Kognitiivinen Psykoterapia

Numero 18 Syksy 2022

Inka Rinne, Sami Räsänen, Jonna Tolonen, Anu-Helmi Halt ja Erika Jääskeläinen
Virtuaalisen altistamisen teho ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa

Inka Rinne, Erika Jääskeläinen, Jonna Tolonen, Anu-Helmi Halt ja Sami Räsänen
Virtuaalisen altistamisen sisällöt ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa

Osku Marjanen
Uusi ulottuvuus altistuksessa - virtuaalilasien hyödyntäminen kognitiivisessa psykoterapiassa

Anna-Mari Nurminen ja Tuukka Kolari
Psykoterapian haittavaikutusten ottaminen puheeksi osana terapiaprosessiaa

Kognitiivinen Psykoterapia 18, 1-59

KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA
vertaisarvioitu tieteellinen ammattilehti

ISSN1795-3308
Päätoimittaja Risto Valjakka

Lehteä julkaisee Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry

Luettavissa www.kognitiivinenpsykoterapia.fi
Ohjeita kirjoittajille http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/dokumentit/verkkolehti/kirjoitusohjeet-kognitiivinen-psykoterapia.pdf

Pääkirjoitus

Psykoterapia ja todellisuus

Risto Valjakka
päätoimittaja

Ainoa mikä psykoterapiatunnilla on koettavissa, tai elämässä ylipäätään, on senhetkinen todellisuus. Itsealoinymmärtäätämänsyvällisemminvastatyöskenneltyäniylikymmenenvuottapsykoterapeuttina. Nykyhetken tyrannian vuoksi lähes kaikkien psykoterapeuttisten väliintulojen tavoite muutos sisäisessä kokemuksessa sellaisena, kuin se rakentuu hetkestä hetkeen. Psykoterapiassa ei siis käsitellä menneisyyttä vaan muistoja, eikä tulevaisuutta vaan ennakointeja, eikä suhdetta ihmisiin vaan suhdetta representaatioihin ihmisistä. Vastaavasti se, että kipeä muisto rekonsolidoituu siedettävämmäkai, että haitallinen uskomus korvautuu tasapainoisemmalla tai ennakoinnit muista ovat vähemmän pelon sävyttämiä, tapahtuu nykyhetkessä ja ensisijaisesti sisäisessä kokemuksessa.

Kysymys sisäisen ja ulkoisen todellisuuden suhteesta on kiehtonut tuhansia vuosia ja löytyy kaikista viisaustraditioista. Filosofi Descartés kiteytti asian 1637 ”ajattelen, siis olen” - ainoa, mistä voimme olla varmoja, on oma olemassaolo, muuten emme voi tietää kuinka totta oma kokemuksemme maailmasta on. Spekulatiivisen fiktion parissa tätä on käsitelty esimerkiksi klassikoissa Matrix tai Blade Runner, jotka näyttävät kauniisti sen kuinka emme voi koskaan tietää elämmekö simulaatiossa, ovatko muistomme tosia tai mikä tekee minusta juuri minut. Tavoitamme vain sen, miten koemme ulkomaailman ja itsemme, sisäisen todellisuuden.

Sisäinen todellisuus on sitä, millaisena itse ja ulkoinen todellisuus koetaan. Jos suhde ulkoiseen todellisuuteen on vaikea heikon perustarpeista huolehtimisen, psykoottisuuden tai persoonallisuushäiriön vuoksi, työskentely on erilaista kuin paremmin rakentuneen ihmisen kanssa. Silti tavoite on sama: vähentää kärsimystä vaikuttamalla asiakkaan välittömään kokemukseen, millä tahansa tutkitusti tehokkailla ja hänelle sopivilla keinoilla.

Tässä lehdessä asiakkaan kokemuksen todellisuudesta muuntumista lähestytään virtuaalisen todellisuuden ja hoitohaitoista puhumisen näkökulmista. Ensimmäisten kolmen artikkelin aihe on virtuaalisen todellisuuden hyödyntäminen hoidossa, ja viimeisen psykoterapian hoitohaitat, jotka usein jäävät psykoterapiakeskustelun todellisuuden ulkopuolelle.

Virtuaalisen todellisuuden tuki sosiaalisen ahdistuneisuuden hoidossa voi johtaa sisäisen kokemuksen muuntumiseen altistuksen aikana ja siitä keskustellessa, mikä näyttäisi johtavan myös kokemuksen ulkoisesta, sosiaalisesta todellisuudesta muuntumiseen terapiaistunnon ulkopuolella.

Psykoterapian hoitohaitoista kysyminen ja keskusteleminen puolestaan voi johtaa kokemuksen ulkoisesta, sosiaalisesta todellisuudesta muuntumiseen, uudenlaisen, kunnioittavan ja rehellisen vuorovaikutuskokemuksen avulla, mikä voi johtaa kokemuksen sisäisestä ja sosiaalisesta todellisuudesta muuntumiseen terapiaistunnon ulkopuolellakin.

Olen toiminut Kognitiivinen psykoterapia - verkkolehden päätoimittajana ja taittajana 12 vuotta. Siihen on mahtunut 10 lehteä ja niiden noin 500 sivua, kaksi päätoimittajaparia (kiitos Taru ja Niklas) sekä paljon yhteydenpitoa kirjoittajien ja arvioitsijoiden välillä. Aika on ollut arvokasta ja hyvää, mutta aika ei enää riitä tähän muuten kuin virtuaalisesti. Nyt on aika siirtää soihtu eteenpäin jollekulle, joka voi paremmin toimittaa lehteä myös käytännön todellisuudessa.

KATSAUS

Virtuaalisen altistamisen teho ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa

INKA RINNE, SAMI RÄSÄNEN, JONNA TOLONEN, ANU-HELMI HALT JA ERIKA JÄÄSKELÄINEN

Virtuaalisen altistusterapian (VRET) tehosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on lisääntyvästi näyttöä. Sen käytöllä on monia etuja perinteisiin altistusmuotoihin verrattuna ja se voi tulevaisuudessa olla kustannustehokas hoitomuoto. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota yhteen tulokset VRET:n tehosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Haimme PubMed ja Scopus -tietokannoista VRET:n tehoa ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käsittelevät katsaukset, jotka olivat julkaistu vuonna 2010 tai sen jälkeen. Katsauksista 15 täyttivät sisäänottokriteerimme. Tulosten mukaan VRET on todettu tehokkaaksi menetelmäksi ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa verrattuna jonotuslistaan ja tavanomaiseen hoitoon. Tulokset vaikuttavat säilyvän kuukausien seurannassa. VRET on yhtä tehokas kuin in vivo -altistus. VRET voisi olla käytännöllinen ja tehokas vaihtoehto perinteisille altistusmenetelmille sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan kannalta kustannusten, ajankäytön sekä siedettävyyden kannalta. Jatkossa on tärkeää tehdä tutkimusta VRET:stä hoitomuotona laadukkailla vertailevilla satunnaistetuilla koeasetelmilla ja suuremmilla tutkimusjoukoilla.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä, jotka aiheuttavat merkittävää toiminta- ja työkyvyn laskua sekä inhimillistä kärsimystä. Maailman terveysjärjestön (2016) kansainvälisessä tautiluokituksessa (ICD-10) ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, määritetyt yksittäiset pelot (esimerkiksi hämähäkkifobia ja lentopelko), yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö ja traumaperäinen stressihäiriö (post-traumatic stress disorder, PTSD). Amerikkalaisessa tautiluokituksessa (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association) PTSD ja pakko-oireinen häiriö eivät kuulu ahdistuneisuushäiriöiden luokkaan. Kognitiivinen psykoterapia ja lääkehoito ovat ahdistuneisuushäiriöiden keskeisimmät hoitomuodot. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus, 2019) Viime vuosina on julkaistu enenevästi näyttöä virtuaalitodellisuutta (VR = virtual reality) hyödyntävien interventioiden hyödyistä psyykkisten häiriöiden hoidossa (Cieslik ym., 2020). Virtuaalitodellisuuteen pohjautuva altistaminen vaikuttaa lupaavalta hoitomuodolta erityisesti ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.

Altistusterapia

Kognitiivisessa psykoterapiassa perinteisesti käytetyt altistusmuodot ovat IVE, jossa potilas

altistetaan elävässä elämässä ongelmallisille tilanteille ja mielikuva-altistus (IE = imaginal exposure). Nämä altistusmuodot eivät sovellu kaikille potilaille esimerkiksi välttämiskäyttäytymisen tai IVE-ympäristön järjestämiseen liittyvien käytännön ongelmien vuoksi. (Mishkind ym., 2017) IE:llä voidaan ratkaista joitakin käytännön ongelmia, mutta potilas voi olla kykenemätön tai haluton tuottamaan elävän tuntuisia ärsykkeitä mielikuvituksessaan (Oing & Prescott, 2018).

IVE:tä sisältävä psykoterapia on todettu tehokkaaksi muun muassa julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa. Se vähentää sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä pelkooireita ja välttämiskäyttäytymistä. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus, 2019) IVE:tä voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän ja systemaattisemmin osana kognitiivista psykoterapiaa, mutta sen toteuttaminen vaatii suunnittelua ja siirtymisen ahdistusta aiheuttavaan ympäristöön. Tällaista ympäristöä ei ole aina mahdollista järjestää. Esimerkiksi PTSD:n ja yksittäisten määritettyjen pelkojen kohdalla sopivan altistusympäristön järjestäminen on vaikeaa. Potilaan omatoiminen altistaminen on puutteellisesti kontrolloitua ja siitä puuttuu terapeutin välitön tuki. (Oing & Prescott, 2018) Perinteisiin altistusmuotoihin liittyvien ongelmien vuoksi ja tekniikan kehittymisen myötä virtuaalitodellisuutta on alettu hyödyntää altistusterapiassa.

Virtuaalitodellisuus

Virtuaalitodellisuus tarkoittaa keinotekoista ympäristöä, joka on tuotettu tietokonemallinnoksen avulla (Maples-Keller, Bunnell ym., 2017). Virtuaalitodellisuutta voidaan tuottaa usealla erilaisella menetelmällä, kuten virtuaalilaseilla (HMD = head-mounted display), videoprojektoreiden avulla toimivalla laitteistolla ja simulaattoreilla. Laitteet vaihtelevat teknisen toteutuksensa lisäksi myös teknisten ominaisuuksiensa suhteen. Näitä ovat esimerkiksi näytön resoluutio, paikannuksen tarkkuus ja näkökentän laajuus. (Oing & Prescott, 2018)

HMD:ssa aistiärsykkeet todellisesta maailmasta korvataan tietokoneella tehdyillä ärsykkeillä. Laite kartoittaa sensoreiden avulla jatkuvasti käyttäjän pään asentoa ja sen avulla katseen suuntaa. Tämän perusteella näkymä HMD:ssa muuttuu. Käyttäjän kääntäessä päätään hän näkee tosiaikaisesti vaihtuvan kolmiulotteisen näkymän. Tästä tulee vaikutelma, että käyttäjä olisi toisessa ympäristössä. Aistikokemus virtuaaliympäristöstä on hyvin vahva ja todentuntuinen. (Freeman ym., 2017)

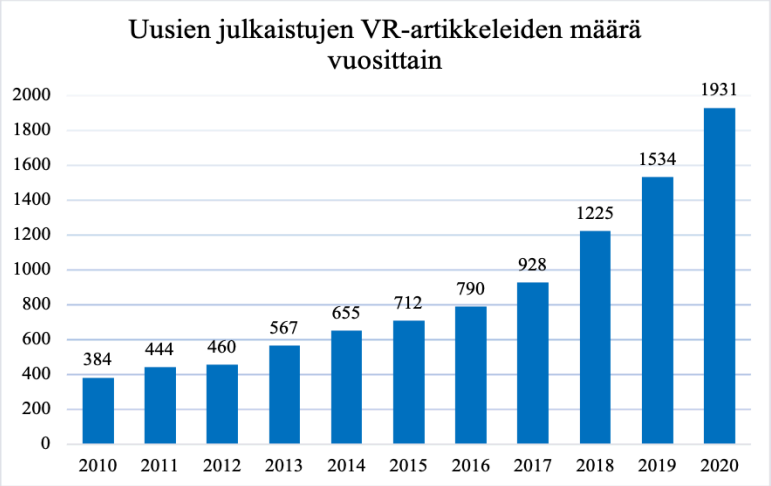
Virtuaalisessa kolmiulotteisessa maailmassa käyttäjä voi osallistua toimintaan aktiivisesti käyttämällä sensorisia apuvälineitä, jotka jäljittelevät todellista vuorovaikutusta. Sensorisilla apuvälineillä tarkoitetaan esimerkiksi kuulokkeita ääniärsykettä varten, ohjaimia mahdollistamaan VR-maailmassa liikkumista ja muita apuvälineitä esimerkiksi osoittamista varten. (Maples-Keller, Yasinski ym., 2017) Tavoitteena on, että virtuaalitodellisuus olisi rinnastettavissa todellisuuteen maailmana, joka on mukaansatempaava ja vuorovaikutteinen (Maples-Keller, Bunnell ym., 2017).

Virtuaalitodellisuutta käytetään yhä enemmän lääketieteessä, hammaslääketieteessä sekä psykiatriassa. VR-teknologiaa on käytetty esimerkiksi kivuliaiden toimenpiteiden, kuten tipan laiton tai palovammapotilaiden siteiden vaihdon helpottamisessa (Takala, 2017). Kivun hallinta perustuu potilaan näkökentän peittämiseen virtuaalilaseilla, joilla estetään ikävän toimenpiteen näkeminen samalla kun potilas keskittyy virtuaalimaailmassa tapahtuvaan toimintaan. Lisäksi VR on ollut käytössä TT- ja magneettikuvien kolmiulotteisten mallien visualisoinnissa ja kirurgien koulutuksessa (Takala, 2017).

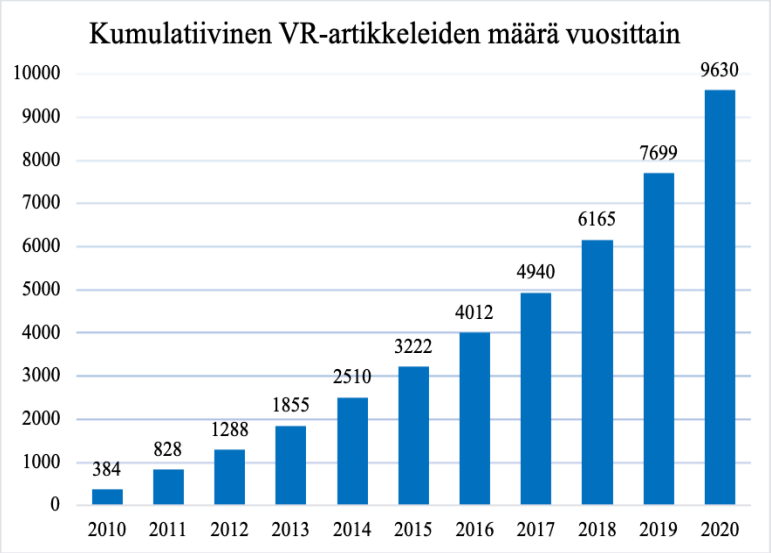
Lisäksi virtuaalitodellisuutta on käytetty terveydenhuollon alan opiskelijoiden empatian opetuksessa (Dyer ym. 2018). VR-teknologian avulla opiskelijoiden on mahdollista kokea itse,

miltä erilaiset ikään liittyvät sairaudet ja tilat kuten silmänpohjan rappeuma ja ikäkuulo tuntuvat. Tätä varten on rakennettu virtuaalitodellisuuksia, jotka vastaavat puutteellisia aistihavaintoja. VR-altistusta on tutkittu jonkin verran myös hammaslääkäripelon hoidossa (Raghav ym. 2016). Raghav ym. (2016) tutkimuksessa verrattiin VRET-hoitoa saavan ryhmän ja tietolehtisen saavan ryhmän hammaslääkäriin liittyvän ahdistuksen vähenemistä.

