

TIEDE

Masentuneen potilaan hoito videoavusteisella lyhytpsykoterapialla

VideoTalk-menetelmässä psykoterapiaa tehostetaan potilaan kotona itsestään ottamalla videoilla. Terapiatunnilla potilas tekee havaintoja itsestään videolta. Hän voi oivaltaa, miten kielteinen puhe itsestä aiheuttaa välittömästi huonovointisuuteen liittyviä kehollisia muutoksia, kuten ryhdin lysähtämisen ja kasvojen ilmeettömyyden. Masennuksesta kärsivän potilaamme toipumisessa merkittävää oli se, että video auttoi häntä tarkastelemaan itseään etäämpää, mikä aktivoi aiemmin piilossa olleita tunteita.

Tarja Koffert, Sinikka Luutonen, Jarmo Hietala

Videota on käytetty psykoterapiakoulutuksessa apuvälineenä, mutta hämmästyttävän vähän itse terapiaprosessissa (1,2). Olemme tutkineet kuvallisen materiaalin, erityisesti videon, käyttöä yksilöpsykoterapian apuna (3). VideoTalk-hoitomalliksi nimetty hoitoprosessi kehittyi kokeneen psykoterapeutin ideoimana ja potilaspalautteen ohjaamana. Menetelmässä potilaat ottavat kotona videoita itsestään hoito-ohjelman tehtävien mukaisesti. Tavoitteena on tallentaa autenttista kuvallista dokumenttia kotiympäristössä, koska oireet usein aktivoituvat nimenomaan kotona yksin ollessa.

Potilaan rooli hoidon toteuttajana on keskeinen. Hän katsoo ottamansa videon kotonaan kiinnittäen huomiota tunneilmapiiriin, kehollisiin reaktioihin, äänensävyyn, ajattelutapaan, katseeseen sekä tapaan puhua itselle ongelmallisesta tilanteesta. Vastaanotolla video katsotaan uudestaan, ja terapeutin kanssa potilas tutkii videon antamaa informaatiota ja siihen liittyviä ajatuksia ja tunteita.

Videolla äänensävyt, ilmeet ja eleet tulevat yksityiskohtaisesti näkyviin. Video voidaan katsoa uudelleen ja pilkkoa lyhyisiin osiin, jolloin merkityksellisiä tekijöitä voidaan tarkastella uudelleen. Videolta potilas näkee, miten hän reagoi puhuessaan itsestään kielteisesti. Ryhdin lysähtämisen ja kasvojen vakavuuden kaltaiset kehomuutokset todentavat, että kielteinen puhe itselle masentaa. Aisti-informaation avulla tehdyt huomiot kielteisen suhtautumisen haitallisuudesta herättävät potilaassa empatian kokemaansa kärsimystä kohtaan (kuva 1).

Potilaan rooli on keskeinen.

Kognitiivisen viitekehyksen mukaan kognitiivista prosessointia ohjaavat skeemat eli sisäiset mallit, jotka kehittyvät toistuvien oppimiskokemusten kautta lapsuuden aikana. Ne ovat suhteellisen pysyviä kognitiivisia rakenteita, jotka vaikuttavat informaation havainnointiin ja tulkintaan. Maladaptiivinen skeema (4) syntyy, kun lapsi kokee tullessaan tarpeissaan laiminlyödyksi; yrityksestään huolimatta lapsi tulee kritisoiduksi tai tuomituksi. Syntyy selitystapa ”en osaa”, joka aktivoituu myöhemmin epäonnistumistilanteissa. Näin maladaptiivinen skeema tekee epäonnistumistilanteesta ahdistavan ja/tai masentavan. Henkilö, jolla ei tällaista skeemaa ole, voi ohittaa tilanteen kevyemmin ja nähdä epäonnistumiseen muitakin syitä kuin oman osaamattomuutensa.

VideoTalk-hoitomallissa kasvatetaan potilaan tietoisuutta siitä, miten selitystapa ”en osaa” ohjaa häntä

tulkitsemaan informaatiota vaaristyneeksi, minkä seurauksena psyykinen hyvinvointi heikkenee. Tavoitteena on vähentää maladaptiivisen skeeman vaikutusta ja vahvistaa uutta adaptiivisempaa skeemaa, jonka mukainen tulkinta omasta itsestä olisi armollisempi. Prosessia valotetaan tarkemmin potilasesimerkissä.

