ongelmia hoidetaan lyhyessä ajassa. Kaiken kaikkiaan tämän tutkimuksen perusteella kuitenkin suurimmalle osalle oli hyötyä verkon itsehoito-ohjelmasta (Toikkanen, U. 2012).

Vaikuttaa siltä, että verkkoterapiaa sovelletaan ja tutkitaan eniten kognitiivis pohjaisten terapiasuuntausten piirissä. Eräs esimerkki kognitiivisbehavioraalisen verkkoterapian tuloksellisuudesta on terapeutin tarjoamasta verkkoterapiasta Isossa Britanniassa Lontoossa, Bristolissa ja Warwickshiressä perusterveydenhuollon piirissä masentuneille tehty tutkimus

(Kessler, D., Lewis, G., Surinder, K., Wiles, N., King, Michael, Weich, S., Sharp, D. Araya, R. ja Peters, T. 2009, 628-634).

Tutkimukseen osallistui 297 henkilöä, joilla oli ollut vähintään 14 pistettä BDI-asteikolla mitattuna masennuksessa. Tutkimuksen tausta-ajatuksena oli, että kognitiivisbehavioraalisen psykoterapian tehokkuudesta huolimatta siihen on vaikea päästä. Tutkimukseen osallistujat valittiin sattumanvaraisesti tietokoneella arvotulla koodilla 55 eri perusterveydenhuollon yksiköstä, tarjoten heille perusterveydenhuollon muun tuen lisäksi kognitiivisbehavioraalista psykoterapiaa verkossa (n = 149) tai tavanomaista palvelua, samalla kun henkilöt odottivat 8 kuukautta päästäkseen kognitiivisbehavioraaliseen verkkoterapiaan. Verkkoterapia toteutettiin verkkotapaamisissa terapeutin kanssa. Tutkimuksessa oli 113 osallistujaa, jotka saivat myös verkkoterapiaa, ja 97 kontrolliryhmän jäsentä, jotka kävivät läpi neljän kuukauden seurannan. 43:lla osallistujalla BDI laski alle 10, kun kontrolliryhmässä tämä tapahtui 23:lla. Tutkimuksen mukaan terapeutin tarjoaman kognitiivisbehavioraalisen verkkoterapian hyödyt näkyvät vielä 8 kuukauden kuluttua.

2.1 Vuorovaikutus, luottamus ja allianssi kognitiivisessä verkkoterapiassa

Viimeisen kymmenen vuoden aikana erilaisten internetiä hyödyntävien psykoterapioiden yleistyessä on eräs tärkeä kysymys, miten terapeutin allianssi, joka viittaa potilaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen laatuun ja luonteeseen, ja vaikuttaa hoidon onnistumiseen, voi onnistua internetin välityksellä tapahtuvassa psykoterapiassa.

Verkkoterapiaohjelmiin liittyen on pohdittu, tarvitaanko niissä ollenkaan terapeutin läsnäoloa ja miten terapeutti vaikuttaa ohjelman onnistumiseen. Anderson (2011) näkee merkittävämpänä sen kuka terapeutti on, kuin onko hän lainkaan läsnä. Esimerkiksi kognitiivisbehavioraalisen verkkoterapian toteutuksessa on tärkeää, että terapeutti on kokenut kyseistä terapiaa tunteva henkilö.

Luottamus on eräs tärkeimpiä psykologisia käsitteitä ihmissuhteiden toimivuutta ja vuorovaikutuksen vaikuttavuutta selitettäessä. Koska verkkoterapia on suhteellisen uutta, pääosa tutkimuksista on keskittynyt terapeutin vuorovaikutuksen tutkimiseen kasvokkain tapahtuvassa tilanteessa. Perinteisessä kognitiivisessä käyttäytymisterapiassa on nähty onnistuneeseen lopputulokseen pääsemisessä erittäin tärkeänä runsas vuorovaikutus potilaan ja terapeutin välillä. Mashall ja Serran (2004) korostivat, että luottamus on avainasemassa myös internetissä toteutuvassa terapeutin prosessissa.

On kysytty, voiko verkkoterapiassa syntyä positiivinen yhteistyön allianssi (Cook & Doyle, 2002). Kaiken kaikkiaan internetpohjaisten terapioiden nähdään luovan vahvaa terapeutista allianssia (Knaevelsrud & Maercker, 2007), vaikka allianssi ei olisi vahvasti vaikuttanut terapian tulokseen. Terapeutin allianssin tutkimuksesta verkkoterapiassa on toistaiseksi sen verran vähäiset ja keskenään ristiriitaiset tulokset, että sitä on hyvä tutkia lisää.

Luottamus on keskeinen psykoterapeuttisen intervention onnistumisen tekijä niin kasvokkain tapahtuvassa kuin nettiterapiassakin. Sen merkitys korostuu verkkoterapiassa (Mashall ja Serran 2004, Koehn 2003, 3). Verkkoterapiassa luottamus rakentuu joko nähtyyn tai kuultuun terapeutin reagointiin asiakkaan tunnetilaan ja ilmaisuun liittyen tai kirjoitettuun tekstissä ilmaistuun tunnetilaan liittyen (Anthony 2000, 623).

Kansainvälisestäkin ainutlaatuinen tutkimus on suomalaisen Mirjam Kauhasen (2013) psykologian pro gradutyö, jossa tutkittiin psykologien ja verkkoterapiaa toteuttavien psykoterapeuttien käsityksiä allianssista verkkoterapiassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisena suomalaiset psykologit näkevät verkkoterapiasuhteen rakentamisen mahdollisuudet ja haasteet. Tutkimuksella pyrittiin ottamaan selvää ja kuvailemaan onnistuneen verkkoterapiasuhteen ominaisuuksia sekä keinoja rakentaa sellaista. Verkkoterapian kontekstissa terapeutisesta yhteistyösuhteesta puhuttiin samoilla käsitteillä ja sitä voitiin jäsentää samoin kuin perinteisessä terapiassa. Psykologien puhe verkkoterapiasuhteesta sopi Bordinin (1979) klassiseen jäsenyykseen allianssin osa-alueista. Affektiivisesta suhteesta puhuessaan psykologit toivat esiin terapeutin ominaisuuksiin, tunnesiteeseen sekä kommunikaatioon liittyviä ajatuksia. Terapian tehtäviin liittyvät teemat jaoteltiin strukturiin, reflektointiin, ongelmien työstämiseen, terapiasuuntauksiin, asiakaslähtöisyyteen sekä terapeutisiin menetelmiin ja tekniikoihin.