Virtuaalitodellisuutta käsittelevien lääketieteellisten artikkeleiden määrä (Kuvio 1) ja kumulatiivinen määrä (Kuvio 2) on kasvanut huomattavasti vuosien 2010 ja 2020 välillä. Uusia julkaisuja on kertynyt tänä aikana 25-kertaisesti.



Kuvio 1. Uusien julkaistujen virtuaalitodellisuutta käsittelevien lääketieteellisten artikkeleiden määrä vuosittain vuodesta 2010 vuoteen 2020. Haku tehty Pubmed -tietokannassa 6.1.2021.



Kuvio 2. Kumulatiivinen julkaistujen virtuaalitodellisuutta käsittelevien lääketieteellisten artikkeleiden määrä vuosittain vuodesta 2010 vuoteen 2020. Haku tehty Pubmed -tietokannassa 6.1.2021.

Virtuaalitodellisuuden soveltaminen psykiatriassa

Virtuaalitodellisuutta on tutkittu ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa pääsääntöisesti vertaamalla tavanomaisiin hoitoihin (TAU = treatment as usual) tai jonotuslistaan, eli hoitoa odottaviin potilaisiin. Virtuaalitodellisuutta on tutkittu psykiatriassa ahdistuneisuushäiriöiden lisäksi myös muiden sairauksien, kuten masennuksen hoidossa (Freeman ym., 2017; Fodor ym., 2018). Esimerkkinä Falconer ym. (2016) tutkimus, jossa masennuspotilaat altistettiin VR-ympäristölle, jossa he harjoittelivat myötätuntoista käyttäytymistä itseään kohtaan ja sen vastaanottamista virtuaalisessa kehossa. Psykoosien arvioinnissa ja hoidossa sitä on käytetty psykoottisten kokemusten arvioinnissa niiden syiden ymmärtämiseksi (Kim & Kim, 2020; Maples-Keller, Bunnell ym, 2017) sekä sosiaalisten taitojen harjoittelussa (Cieslik ym., 2020). Esimerkiksi psykoosien kohdalla vainoharhaisuuden arvioimista varten potilaille on esitetty neutraaleja sosiaalisia tilanteita virtuaalitodellisuuden avulla. Potilaissa voidaan altistuksen aikana havaita muun muassa vihamielisyyttä reaktiona neutraaleihin tilanteisiin. Virtuaalitodellisuuden käytön avulla potilasta tutkiva henkilökunta ei ole potilaan vihan kohteena ja vainoharhaisuuden käsittely ja arviointi on näin ollen turvallisempaa. (Freeman ym., 2017)

Virtuaalitodellisuudesta riippuvuuksien hoidossa on vielä niukasti tutkimuksia, mutta tehosta on alustavia tuloksia (Cieslik ym., 2020; Dellazizzo ym., 2020). Syömishäiriöiden kohdalla virtuaalitodellisuudella voidaan mahdollisesti vähentää tai lisätä ruokahalua, parantaa kehonkuvaa ja edistää tunnesäätelytaitoja (Freeman ym., 2017; Maples-Keller, Bunnell ym., 2017).

Virtuaalinen altistusterapia

Virtuaalisessa altistusterapiassa potilas altistetaan systemaattisesti oireita aiheuttaville, esimerkiksi pelätyille tilanteille käyttäen VR-ympäristöjä potilaan ollessa turvallisessa ympäristössä, esimerkiksi terapeutin vastaanottohuoneessa. (Mishkind ym., 2017) Virtuaalisen altistusterapian käytöllä on monia etuja IVE:hen verrattuna. Sen avulla on mahdollista tuottaa todentuntuisia ärsykkeitä, joita voidaan kontrolloida samalla havainnoiden potilaan vastetta. Lisäksi VRET:n avulla voidaan suunnitella ja toteuttaa kohdennettuja VR-altistuksia eri vaikeusasteilla. (Riva ym., 2016)

VRET:n tehosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on lisääntyvästi näyttöä (Botella ym., 2017; Carl ym., 2019; Freeman ym., 2017; Riva ym., 2016) ja tulevaisuudessa siitä voi tulla näyttöön perustuva hoitomuoto. Tämän katsauksen tarkoituksena on koota yhteen tulokset VRET:n tehosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa julkaistujen systemaattisten katsausten perusteella.

Menetelmät

Tutkimus tehtiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattinen haku tehtiin Pubmed- sekä Scopus- tietokannoista 18.1.2021 käyttäen hakusanoja *virtual reality ja *anxiety. Haku rajattiin kattamaan vuonna 2010 ja sen jälkeen tehdyt systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit. Lisäksi teimme manuaalisen haun uusimpien julkaistujen systemaattisten katsausten viiteluetteloihin.

Tutkimuksen sisäänottokriteerinä oli: Systemaattinen katsaus tai meta-analyysi, jossa käsiteltiin VRET:n tehoa ahdistuneisuushäiriöissä ja joka oli kirjoitettu englanniksi. Tutkimuksesta jätettiin pois sellaiset katsaukset, joissa käsiteltiin somaattiseen sairastamiseen, kuten kipuun liittyvää ahdistusta, tai joissa käsiteltiin rajattua potilasaineistoa kuten lapsia tai vanhuksia.

Tulokset

Systemaattisella tietokantahaulla löydettiin yhteensä 211 katsausta, joista valittiin otsikoiden ja abstraktien perusteella tarkempaan tarkasteluun 27 katsausta kokotekstinä. Näistä 12 katsausta täytti sisäänottokriteerit. Lisäksi mukaan otettiin manuaalisen haun perusteella kolme systemaattista katsausta. Mukaan otetut 15 katsausta on esitetty tarkemmin liitteessä 1.

Traumanjälkeinen stressihäiriö, PTSD

VRET:n tehoa PTSD:n hoidossa on arvioitu kymmenessä systemaattisessa katsauksessa (Liite 1), joiden mukaan VRET on tehokas hoitomuoto PTSD-oireisiin ja masennusoireisiin PTSD:ssä. VRET on useassa alkuperäistutkimuksessa tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampi verrattuna lumehoitoon tai jonotuslistaan. Vaikutuksen suuruus on vaihdellut kohtalaisesta suureen. In vivo- altistukseen (Goncalves ym., 2012; Maples-Keller, Bunnell ym., 2017) ja muuhun aktiiviseen hoitoon (Kothgassner ym., 2019) verrattuna VRET on yhtä tehokas.

Sosiaalisten tilanteiden pelko

VRET:n käyttöä sosiaalisten tilanteiden pelon ja julkisen puhumisen pelon hoidossa on tutkittu yhteensä 11 systemaattisessa katsauksessa (Liite 1). Näiden mukaan VRET on tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampaa kuin jonotuslista tai tavanomainen hoito. VRET:n teho säilyi useiden kuukausien, jopa 12 kuukauden seurannassa (Horigome ym., 2020). In vivo-altistus ja VRET vaikuttavat olevan yhtä tehokkaita sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa.

Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

VRET:n käyttöä paniikkihäiriön ja/tai julkisten paikkojen pelon (agorafobia) hoidossa on arvioitu yhteensä kuudessa systemaattisessa katsauksessa (Liite 1). Alustavien tulosten mukaan VRET:n avulla voidaan saavuttaa parempia hoitotuloksia verrattuna perinteisiin altistusmuotoihin vähemmillä istunnoilla julkisten paikkojen pelossa ja paniikkihäiriössä. Tulokset säilyivät myös seuranta-ajalla (Maples-Keller, Bunnell ym., 2017).

Määritetyt pelot

VRET:n käyttöä määritettyjen yksittäisten pelkojen, kuten esimerkiksi aragnofobian, eli hämähäkkipelon hoidossa on arvioitu yhteensä kahdeksassa systemaattisessa katsauksessa (Liite 1). Kuten muissakin ahdistuneisuushäiriöissä, myös määritetyissä yksittäisissä peloissa VRET on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi, jonka vaikutuksen suuruus jonotuslistaan verrattuna on suuri.

VRET:n käyttöä lentopelossa on arvioitu yhteensä kuudessa systemaattisessa katsauksessa (Liite 1). Lentopelkoa käsittelevässä meta-analyysissa todettiin VRET:n olevan tehokas hoitomuoto, jonka teho säilyy myös seurannassa. VRET on tehokkaampaa verrattuna kontrolliryhmään ja näyttöön perustuviin hoitomuotoihin sekä yhtä tehokasta kuin muut altistukseen perustuvat hoitomuodot. 3-12 kuukauden seuranta-ajalla VRET oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampaa kuin perinteinen altistus. (Cardos ym., 2017)

Muut ahdistuneisuushäiriöt

VRET:n käyttöä on tutkittu hyvin vähän yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ja pakko-oireisessa häiriössä (Liite 1). Tähän voi vaikuttaa muun muassa se, että yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoon soveltuu altistamista paremmin muun muassa mindfulness-hoidot. Pakko-oireisen häiriön oirekuva taas on hyvin yksilöllinen ja altistamisen tarpeet ovat usein arkipäiväisiä tilanteita kuten esimerkiksi wc-tiloissa käyminen (Maples-Keller, Bunnell ym. 2017). VRET:n tehoa kaikissa ahdistuneisuushäiriöissä selvittänyt systemaattinen katsaus ei sisältänyt yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä tai pakko-oireista häiriötä koskevia alkuperäistutkimuksia (Carl ym., 2019).

Pohdinta

Virtuaalitodellisuuteen pohjautuvasta altistusterapiasta on enenevästi näyttöä useamman eri ahdistuneisuushäiriön hoidossa. VRET on jonotuslistaa ja tavanomaista hoitoa tehokkaampi PTSD:n, sosiaalisten tilanteiden pelon, paniikkihäiriön, lentopelon ja muiden yksittäisten pelkojen hoidossa. Jonotuslistaa vertailuryhmänä käyttävien tutkimusten osalta on kuitenkin hyvä huomioida, että jonotuslistalla olo voi toimia nosebona ja siten suurentaa VRET:n efektikokoa näissä tutkimuksissa (Furukawa ym., 2014). Kuitenkin myös IVE:hen verrattuna VRET vaikuttaa olevan yhtä tehokas.

Seurantatutkimusten perusteella on myös alustavaa näyttöä siitä, että VRET:n teho voisi säilyä kuukausien ajan. On kuitenkin hyvä huomioida, että tutkimusten aineistot ovat kohtalaisen pieniä ja osassa hyvin rajattuja. Esimerkiksi PTSD:n osalta osallistujat ovat pääosin taisteluissa traumatisoituneita henkilöitä.

Virtuaalitodellisuuden käyttö on käytännöllisempää verrattuna perinteisiin altistusmuotoihin. IVE:hen liittyy esimerkiksi altistusympäristön järjestämiseen liittyviä käytännön ongelmia, kuten altistuspaikalle siirtyminen, sopivan altistusympärstön järjestäminen (lähes mahdotonta esim. sodan aiheuttamassa PTSD:ssä sekä hämähäkki- tai käärmepelossa) ja altisteen hallinnan puute. IE:ssä ongelmaksi voi muodostua haluttomuus palauttaa mieleen muistoja traumaattisista kokemuksista. Kaikki edellä mainitut ongelmat ovat ratkaistavissa VRET:llä. Näin ollen sen käyttöönotto palvelee myös terapeutin työtä. Bouchard ym. (2017) tutkimuksessa virtuaalitodellisuuden käyttö todettiin terapeuteille tilastollisesti merkitsevästi käytännöllisemmäksi kuin in vivo -altistuksen käyttö. On viitteitä siitä, että potilaat jättäisivät VRET-hoidon kesken harvemmin kuin IVE:n tai muun aktiivisen hoidon (Botella ym., 2017 Freeman ym., 2017). Tästä on kuitenkin ristiriitaisia tuloksia ja osassa tutkimuksista hoidon keskeyttäminen on yhtä yleistä hoitomuodosta riippumatta (Emmelkamp ym., 2020; Fodor ym., 2018; Horigome ym., 2020).

Onnistuneen VRET:n kannalta keskeistä on se, että kokemus VR-ympäristöstä on käyttäjälle todentuntuinen. Yksilölle tulee jäädä kokemus läsnäolosta tilassa ja keskeistä on altistus yksilölliselle ahdistuksen kohteelle. VR-ympäristöt ovat nykyteknologian kehityksen ansiosta erittäin todentuntuisia ja mukaansatempaavia, minkä johdosta onnistunutta VRET:tä on mahdollista toteuttaa. (Cieslik ym., 2020)

On esitetty eriäviä näkökulmia siitä, tulisiko VRET:iä olla mahdollista toteuttaa itsenäisesti kotona, jolloin sen kustannustehokkuus paranisi ja käyttö lisääntyisi edelleen (Emmelkamp ym., 2020; Ioannou ym., 2020). Toisaalta on pohdittu, että terapeutin välitön tuki on tarpeellinen myös VRET:iä sisältävän psykoterapian toteutuksessa (Kothgassner ym., 2019). Jatkossa onkin tarpeen tutkia myös VRET:iä ilman muuta psykologista interventiota tai siten, että tukena on esimerkiksi nettiterapia. Virtuaaliseen altistusterapiaan liittyen olisi tarpeen tutkia myös iän vaikutusta tuloksiin (Fodor ym., 2018). Aiemmissa katsauksissa on todettu, että nuoremmat saattavat hyötyä virtuaalitodellisuuden käytöstä enemmän kuin iäkkäämmät henkilöt (Dellazizzo ym., 2020; Kothgassner ym., 2019).

VRET:n tehoa selvittäneiden tutkimusten laadun on todettu olevan vaihteleva (Dellazizzo ym., 2020; Fodor ym., 2018). Jatkossa onkin tärkeää tehdä tutkimusta VRET:stä hoitomuotona laadukkailla vertailevilla satunnaistetuilla koeasetelmilla ja suuremmilla tutkimusjoukoilla (ks. myös Cieslik ym. 2020; Dellazizzo ym. 2020).

Johtopäätökset

Altistusterapia on yksi ahdistuneisuushäiriöiden näyttöön perustuvista hoitomuodoista. Virtuaalitodellisuuteen pohjautuva altistusterapia on todettu ahdistuneisuushäiriöissä tehokkaaksi hoitomuodoksi, yhtä tehokkaaksi kuin perinteiset

altistusmuodot. Tutkimusjoukot ovat kuitenkin pieniä ja tutkimusten laatu vaihteleva, eli lisätutkimusta tarvitaan.