VideoTalk-lyhytterapia sisältää 11–15 tapaamista. Perhealbumikuvista kootulta kronologiselta elämänviivalta (5) määritetään keskeisin maladaptiivinen skeema, jonka mukainen haitallinen tapa tulkita informaatiota on työskentelyn fokus. Potilaan itsestään ottamista kasvokuvista tutkitaan, miten ilmeet vaihtelevat ajatusten laukaisemien tunnetilojen mukaan. Videotyöskentely alkaa 5.–6. tapaamisella.

Kotona tehtävien videoiden aiheita ovat puhe äidille, puhe isälle, avuttomuus ja pystyvyys. Puheissa äidille ja isälle potilas kertoo, mitä hän olisi lapsena tarvinnut heiltä avuttomuuden tilassa, jossa maladaptiivinen skeema syntyi. Avuttomuusvideon potilas tekee tilanteessa, jossa hän kokee itsensä avuttomaksi esimerkiksi opiskelun suhteen. Pystyvyysvideon tekemisellä potilas herätetään miettimään, missä hän on onnistunut.

Toistojen merkitys uuden asian oppimisessa on tärkeää. Maladaptiivista skeemaa prosessoidaan videoiden avulla nelivaiheisessa toistojen prosessissa: Ensin potilas tekee kotona annetusta aiheesta videon, jota tutkitaan terapiatunnilla. Sitten potilas tekee uuden videon siitä, mitä hän oppi aiemmasta videosta ja sen katsomisesta. Tätä videota tutkitaan terapeutin kanssa seuraavalla terapiatunnilla. Näin potilaassa vahvistuu itselle armollisempi tapa tulkita itseä.

Seuraavassa kuvaamme masennuksesta kärsineen potilaan VideoTalk-hoitoprosessin.

Oma potilas

Potilas on 35-vuotias nainen, jonka vanhemmat erosivat hänen ollessaan 10-vuotias, minkä jälkeen hän koki itsensä hylätyksi. Tuossa vaiheessa potilaan äiti sairastui syöpään ja masentui, ja isä muutti toiselle paikkakunnalle. Lisäksi potilasta kiusattiin koulussa. Hän huolehti jo varhain perheen arjen sujumisesta.

Kaksi vuotta ennen psykoterapiaan hakeutumista potilaan yritys teki konkurssin ja hän erosi. Erossa hänestä tuli kahdeksanvuotiaan pojan yksinhuoltaja. Potilaalla oli ollut useampia masennusjaksoja, ja ennen terapian alkua hän oli ollut puolitoista vuotta sairauslomalla ja kuntoutustuella. Taloudelliset vaikeudet painoivat ja käytännön asiat jäivät hoitamatta. Psykoterapian alkaessa potilaan diagnoosiksi asetettiin toistuvan masennustilan keskivaikea masennusjakso. Potilas ei ollut halukas aloittamaan masennuslääkitystä.

VideoTalk-työskentely käsitti 11 käyntiä 4 kk:n aikana. Elämänviivatyöskentelyssä tuli esiin potilaan yksinäisyys. Keskeisin maladaptiivinen skeema oli hylätyksi tulemisen pelko, josta selviämiskeinona oli taipumus miellyttää muita. Kasvokuvista potilas huomasi pidättävänsä vihaa, joka liittyi vaikeuteen asettaa rajoja ystävyys-suhteissa ja ilmaista omia tarpeita.

Avuttomuusvideolla potilas kertoi laskujen hoitamisen vaikeudesta. Hän huomasi, että videolla hänen oli hankala katsoa kameraan – niin paljon häntä hävetti. Taloudellinen ahdinko toi mieleen lapsuuden turvattomuuden ja oman yrityksen konkurssin. Terapeutin kanssa videota tutkiessa potilaan oli mahdollista tuntee myötätuntoa videokuvan naista kohtaan, mikä helpotti hyväksymään ajatuksen toisen tuesta raha-asioiden hoidossa. Avun pyytäminen oli ollut hänelle hyvin vaikeaa. Yksin piti selvitä ja oma paha olo kätkeä.

Menetelmä näytti nopeuttavan terapiaprosessia.