Kauhasen tutkimuksessa (2013) psykologien puheessa terapian affektiivisesta suhteesta esiintyi useita terapeutin ominaisuuksia, kuten kiinnostus ja motivaatio verkkoterapiaa kohtaan, tottumus sen tekemiseen sekä tutkimuksellinen mielenkiinto uutta terapian väylää kohtaan. Hyvän tunnesiteen perustana pidettiin luottamusta ja turvallisuutta. Tulos on linjassa tutkimuskirjallisuuden kanssa: Ackerman ja Hilsenroth (2003) kuvailevat tärkeänä terapeutin ominaisuutena luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa näitä ominaisuuksia pidettiin kuitenkin enemmän terapiasuhteeseen kuin terapeuttiin liittyvinä. Muita tutkimuksessa esiin nousseita hyvän tunnesiteen elementtejä olivat yhteistyö, emotionaalinen läsnäolo ja intiimiys. Niiden voidaan katsoa liittyvän sekä terapeutin ominaisuuksiin että toimintatapoihin terapiassa. Allianssin muodostuminen on osittain liitetty terapeutisiin tekniikoihin, kuten tutkimiseen, reflektioon, terapiassa edistymisen huomioimiseen, oikeaan tulkintaan, tunteiden ilmaisun helpottamiseen sekä asiakkaan kokemusten ymmärtämiseen (vrt. Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Kommunikaation rooli terapeutisessä allianssin taustatekijänä nousi korostuneesti esiin tässä aineistossa. Haastateltavat toivat esiin sekä hyviä että huonoja puolia internet-välitteiseen kommunikaatioon liittyen. Kaiken kaikkiaan Kauhasen aineistossa yhteisymmärryksen terapian tehtävistä katsottiin muodostuvan strukturiin, reflektointiin, ongelmien työstämisen sekä terapian toteuttamisen keinojen kautta. Myös perinteisessä terapiatutkimuksessa nostetaan esiin samoja asioita. Jo Bordin (1979) esittää, että terapeutin ja asiakkaan välillä täytyy olla riittävä yhteisymmärrys terapian puitteista, ajasta ja maksuista, siis terapian strukturiin.

Tutkimuskirjallisuudessa hyvän allianssin muodostuminen on liitetty useisiin terapeutin ominaisuuksiin, vaikkakin niissä terapeutin persoona nousee selkeämmin esiin kuin Kauhasen haastatteluaineistossa. Terapeutin ominaisuuksista ainakin joustavuus, kunnioitettavuus, rehellisyys, luotettavuus, itsevarmuus, lämpö, kiinnostus ja avoimuus ovat yhteydessä hyvään allianssiin (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Onkin mielenkiintoista, että Kauhasen haastatteluaineistossa näistä ominaisuuksista puhuttiin enemmän kommunikaation kuin

terapeutin ominaisuuksien kontekstissa. Tämän voidaan ajatella liittyvän verkkovälitteisen kommunikaation luonteeseen ja kuvastavan sitä, että verkkoterapiassa osapuolten persoonat välittyvät ennemmin kommunikaation ja toimintatapojen kuin ulkoisen olemuksen ja sanattoman viestinnän kautta. Esimerkiksi itsevarmuutta tai kiinnostusta ei voida ilmaista tekstissä tai edes Webkameran kautta yhtä hienovaraisin sanattomin viestein kuin kasvokkain toteutetussa psykoterapiassa.

Verkkoterapiasta puhuessaan psykologit tuntuivat erityisesti painottavan sitoutuneisuutta ja sitä, että asiakkaat ottavat vastuun omasta osuudestaan työskentelyssä. Verkkoterapian suhteellinen anonymiteetti ja etäisyys herättivät psykologeilla huolen, etteivät asiakkaat välttämättä sitoudu ja näe vaivaa edistymisensä eteen. Oma kokemukseni verkkoterapian toteutuksesta tukee näkemystä, että terapiasta vastuuta ottavalla, itsenäisellä ja tavoitteellisella asiakkaalla on hyvät mahdollisuudet hyötyä verkkoterapian monista eri soveltamismahdollisuuksista.

Terapian tavoitteista Kauhasen (2013) haastateltavat nostivat esiin sekä asiakkaaseen että terapeuttiin liittyviä tavoitteita. Asiakasta pyrittiin auttamaan tunnistamaan ja kuvailemaan ongelmansa sekä vaikuttamaan siihen. Supportiivisessa terapiakontekstissa olevan ihmissuhteen ja mahdollisuuden peilata siihen ihmissuhderistiriitoja sekä harjoittaa taitoja auttoivat asiakasta parempaan suuntaan. Tavoitteista nousivat siis esiin niin psykoanalyttisen perinteen mukainen tavoite tunteiden ja uskomusten tutkimisesta kuin behavioraalisen perinteen mukainen käyttäytymismallien tutkiminen ja muuttaminen (vrt. Bordin, 1979).