Myös Suomessa olisi mahdollista ottaa käyttöön VRET, joka voi olla sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan kannalta varteenotettava vaihtoehto esimerkiksi kustannusten, ajankäytön sekä siedettävyyden kannalta. Esimerkiksi julkisten paikkojen pelon hoidossa perinteisellä IVE:llä terapeutti joutuisi matkustamaan yhdessä potilaan kanssa ennalta määritetylle altistuspaikalle, jossa ärsykkeiden määrää olisi vaikea hallita. Yksilöllisesti sopiva altistusympäristö on vaikea, ellei mahdoton löytää ja myös sen etsiminen vie terapeutin aikaa. Tosimaailman ympäristö voi tuntua potilaasta pelottavalta, eikä hän pahimmassa tapauksessa saapuisi paikalle ollenkaan. IVE:n sijaan voitaisiin toteuttaa VRET terapeutin vastaanottohuoneessa, turvallisessa ympäristössä, kontrolloiden ärsykkeiden voimakkuutta. Altistus voidaan aloittaa ja lopettaa sillä hetkellä, kun halutaan ja sen sisältö voidaan räätälöidä yksilöllisesti sopivaksi. Virtuaalimaailmassa vain mielikuvitus on rajana ympäristöjen luomisessa.

Lähteet

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (2019). Ahdistuneisuushäiriöt.

Käypä hoito. https://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50119.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, E., Forget, H., Loranger, C. & Roucaut, F.X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: A three-arm randomized controlled trial. The British Journal of Psychiatry Open, 210(4), 276–283.

Botella, C., Fernandez-Alvarez, J., Guillen, V., Garcia-Palacios, A. & Banos, R. (2017). Recent progress in virtual reality exposure therapy for phobias: A systematic review. Current Psychiatry Reports, 19(7), 42.

Cardos, R.A.I., David, O.A. & David D.O. (2017). Virtual reality exposure therapy in flight anxiety: a quantitative meta-analysis. Computers in human behavior, 72, 371–380.

Carl, E., Stein, A.T., Levihn-Coon, A., Pogue, J.R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G.J.G., Carlbring, P. & Powers, M.B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Anxiety Disorders, 61, 27–36.

Chesham, R.K., Malouff, J.M. & Schutte N.S. (2018). Meta-analysis of the efficacy of virtual reality exposure therapy for social anxiety. Behaviour Change, 35, 152–166.

Cieslik, B., Mazurek, J., Rutkowski, S., Kiper, P., Turolla, A. & Szczepanks-Gieracha, J. (2020). Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews. Complementary Therapies in Medicine, 52, 102480.

Dellazizzo, L., Potvin, S., Luigi, M. & Dumais, A. (2020). Evidence on virtual reality-based therapies for psychiatric disorders: Meta-review of meta-analyses. Journal of Medical Internet Research, 22(8), e20889.

Deng, W., Die, H., Sheng, X., Xiaoyu, L., Jingwen, Z., Qian, C., Jiayuan, L., Zheng, Z., Wenxiu, J., Lijun, M., Xinyi, H., Shengrong, C., Boya, L. & Xiaoming, L. (2019). The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 257, 698–709.

Emmelkamp, P.M.G., Meyerbröker K. & Morina N. (2020). Virtual reality therapy in social anxiety disorder. Current Psychiatry Reports, 22, 32.

Falconer, C.J., Rovira, A., King, J.A., Gilbert, P., Antley, A., Fearon, P., Ralph, N., Slater, M. & Brewin, C.R (2016). Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. The British Journal of Psychiatry Open, 2(1), 74–80.

Fodor, L.A., Cotet, C.D., Cuijpers, P., Szamoskozi, S., David, D. & Cristea, I.A. (2018). The effectiveness of virtual reality-based interventions for symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. Scientific Reports, 8(1), 10323.

Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B. & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. Psychological Medicine, 47(14), 2393–2400.

Furukawa, T.A., Noma, H., Caldwell, D.M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., Chen, P., Hunot, V., Churchill, R. (2014) Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 130: 181-192.

Goncalves, R., Pedrozo, A.L., Coutinho, E.S.F., Figueira, I. & Ventura, P. (2012). Efficacy of virtual reality exposure therapy on the treatment of PTSD: A systematic review. PLOS ONE, 7(12), e48469.

Horigome, T., Kurokawa, S., Sawada, K., Kudo, S., Shiga, K., Mimura, M. & Kishimoto, T. (2020). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, 50(15), 2487–2497.

Ioannou, A., Papastavrou, E., Avraamides, M.N. & Charalambous, A. (2020). Virtual reality and symptoms management of anxiety, depression, fatigue, and pain: A systematic review. SAGE Open Nursing, 6, 1–13.

Kim, S. & Kim, E. (2020). The use of virtual reality in psychiatry: A review. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31(1), 26–32.

Kothgassner, O.D., Goreis, A., Kafka, J.X., Van Eickels, R.L., Plener, P.L. & Felnhofer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology, 10(1), 1654782.

Maples-Keller, J.L., Bunnell, B.E., Kim, S.J. & Rothbaum, B.O. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. Harvard Review of Psychiatry, 25(3), 103–113.

Maples-Keller, J.L., Yasinski, C., Manjin, N. & Rothbaum, B.O. (2017). Virtual reality-enhanced extinction of phobias and post-traumatic stress. Neurotherapeutics, 14(3), 554–563.

Meyerbröker, K. & Emmelkamp, P.M.G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. Depression and Anxiety, 27(10), 933–944.

Mishkind, M.C, Norr, A.M., Katz, A.C. & Reger, G.M. (2017). Review of virtual reality treatment in psychiatry: Evidence versus current diffusion and use. Current Psychiatry Reports, 19(11), 80.

Oing, T. & Prescott, J. (2018). Implementations of virtual reality for anxiety-related disorders: Systematic review. JMIR Serious Games, 6(4), e10965.

Park, M.J., Kim, D.J., Lee, U., Na, E.J. & Jeon H.J. (2019). A literature overview of virtual reality (VR) in treatment of psychiatric disorders: Recent advances and limitations. Frontiers in Psychiatry, 10(505).

Raghav, K., Wijk, A.J., Abdullah, F., Islam, N., Bernatchez, M. & Jongh, A.D. (2016). Efficacy of virtual reality exposure therapy for treatment of dental phobia: A randomized controlled trial. BMC Oral Health, 16: 25.

Riva, G., Baños, R.M., Botella, C., Mantovani, F. & Gaggioli, A. (2016). Transforming experience: The potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change. Frontiers in Psychiatry, 30(7), 164.

Takala T. (2017). Virtuaalitodellisuus tuo uusia työvälineitä terveydenhoitoon. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 133(11):1031–1032.

Turner, W.A. & Casey, L.M. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are we now? Clinical Psychology Review, 34, 634–644.

Wechsler, T.F., Kümpers, F. & Mühlberger, A. (2019). Inferiority of even superiority of virtual reality exposure therapy in phobias? – A systematic review and quantitative meta-analysis on randomized controlled trials specifically comparing the efficacy of virtual reality exposure to gold standard in vivo exposure in agoraphobia, specific phobia, and social phobia. Frontiers in Psychiatry, 10, 1758.

World Health Organization (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). https://icd.who.int/browse10/2016/en

KATSAUS

Virtuaalisen altistamisen sisällöt ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa

INKA RINNE, ERIKA JÄÄSKELÄINEN, JONNA TOLONEN, ANU-HELMI HALT JA SAMI RÄSÄNEN

Virtuaalisessa altistusterapiassa (VRET) potilas altistetaan systemaattisesti oireita aiheuttaville tilanteille käyttäen virtuaalisia ympäristöjä. Tässä tutkimuksessa koottiin yhteen ahdistuneisuushäiriötutkimuksissa käytettyjä virtuaalitodellisuuksien (VR) sisältöjä. Tällaista koontia ei ole aiemmin tehty. Systemaattinen tietokantahaku tehtiin Pubmed -tietokantaan 11/2019. Lisäksi teimme manuaalisen haun kirjallisuuskatsausten viiteluetteloihin. Mukaan otettiin 15 alkuperäistutkimusta, jotka käsittelivät traumaperäistä stressihäiriötä, paniikkihäiriötä, julkisten paikkojen pelkoa, sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja määritettyjä pelkoja. Tutkimuksien VR-ympäristöt kuvasivat ahdistuneisuutta aiheuttavaa ympäristöä, kuten sotatilannetta, lentokonetta, kauppaa, kahvilaa ja julkisia liikennevälineitä. Osassa tutkimuksista ympäristössä oli yksinkertainen ahdistuneisuutta aiheuttava kohde, kuten hämähäkki tai torakka. Ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon rakennetut VR-ympäristöt olivat tarkkoja ja vivahteikkaita. Koska VRET on lupaavasti tehokas altistamisen muoto ahdistuneisuushäiriöissä, sen käyttöä on perusteltua jatkaa ja tutkimusta lisätä. Tässä tarvitaan yhteistyötä teknisen osaamisen, psykoterapeuttien ja tutkijoiden välillä.

Altistaminen on yksi ahdistuneisuushäiriöiden tärkeimmistä hoitomuodoista ja keskeinen menetelmä kognitiivisessa psykoterapiassa (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus, 2019). Perinteisesti käytettyjä altistusmuotoja ovat in vivo -altistus (IVE = in vivo exposure), jossa altistetaan potilas elävässä elämässä ongelmallisille asioille ja mielikuva-altistus (IE = imaginal exposure). IVE:n toteuttaminen kontrolloidusti, terapeutin läsnä ollessa vie paljon resursseja ja siksi sen käyttö käytännössä on vähäistä. Perinteiset altistusmuodot eivät sovellu altistusmuodoiksi kaikille potilaille esimerkiksi välttämiskäyttäytymisen tai IVE-ympäristön järjestämiseen liittyvien käytännön ongelmien vuoksi. Osa potilaista voi myös olla haluttomia palauttamaan mieleensä muistoja traumaattisista kokemuksistaan. (Mishkind ym., 2017)

Altistusterapiaa voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän ja systemaattisemmin osana kognitiivista terapiaa, mutta se asettaa vaatimuksia menetelmille ja ympäristölle, jossa terapiaa toteutetaan. Potilaan omatoiminen altistaminen taas on puutteellisesti kontrolloitua ja siitä puuttuu terapeutin välitön tuki. (Oing & Prescott, 2018)

Virtuaalitodellisuuden (VR = virtual reality) soveltaminen ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on lisääntynyt koko ajan teknologian

kehittymisen myötä. Sen myötä myös siihen liittyvä tutkimustieto on lisääntynyt ja VRET:n (virtual reality exposure therapy) tehosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on lisääntyvästi näyttöä (Rinne ym., 2021). VRET:n avulla on pystytty ratkaisemaan perinteiseen altistamiseenliittyviäkäytännönongelmia.Lisäksi virtuaalitodellisuuden käyttö mahdollistaa altistusympäristön säätelyn ja hallinnan. (Mishkind ym., 2017)

Virtuaalitodellisuutta tuotetaan erilaisilla menetelmillä, joista yleisin on virtuaalilasit. Teknologian kehittymisen myötä on mahdollista rakentaa monia erilaisia VR-ympäristöjä, joita voidaan käyttää altistamiseen vastaanottotilanteissa. Virtuaalitodellisuuden avulla on mahdollista tuottaa realistisia ja kontrolloituja ärsykkeitä samalla seuraten käyttäjän vastetta. Tämä on huomattava etu verrattuna todellisen altistuksen käyttöön. Lisäksi sen avulla on mahdollista suunnitella kohdennettuja VR-kokemuksia eri vaikeusasteilla. (Riva ym., 2016)

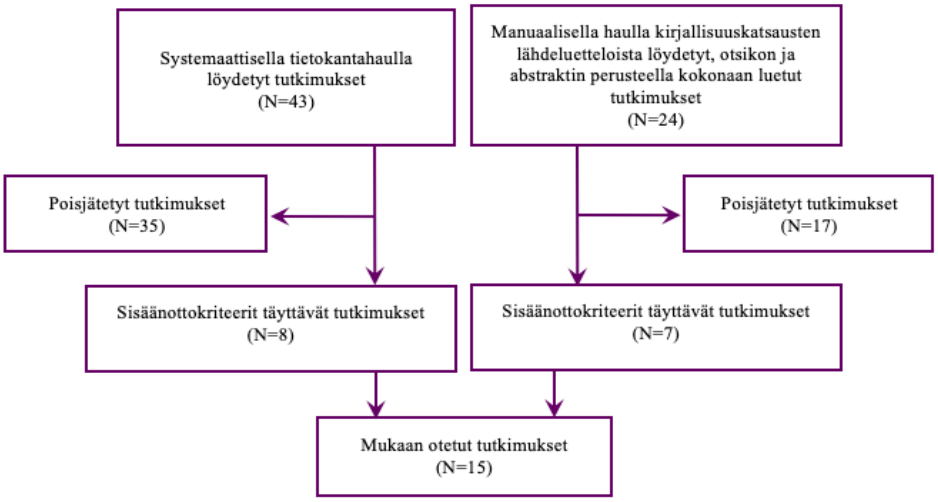
Suomessa VRET ei ole vielä levinnyt laajempaan käyttöön. Koska VRET vaikuttaa lupaavasti tehokkaalta, sitä on perusteltua alkaa soveltaa yhtenä työkaluna terapioissa käytännössä. Näin VR-tekniikan käyttö tulisi terapeuteille tutuksi, käytännön kokemus VRET:stä lisääntyisi ja saataisiin paremmat valmiudet kehittää VRET:tä edelleen eri häiriöiden hoitoon sopivaksi.

Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli koota yhteen ja esitellä ahdistuneisuushäiriötutkimuksissa käytettyjä virtuaalitodellisuuksien sisältöjä. Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytettyjen VR-ympäristöjen sisältöjä ei ole aiemmin koottu yhteen. Tällainen koonti on kuitenkin tarpeen, jotta VRET:tä voidaan kehittää edelleen ja mahdollistaa sen laajempi käyttö terapiatyössä.

Menetelmä

Tutkimus tehtiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuksessa tehtiin systemaattinen tietokantahaku 11/2019 Pubmed -tietokantaan käyttäen hakusanoja anxiety disorder, post traumatic stress disorder, PTSD, posttraumatic stress disorder, panic, phobia, generalised anxiety, generalized anxiety, GAD, agoraphobia, obsessive compulsive, OCD ja virtual reality. Haku rajattiin kattamaan vuonna 2010 ja sen jälkeen tehdyt julkaisut. Lisäksi tehtiin rajaus ihmisillä tehtyihin, englanninkielisiin alkuperäistutkimuksiin. Hakutuloksista poimittiin alkuperäistutkimukset, joissa on tutkittu VR-hoidon tehoa eri ahdistuneisuushäiriöissä. Lisäksi alkuperäistutkimuksia etsittiin manuaalisesti kirjallisuuskatsausten viiteluetteloista. Alkuperäistutkimusten valinta on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Vuokaavio alkuperäistutkimusten valinnasta

Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerit olivat seuraavat: alkuperäistutkimus, VR-hoitoa verrataan muuhun ahdistuneisuushäiriön hoitoon tai jonotuslistaan eli hoitoa odottaviin potilaisiin, tutkimus on englanninkielinen, tutkimuksessa on kuvailtu VR-hoidon sisältö ja ympäristö, tutkittavilla on diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö (ICD-10 tai DSM -kriteereiden mukaan) ja hoidon tehoa on mitattu strukturoidulla mittarilla. Sisäänottokriteereiden mukaisesti kirjallisuuskatsauksesta jätettiin pois esimerkiksi sellaiset tutkimukset, joissa ei kuvata VR-hoidon sisältöä ja ympäristöä sekä tutkimukset, joissa on tutkittu pelkkiä ahdistuneisuusoireita (ei diagnosoitua häiriötä). Mukaan otettavista artikkeleista kerättiin liitteeseen 1 seuraavat tiedot: tutkimuksen tavoitteet, aineiston kuvailu, tutkimusasetelman kuvaus, tiedot tutkituista hoitomuodoista, virtuaalitodellisuuden sisällön kuvaus, miten ahdistuneisuutta tai hoidon tehoa on mitattu sekä tutkimuksen tulokset.