Puhe äidille -videotehtävissä potilas puhui, miten äiti häpesi häntä lapsena. Hän olisi halunnut pukeutua prinsessamaisesti vaaleanpunaiseen. Äiti valitsi hänelle aina ”poikien” värit, kun taas sisko käytti vaaleanpunaista. Potilas kertoi videolla, miten he lapset avioeron jälkeen jäivät oman onnensa nojaan, eikä

asioista enää puhuttu kotona. Hän ei ollut kotona kertonut koulukiusaamisesta. Hän toivoi, että olisi lapsena ja nuorena saanut enemmän läsnäolon kokemusta vanhemmiltaan. Toisaalta hän ymmärsi äidin voimavarojen vähäisyyden. Terapeutin kanssa videota katsoessaan potilas huomasi surun ja kiukun yksinjäätymisestä nousevan tietoisuuteen.

Puhe isälle -videotehtävässä potilas sanoi, ettei häntä haitannut vanhempien ero, vaan isän katoaminen hänen elämästään. Lapset tapasivat isää jonka toinen viikonloppu, mutta potilas koki, ettei isä ollut läsnä. Nykyäänkin hän koki, ettei saanut yhteyttä isään. Hänellä oli edelleen kova isän ikävä.

Pystyvyydivideon potilas teki VideoTalk-hoidon loppupuolella. Hän totesi olevansa tyytyväinen siihen, että oli pystynyt hiljattain aloittamaan osa-aikatyön ja laittamaan rajoja ihmissuhteisiin. Hän sanoi, ettei voinut loppujen lopuksi ottaa vastuuta muiden ihmisten elämästä. Aiemmin hän oli sivuuttanut omat tarpeensa. Potilas oli tyytyväinen siihen, että oli pystynyt pyytämään apua. Edelleen asioiden hoitaminen oli hidasta, mutta onnistui.

VideoTalk-työskentelyn myötä potilaan psyykkiset oireet alkoivat nopeasti vähentyä ja toimintakyky parani (kuvio 1). Työskentelyn loppuessa potilas ei enää täyttänyt masennustilan diagnostisia kriteerejä. Hän suhtautui tulevaisuuteen optimistisesti.

Pohdinta

VideoTalk-menetelmän käyttö näytti nopeuttavan potilaan terapiaprosessia, minkä olemme huomanneet muidenkin ahdistuneisuudesta ja/tai masennuksesta kärsivien potilaiden hoidossa. Mistä kuvallisen materiaalin käytön hyöty psykoterapiassa voisi johtua?

Ihminen pyrkii väistämään vaikeita tunteita, ja monissa psykiatrisissa häiriöissä on tunteiden tunnistamisen ja tunnesäätelyn ongelmia (6). Psykoterapian vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että potilas pystyy terapiassa ilmaisemaan tunteita (7). Kun potilas katsoo ja kuuntelee itseään videolta, hän saa ”ulkopuolisen” näkemyksen itsestään ja pystyy terapeutin avustamana aiempaa paremmin näkemään maladaptiivisen skeeman vaikutuksen itseensä. Samalla hänessä aktivoituu tunne, joka alun perin lapsena heräsi maladaptiivisen skeeman synnyttäneissä olosuhteissa. Potilas voi päästä kosketuksiin surun ja kiukun kanssa siitä, että ei lapsena tullut kohdatuksi.

Kyky havainnoida itseä on lähtökohta ja edellytys psykoterapeuttiselle työskentelylle. Valokuvien ja erityisesti videoiden käyttö lisää potilaan mahdollisuuksia tehdä aistihavainnot itsestään. Teasdalen ja Barnardin kehittämän Interactive Cognitive Subsystems -teorian mukaan ihmisen tiedonkäsittelyssä on kaksi erilaista merkityksenantojärjestelmää: propositionaalinen ja implikationaalinen taso, jotka ovat yhteydessä toisiinsa (8). Propositionaalisella tasolla syntyvät merkitykset ovat konkreettisia ja niistä voi helposti sanoa, ovatko ne totta vai eivät. Potilaamme esimerkiksi kertoi, että laskut ovat maksamatta. Implikationaalisen tason merkityksiin taas vaikuttaa potilaan tulkinta asiasta. Potilas antoi laskujen maksamatta jäämiselle häpeällisen tulkinnan, että hän on kuin lähiörouva, jolle ei koskaan tapahdu mitään hyvää.