Kauhasen tutkimuksessa allianssista verkkoterapiassa pohdittiin myös terapeutin omia tavoitteita: usein hänellä itsellään katsottiin olevan tavoitteena kehittyä ammatillisesti ja suhteessa tekniikan käyttöön sekä oppia tehokkaasti hyödyntämään internetiä terapian toteutuksessa. Terapeutit katsoivat niin usein verkkoterapian olevan jonkinlainen ensiporras kasvokkain tapahtuvalle terapialle. Kauhasen mukaan verkkoterapian ajatellaan ehkä olevan pitkäaikainen vaihtoehto vain sellaisissa tilanteissa, joissa mahdollisuutta vastaanotolla käymiseen ei ole tai se jostain syystä on hankalaa. Kauhasen arveleekin käsityksen heijastavan yleisempää suhtautumista suomalaisessa yhteiskunnassa: esimerkiksi Kelan korvauksia verkkoterapiasta on ollut mahdollista saada vain osana terapiaprosessia silloin, kun samassa tilassa toteutettu terapia ei ole ollut mahdollista. Kelan etuusohjeessa todetaan seuraavaa: *Virtuaali/nettiterapiaa ei pääsääntöisesti korvata. Poikkeustapauksissa, silloin kun säännöllisen terapian toteuttaminen samassa tilassa kasvokkain ei ole mahdollista, voidaan osa terapiakäynneistä korvata virtuaalisesti toteutettuina. Terapia on kuitenkin aina aloitettava henkilökohtaisin tapaamisin. Siinä tapauksessa, että osa terapiasta toteutetaan virtuaaliterapiana, tulee asiakasta ja terapeuttia muistuttaa tietoturvaseikoista.* Kela ei korvaa mahdollisen suojatun yhteyden järjestämisestä aiheutuvia kustannuksia (Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2014, kohta 3.2.).

Kauhasen tutkimuksessa hyvää allianssia kuvailevat tekijät ja sen rakentamisen keinot eroteltiin toisistaan, mutta perinteisessä terapiatutkimuksessa niitä on käsitelty yhdessä. Affektiivisen suhteen rakentamisen keinoissa palataan terapeutin ominaisuuksiin: Hyvän allianssin rakentamisen nähtiin tapahtuvan ainakin siten, että terapeutti on riittävän avoin, varma itsestään, rehellinen ja kiinnostunut asiakkaan asioista; lisäksi luottamuksen ja turvallisuuden tunteet sekä hyväksynnän välittäminen auttoivat rakentamaan hyvää suhdetta. Tältä osin tulokset ovat samansuuntaisia kuin Ackermanin ja Hilsenrothin (2001) tutkimuksessa. Siitä, miten terapeutit voivat välittää asiakkaalle tällaisia piirteitä, puhuvat puolestaan Murphyn,

McFaddenin ja Mitchellin (2008) kehittämät läsnäolotekniikat. Hyvä tunneside näyttäisi siis verkkoterapiassa perustuvan samoihin tekijöihin kuin kasvokkain tapahtuvassa terapiassa, joskin niiden ilmentämiseen tarvitaan verkkoerityisiä keinoja ainakin kommunikaation tapahtuessa tekstivälitteisesti.

Verkkoterapian affektiivisesta suhteesta puhuessaan Kauhasen (2013) haastateltavat painottivat kommunikaation laadun ja rikkouden tärkeyttä sekä ilmaisun ytimekkyyttä erityisesti tekstivälitteisessä terapiassa. Nämä tuntuisivat olevan verkkoterapialle luonteenomaisia kysymyksiä, joita ei perinteisessä terapiatutkimuksessa juurikaan käsitellä. Aihetta ovat esitelleet ainakin Murphy ym.(2008) kuvaillessaan rytmitystekniikoita, joiden avulla pyritään varmistamaan, että viesti menee riittävän hyvin perille ja että asiakkaat pysähtyvät pohtimaan tärkeitä kohtia. On siis joitakin verkkoerityisiä keinoja vaikuttaa kommunikaation laatuun. Kauhasen haastateltavat tunnistivat aihealueen haasteellisuuden ja merkityksen allianssin muodostamiselle.

Kauhasen (2013) tutkimuksen aineistossa myös asiakaspalautteen tärkeys nousi korostuneesti esille. Psykologit tunnistivat terapiasuhteen seuraamisen vaikeuden ulkoisten vihjeiden puuttuessa ja pohtivat keinoja seurata allianssin laatua esimerkiksi suoraan kysymällä tai kiinnittämällä huomiota asiakkaan sitoutuneisuuteen, kotitehtävien tekemiseen sekä keskustelun sävyyn. Verkkoterapiassa yhteisymmärrystä terapian tehtävistä luotiin struktuurin, reflektion, ihmissuhteiden työstämisen sekä terapeuttisten menetelmien, kuten haastattelun, mielikuva-harjoitusten tai tavoitteen asettelun, avulla. Haastateltavat näkivät tämän verkkoterapiassa jossain määrin haasteellisempänä kuin perinteisessä terapiassa ja korostivat terapeutin tietoisuutta mahdollisista ongelmakohtista esimerkiksi ajankäytön suhteen sekä yhteisten pelisääntöjen sopimista eksplisiittisesti heti terapian alussa. Haastateltavat pohtivat, että ongelmia tulisi työstää asiakaslähtöisesti. Suurin osa verkkoterapian keinoista muodostaa yhteisymmärrystä terapian tavoitteista oli samoja kuin kasvokkain: esimerkiksi terapiasopimus ja terapian käytännöistä sekä kotitehtävistä keskustelu tapahtuu haastateltavien mukaan aivan samoin kuin kasvotusten.

Kauhasen (2013) haastatteluissa pohdittiin hieman myös teknologian rajoitteita ja mahdollisuuksia esimerkiksi kirjallisten kotitehtävien läpikäymisessä. Psykologit ajattelivat, että terapeutilta ja asiakkaalta saatetaan vaatia luovuutta ja teknistä osaamista ainakin piirrosten tai tekstien siirtämisessä toisen osapuolen nähtäväksi. Sen sijaan reflektion katsottiin olevan verkkoterapiassa jopa perinteistä terapiaa todennäköisempää ainakin tekstin välityksellä ja puhetta lyhyemmin kommunikoidessa. Kirjoittamisen on jo itsessään katsottu olevan reflektiivistä toimintaa, joka palvelee terapeuttisia päämääriä (Gortner, Rude & Pennebaker, 2006; vrt. Valtonen, 2010). Verkkoterapiassa Bordinin allianssin osa-alueista yhteisymmärrys terapian tehtävistä tuntui nousevan erityisen selkeästi esiin ja sen muodostaminen nähtiin monesti haasteellisempänä kuin kasvokkain. Haastateltavat näkivät ihmissuhteiden käsittelyn verkkoterapiassa toisaalta helpompana, toisaalta vaikeampana kuin vastaanotolla fyysisesti ollessa. Verkkoterapeutin suhteellisen etäisyyden erityisesti tekstivälitteisessä terapiassa ajateltiin antavan kenties perinteistä terapiaa enemmän tilaa asiakkaan terapeuttiin kohdistuvalle transferenssille.