Tulokset

Systemaattisella tietokantahaulla löydettiin yhteensä 43 tutkimusta. Näistä tutkimuksista 8 kappaletta täyttivät sisäänottokriteerit. Manuaalisella haulla kirjallisuuskatsausten lähdeluetteloista löytyi lisäksi 7 kappaletta sisäänottokriteerit täyttäviä alkuperäistutkimuksia. Tutkimukseen mukaan otetut alkuperäistutkimukset on esitetty liitteessä 1.

Lähes kaikissa (14/15) tutkimuksen käsittelemistä alkuperäistutkimuksista VRET todettiin vähintään yhtä tehokkaaksi hoitomuodoksi kuin verrokkiterapia tai tehokkaammaksi kuin jonotuslista. Vain yhdessä tutkimuksista (1/15) teho oli verrokkiterapiaa heikompi. Kymmenessä (10/12) seurannan toteuttaneista tutkimuksista päätulokset säilyivät seurantaan. Seuranta-ajat vaihtelivat viikosta vuoteen yleisimmän seuranta-ajan ollessa kuusi kuukautta (5/12).

Kaikissa mukaan otetuissa alkuperäistutkimuksissa kuvattiin yksityiskohtaisesti käytetty tietokoneella tuotettu pelillinen VR-ympäristö. Tutkimuksissa kuvatut VR-maailmat olivat oireita aiheuttavia ympäristöjä. Ympäristöt olivat tarkkoja ja vivahteikkaita ja niiden luomisessa vain mielikuvitus vaikutti olevan rajana. Ärsytystä lisättiin ja lievennettiin esimerkiksi erilaisten äänitehosteiden, visuaalisten ärsykkeiden ja ympäristössä olevien elementtien voimakkuuden säätämisellä.

Traumanjälkeinen stressihäiriö

Kolme tutkimuksista (3/15) käsitteli VRET:tä traumanjälkeisen stressihäiriön hoidossa (Gamito ym., 2010; Ready ym., 2010; McLay ym., 2011).

Gamito ym. (2010) tutkimukseen osallistui 10 sotaveteraanimiestä, jotka jaettiin kolmeen ryhmään: VRET-ryhmä (n=5), IE-ryhmä (n=2) ja jonotuslista (n=3). Tutkittavien iän keskiarvo oli 63,5 vuotta. VRET- ja IE-ryhmille järjestettiin 12 kertaa porrastettua altistuspsykoterapiaa.

Käytetty VR-maailma sisälsi tiheän kasvillisuuden ympäröimän polun, jolla osallistujien piti seurata sotilaiden rivistöä. Aktivoivat jaksot koostuivat kolmesta tyypillisestä vihjeestä. Ensimmäiseen kuului väijytys, aseella ampumisen äänet ja luotien jälkien seuraaminen. Toisessa jaksossa oli kranaatinheitin, räjähdyksen ääni mustan savun keskeltä ja suihkuavat hiukkaset. Kolmas oli evakuaation odottaminen ja helikopterin paikalle lentämisen odottaminen evakuaatiota varten haavoittuneen sotilaan vierellä.

Ready ym. (2010) tutkimuksessa verrattiin VRE:n (VR-based exposure) tehoa nykyhetkeen keskittyvän terapian (PCT = present-centered therapy) tehoon Vietnamin veteraaneilla. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään: VRE- (n=6) ja PCT-ryhmä (n=5). Tutkittavien iän keskiarvo oli 57 vuotta.

VRE-ryhmässä potilas kuvaili terapeutille yhtä

tai kahta kaikista traumaattisinta kokemustaan sodassa. Terapeutti sääteli altistuksen sisältöä osallistujan trauman mukaan altistaen vähitellen traumaan liittyvälle sisällölle. PCT-ryhmän hoito sisälsi psykoedukaatiota, ongelmanratkaisutekniikoiden opetusta ja osallistujien auttamista elämässä parhaillaan tapahtuvien ongelmien kanssa. Molemmissa ryhmissä hoitoa annettiin kymmenen, yhteensä 90 minuuttia kestävän istunnon aikana. Seuranta järjestettiin kuuden kuukauden kuluttua.

VR-ympäristönä käytettiin kahta Vietnam-ympäristöä. Ensimmäinen oli nimeltään ”laskeutumisalue”, jossa oli soisia riisipeltoja sisältäviä mäkiä ja niiden reunalla viidakko. Terapeutti kontrolloi erilaisia visuaalisia ärsykkeitä, kuten ylitse lentäviä helikoptereita, välähdyksiä, pimeyttä ja sumua sekä äänitehosteita, esimerkiksi viidakon ääniä, räjähdyksiä, ampumista, loiskumista ja huutoja. Toinen ympäristö oli kyyti helikopterissa erilaisissa Vietnam-tyyppisissä maastoissa ja laskeutuminen ”kuumalle” laskeutumisalueelle. Terapeutin kontrolloimina visuaalisina ärsykkeinä tässä ympäristössä oli muun muassa ilmaan nousu, riisipeltojen ylitse lentäminen, joen yli lentäminen, sekä laskeutuminen yllä kuvatun kaltaiseen ympäristöön. Säädeltävinä äänitehosteina oli esimerkiksi konekiväärin tulitusta, radiossa keskustelua, räjähdyksiä sekä huutoa laskeutumisen yhteydessä.

McLay ym. (2011) tutkimuksessa verrattiin porrastettua VRET-hoitoa (VR-GET) tavanomaiseen hoitoon. Tutkimukseen osallistui 20 aktiivipalveluksessa olevaa sotilasta, jotka jaettiin VR-GET- (n=10) ja TAU-ryhmään (n=10). VR-GET-ryhmässä osallistujat tapasivat terapeutin tyypillisesti kerran, enintään kaksi kertaa viikossa 10 viikon ajan. Ensimmäisen ja toisen istunnon aikana terapeutti teki muun muassa traumahistorian kartoituksen ja keskusteli osallistujan kanssa tämän PTSD-oireista. Osallistujalle annettiin rentoutus-CD harjoitteluun istuntojen välillä. Kolmannesta istunnosta eteenpäin osallistujat altistettiin VR-simulaatiolle. Istuntoja oli 4-20, keskimäärin 8,8 kertaa. TAU-ryhmässä osallistujien oli mahdollista saada kaikkia tavallisia hoitoja, joita oli tarjolla merivoimien terveyskeskuksessa San Diegossa sekä merivoimien sairaalassa Pendletonin leirissä. Seuranta oli tarkoitus järjestää 10 viikon kuluttua, mutta osalla se venyi jopa 46 viikkoon.

Altistuksena oli simulaatio Irakista tai Afganistanista, riippuen siitä kumpi vastasi parhaiten osallistujan pääasiallista traumaattista kokemusta. Terapeutti pystyi muuntelemaan taisteluun liittyvien näkymien ja äänien intensiivisyyttä, sekä johdattamaan osallistujaa sopiviin altistusympäristöihin. Ympäristöinä oli tukikohta, taistelutanner, irakilainen kauppapaikka, talosta taloon etsintä ja armeijasaattueeseen kohdistuva hyökkäys. Osallistujan fysiologisten vasteiden ja ahdistuneiduuden kokemusta kartoittavan mittarin (SUD = subjective units of distress) perusteella altistuksen stressaavuutta lisättiin pikkuhiljaa lisäämällä simulaation todentuntuisuutta ja väkivaltaisuutta. Samalla osallistuja kertoi terapeutille kokemistaan traumaattisista tapahtumista.

Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

Viidessä (5/15) tutkimuksessa käsiteltiin VRET:tä paniikkihäiriön ja siihen liittyvän julkisten paikkojen pelon (PDA=panic disorder with agoraphobia) hoidossa (Botella ym., 2007; Malbos ym., 2013; Meyerbröker ym., 2013; Pelissolo ym., 2012; Malbos ym. 2011) ja yhdessä (1/15) pelkän julkisten paikkojen pelon hoidossa (Pitti ym., 2015).

Botella ym (2007) tutkimuksessa oli 37 osallistujaa, jotka jaettiin kolmeen tutkimusryhmään: IVE-ryhmä (n=12), VRET-ryhmä (n=12) ja jonotuslista (n=13). Hoito sisälsi kolme istuntoa, jotka käsittelivät psykoedukaatiota ahdistuneisuudesta ja PDA:sta, kognitiivista restrukturointia, hengitysharjoitteita ja ennaltaehkäisyä. Kuuden istunnon aikana toteutettiin altistus sisäisille ärsykkeille VRET-ryhmässä ja ulkoiselle IVE-ryhmässä. Kukin istunto kesti 60 minuuttia. Seuranta järjestettiin vuoden kuluttua.

Käytetty ohjelma oli nimeltään Panic-Agoraphobia. Se sisälsi kuusi ympäristöä: harjoitteluhuoneen, talon, metron, bussin, kauppakeskuksen ja tunnelin. Jokaisessa altistusympäristössä altistus ulkoisille ja interoseptiivisille ärsykkeille voitiin tehdä samanaikaisesti. Interoseptiivisilla ärsykkeillä tarkoitetaan sisäelinten aistinreseptoreiden välittämiä ärsykkeitä. Näitä jäljiteltäviä ruumiillisia tuntemuksia olivat: sydämen tykytys, hengitysvaikeudet ja visuaaliset vaikutukset: putkinäköisyys, näön hämärtyminen sekä kaksoiskuvat. Jokaisen altistusympäristön vaikeusastetta oli mahdollista säädellä muokkaamalla paikalla olevien ihmisten määrää, reissujen pituutta tai lisäämällä ongelma, esimerkiksi ongelma maksukortin kanssa ostoskeskuksessa tai hissin pysähtyminen kerrosten väliin.

Malbos ym. (2013) tutkimuksessa tutkittiin VRET:n tehoa yksinään verrattuna yhdistelmähoitoon, joka sisälsi VRET:tä ja kognitiivista psykoterapiaa. Tutkimuksessa oli 19 osallistujaa, ryhmien kokoa ei mainittu. Hoitoon kuului molemmilla ryhmillä 10 viikoittaista 90 minuutin istuntoa. Molemmilla ryhmillä oli kahdeksan istuntoa VRET:tä ja kaksi alustavaa istuntoa. VRET:n kesto oli 50-60 minuuttia. Yhdistelmähoitoryhmä sai kahden alustavan istunnon aikana kognitiivista psykoterapiaa ja vain VRET-ryhmällä ne sisälsivät neutraaleja keskusteluja. Seuranta-aika oli kolme kuukautta.

Tutkimuksessa oli yhdeksän erilaista ympäristöä: kuja; kaupungin aukio, jossa oli eri kokoisia hissejä sisältävä rakennus; kauppakeskuksen ruokakauppa, jossa oli mahdollisuus seisoa jonossa; siltoja Australian takamailla; metroasema, jossa oli toimiva juna; maanalainen parkkipaikka; elokuvateatteri, jossa oli mahdollisuus katsoa elokuvaa; lentokone, joka sisälsi kaikki tavalliset järjestelyt ja prosessit sekä valtatie, jossa oli tunneli tai vaihtoehtoisesti ruuhka. Altistuksen ohjaajalla oli mahdollisuus aktivoida sisäisiä vihjeitä, kuten sydämen sykkeen ja hengityksen ääniä eri nopeuksilla sekä visuaalisia häiriötekijöitä. Myös esimerkiksi matkustajien määrää, väkijoukkojen suuruutta, jonon pituutta, turbulenssia ja teknisiä vaikeuksia voitiin säädellä. Osallistujat kohtasivat realistisia vuorovaikutustilanteita, joissa oli mukana esimerkiksi ovia sekä vastaavia ja reagoivia virtuaalisia ihmisiä.

Meyerbröker ym. (2013) vertasivat kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBT) ja VRET-hoidon yhdistelmän (CBT+VRET) sekä CBT:n ja in vivo -hoidon yhdistelmän (CBT+in vivo) tuloksia paniikkihäiriötä ja julkisten paikkojen pelkoa sairastavilla potilailla. Tutkittavat jaettiin kolmeen ryhmään: CBT+VRET- (n=19), CBT+in vivo -ryhmä (n=18) ja jonotuslista (n=18). Molemmille altistusryhmille järjestettiin 10 terapiaistuntoa. Ensimmäiset neljä istuntoa sisälsivät molemmilla ryhmillä CBT:tä. Loput kuusi istuntoa sisälsivät ulkoisille ärsykkeille altistamista, joko VRET:tä tai in vivo. In vivo -altistuskohteita olivat ruokakauppa, kauppakeskukset, toriaukiot, kadut ja julkiset liikennevälineet kuten metro. Istuntojen pituus oli 60 minuuttia molemmissa ryhmissä.

Tutkimuksessa oli seitsemän erilaista ympäristöä. Ruokakauppaympäristössä osallistujalla oli mahdollisuus harjoitella tyhjässä, hiljaisessa kaupassa ja edetä lopulta ruuhkaiseen kauppaan, jossa heidän täytyi jonottaa kassalle. Metroasemaympäristössä osallistujan piti edetä sähköisten porttien kautta maanalaiselle metroasemalle, jossa oli tyhjiä ja ruuhkaisempia asemalaitureita. Muita ympäristöjä olivat italialainen ravintola, jossa baari; autio tai ruuhkainen kaupungin keskusta, iso tyhjä tai ruuhkainen aukio; tori, jossa kojuja sekä julkinen rakennus, joka sisälsi isoja avoimia tiloja ja useita kerroksia, joista alimmassa oli kahvila. Väkimäärää ympäristöissä lisättiin pikkuhiljaa.

Pelissalo ym. (2012) tutkimuksen 92 osallistujaa jaettiin kolmeen ryhmään: VRET-ryhmä (n=29), CBT-ryhmä (n=31) ja jonotuslista (n=32). Altistusryhmille järjestettiin 12 kertaa 60 minuutin mittaista istuntoa. VRET-ryhmässä altistusta tehtiin 10 minuuttia kerrallaan kaikkien 12 istunnon ajan. CBT-ryhmässä ensimmäinen istunto sisälsi toiminnallista analyysiä tunteiden, käyttäytymisen ja kognition välisistä suhteista

sekä rentoutusharjoitteita. Osallistujat saivat nauhoitetun rentoutusohjelman ja heitä ohjeistettiin käyttämään sitä 10 minuuttia päivittäin. Istunnoissa 2-12 harjoiteltiin hengityksen säätelyä provosoidun hyperventilaation aikana, kognitiivista restrukturointia sekä tehtiin vähittäisiä altistustehtäviä. Seuranta järjestettiin yhdeksän kuukauden kuluttua.