Aistit välittävät tietoa propositionaaliselle tasolle, mutta myös suoraan implikationaaliselle tasolle, joka on yhteydessä tunteisiin. Voisi ajatella, että VideoTalkin hyöty mahdollisesti välittyy lisääntyneen aisti-informaation suorasta vaikutuksesta implikationaaliselle tasolle, jolloin tapahtuisi maladaptiivisen skeeman syntyyn liittyvien tunteiden aktivaatio. Tunteet näyttävätkin heräävän nopeasti videotyöskentelyn myötä. Potilaamme tapauksessa aktivoituivat häpeä, suru ja viha, minkä seurauksena ulkopuolisuuden tunne väheni ja myötätunto itseä kohtaan heräsi.

Potilaamme ovat suhtautuneet VideoTalk-työskentelyyn myönteisesti ja pitäneet sitä hyödyllisenä. Heidän kokemuksensa mukaan kyky tehdä havainnot itsestä, itseymmärrys ja itsemyötätunto sekä elämänhallinta olivat videotyöskentelyn aikana lisääntyneet (9). Videon käyttö tarjoaa hyödyllisen apuvälineen psykoterapiatyöhön ja mahdollistaa tehdyn kuvamateriaalin käytön myös myöhemmin eräänlaisena ”boosterina”. mikäli oireilu uusiutuisi.

Kirjoittajat

Tarja Koffert
psykiatrian erikoissairaanhoitaja, kouluttajapsykoterapeutti, tutkija
Turun yliopisto, lastenpsykiatrian tutkimuskeskus

Sinikka Luutonen
psykiatrian dosentti, kliininen opettaja, kouluttajapsykoterapeutti
Turun yliopisto, psykiatrian oppiaine ja Tyks Psykiatria

Jarmo Hietala
psykiatrian professori, ylilääkäri
Turun yliopisto, psykiatrian oppiaine ja Tyks Psykiatria

Sidonnaisuudet

Tarja Koffert: Ei sidonnaisuuksia.

Sinikka Luutonen: Asiantuntijalausunto (Valvira), apurahat (Turun yliopiston Blue Skies -apuraha), luentopalkkiot (Hus, Turun Lääketiedepäivät, Suomen Kivuntutkimusyhdystys).

Jarmo Hietala: Konsultointi (Orion Oyj), apurahat (Suomen Akatemia, EU, Kela).

Kirjallisuutta

- 1 Warnock-Parkes E, Wild J, Stott R, Grey N, Ehlers A, Clark DM. Seeing is believing: Using video feedback in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2017;24:245–255.
- 2 Kennedy H, Ball K, Barlow J. How does video interaction guidance contribute to infant and parental mental health and well-being? *Clin Child Psychol Psychiatry* 2017;22:500–17.
- 3 Koffert T, Luutonen S, Niemi PM ym. Patient-made videos as a tool of self-observation enhancing self-reflection in psychotherapy. Description of the method and a clinical case. *J Contemp Psychother* 2019;49:187–95.
- 4 Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press 1999.
- 5 Haber D. Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *Int J Aging Hum Devel* 2006;63:153–71.
- 6 Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clin Psychol Science* 2014;2:387–401.
- 7 Peluso PR, Freund RR. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: a meta-analysis. *Psychotherapy* 2018;55:461–72.
- 8 Teasdale JD, Barnard PJ. *Affect, cognition, and change: re-modelling depressive thought*. New York: Psychology Press 1993.
- 9 Nordström, E, Luutonen S, Paananen J, Koffert T, Keinänen M, Hietala J. Facilitating psychotherapy with patient-made videos: A qualitative study of patient experiences. *Eur J Qualit Res Psychotherapy* 2021;11:130–42.
- 10 Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
- 11 Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893–7.

- 12** Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:885–92.
- 13** Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148–56.

English summary

Video-facilitated brief psychotherapy in the treatment of a depressive patient

We have developed a method called VideoTalk facilitating psychotherapy with patient-made videos. Patients video themselves at home according to the therapist's instructions. In the therapy session, the patient and the therapist explore the video together paying attention to the connection between the patient's negative thinking and the bodily information seen and heard on the video. The patient sees and hears the effect of his/her negative thinking on his/her well-being in a very concrete way. In this article, we describe the video-facilitated brief therapy process of a depressive patient. The video work was central to her recovery. The new sensory information gained from the video made it possible for her to see herself from a distance, to understand herself better and to experience emotions formerly hidden.

Tarja Koffert, Sinikka Luutonen, Jarmo Hietala

Sinikka Luutonen

Associate Professor, Psychiatry, Clinical Lecturer, Training Psychotherapist

University of Turku, Psychiatry, and Turku University Central Hospital, Psychiatry