Anonyymiys saattaisi psykologien mukaan myös helpottaa terapiaprosessia silloin, kun asiakas on sosiaalisesti estynyt tai ujo. Toisaalta ongelmana pidettiin sitä, että tällaisen asiakkaan ei verkkoterapiassa tarvitse harjoitella ihmisten kohtaamista fyysisesti, mikä saattaa pidemmän

päälle jopa vahvistaa sosiaalista ahdistuneisuutta tilanteissa, joissa ihmisiä on fyysisesti läsnä, sekä saada heidät entistä enemmän eristäytymään ihmisuhteista. Yhteisymmärrystä verkkoterapian tavoitteista psykologit kertoivat muodostavansa hyvin perinteisin keinoin.

Kauhasen tutkimuksessa (2013) terapeutista allianssia arvioitiin terapeuttien näkökulmasta eikä siis mihinkään yksittäiseen todelliseen verkkoterapiasuhteeseen perustuen. Aikaisemman tutkimuksen perusteella terapeuttien arviot allianssista eivät näyttäisi kuitenkaan olevan yhtä vahvasti yhteydessä terapian tuloksellisuuteen kuin asiakkaiden arviot (Horvath & Symonds, 1991). Tutkimuksen luotettavuuden kannalta puutteena voidaan pitää myös osallistujien valikoitumista, joka on varsin yleinen puute verkkoterapiatutkimuksissa (Sucala ym., 2012).

Allianssitutkimusta verkkoterapian kontekstissa olisi tärkeää syventää. Perinteinen terapiatutkimus on jo vuosikymmeniä tunnustanut, että terapiasuuntausten yhteiset tekijät ovat merkittävimmissä osassa terapian tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Myös verkkoterapian kontekstissa olisi syytä selvittää, mikä osuus yhteisillä tekijöillä on terapian tuloksellisuudessa. Terapiaprosesseista jääneet tallenteet mahdollistaisivat terapian prosessiluonteisen tutkimus ja vuorovaikutussekvensseihin paneutumisen ilman, että terapiaistuntoihin sisältyisi mitään tavallisuudesta poikkeavaa. Perinteisessä terapiatutkimuksessa kun äänitys tai videointilaitteen tai ulkopuolisen tutkijan mukana olo on väistämättä muuttanut istunnon tavanomaista luonnetta. Verkkoterapiakontekstissa ei voida olettaa, että terapeutin allianssi muodostuisi samalla tavoin kuin kasvokkain. Tämän takia Kauhanen (2013) arvelee, että tutkimus verkkoerityisistä allianssin muodostamisen keinoista auttaisi verkkoterapeutteja parantamaan työnsä laatua ja asiakkaat olisivat tyytyväisempiä.

Jos psykoterapia toteutetaan chatin tai internetpuhelun avulla ilman kuvayhteyttä, on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota äänen painoihin ja siihen miten psykoerapeutti ilmaisee kiinnostustaan ja kannustustaan asiakkaalle ilman kasvojen ilmeiden ja eleiden näkymistä (vrt. Koehn 2003, 3). Omatkin verkkoterapia-asiakkaani ovat ilmaisseet tämän asian tärkeyden terapiassa. Mielikuvat tulevat verkkoterapeutin tueksi asiakkaan tilanteen ymmärtämiseksi ja luottamuksellisesti sen kuvaamiseksi, että terapeutti pyrkii ymmärtämään asiakkaan tilannetta ja kokemusta. Asiakkaan saattaa olla helpompi kertoa henkilökohtaisesti vaikeista asioista internetissä, kuin kasvokkain. Stigmaa tuovista kokemuksista, kuten syömishäiriöstä tai masennuksesta tai itsetuhoisesta käyttäytymisestä kerrotaan helpommin ja suuremmin verkkoterapiassa kuin kasvokkain tapahtuvassa terapiassa (vrt. Fletcher-Tomenius, L. ja Vossler, A. (2009).

Jos psykoterapeuttia ei nähdä verkkoterapiassa ja siellä solmitaan ensimmäinen kontakti, luottamus lähtee syntymään ilman ulkoisen olemuksen tuomaan ensivaikutelmaan liittyviä oletuksia tai tuomitsevia ajatuksia. Monet ihmiset ovat hämmentyneitä kun heidän on sanottava kasvokkain jollekin jostain vaikeasta asiasta, ja asian sanominen mahdollistuu helpommin internetkontaktissa ilman psykoterapeutin näkemistä. Näiden asioiden hyödyntäminen voi olla mahdollista erilaisissa (anonyymeissa) ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä tehtävissä chateissa, joissa voidaan päästä rohkaisemaan henkilöä hakeutumaan varsinaiseen psykoterapiaan.

Martha Ainsworth on tuonut jo vuonna 2002 (Hsiung) mielenkiintoisen lisän kokeneena psykoterapeutina kokemuksestaan asiakkaana nettiterapiassa sekä aiemmasta omasta

roolistaan anonyymien nettitukiryhmien vetäjänä, että ihmiset ovat taipuvaisia kertomaan internetissä asioita, joita kasvokkain tapahtuvassa kontaktissa olisi vaikea myöntää ammattiauttajallekaan (s.195-202). Ainsworthin tavattua lopulta kasvokkain terapeutin jonka kanssa hän oli ollut yhteydessä sähköpostitse ja puhelimitse, ei sama intensiivinen yhteisymmärrys toteutunutkaan kasvokkain olevassa tapaamisessa, vaikka terapeutti olikin lämmin ja välittävä (s. 201-202). Itsekin olen kokenut että niiden asiakkaiden kanssa kasvokkain tapaaminen, joiden kanssa olen tehnyt paljon psykoterapiaa internet-puhelun välityksellä, onkin erilaista. Pitäisi ikäänkuin uudestaan tutustua tähän kasvokkain tapaamaansa henkilöön, joka on eri kontekstissa ja eri tavalla itseään ilmaiseva, kuin se, jonka kanssa on tottunut työskentelemään internetissä.