Tutkimuksessa käytettiin useita erilaisia ympäristöjä: metroympäristöjä, tunneleissa kävelyä, hissi, ostosten tekoa ruokakaupassa, autolla ajoa hiljaisella maaseudulla tai rotkon lähellä olevalla tiellä, lentokoneessa matkustamista, elokuvateatteriin menoa ja siellä istumista, autolla ajoa hiljaisessa kylässä, autolla ajoa tunnelissa ja sen pysäyttäminen onnettomuuden takia, bussilla matkustamista hiljaisessa kylässä sekä katukohtauksia ja tungoksisia metroja. Esimerkkinä metrokohtaukset sisälsivät asematunneleissa suunnistamista, metromatkan ja liikkuvan junan. Vaikeusastetta nostettiin pikkuhiljaa osallistujan ahdistuneisuustasoista riippuen. Esimerkki helpoimmasta vaikeimpaan: asemalla kävelyä, junaan nouseminen, junalla matkustamista sen pysähtymiseen saakka ja lopulta kyydissä pysymistä yhden tai useamman pysäkin ajan.

Pitti ym. (2015) tutkimuksessa verrattiin kolmea eri hoitomuotoa keskenään: 1) hoito, jossa yhdistettiin paroksetiini, CBT ja VRET (PX-CBT-VRET); 2) hoito, jossa yhdistettiin paroksetiini ja perinteinen CBT (PX-CBT) sekä 3) pelkkä paroksetiinihoito (PX). Tutkittavat jaettiin kolmeen tutkimusrymään: PX-CBT-VRET- (n=27), PX-CBT-(n=27)jaPX-ryhmä(n=32).70osallistujista oli naisia ja iän keskiarvo oli 39 vuotta. PX-CBT-VRET ja PX-CBT -ryhmillä oli yhteensä 11 viikoittaista CBT-istuntoa, joista jokainen kesti 35-45 minuuttia. Tämän lisäksi PX-CBT-VRET -ryhmällä oli neljä 12-15 minuutin mittaista VRET-istuntoa. Ensimmäisen kolmen istunnon aikana molemmille altistusryhmille järjestettiin psykoedukaatiota ja kognitiivisen restrukturoinnin harjoittelua. Istuntojen 4-11 aikana molemmissa altistusryhmissä annettiin vähittäistä altistusta. Kaikissa ryhmissä osallistujille annettiin paroksetiinia annoksella, jonka keskiarvo oli 22,60 mg/vrk. Seuranta järjestettiin kuuden kuukauden kuluttua.

Tutkimuksessa oli käytössä seitsemän paikallista ympäristöä Teneriffalla. Niihin kuuluivat aukio ja katu, lentokenttärakennus ja lentokone, pankkikonttori, hissi ja maanalainen parkkihalli, ranta, moottoritie sekä köysirata.

Sosiaalisten tilanteiden pelko

Kolme tutkimusta (3/15) käsitteli VRET:tä sosiaalisten tilanteiden pelon (SAD = social anxiety disorder) hoidossa (Bouchard ym., 2017; Anderson ym., 2013; Kampmann ym., 2016).

Bouchard ym. (2017) tutkimuksessa oli 59 osallistujaa, jotka jaettiin kolmeen ryhmään: in virtuo -ryhmä (n=17), in vivo -ryhmä (n=22) ja jonotuslista (n=20). Molemmat altistusryhmät saivat hoitoa 14 viikoittaisen istunnon ajan. Jokainen istunto kesti 60 minuuttia. Ensimmäisen kuuden istunnon aikana keskityttiin muun muassa rakentamaan terapiasuhdetta ja käsitteellistämään potilaan yksilöllistä tilannetta. Istuntojen 7-14 aikana molemmat altistusryhmät saivat ulkoista altistusta noin 20-30 minuuttia kussakin istunnossa. In virtuo -ryhmässä altistuksena käytetty ympäristö valittiin jokaisen istunnon alussa potilaan tarpeiden mukaan. In vivo -ryhmässä altistus koostui roolileikeistä ja ohjatusta altistamisesta terapiahuoneen sisällä tai ulkopuolella. Tämä saattoi olla esimerkiksi ajan kysymistä kahvilassa, kuvattavana oloa tai kahden erivärisen sukan pitämistä jaloissa julkisella paikalla. Seuranta järjestettiin kuuden kuukauden kuluttua.

Tutkimuksessa käytettiin kahdeksaa erilaista altistusympäristöä: yleisön edessä puhumista kokoushuoneessa (kaksi ympäristöä), työhaastattelu (kaksi ympäristöä), itsensä esittely ja keskustelu oletettujen sukulaisten kanssa asunnossa, kahvilan patiolla toimiminen tuntemattomien tarkastelun alaisena sekä kritiikin tai vaatimusten kohtaaminen kahdessa

eri tilanteessa (epäystävällisten naapureiden tapaaminen, tavaroiden ostamisesta kieltäytyminen sinnikkäältä myyjältä kaupassa).

Anderson ym. (2013) tutkimuksessa verrattiin VRET:tä ja ryhmämuotoista altistusterapiaa (EGT = exposure group therapy) aikuisilla, joilla oli sosiaalisten tilanteiden pelko, missä ensisijaisena pelon kohteena oli julkinen puhuminen. Tutkittavat jaettiin kolmeen ryhmään, VRE-ryhmä (n=30), EGT-ryhmä (n=39) ja jonotuslista (n=28). Osallistujista 62 % oli naisia ja iän keskiarvo oli 39 vuotta. Molemmille ryhmille järjestettiin hoitoa kahdeksan istunnon ajan. Ensimmäinen istunto sisälsi molemmilla altistusryhmillä psykoedukaatiota. Istuntojen 2-8 aikana tapahtuva hoito käsitteli tiettyjä sosiaalisen ahdistuneisuushäiriön puolia esim. huomion kiinnittäminen itseensä, tunteiden hallintaa sekä asioiden märehtimistä. EGT-ryhmässä osallistujat pitivät videoitavan puheen ryhmälle, jossa oli enintään viisi osallistujaa. Tätä altistushoitoa oli kuusi kertaa keskimäärin 20 minuuttia kerrallaan yhteensä 120 minuutin ajan. VRE-ryhmässä altistushoitoa oli neljä kertaa enintään 30 minuutin ajan, yhteensä enintään 120 minuuttia. Seuranta järjestettiin vuoden kuluttua.

Ympäristöt sisälsivät kokoushuoneen, jossa oli noin viisi ihmistä yleisönä; luokkahuoneen, jossa noin 35 ihmistä yleisönä ja auditorion, jossa yli 100 ihmistä yleisönä. Terapeutit pystyivät säätelemään yleisön reaktioita saaden heidät näyttämään esimerkiksi kiinnostuneilta, tylsistyneiltä, kannustavilta, vihamielisiltä tai aiheesta herpaantuneilta esimerkiksi puhelimen soidessa. Yleisön jäsenten oli mahdollista esittää valmiita kysymyksiä, kuten: ”en ymmärrä” ja ”voisitko selittää uudelleen” tai osallistujalle räätälöityjä kysymyksiä, jotka terapeutti saneli.

Kampmann ym. (2016) tutkimuksessa osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään (20 osallistujaa kuhunkin): VRET-ryhmä, in vivo -ryhmä ja jonotuslista. Osallistujien iän keskiarvo oli 40 vuotta. Molemmille altistusryhmille annettiin hoitoja 90 minuutin mittaisten istuntojen aikana kaksi kertaa viikossa. Istuntoja oli yhteensä 10. Kaksi ensimmäistä istuntoa olivat molemmille altistusryhmille samat ja sisälsivät muun muassa yksilöllisten oleellisten sosiaalisten tilanteiden läpikäyntiä, sekä näiden tilanteiden asettamista järjestykseen sen perusteella, kuinka paljon ne aiheuttivat ahdistuneisuutta. Seuraavat seitsemän istuntoa sisälsivät VRET-ryhmässä kukin kaksi 30 minuutin mittaista altistusjaksoa VR-ympäristöille. In vivo -ryhmässä nämä istunnot sisälsivät kukin 60 minuuttia altistusta oikean elämän tilanteissa. Kymmenes istunto sisälsi hoidon arviointia molemmissa ryhmissä. Seuranta järjestettiin kolmen kuukauden kuluttua.

VR-ympäristöt sisälsivät kahdenkeskisiä ja ryhmätilanteita. Niihin kuului puheen pitäminen yleisön edessä, jonka jälkeen yleisöstä esitettiin kysymyksiä; vieraan ihmisen kanssa keskustelu, vaatteiden ostaminen ja palauttaminen, työhaastatteluun osallistuminen, toimittajien haastattelemana olo, ravintolassa syöminen ystävän kanssa ja sokkotreffeille osallistuminen. Terapeutilla oli mahdollisuus muokata tilanteita osallistujien yksilöllisten tarpeiden mukaan. Säädettävissä oli esimerkiksi dialogin tyyli, jota voitiin muokata ystävälliseksi tai epäystävälliseksi; avatarin sukupuoli, avatarien määrä, dialogin aihe ja avatarien eleet, kuten tuijotus tai ryhti.

Määritetyt (yksittäiset) pelot

Kolmessa (3/15) tutkimuksessa käsiteltiin VRET:tä määritettyjen yksittäisten pelkojen hoidossa (Shiban ym., 2015; Rus-Calafell ym., 2013; Botella ym., 2016). Shiban ym. (2015) tutkimuksessa käsiteltiin hämähäkkipelkoa, Rus-Calafell ym. (2013) tutkimuksessa lentopelkoa ja Botella ym. (2016) tutkimuksessa torakka- sekä hämähäkkipelkoa.

Shiban ym. (2015) tutkimuksessa selvitettiin, lisääkö altistus useammalle ärsykkeelle ja yhdistelmä useamman ärsykkeen sekä useamman tilanteen altistuksesta hoidon tehoa lyhyt ja pitkäaikaisesti erityisesti pelon palautumisessa. Tutkimuksessa vertailtiin neljää eri ryhmää: yhdelle ärsykkeelle yhdessä tilanteessa altistettavat (SS/SC = single stimulus/single context, n=14), usealle ärsykkeelle yhdessä tilanteessa

altistettavat (MS/SC = multiple stimulus/ single context, n=14), yhdelle ärsykkeelle useissa tilanteissa altistettavat (SS/MC = single stimulus/ multiple context, n=15) sekä usealle ärsykkeelle useissa tilanteissa altistettavat (MS/MC = multiple stimulus/multiple context, n=15). Kaikissa ryhmissä osallistujat altistettiin VRET:lle neljä kertaa, joko yhdessä tai neljässä erilaisessa tilanteessa joko yhdelle tai neljälle erilaiselle hämähäkille altistusryhmästä riippuen. Toisena tavoitteena oli selvittää, lisääkö MS-altistus ja MS/MC-altistus hoidon tehoa lyhyt- ja pitkäaikaisesti. Tutkimus toteutettiin kahdessa istunnossa, joista ensimmäisessä tapahtui virtuaalinen altistus ja toinen oli seurantaistunto. Istuntojen välissä oli noin kaksi viikkoa. Jokainen hämähäkki-altistusvaihe kesti noin viisi minuuttia, yhteensä altistus kesti 20 minuuttia. Seuranta järjestettiin osallistujasta riippuen 7-41 vuorokauden kuluttua viimeisestä altistusistunnosta.

Tutkimuksessa käytettiin altisteena viittä selvästi erotettavaa virtuaalista hämähäkkiä. Hämähäkit esitettiin keskellä huonetta ja ohjelmoitiin liikehtimään hitaasti liikkumatta paikaltaan. Molemmissa yhden ärsykkeen ryhmissä esitettiin sama hämähäkki. Vastaavasti yhden tilanteen ryhmissä käytettiin samaa virtuaalista huonetta. Sekä hämähäkki että huone valittiin sattumanvaraisesti ennen tutkimusta yksittäisen ärsykkeen ryhmille ja olivat samat kaikille osallistujille näissä ryhmissä. Jokainen vaihe alkoi samassa kellaritilassa. Osallistujien piti kävellä ovesta sisään altistushuoneeseen. Heillä oli 20 sekuntia aikaa tutustua huoneeseen, ennen kuin hämähäkki tuotiin paikalle. Osallistujat laitettiin tiettyyn kohtaan huonetta, ja heidän piti katsoa ilmestyvää hämähäkkiä.

Rus-Calafell ym. (2013) vertasivat mielikuva-altistuksen (IE=imaginal exposure) ja VR-altistuksen tehoa lentopelon hoidossa. Tutkimuksessa oli 15 osallistujaa, joista miehiä oli kaksi ja naisia 13. Iän keskiarvo oli 37 vuotta. Varsinaisia hoitoistuntoja edelsi arviointi-istunto molemmille ryhmille. Se sisälsi psykoedukaatiota ja ohjeistuksen palleahengitykseen, jota kehotettiin harjoittelemaan istuntojen välillä. Altistusistuntoja järjestettiin kolmen viikon aikana molemmissa ryhmissä yhteensä kuusi. IE-ryhmässä terapeutti käytti lyhyitä tarinoita altistaakseen osallistujan kaikenlaisille ympäristöille, jotka olivat hyvin samanlaisia virtuaalisten ympäristöjen kanssa. Altistukseen käytetty aika oli molemmissa ryhmissä sama. Viimeisen istunnon jälkeen osallistujat menivät oikealle lennolle. Seuranta-aika oli kuusi kuukautta.

VR-ympäristöissä oli kolme erilaista altistusympäristöä. Ensimmäinen ympäristö oli huone, jossa käyttäjällä oli mahdollisuus olla vuorovaikutuksessa tavallisten makuuhuoneessa olevien tavaroiden kanssa. Hänen oli mahdollista pakata matkalaukkua, kuunnella uutisia lentoliikenteestä tai säästä ja hankkia lentolippunsa. Toisena ympäristönä oli lentokenttä. Siellä käyttäjällä oli mahdollisuus katsoa lentokoneiden nousevan, nähdä lähtö- ja saapumistilanteita, kuunnella muiden ihmisten juttelevan lentoonnettomuuksista ja kävellä ilmasiltaa pitkin lentokoneen sisäänkäynnille. Kolmas ympäristö oli lentokone. Siellä käyttäjä kuuli tavallisia lentokoneessa kuuluvia ääniä ja hänen oli mahdollista kuunnella radiota tai lukea lehteä odottaessaan lentokoneen moottoreiden käynnistymistä. Lentohenkilökunta esitti turvaohjeet, lentäjä tervehti matkustajia, lentokone kiihdytti kiitoradalla ja lopulta nousi ilmaan. Lennon aikana oli muun muassa turbulenssia ja turvavöiden kiinnitystä. Tiettyjä elementtejä, kuten käyttäjän sukupuolta, säätilaa, vuorokaudenaikaa ja turbulenssia oli mahdollista muuttaa.