Joissakin näkemyksissä heikommasta allianssista internetpohjaisissa psykoterapioissa verrattuna kasvokkain toteutettuun CBT-terapiaan on huomioitu, ettei ero ollut tilastollisesti merkitsevää (Klein et al., 2006). On myös useita tutkimustuloksia siitä, että terapeutin allianssi toteutuu yhtä hyvin, mutta hieman eri lailla kasvokkain ja internetissä toteutetussa terapiassa.

Omassa kokemuksessani kasvokkain tapahtuvassa työskentelyssäkin tutun asiakkaan kanssa läheisyys on riittävää internetissä tapahtuvan terapian eteenpäinviemiseksi. Jos terapiaa on toteutettu ilman videoyhteyttä, toisen äänen vivahteiden kuulemiseen herkistyy.

Voimasuhteet asiakkaan ja psykoterapeutin välillä voivat olla tasapainoisemmat ja tasavertaisemmat nettiterapiassa kuin kasvokkain tapahtuvassa psykoterapiassa, jossa on valmis asetelma kahden neuvottelutuolin ja nenäliinapaketin ympärillä. Omia asiakkaitani olen pitemmissä psykoterapioissa rohkaissut aktiivisen ja oma-aloitteisen roolin ottoon. ja he ovat usein etukäteen laittaneet omia harjoituksiaan ja muuta sisäisestä työtä kuvaavia dokumenttejaan nähtäväksi sekä ehdotuksia ja toiveita millaisia harjoitteita he toivovat psykoterapiaistuntoon.

Grohol (1999) huomauttaa, ettei asiakkaan ja terapeutin suhde verkkoterapiassa ole kasvokkain tapahtuvaan terapiaan verrattuna huonompi tai parempi, vaan yksinkertaisesti erilainen. Mieliala- ja ahdistusoireista kärsivien CBT-terapiaan ei allianssin muodostumisessa terapeutin ja asiakkaan välillä nähty merkittävää eroa kasvokkain ja internetissä toteutetussa terapiassa kuten ei muillakaan terapiaan liittyvillä mitatuilla osa-alueilla (vrt. Stubbings, D.R., Roberts L.D., Kane R.T., 2013).

Australiassa tutkittiin CBT:n tehokkuutta ja verrattiin videokonferenssin avulla toteutettua psykoterapiaa ja kasvokkain toteutettua psykoterapiaa. Tutkittavilla oli koko ajan sama terapeutti. Tutkittavat olivat keskivertoisesti 30-vuotiaita, joilla oli ollut DSM IV:n mukaan diagnosoitua mieliala tai ahdistushäiriöitä. Osallistujille tehtiin kysely masennuksen, ahdistuksen, stressin ja elämänlaadun suhteen ennen, jälkeen ja kuusi viikkoa myöhemmin terapian jälkeen (Stubbings D.R., Rees, C.S., Roberts, LD ja Kane R.T., 2013).

Sekundaarisiin tuloksiin liittyi asiakastyytyväisyys ja allianssi (working alliance). Terapia osoittautui yhtä tehokkaaksi sekä internetin avulla että kasvokkain toteutettuna. Tutkimus osoitti että CBT oli tehokas ja vähensi merkittävästi masennuksen, ahdistuksen ja stressin oireita sekä lisäsi elämän laatua yhtä paljon sekä kasvokkain tapahtuvissa että videoneuvottelun avulla

toteutuneissa terapiatapaamisissa. Allianssi toimi yhtä hyvin nettiterapiassa kuin kasvokkain toteutetussa terapiassa.

Internetin välityksellä toteutettu kognitiivisen psykoterapian toteuttaminen etenee rakenteeltaan kuten kognitiivisen psykoterapian tapaaminen muutenkin. Aluksi voidaan tehdä esimerkiksi mindfulness-harjoitus, ja käydä läpi asiakkaan mahdollisesti lähettämiä dokumentteja harjoittelustaan psykoterapian tavoitteisiin liittyen. Hyväksyvä tietoinen läsnäolo (mindfulness) soveltuu hyvin käytettäväksi kognitiivisessa verkkoterapiassa. Sillä tarkoitetaan sitä, että ihminen on läsnä nykyhetkessään, suuntaa tarkkaavaisuutensa käsillä olevaan hetkeen ystävällisellä ja hyväksyvällä tavalla. Se on siis sekä tarkkaavaisuuden tietoista kohdistamista että myötätuntoista suhtautumista siihen, mitä ihminen havaitsee (esimerkiksi tapahtumat tai tunteet (vrt. Tainio, 2012)). Terapiatapaamisen edetessä voidaan esimerkiksi käydä asiakkaan ajankohtaisia käsiteltäviä asioita läpi eri menetelmiä hyödyntäen ja lopussa sopia mahdollisista kotitehtävistä samaan tapaan kuin kasvokkain tapahtuvassa terapiatapaamisessakin tehtäisiin.

3. Yhteenveto ja suosituksia jatkoon

Kognitiivinen verkkoterapia on kehittynyt viime vuosina tutkimusnäyttöä omaavaksi Suomessakin virallisesti suositelluksi hoitomuodoksi. Jokainen psykoterapeutti voi soveltaa internetin mukaanottoa osaksi psykoterapiaa esimerkiksi jakamalla potilaan harjoittelun dokumentteja internetissä tai antamalla potilaalle internetistä tehtäviä harjoitteita kotitehtäväksi.

Erlaisia palvelusivustoja ja ja internetissä tarjottavia hyvinvointi- ja terapiapalveluita luodessa tai arvioidessa on hyvä pyrkiä laadukkaaseen ja eettisesti korkeatasoiseen palveluun. Laadun ja eettisyyden arviointiin löytyy monia hyviä tahoja, joista eräs kansainvälisesti keskeinen taho on sveitsiläinen [HON](#), The Health On the Net-säätiö, joka ohjaa nettipalveluiden kehittäjiä ilmaisemaan millaiset ammattilaiset ovat palvelun takana ja laittamaan esiin lähdeviitteet. Nettipalvelun tiedon tulisi myös tukea, ei korvata ammattilaisen ja asiakkaan välistä suhdetta. hyvä nettipalvelu kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä ja on luottamuksellinen. Hyvä nettipalvelu tuo esiin palvelun hyödyt ja hyötyjen todennettavuuden aiemmista tutkimuksista ja kokemuksista. On myös saatavilla tukea itsenäisen nettisivustojen laadun arvioinnin tueksi, esimerkiksi brittitaloustaisella [DISCERN](#) -laatukriteereillä. Laatukriteereistä löytyy myös suppeampi kuuden kriteerin arviointiväline. Arviointikysymykset koskevat mm. nettipalvelun tavoitetta ja sen saavuttamista, relevanttiutta, selkeyttä ja tasapainoa. Arvioinnissa tarkastellaan myös tarjoaako palvelu vaihtoehtoisia muita tuen ja tiedon lähteitä ja kuvataanko miten esimerkiksi tarjotut hoitomuodot toimivat ja vaikuttavat elämän laatuun yleisesti. Lisäksi arvioinnissa voidaan pohtia tarjoaanko siinä tukea yhteiselle päätöksenteolle (Andersson 2014).

Terapiapalveluiden tarjonta internetin kautta lisää palveluiden saatavuutta kahdella tavalla: psykoterapeutti ehtii tavata enemmän potilaita ja potilas voi kätevämmiin valita ajan ja paikan milloin hän ”käy hoidossa” (Holmberg, N. ja Kähkönen, S. 2011). Verkkoterapiaohjelmat täydentävät tavanomaisia palveluita, eivät korvaa niitä. Vaikka verkkoterapia ei sovi kaikille, se tuo terapian mahdolliseksi yhä useammalle. Verkon avulla toteutettu terapia-ohjelma tai live-terapia tarjoaa hoitopääsymahdollisuuksia yhä enemmän lievistä ja keskivaikeista oireista kärsiville, syrjäseuduilla ja ulkomailla asuville, iäkkäille ja muille, jotka eivät syystä tai toisesta pääsisi tai lähtisi perinteiseen terapiaan. Nettiterapia voi myös olla kustannustehokasta.

Olisi vielä hyvä saada tarkempia suosituksia internetin käyttämisestä muuten psykoterapian välineenä kuin terapiaohjelmissa. Toivottavasti jatkossa myös Kela-korvattavuus ulottuu nykyistä laajemmin verkkoterapiaan helpottaen yhä useampien hoitoon pääsyä. Erilaiset verkkopalvelut ja itseapuhjelmat voivat toimia tukena aktiivisen potilaan kuntoutumisessa. Verkkoterapia-ohjelmilla, joissa on ohjelman lisäksi tukihenkilö mukana, on todettu olevan enemmän vaikuttavuutta kuin pelkillä itseapuhjelmillä (vrt. Lappalainen, R., Ahonen, S., Vitikainen, M., & Lappalainen, P. 2012).

Verkkoterapia on todettu tähän mennessä tehokkaaksi useissa keskeisissä lievisissä ja keskivaikeissa psyykkisissä häiriöissä. Verkkoterapia voi sellaisenaan tai osana kasvokkain annettavaa psykoterapiaa ja tarvittaessa lääkehoidon kanssa toteutettuna tuoda tehokkaan ja kustannuksiltaan edullisen hoitomuodon useisiin lieviin ja keskivaikeisiin psyykkisiin häiriöihin kuten masennukseen ja ahdistukseen. Vielä tarvitaan tutkimusta verkkoerapian mukana olosta vakavammassa tai vaihtelevasti oireilevassa masennuksessa. Kuntoutumisessa alkuun päässeelle ja motivoituneelle potilaalle olisi mielenkiintoista saada tietoa toimintakykyä aktivoivien ja palkitsevien ohjelmien hyödyllisyydestä.

Tarvitaan lisää koulutusta verkkoterapian soveltamiseen sekä ohjelmia, joita voidaan hyödyntää osana verkkoterapiaa. Koulutus on Suomessa vähitellen alkamassa. Verkkoterapian verkkokoulutus ja -työnohjaus toisivat paljon lisämahdollisuuksia laadukkaaseen terapaeuttien perus- ja täydennyskoulutukseen (vrt. Andersson 2014, 133-134). Verkkoterapiaan voisi parhaiten saada tuntumaan jo terapiakoulutuksessa ollessa, soveltaen oppimaansa verkkoterapiasta käytäntöön ja saaden siihen samalla työnohjausta. Verkkoterapia voisi Anderssonin (2014) mukaan olla hyödyksi myös vähemmän kehittyneillä alueilla kustannustehokkaana hoitomuotona. Kaiken tällaisen toteuttaminen vaatii tutkimustyötä.

Suomessa toivotaan lisää tutkimusnäyttöä hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltamisesta nettiterapiaan. Ruotsissa Linköpingin yliopistossa on professori G. Andersson on selvittänyt ACT-terapian itsehoito-ohjelman soveltamista myös vakavamman masennuksen hoitoon. Ohjelmaa on sovellettu myös kuulovammaisille. Ruotsin valtion lääketieteen arviointilaitos (SBU) toivoo, että kognitiivista verkkoterapiaa tutkitaan jatkossa enemmän lasten ja nuorten hoitoon keskittyen. Suomessakin lapsille ja nuorille suunnatut kognitiiviset verkkohoidot olisivat tervetullut lisä perus- ja erikoissairaanhoidon jatkoksi.

Verkkoterapian toteutuksen tueksi tarvitaan yhtenäisemmät suositukset tietoturvasta ja eettisyydestä, joihin pohjana voisi käyttää erilaisten verkkopalveluiden ja "nettituen" sekä psykoterapian suosituksia sekä parhaillaan toiminnassa olevien hyvien käytäntöjen toteuttajien suosituksia.