Botella ym. (2016) tutkivat kahden eri hoitomuodon, IVE:n ja lisätyssä todellisuudessa tapahtuneen altistuksen (ARE = augmented reality exposure) tehoa ja hoidon vastaanottoa torakka- ja hämähäkkipelkoisilla. Tutkittavat jaettiin kahteen altistusryhmään: IVE- (n=31) ja ARE-ryhmä (n=32). Tutkittavien iän keskiarvo oli 32 vuotta ja 59 heistä oli naisia, neljä miehiä. 86 %:lla tutkittavista oli spesifinen torakkapelko ja 14 %:lla spesifinen hämähäkkipelko. Hoito annettiin yhden, jopa kolmen tunnin pituisen istunnon aikana. Istunto sisälsi muun muassa pelätylle kohteelle altistamista, vahvistavaa

harjoittelua sekä kognitiivista haastamista. Pääpainona oli altistaminen, lisätylle todellisuudelle ARE-ryhmässä ja oikeille eläville torakoille tai hämähäkeille IVE-ryhmässä. Seuranta järjestettiin kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua.

Tutkimuksessa oli käytössä lisätyn todellisuuden 3D-hämähäkit ja -torakat, joiden kanssa osallistujalla oli mahdollisuus vuorovaikutukseen reaaliaikaisesti. Osallistuja näki lasien läpi oikean paikan, jossa oli ja hämähäkit tai torakat samassa paikassa. Hämähäkkien ja torakoiden liikkeet ja rakenteet olivat samankaltaisia kuin oikeiden. Hyönteisten määrää, liikkeitä, kokoa, hämähäkin tyyppiä ja hyönteisen esittämistä eri pinnoilla voitiin säädellä.

Pohdinta

Todellisuuksien sisällöt

Traumaperäisessä stressihäiriössä altistusympäristöinä käytettiin yksityiskohtaisia, mahdollisimman aidosti traumatisoinutta taisteluympäristöä kuvastavaa VR-maailmaa. Paniikkihäiriössä ympäristöt olivat arkisia julkisia paikkoja, kuten kauppakeskus, ruokakauppa, julkiset liikennevälineet, metroasema, kaupungin aukio, hissi, kahvila tai ravintola. Sosiaalisten tilanteiden pelossa käytettiin useita erilaisia ympäristöjä, joissa oli eri määrä ihmisiä. Lisäksi avatarien käyttäytymistä säädeltiin. Käyttäytyminen oli esimerkiksi ystävällistä, epäystävällistä, kriittistä tai tylsistynyttä. Nämä ympäristöt ja tilanteet olivat arkisuutensa vuoksi samalla tavalla helppoja toteuttaa kuin paniikkihäiriön ja julkisten paikkojen pelon kohdalla. Hämähäkki- ja/tai torakkapelkoa käsittelevissä tutkimuksissa altistusympäristöissä ei ollut juuri muuta kuin pelätty kohde. Lentopelkoa käsittelevässä tutkimuksessa taas oli luotu vivahteikas ympäristö, joka vastasi lentämiseen liittyviä asioita ja ympäristöjä monipuolisesti.

VR-hoitojen tutkimusasetelmat

Kaikissa traumaperäistä stressihäiriötä käsittelevissä tutkimuksissa käsiteltiin sotatraumoja. Tutkimuksen keskeyttäneitä oli vähän. Hoitoon liittyviä komplikaatioita ei raportoitu. Kahdessa tutkimuksessa iän keskiarvo oli noin 60 vuotta, joten on mahdollista, että näillä potilailla traumatisoituminen on tapahtunut vuosia sitten ja kyseessä on krooninen PTSD. Muiden kuin sotatraumojen osalta ei löytynyt tutkimustietoa VRET:n käytöstä, joten tämän tutkimuksen perusteella muiden traumojen suhteen ei voi vetää johtopäätöksiä.

Tutkimuksia, joissa tutkittiin paniikkihäiriötä ja julkisten paikkojen pelkoa oli enemmän kuin muita häiriöitä koskevia tutkimuksia. Kaikissa tutkimuksissa käytetyt VR-ympäristöt olivat hyvin samanlaisia.

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa käsittelevissä tutkimuksissa osallistujien yksilölliset tilanteet kartoitettiin ja sen perusteella valittiin sopiva altistusympäristö valmiiksi rakennetuista ympäristöistä. Terapeutti sääteli avatarien määrää ja niiden käyttäytymistä kunkin osallistujan yksilöllisen tilanteen mukaan. Kahdessa tutkimuksessa tutkittavien iän keskiarvo oli 39-40 vuotta. Sosiaalisten tilanteiden pelon keskimääräinen alkamisikä on 10-20 ikävuotta (Lönnqvist ym., 2019), joten todennäköisesti suurimmalla osalla osallistujista oli kyseessä kroonistunut sosiaalisten tilanteiden pelko.

Määritettyjen pelkojen suhteen altistusympäristöt ovat myös helppo järjestää selkeän pelon kohteen vuoksi. Erilaisia määritettyjä pelkoja on paljon. VRET:tä voisi soveltaa muihinkin kuin tässä tutkimuksessa esille tulleisiin hämähäkki- ja lentopelkoon. Sairaalassa VRET:tä voisi hyödyntää esimerkiksi neulakammossa ja ahtaan paikan kammossa, joka on ongelma esimerkiksi magneettikuvauksia tehtäessä.

Virtuaalitodellisuuttaonkäytettyahdistuneisuushäiriöiden hoidossa altistamisen ohella myös muilla tavoin, esimerkiksi käyttämällä ren-

touttavia ja ylivireydestä palauttavia ympäristöjä. Esimerkkinä Gorini ym. (2010) tutkimus, jossa tutkittiin rentouttavien VR-ympäristöjen tehoa yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa.

Useissa tutkimuksissa käytettiin osallistujille henkilökohtaisesti määritettyä pelkohierarkia-asteikkoa, jonka perusteella ympäristöä voitiin säädellä osallistujakohtaisesti vähitellen haastavammaksi. Osassa oli käytössä fysiologisia mittauksia, joita käytettiin ympäristön ärsykkeiden säätelyyn tai ahdistuneisuuden mittaamiseen.

Missään tutkimuksista ei ollut käytössä lume-VR-maailmaa. Lumevirtuaalitodellisuutta on tutkittu ainakin tupakkavieroituksessa (Culbertson ym., 2012). Jatkossa olisi mielenkiistoista selvittää, voisiko lume-VR-maailmaa hyödyntää myös ahdistuneisuushäiriötutkimuksissa ja minkälainen lume-VR-ympäristö voisi silloin olla.

VR-hoitojen toteutus käytännössä

Suurimmassa osassa tutkimuksista järjestettyjä istuntoja oli yhteensä noin kymmenen kappaletta. Suurimmassa osassa tutkimuksista ei kerrottu aikaväliä, jolla istunnot järjestettiin tai aikaa, joka käytettiin altistamiseen. Kuudessa tutkimuksessa aikaväli, jolla istunnot järjestettiin oli 10-14 viikkoa ja myös kuudessa tutkimuksista istuntoihin käytetty aika oli 60-90 minuuttia. VR-altistukseen käytetty aika mainittiin seitsemässä tutkimuksista. Kahdessa se oli 10-15 minuuttia, neljässä 20-30 minuuttia ja yhdessä 50-60 minuuttia. Altistusistuntojen lisäksi oli tyypillisesti 1-2 istuntoa, joiden aikana ei annettu hoitoa vaan ne liittyivät hoidon aloitukseen ja lopetukseen.

Virtuaalitodellisuutta tuotetaan monella erilaisella menetelmällä, kuten virtuaalilaseilla (VR-lasit), videoprojektoreiden avulla toimivalla laitteistolla, kuten CAVE Automatic Virtual Environment, ja simulaattoreilla (Oing & Prescott 2018). Laitteet vaihtelevat teknisen toteutuksensa lisäksi myös teknisten ominaisuuksiensa suhteen, joita ovat esimerkiksi näytön resoluutio, paikannuksen tarkkuus ja näkökentän laajuus.

VR-laseilla pyritään saamaan aikaan mahdollisimman immersiivinen aistikokemus, eli tietokoneen avulla luotu mahdollisimman todenmukainen näkö- ja kuulohavainto. Laite kartoittaa sensorin avulla käyttäjän pään asentoa ja sen avulla katseen suuntaa. Tämän perusteella tosiaikainen kolmiulotteinen näkymä muuttuu VR-laseissa. Tästä käyttäjälle syntyy todenmukainen vaikutelma siitä, että hän olisi toisessa ympäristössä. (Freeman ym., 2017)

Virtuaalisessa kolmiulotteisessa maailmassa käyttäjä voi osallistua toimintaan aktiivisesti käyttämällä sensorisia apuvälineitä, jotka jäljittelevät todellista vuorovaikutusta. Sensorisilla apuvälineillä tarkoitetaan esimerkiksi kuulokkeita ääniärsykettä varten ja ohjaimia, jotka mahdollistavat VR-maailmassa liikkumisen ja vuorovaikutuksen esimerkiksi esineiden tai hahmojen kanssa. (Maples-Keller, Yasinski ym., 2017) VR-ympäristöt ovat nykyteknologian kehityksen ansiosta erittäin todentuntuisia ja mukaansatempaavia, mikä voi lisätä potilaiden motivaatiota hoitoa kohtaan. Perinteinen altistusterapia on käytössä oleva hoitomuoto ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa, mutta VRET:n käyttöönotto vaihtoehtoisena tai korvaavana hoitomuotona voisi lisätä altistusterapian käyttöä ja parantaa potilaiden hoitotuloksia. VRET voisi tulevaisuudessa olla tärkeä hoitomuoto ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.

Virtuaalitodellisuuden käyttö on käytännöllisempää verrattuna perinteisiin altistusmuotoihin. IVE:hen liittyy esimerkiksi altistusympäristön järjestämiseen liittyviä käytännön ongelmia, kuten altistuspaikalle siirtyminen, sopivan altistusympärstön järjestäminen (lähes mahdotonta esim. sodan aiheuttamassa PTSD:ssä sekä hämähäkki- tai käärmepelossa) ja altisteen hallinnan puute. IE:ssä ongelmaksi voi muodostua haluttomuus palauttaa mieleen muistoja traumaattisista kokemuksista. Kaikki edellä mainitut ongelmat ovat ratkaistavissa VRET:llä. Näin ollen sen käyttöönotto palvelee myös

terapeutin työtä. Bouchard ym. (2017) tutkimuksessa virtuaalitodellisuuden käyttö todettiin terapeuteille tilastollisesti merkitsevästi käytännöllisemmäksi kuin in vivo -altistuksen käyttö.

Laitteiston hinta on viime vuosina laskenut merkittävästi. Laadukkaat kuluttajille tarjolla olevat VR-lasit maksavat noin 200-400 euroa. VR-lasien lisäksi niissä käytettävät ohjelmistot voivat nostaa kokonaishintaa merkittävästikin. Ohjelmiston VR-laseille voi hankkia itse laseilla tai vaihtoehtoisesti mobiililaitteella esimerkiksi sovelluskaupasta. Terapiakäyttöön tarkoitettuja ohjelmistoja on vain vähän kaupallisesti saatavilla, mutta niitä on kehitteillä. Kaupallisia ohjelmistoja on saatavilla määritetyistä yksittäisistä peloista ainakin hämähäkkipelkoon ja sosiaalisten tilanteiden pelon osalta esimerkiksi julkisen puhumisen harjoitteluun. Mobiililaitteella terapeutti voi seurata potilaan toimintaa VR-ympäristössä. Menetelmän kustannustehokkuutta olisi tarpeen vertailla muihin hoitomuotoihin (ks. Cieslik ym., 2020; Fodor ym., 2018).

Oman tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet

Tutkimukseen otettiin mukaan vain englanninkieliset artikkelit. Lisäksi tietokantahaussa käytettiin vain yhtä tietokantaa. Näiden seikkojen takia tutkimuksen ulkopuolelle on voinut jäädä joitakin muuten sisäänottokriteerit täyttäviä tutkimuksia, mutta tätä pyrittiin minimoimaan alkuperäistutkimusten manuaalisella haulla kirjallisuuskatsausten lähdeluetteloista. Systemaattisessa tietokantahaussa löytyi vain noin puolet mukaan otetuista tutkimuksista. Katsausten sisällysluetteloihin tehdyn manuaalisen haun ansiosta tutkimukseen saatiin mukaan huomattavasti kattavampi määrä alkuperäistutkimuksia.

Tämä on tietojemme mukaan ensimmäinen tutkimus, jossa on koottu yhteen alkuperäistutkimuksissa käytettyjen VR-ympäristöjen sisällöt. Tässä tutkimuksessa yhtenä sisäänottokriteerinä oli, että tutkimuksessa pitää olla kuvailtuna VR-hoidon sisältö. Tämä kriteeri rajasi tutkimuksen ulkopuolelle huomattavan määrän alkuperäistutkimuksia. Ulkopuolelle jäivät myös kaikki sellaiset tutkimukset, joissa VR-hoitoa ei ole verrattu muuhun ahdistuneisuushäiriön hoitoon. Tämän johdosta kaikki mukaan otetut tutkimukset olivat kontrolloituja kokeellisia tutkimuksia. Vertailuhoito sai olla myös muu VR-pohjainen hoito, kuten erilainen VRET tai VRET yhdistettynä kognitiiviseen psykoterapiaan.

Tutkimukseen otettiin mukaan kaksi alkuperäistutkimusta, jotka eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä. Näissä tutkimuksissa on kuvailtu mielenkiintoisia VR-maailmoja, jotka täydentävät kokonaiskuvaa käytössä olevista VR-maailmoista. Botella ym. (2007) tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2010 sisäänottokriteereistä poiketen ja Botella ym. (2016) tutkimuksessa käytettiin varsinaisen VR-altistuksen sijaan lisättyä todellisuutta.

Johtopäätökset

Tutkimuksissa käytettyjen VR-maailmoiden sisällöt ovat vivahteikkaita, mukaansatempaavia ja hyvin todentuntuisia. VR-sisältöjen rakentaminen on helpointa silloin, kun altistamisen kohde on selkeä. Koska VRET:n tehosta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on saatu lupaavia tuloksia, on VRET:n käyttöä perusteltua jatkaa ja tutkia lisää. Jatkossa kehitystyössä tarvitaan yhteistyötä teknisen osaamisen, psykoterapeuttien ja tutkijoiden kanssa.

Virtuaalitodellisuuden soveltaminen ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa on lisääntynyt teknologian kehittymisen myötä. Sen myötä myös siihen liittyvä tutkimustieto on lisääntynyt. VRET:n todellisuuksien sisällöistä ei kuitenkaan vielä aiemmin ole ollut tällaista koottua tietoa. Se on tarpeellista, jotta VRET:n käyttöä voidaan kehittää edelleen terapioissa ja jotta virtuaalitodellisuus voidaan ottaa paremmin käyttöön arjen terapiatyössä.

Lähteet

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (2019). Ahdistuneisuushäiriöt.

Käypä hoito. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50119.

Anderson, P.L., Price, M., Edwards, S.M., Obasaju, M.A., Schmertz, S.K., Zimand, E. & Calamaras, M.R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81(5), 751–760.

Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, E., Forget, H., Loranger, C. & Roucaut, F.X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: A three-arm randomized controlled trial. The British Journal of Psychiatry Open, 210(4), 276–283.

Botella, C., Garcia-Palacios, A., Villa, H., Banos, R.M., Quero, S. & Alcaniz, M., Riva, G. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. Clinical Psychology & Psychotherapy, 14(3), 164–175.

Botella, C., Perez-Ara, M.A., Breton-Lopez, J., Quero, S., Garcia-Palacios, A. & Banos R.M. (2016). In vivo versus augmented reality exposure in the treatment of small animal phobia: A randomized controlled trial. PLoS One, 11(2), e0148237.

Cieslik, B., Mazurek, J., Rutkowski, S., Kiper, P., Turolla, A. & Szczepanks-Gieracha, J. (2020). Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews. Complementary Therapies in Medicine, 52, 102480.

Culbertson, C.S., Shulenberger, S., De La Garza, R., Newton, T.F. & Brody, A.L. (2012). Virtual reality cue exposure therapy for treatment of tobacco dependence. Journal of Cybertherapy and Rehabilitation, 5(1), 57–64.

Fodor, L.A., Cotet, C.D., Cuijpers, P., Szamoskozi, S., David, D. & Cristea, I.A. (2018). The effectiveness of virtual reality-based interventions for symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. Scientific Reports, 8(1), 10323.

Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B. & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. Psychological Medicine, 47(14), 2393–2400.

Gamito, P., Oliveira, J., Rosa, P., Morais, D., Duarte, N., Oliveira, S. & Saraiva, T. (2010). PTSD elderly war veterans: A clinical controlled pilot study. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13(1), 43–48.

Gorini, A., Pallavicini, F., Algeri, D., Repetto, C., Gaggioli, A. & Riva, G. (2010). Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. Studies in Health Tachnology and Informatics, 8(1), 31–35.

Rinne, I., Räsänen, S., Tolonen, J., Halt, A.H. & Jääskeläinen, E. (2021). Virtuaalisen altistamisen teho ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Kognitiivinen psykoterapia.

Kampmann, I.L., Emmelkamp, P.M.G., Hartanto, D., Brinkman, WP., Zijlstra, B.J.H. & Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 77, 147–156.

Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (2019). Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim.

Malbos, E., Rapee, R.M. & Kavakli, M. (2011). Isolating the effect of virtual reality based exposure therapy for agoraphobia: A comparative trial. Studies in Health Tachnology and Informatics, 167, 45–50.

Malbos, E., Rapee, R.M. & Kavakli, M. (2013). A controlled study of agoraphobia and the independent effect of virtual reality exposure therapy. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 47(2), 160–168.

Maples-Keller, J.L., Yasinski, C., Manjin, N. & Rothbaum, B.O. (2017). Virtual reality-enhanced extinction of phobias and post-traumatic stress. Neurotherapeutics, 14(3), 554–563.

Mclay, R., Wood, D., Webb-Murphy, J., Spira, J., Wiederhold, M., Pyne, J. & Wiederhold, B. (2011). A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14(4), 223–229.

Meyerbröker, K., Morina, N., Kerkhof, G.A. & Emmelkamp, P.M.G. (2013). Virtual reality exposure therapy does not provide any additional value in agoraphobic patients: A randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 82(3), 170–176.

Mishkind, M.C., Norr, A.M., Katz, A.C. & Reger, G.M. (2017). Review of virtual reality treatment in psychiatry: Evidence versus current diffusion and use. Current Psychiatry Reports, 19(11), 80.

Oing, T. & Prescott, J. (2018). Implementations of virtual reality for anxiety-related disorders: Systematic review. JMIR Serious Games, 6(4), e10965.

Pelissolo, A., Zaoui, M., Aguayo, G., Yao, S.A., Roche, S., Ecochard, R., Gueyffier, F., Pull, C., Berthoz, A., Jouvent, R. & Cottraux, J. (2012). Virtual reality exposure therapy versus cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia: A randomized comparison study. Journal of Cybertherapy and Rehabilitation, 5(1), 35–43.

Pitti, C.T., Penate, W., Fuente, J., Bethencourt, J.M., Roca-Sanchez, M.J., Acosta, L., Villaverde, M.L. & Gracia, R. (2015). The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia. Actas Españolas de Psiquiatria, 43(4), 133–141.

Ready, D.J., Gerardi, R.J., Backscheider, A.G., Mascaro, N. & Rothbaum, B.O. (2010). Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13(1), 49–54.

Riva, G., Baños, R.M., Botella, C., Mantovani, F. & Gaggioli, A. (2016). Transforming experience: The potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change. Frontiers in Psychiatry, 30(7), 164.

Rus-Calafell, M., Gutierrez-Maldonado, J., Botella, C. & Baños, R.M. (2013). Virtual reality exposure and imaginal exposure in the treatment of fear of flying: A pilot study. Behavior Modification, 37(4), 568–590.

Shiban, Y., Schelhorn, I., Pauli, P. & Muhlberger, A. (2015). Effect of combined multiple contexts and multiple stimuli exposure in spider phobia: A randomized clinical trial in virtual reality. Behaviour Research and Therapy, 71, 45–53.

ARTIKKELI

Uusi ulottuvuus altistuksessa
- virtuaalilasien hyödyntäminen kognitiivisessa psykoterapiassa

OSKU MARJANEN

Tutkimuksessa selvitettin sosiaalisten pelkojen hoitoon tarkoitetun ja VR-tekniikkaa hyödyntävän, ennakkoon tuotetun altistusmateriaalin ja virtuaalilasien käytön hyödyntämistä kognitiivisen psykoterapian prosessissa. Tutkimukseen osallistui kolme sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivää nuorta. Nuorten kokemukset virtuaalilasien käytöstä käytiin läpi sisällön analyysillä. Tutkimuksen aineisto muodostui nauhoitetuista psykoterapiatapaamisista ja potilasmerkinnöistä. Tutkimusta varten tuotettiin yhteensä viisi kappaletta 360°-videoita tavallisista nuorten kohtaamista arjen tilanteista. Yksi kolmesta nuoresta hyötyi tarjotusta hoitointerventiosta selkeästi, kahden muun kohdalla varsinaisella hoitointerventiolla ei voida osoittaa olleen vaikutusta. Altistusmateriaalina ennakkoon tuotetut 360°-videot olivat hyödynnettävissä kaikkien nuorten hankalaksi kokemiin sosiaalisiin tilanteisiin, ja nuoret kokivat materiaalin vaikuttavina. Tärkeimpinä kehittämiskohteina nuoret toivat esille äänen ja kuvan laadun parantamisen. Nuoret toivoivat myös enemmän henkilökohtaisesti räätälöityjä sisältöjä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kuinka sosiaalisten pelkojen hoitoon tarkoitettu ja VR tekniikkaa hyödyntävä, ennakkoon tuotettu altistusmateriaali on hyödynnettävissä psykoterapiaprosessissa. Tutkimuksen toisena tarkoituksena oli selvittää, miten nuoret kokevat virtuaalilasien (myöhemmin VR-lasien) käytön altistamisessa osana kognitiivista psykoterapiaa. Tekniikka, jossa yhdistetään älypuhelin ja VR-lasit, on verrattain uutta, ja tällä tutkimuksella pyrittiin olemaan ensimmäisten joukossa selvittämässä tekniikan soveltuvuutta suomalaiseen terveydenhuoltoon. Ensimmäisiä virtuaalitodellisuuden sovellutuksia on ollut markkinoilla pitkään, View-Master vuodelta 1939 ja varsinainen nykyisten laitteiden äiti, The Sensorama vuodelta 1960, jossa oli mahdollisuus kokea tilanteeseen uppoutumisen (immersio) vaikutus useamman aistin kautta.

Kokemuksia virtuaalilasien käytöstä ei ole aikaisemmin tutkittu Suomessa osana psykoterapiaprosessia tai niistä ei löytynyt julkaisuja tutkimusta tehdessä vuosina 2017-2018. Nykyinen tekniikka ja maailmalla suoritetut tutkimukset antavat hyvän pohjan VR-lasien käytön pilotointiin osana psykoterapiaprosessia. Määrä-kohtaisista peloista päädyttiin valitsemaan sosiaalisten tilanteiden pelko, koska sen puhkeamisikä asettuu tavallisesti nuoruusikään, ja mitä aikaisemmin siihen saa hoitoa ja välineitä, sitä tehokkaammin siitä pääsee myös eroon.

Tutkija piti myös sosiaalisten tilanteiden pelkoa mielekkäämpänä kuin yksittäisten pelkojen hoitoa, josta löytyi jo paljon vastaavia tutkimuksia. Sosiaalinen pelko on nuorille myös hyvin tavallinen kehitykseen liittyvä vaihe, koska itsearvostukseen liittyvät kysymykset ovat tällöin elämässä tärkeällä sijalla, ja ne liittyvät erityisesti arjessa toistuviin ihmissuhteisiinsa (Toskala, 1997). Toskalan (1997) mukaan oireiden hallinta vie niistä kärsiessä paljon psyykkisiä voimavaroja ja ne voivat saada liian suuren roolin ihmisen tekemissä valinnoissa. Ikäryhmän valintaa ohjasi myös tutkijan työpaikka nuorisopsykiatrian poliklinikalla.

Nyt ja tulevaisuudessa teknologia tulee haastamaan tapojamme tehdä asioita terveydenhuollon sektorilla. Terveyteen liittyvä teknologia pitää sisällään niin erilaisten laitteiden kuin myös sovellusten monipuolista hyödyntämistä osana terveydenhuoltoa. Nyt jo on ennustettu, että muun muassa tekoälyä hyödyntävät kuvantamisalan ammattilaiset syrjäyttävät heidät, jotka eivät käytä työssään tekoälyn tuomaa etua.

Mitä tämä taas voisi tarkoittaa kognitiivisen psykoterapian kentällä? Meillä on paljon tekniikoita ja visualisointeja, joidenavullapyritään tuomaan esille ja muuttamaan ihmisen suhdetta kokemiinsa asioihin. Kognitiivisen psykoterapian kentällä teknologiaa ei vielä hyödynnetä kovinkaan laajasti. Asioita tehdään perinteitä kunnioittaen: yhdessä tutkien ja tarkastellen potilaiden kokemia ongelmia. Kognitiivisen psykoterapian hoito-ohjelmia on kuitenkin alettu paketoimaan erilaisiin itsehoito-oppaita mukaileviin digitaalisiin sisältöihin mm. Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelussa. Kehitys on vähintäänkin mielenkiintoista: Mihin kaikkiin terapiasovellutuksiin voisikin hyödyntää jotain uutta tekniikkaa tai haastaa vanhoja tapoja paketoimalla hoitoja uusilla tavoilla? Uusi teknologia saattaa tulevaisuudessa tarjota paljonkin uusia mahdollisuuksia toteuttaa perinteisiä kognitiivisen psykoterapian hoitoja sekä toimia osana hoitoprosessia.

Kognitiivinen psykoterapia nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa

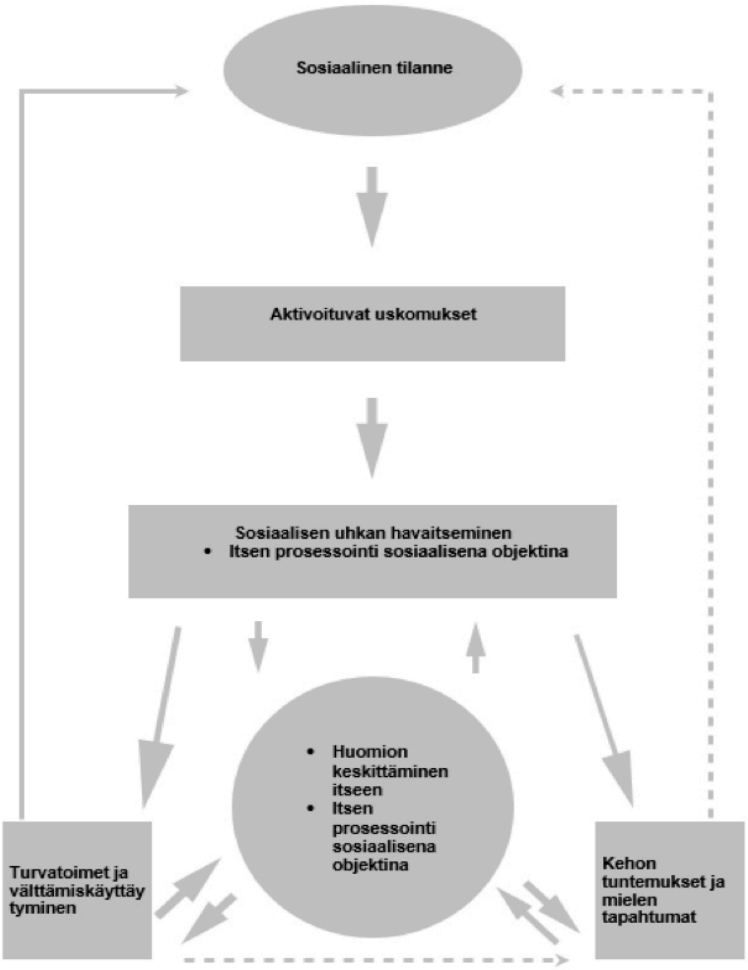
Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä pelkää tai jännittää jotakin tiettyä sosiaalista tilannetta tai suoritusta, jossa hän on tekemisissä muiden ihmisten kanssa tai altistuu toisten tarkkailun kohteeksi (Huttunen, 2015). Pelon oirekuvan ydin on, että pelätään sosiaalisissa tilanteissa käyttäydyttävän tavalla, joka muodostuu nöyryyttäväksi (Isometsä 2010). Henkilö välttelee näitä tilanteita tai kestää niitä vain voimakkaan ahdistuneisuuden vallassa ja kokee oireistaan huomattavaa henkilökohtaista kärsimystä tai toiminnan tason laskua. Häpeän tunne johtaa herkästi välttämiskäyttäytymiseen (Kajaste 2013). Sosiaalisten tilanteiden pelon hoitosuosituksessa Taiminen (1998) jakaa häiriön kahteen osaan, joita ovat yleistynyt muoto ja useimmiten esiintymispelkona ilmenevä rajoittunut muoto.

Isometsä (2010) toteaa, että eurooppalaisten tutkimusten mukaan noin 3 - 8 % väestöstä kärsii elinikänään sosiaalisten tilanteiden pelosta ja keskimääräinen sosiaalisen pelon alkamisikä asettuu 10 - 20-ikävuoden välimaastoon. Nuoruusikäisillä ilmenevät sosiaaliset pelot liitetään itsetunnon ja yksilöitymisen ongelmiin (Toskala 1997). Nuorena alkanut sosiaalisten tilanteiden pelko voi kroonistuessaan integroitua osaksi nuoren persoonallisuutta (Taiminen 1998). Jatkumolla lievästä häiriöstä vaikeampaan estynyt persoonallisuushäiriö edustaa sosiaalisten tilanteiden pelon hankalinta muotoa (Taiminen, 1998). Näistä peloista kärsivä on Toskalan (1997) mukaan siinä uskossa, että hänen tarvitsee kontrolloida itseään ja niitä vaikutelmia, joita hän antaa itsestään muille, jotta hän saa osakseen arvostusta ja muiden hyväksynnän. Näiden mielikuvien ja uskomusten hoitaminen ovat terapian keskiössä.