Suomessa THL on suositellut kognitiivista verkkoterapiaa aikuisilla vuodesta 2011. Suositus perustuu Jan-Henry Stenbergin ym. tutkimukseen (2014), jossa selviteltiin verkkoterapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa. Verkkoterapia osoittautui tehokkaaksi lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Vakavamman masennuksen hoitoa verkkoterapiassa tutkitaan Ruotsissa, Linköpingin yliopistossa. Verkkoterapiaa ei suositella itsemurhapotilaille eikä akuutissa vakavammassa kriisissä oleville henkilöille. Britanniassa nettiterapiaa suositetaan käytettäväksi lievissä ja keskivaikeissa tapauksissa porrastetun hoitomallin alkupäässä (NICE-suositukset 2014).

Nettiterapiassa syntyvää suhdetta terapeutin kanssa ja terapian vaikuttavuutta on hyvä tutkia vielä enemmän asiakkaan näkökulmasta. Verkkoterapian kehittyessä jotkut psykoterapeutit voivat tehdä nettiterapiaa kulttuurienvälisesti, ja tällöin on hyvä saada spesifiä työnohjausta kulttuurienvälisiin kysymyksiin internetin avulla tapahtuvassa terapeuttisessa vuorovaikutuksessa. Tulevaisuudessa on tarve kehittää entistä enemmän älypuhelimien suunnattuja verkkoterapian sovelluksia.

Lähteet:

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1

A-klinikkasätiön verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma Vera <http://aklinikka.medinetti.fi/>

American Psychological Association (APA, 2012). Guidelines for the Practice of Telepsychology (online)

http://apacustomout.apa.org/commentcentral/commentcentralPDF/Site26_Telepsychology%20Guidelines%20Draft_July2012_posted.pdf.

Andersson G., Hesser H., Veilord A., Svedling L., Anderson F., Sleman, O., Mauritzson L., Sarkohi A., Claesson E., Zetterqvist V., Llamminen M., Eriksson T., Carlbring P. (2013). Randomized controlled non-inferiority trial with 3 year follow up of internet delivered versus face-to-face group cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of Affective disorders*

Anderson G, Guipers P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, Vol 38, issue 4, p 196-205.

Anderson, R.E. (2011). Working Alliance in Internet-based Cognitive Behaviour Therapy for Children and Adolescents PhD Thesis, School of Psychology, The University of Queensland.

Anderson, R. E., Spence, S.H., Donovan, C.L., March, S., Prosser, S., Kenardy, J. (2012). Working Alliance in Online Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders in Youth: Comparison With Clinic Delivery and its Role in Predicting Outcome. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3):e88. doi: 10.2196/jmir.1848.

Anthony, K. (2000) Councelling in cyberspace, *Councelling* 11 (10): 625-7.

Anthony, K. & Nagel, D.M. (2010). *Therapy Online. A Practical Guide*. London: Sage.

Barak, A. (2004). Internet Counseling. *Teoksessa Encyclopedia of Applied Psychology*(Vol.2, pp 369378). Elsevier inc.

Barak, A. & Grohol, J. (2011). Current and Future Trends in Internet Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29 (3), 155-196.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2/4), 109-159.

Barak, A., Klein, B. & Proudfoot, J.G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annual Behavioral Medicine*, 38 (1), 4-17.

Bergman Nordgren, L., Carlbring, P., Andersson, G. (2013). Role of the Working Alliance on Treatment Outcome in Tailored Internet-Based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders: Randomized Controlled Pilot Trial. *JMIR Research Protocols*, 2(1): e4. doi: 10.2196/resprot.2292.

Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2011).

Internet therapy versus Internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 330-341. *Guidance & Counselling*, 34 (2).

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006;26:17-31.

Carlbring, P., Gunnarsdottir, M., Hedensjö L., ym. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Br J Psychiatry* 2007;190: 123-8.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J. ym. Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via Internet. (2005). *Behav Res Ther* 2005;43:1321-33.

Carlbring P., Hägglund, M, Luthström A., Dahlin M., Kadowaki Å., Vernmark K. Andersson G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression. A randomized trial. *Journal of Affective disorders* 148 (2013) 331-33.

Chester, A., & Glass, C. (2006). Online Counselling: A Descriptive analysis of therapy services on the Internet. *BritirnaG*.

Christensen, H., Griffiths, K.M., Korten, A., Brittliffe, K. ja Groves, C. (2004). Comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a CBT website. *Journal of Medical Internet Research* 6, 46.

Collie, K., Mitchell, D., & Murphy, L. (2000). Skills for Online Counseling: Maximum Impact at Minimum Bandwidth. In J. W. Bloom & G.R: Walz (Eds.), *Cybercounseling and cyberlearning: Strategies and resources for the millenium* (pp. 219-236). Alexandria, V.A. American Counseling Association and ERIC/CASS.

Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety (2006): Review of Technology Appraisal 51, NICE technology appraisals [TA97] Published date: February 2006, <http://www.nice.org.uk/guidance/TA97>.

Cook, J.E: & Doyle, C. (2002) Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. [Cyberpsychol Behav](#). 2002 Apr;5(2):95-105.

Cucciare, M.A., Weingardt, K. (2008) ed. *Using Technology to Support Evidence-Based Behavioral Health Practices: A Clinician`s guide*, Taylor and Francis group.

Fletcher-Tomenius, L. and Vossler, A. (2009). Trust in Online Therapeutic Relationships: The Therapist's Experience. *Journal Article. Counselling Psychology Review*, 24(2), pp. 24–34.

Gortner, E.M., Rude, S.S. & Pennebaker, J.W. (2006) Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behav Ther.* Sep;37(3):292-303. Epub 2006 May 30.

Grohol, J.M. (1999) Mental Health Resources Online.

Hedman, E., et al. Cost effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. (2013) *Psychological medicine* 43.2: 363-74. ProQuest Research Library. Web. 30 Jan.

Horvath, A. & Symonds, B.D. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 38(2), 139-149.

Holmberg, N. ja Kähkönen, S. Kognitiivinen verkkoterapia (2009). Opas vertaisryhmän ohjaajalle, Mielenterveyden keskusliitto.

Holmberg N. ja Kähkönen S. 2011. Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. *Duodecim* 2011; 127:692-8.

Hsiung, R.C. 2002. *E-Therapy: Case Studies, Guiding Principles, and the Clinical Potential of the Internet* (Norton Professional Book).

Jamison, C. and F. Scogin (1995). The Outcome of Cognitive Bibliotherapy with Depressed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (4).

Joustava mieli-sivusto, www.joustavamieli.fi

Kajander N., Mikkola, N., Oksanen, N. 2013. Verkkoterapia osana masennuksen hoitoa. systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Kauhanen, M. 2013. ”Korvien hörnistelyä ja sanataituruutta”. Psykologien näkemyksiä terapeutin allianssin mahdollisuuksista ja haasteista verkkoterapiassa. Psykologian syventävien opintojen tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Kazdin, Whitley Marciano, (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 May;47(5):436-45.

Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje 1/2014, kohta 3.2.

Kessler, D., Lewis, G., Surinder, K., Wiles, N., King, Michael, Weich, S., Sharp, D. Araya, R. ja Peters, T. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 374:628-34.

Knaevelsrud & Maercker (2007) *BMC Psychiatry*. (2007). Apr 19;7:13. Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial.

Kojonen, T. (2011). Verkkoterapia yleisty, Therapion.com. http://artikkeli.fi/verkkoterapia_yleistyy/

Lappalainen, R., Ahonen, S., Vitikainen, M., & Lappalainen, P. (2012). Verkko- ja mobiiliteknologian soveltaminen psykologisten ongelmien hoidossa. Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys.

Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., &

Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 61 (October), 43-54.

Lappalainen, Päivi & Kaipainen, Kirsikka & Lappalainen, Raimo & Hoffrén, H. & Myllymäki, T. & Kinnunen, M.-L. & Mattila, E. & Happonen, A.P. & Rusko, H. & Korhonen, I., (2013) [Feasibility of a personal health technology-based psychological intervention for men with stress and mood problems: Randomized controlled pilot trial.](#)

Lappalainen, R. (2014) http://stty.org/images/pdf/tutkimuspaivat_2014/keynote_lappalainen.pdf.

NICE

<http://www.nice.org.uk/guidance/TA97>

Nyyti, www.nyyti.fi

Marjeta, Anna-Laura (2011) Kohtaamisen keinoja kehittämässä. Kuvauksia ja kokemuksia nuorille suunnatusta moniammatillisesta verkkotyöstä. Verke. Verkkonuorisotyön valtakunnallinen kehittämiskeskus. Julkaisuja 01/2011.

Marshall, W.L. & Serran, G.A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology, Crime and Law*, 10, 309-320.

Mielenterveystalo, <https://www.mielenterveystalo.fi/>

Oivamieli, www.oivamieli.fi

Pietikäinen, A. (2009) Joustava Mieli. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pietikäinen A. Kohti arvoistasi – Suuntaa mielekkäisiin muutoksiin. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2014.

Proudfoot J.G. Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? (2004). *Neurosci Biobehav Rev* 2004;28:353-63.

Proudfoot J., Ryden C., Everitt B., ym. Clinically efficacy of computerised cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in primary care; randomised controlled trial.(2004). *Br J Psychiatry* 2004;185:46-54.

Rajainmäki, M. (2015) Jo 500 saanut apua mielenterveysongelmiin nettiterapiasta. [Länsiväylä, 7.1.2015](#)

Rochlen A.B., Zack, J.S. , Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 269-283.

Stubbings D.R., Rees C.S., Roberts .LD., Kane R.T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: randomized controlled trial.[J Med Internet Res.](#) , Nov 19;15(11):e258. doi: 10.2196/jmir.2564.

Stenberg, J.H., Saiho, S., Pihlaja, P. , Service, H., Holi, M. Joffe, G. (2013) irti masennuksesta. Duodecim.

Stenberg, J.-H., Saiho, S., Pihlaja, S., Service, H., Joffe, G., Holi, M. (2013) Irti paniikista: Duodecim.

Stenberg, J.-H. ym.(2013) Lieviä psyykkisiä häiriöitä hoidetaan nykyisin verkossa. Onko nettiterapiasta hyötyä? <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2013/13/piuhan-paassa/>.

Sucala ym.,(2012,). The Therapeutic Relationship in E-Therapy for Mental Health: A Systematic Review.Published on 02.08.12 in [Vol 14, No 4 \(2012\): Jul-](#).

Tainio, L. (2012). Kognitiivinen psykoterapia netissä, <http://artikkeli.fi/kognitiivinen-psykoterapia-netissa/>.

Toikkanen, U.(2012). Lääkärilehti, 16.03.http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11794/type=1

Tryon, G.S. ja Winograd, T. (2001) Goal Concensus and collaboration. Psychotherapy, Volume 38. Number 4. City University of New York Graduate School and University Center.

Valtonen, J. (2010) Terveyttä kirjoittamisesta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1519815> Psykologia 45 (2010) : 4, 10. artikkeli.

Vehmanen, M. 2014. Nettipalvelut täydentävät YTHS:n tarjontaa. Lääkärilehti. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=14774/Nettipalvelut+t%E4ydent%E4v%E4t+YT.

Wells, M., et al. (2007). Online Mental Health Treatment: Concerns and Considerations

Vehmanen, M. 2014. Nettipalvelut täydentävät YTHS:n tarjontaa. Lääkärilehti.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=14774/Nettipalvelut+t%E4ydent%E4v%E4t+YT

Wells, M., et al. (2007). Online Mental Health Treatment: Concerns and Considerations

Vehmanen, M. 2014. Nettipalvelut täydentävät YTHS:n tarjontaa. Lääkärilehti.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=14774/Nettipalvelut+t%E4ydent%E4v%E4t+YT

Wells, M., et al. (2007). Online Mental Health Treatment: Concerns and Considerations