Lievimmissä häiriöissä hoitona suositellaan porrastettuja itsenäisesti suoritettuja harjoituksia, joissa peloista kärsivä totuttelee asteittain kohtaamaan pelkoa aiheuttavan kohteen tai

tilanteen (Huttunen, 2015). Vaikeimmissa tapauksissa pelkojen kaventaessa päivittäistä elämää suositellaan psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmää (Huttunen, 2015; Taiminen, 1998). Isometsän (2010) mukaan parasta näyttöä löytyy psykoterapeuttisten menetelmien osalta kognitiivisista ja behavioraalisista menetelmistä. Häiriön vakavuusaste määrittelee psykoterapian keston. Lievissä häiriöissä painotetaan lyhytpsykoterapeuttisia menetelmiä, kun taas hankalimmissa tapauksissa terapian kesto muodostuu pidemmäksi (Isometsä, 2010). Psykoterapian etuna katsotaan olevan tulosten pysyvyys hoidon lopettamisen jälkeen (Taiminen 1998).

Sosiaalisen pelon hoidossa keskeiseen rooliin on noussut Clarkin ja Wellsin (1995) kehittämä malli sosiaalisesta ahdistuksesta (Kuvio 1). Mallissa keskeinen teema on ihminen sosiaalisena objektina, joka käsittelee tietoa itsestään ja ympäristöstään. Keskeistä on altistaa potilasta hänen omille ajatuksilleen suhteessa pelättyyn asiaan, omille peloilleen, jolloin haastetaan uskomusta siitä, että pelätty tapahtuma voisi tapahtua tahdonalaisesti tai vahingossa (Ranta 2013). Ranta (2013) pitää myös tärkeänä, että fyysisiä oireita käydään läpi antamalla niistä tietoa, sekä testataan niitä hoidon aikana altistamisen keinoin muun muassa tekemällä oireiden tuottamiskokeita. Toskalan (1997) mukaan jännityksen aiheuttamia kehon reaktioita voivat olla muun muassa punastuminen, hikoilu, sekä äänen tai käsien vapina.



Kuvio 1. Sosiaalisen ahdistuksen kognitiivinen malli (Clark & Wells, 1995)

Ranta, Tuomisto, Kaltiala-Heino, Rantanen, ja Marttunen(2014)ovattodenneettutkimuksessaan nuorilla esiintyvän samoja Clarkin ja Wellsin (1995) mallin mukaisia haasteita sosiaalisissa tilanteissa, kuin vastaavasta häiriöstä kärsivillä aikuisilla. Tutkimuksen mukaan nuorilla esiintyi itsensä tarkkailua, itseen kohdistuvan tiedon vääristymiä, välttämiskäyttäytymistä, ahdistuksen aiheuttamia toiminnan ja tarkkaavaisuuden hankaluuksia, sekä vääristyneitä ennakkokäsityksiä sosiaalisista tilanteista. Clarkin ja Wellsin sosiaalisen ahdistuksen mallia käytettiin tässä tutkimuksessa nuoren kanssa yksilöllisen käsitteellistämisen pohjana ja altistusten suunnittelussa.

Blöte, Miers, Heyne ja Westenberg (2015) ovat meta-analyysissaan kartoittaneet koulumaailmaan sijoittuvia nuorten pelkäämiä sosiaalisia tilanteita. Meta-analyysiin valikoidut tutkimukset olivat kohtuullisen tuoreita. Nuorten raportoimat hankalimmat tilanteet olivat muun muassa esiintymistilanteet, joissa piti pitää puhe, lukea ääneen, viitata, kysyä tai vastata kysymykseen oppitunnilla, tai käydä taululla kirjoittamassa jotain (Blöte, ym. 2015). Meta-analyysin tuloksia käytettiin pohjana altistusmateriaalin suunnittelussa.

Paljon sosiaalista pelkoa tutkinut Toskala (1997) pitää työskentelyä itsearvostukseen liittyvän kriisin kanssa hoidon lähtökohtana. Ihminen on jatkuvassa kriisissä, jos hän toistuvasti rakentaa itselleen ehdottomia vaatimuksia suhteessa siihen, miten hän kuvittelee muiden häntäarvostelevan.Ongelmanuudelleenmuotoilu ja edellä mainittu työskentely sosiaalisen ahdistuksen mallin alueiden kanssa on tiivistetysti häiriön hoidossa osa kognitiivista työskentelyä (Toskala, 1997).

Virtuaalinen altistus

Virtuaalitodellisuuden hyödyntämistä terveydenhuollossa on tutkittu runsaasti. Hakusanoilla virtual reality, virtual reality therapy (VRET), expose therapy ja augmented reality löytyy CINAHL-haulla toista tuhatta artikkelia ja alkuperäistä tutkimusta. Virtuaalitodellisuutta on hyödynnetty niin leikkausten kuntoutumisprosesseissa, erilaisia kognitiivisia taitoja harjaannuttavissa prosesseissa, kuin myös mielenterveyshäiriöiden hoidossa muun muassa sotilailla (Cukor ym. 2015) ja onnettomuuden uhreilla, jotka kärsivät traumanjälkeisestä stressihäiriöstä (Difede & Hoffman, 2002), masennuksen hoidossa (Falconer ym. 2016) ja erilaisissa yksittäisten pelkojen altistushoidoissa (Morina, Ijntema, Meyerbröker & Emmelkamp, 2015). Tutkimuksissa käytetty altistusmateriaali on ollut pelimäistä tietokoneella tuotettua moniulotteista kuvaa tai videoita.

Morina ym. (2015) toteaa, että virtuaalitodellisuutta on käytetty onnistuneesti hyväksi erilaisten yksittäisten pelkojen hoidossa. Pelkoja olivat mm. korkean paikan, hämähäkin ja lentämisen pelot. Kritiikkiäkin löytyy. Välimäki, Hätönen, Lahti, Kurki, Hottinen, Metsäranta, Riihimäki, ja Adams, (2014) päätyvät tekemässään kirjallisuuskatsauksessa siihen, että hankala-asteisesta mielenterveyshäiriöstä kärsivät eivät merkittävästi hyödy virtuaalitodellisuuden hyödyntämisestä, ja toivovat laajemmin vaihtelevia tutkimusasetelmia.

Powers ja Carlbring (2016) nostavat artikkelissaan esille haasteita ahdistushäiriöiden hoitoon. Artikkelissa käsitellään hankaluutta luoda kunnollisia altistustilanteita normaalissa kahden välisessä terapiaprosessissa. Ratkaisuksi Powers ja Carlbring ehdottavat virtuaalista altistusterapiaa (VRET) hoitotulosten tehostamiseksi. Tarkempina perusteluina he painottavat, että varsinaisia altistustilanteita ei

pystytä kunnolla luomaan vastaanotolla. Erilaiset pelot tarvitsevat altistukseen mahdollisimman todellisen ympäristön, joita vastaanotolla ei saada luotua mielikuvia pidemmälle. Erityisellä mielenkiinnolla tutkijat odottavat tuloksia 360°-videoiden ja muun VR-laseilla katsottavien materiaalien hyödyntämisestä parantuneen laadun ja videoiden katseluun tarkoitettujen laitteiden tekniikoiden kehittymisen myötä.

VR-lasien käytössä on todettu esiintyvän muutamia haittavaikutuksia, kuten pahoinvointia ja käytön jälkeistä koordinaation hallinnan hankaluutta (cybersickness). Pahoinvointi on tutkimuskatsauksen (Barrett, 2004) ja pelitutkimuksen (Kayatt & Nakamura, 2015) perusteella kohtuullisen yleinen ilmiö, mutta lyhytaikainen. Herkkyys vaihtelee kuitenkin paljon, joten siitä on tarkoitus kertoa ennen VR-lasien käyttöä. Kirjallisuuden mukaan käytön jälkeiset koordinaatiovaikeudet ovat kuitenkin tavallisia pidempiaikaisessa käytössä ja tilanteissa, joissa käyttäjä ohjaa tai hallitsee liikettä. Tässä tutkimuksessa käytössä olevasta 360°-videokuvasta ei ole raportoitu niin paljon pahoinvointia, kuin pelimäisestä virtuaalitodellisuudesta.

Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kuinka sosiaalisten pelkojen hoitoon tarkoitettu ja VR tekniikkaa hyödyntävä, ennakkoon tuotettu altistusmateriaali on hyödynnettävissä terapiaprosessissa.

Tutkimuksen toisena tarkoituksena oli selvittää, miten nuoret kokevat VR-lasien käytön altistamisessa, osana kognitiivista psykoterapiaa. Hypoteesina on, että tuotettu altistusmateriaali asettaa haasteita hyödynnettävyyden osalta, koska materiaalia ei ole yksilöllisesti suunniteltu vastaamaan suoraan tiettyyn altistushierarkiaan.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Tutkimuksen aineisto koostui kolmen nuoren videoiduista tapaamisista sosiaalisten tilanteiden pelon hoidosta ja heidän hoidossa muodostuneista potilasmerkinnöistä. Kaikki tapaamiset, lukuun ottamatta ensimmäisiä tutustumiskäyntejä, videoitiin tutkimusmateriaalin kokoamista varten.

Tutkimuksessa nuorilta kerättiin kokemuksia VR-lasien käytöstä yksilöhaastatteluin osana sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoa, tarkoituksena lisätä ymmärrystä lasien käytettävyydestä osana psykoterapiaprosessia. Terveysvaikutuksia peilattiin tässä tutkimuksessa käyttökokemuksiin liittyvillä kysymyksillä aina käytön jälkeen. Nuorten kokemuksia kartoittavien haastatteluiden kysymykset/teemat olivat seuraavat:

- Miten koit virtuaalilasien käytön? Aiheuttiko virtuaalilasien käyttö sinulle huonovointisuutta tai muita oireita?
- Muuttaisitko tai lisäisitkö jotain?
- Mitä ajatuksia, fyysisiä tuntemuksia ja mielikuvia sinulle heräsi tilanteessa?
- Miten suhtautumisesi pelkoosi on muuttunut altistamisen jälkeen?
- Miten kuvaisit kokemusta virtuaalilasien käytöstä? Entä suhteessa esim. mielikuvatyöskentelyyn?
- Voisitko suositella virtuaalilasien käyttöä muille vastaavasta häiriöstä kärsiville? Kyllä/Ei, perustele?

Nuorten subjektiivista kokemusta sosiaalisesta ahdistuneisuudestaan kartoitettiin SPIN-FIN-mittarin (Davidson, 1995, suom. Ranta, 2000) avulla vertailemalla alussa ja lopussa saatuja pistemääriä toisiinsa. Rannan (2009) mukaan SPIN-FIN-mittarilla voidaan arvioida sosiaalisissa tilanteissa koettua pelkoa, välttämiskäyttäytymistä ja kehollisia oireita. SPIN-FIN- mittari on validoitu ja todettu luotettavaksi ja toimivaksi mittariksi suomalaisilla nuorilla (Ranta, 2009).

Aineistolle suoritettiin sisällönanalyysi (Kyngäs, & Vahanen, 1999), joka tapahtui useammassa osassa. Ensin aineistosta käytiin läpi sairaskertomusmerkinnät, joista poimittiin mm. mittareiden tulokset ja nuorten perustiedot. Toiseksi videoiduista tapaamisista litteroitiin kohdat, joissa nuorten kanssa peilattiin henkilökohtaista käsitteellistämistä. Nuorten kanssa käytiin läpi kokemuksia kartoittavat kysymykset aina VR-lasien käytön yhteydessä. Muutamissa kohdissa nuori kommentoi VR-lasien käyttöä spontaanisti, myös nämä kommentit sisällytettiin mukaan aineistoon. Lopulta aineisto jaettiin seuraaviin luokkiin:

1. Altistusmateriaalin osuvuus henkilökohtaiseen käsitteellistämiseen
2. Virtuaalilasien ja 360°- videoiden käyttöön liittyvät subjektiiviset kokemukset
    - Materiaalituotannon kehittämisessä huomioitavat asiat
    - Tuotetun altistusmateriaalin käytöstä nousseet asiat
    - VR-lasien ja 360°-videoiden käyttöä puoltavat seikat
    - Terveyshaittojen esiintyvyys
    - Käytössä huomioitavat seikat

Tutkimuksessa altistaminen tapahtui osana sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoa, käyttäen apuna VR-laseja ja 360°-videoita. Pyrkimys oli yhdessä potilaan kanssa tarkastella ja muuttaa sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä kognitioita (Kajaste, 2013). Kajasteen (2013) mukaan perinteisissä altistushoidoissa tärkeänä on pidetty asteittaisuutta pysyvien muutosten aikaansaamiseksi. Asteittaisuutta toteutettiin niin altistettavan asian etäisyyttä kuin tilanteen vaikuttavuutta säätelemällä. Hoidon lähtökohtana pidettiin jokaisen potilaan kanssa tehtyä yksilöllistä käsitteellistämistä Clarkin ja Wellsin mallin pohjalta. VR-laseja hyödyntämällä oli tarkoitus tuoda asteittaisuuteen yksi porras lisää ja lisätä kokemuksellista vaikuttavuutta. Hankalimmissa mielenterveyshäiriöissä porrastuksen lisääminen voi tuottaa potilaalle merkittävästi enemmän hyötyä pidemmällä aikavälillä ja nopeuttaa prosessia. Parrish, Oxhandler, Duron, Swank ja Bordnick (2015) tähdentävät, että virtuaalitodellisuus ympäristönä erilaisineen muunnelmineen tarjoaa useita mahdollisuuksia nuorille harjoitella sosiaalisia taitoja turvallisessa ympäristössä. Tutkijat nostavat esille haasteen virtuaalisen materiaalin tuottamisessa ja toivovat tästä lisää tutkimusta (Parrish, ym. 2015).

Altistusmateriaali

Alihankkija oli mukana altistusmateriaalina toimivien 360°-videoiden tuottamisessa sekä toimitti tutkimuksessa käytetyt laitteet. Virtuaalisairaala 2.0 -hanke vastasi kaikista materiaalin tuotantoon liittyvistä kustannuksista. Hanke on Suomen yliopistollisten sairaaloiden asiakaslähtöisten digitaalisten palveluiden kehittämishanke vuosina 2016-2018. VR-laseina käytettiin kuluttajille myynnissä olevaa Samsung VR Gear -laitteistoa. VR-lasien näyttönä toimi Samsungin S7 -älypuhelin. Altistusmateriaali kuvattiin Nikonin ”KeyMission 360”-kameralla.

Altistusmateriaalin tuotantoprosessi käynnistettiin loppuvuoden 2016 aikana. Altistukset rakennettiin perinteisesti yksilöllisesti määriteltyjen altistushierarkioiden mukaisesti (Kajaste, 2013). Videot suunniteltiin vastaamaan kohteena olevan ikäryhmän, 15 - 18-vuotiaiden nuorten, tavalliseen arkeen liittyviä tilanteita ja nuorten yleisimpiä hankalaksi kokemia tilanteita. Tuotetun materiaalin laadinnassa otettiin huomioon altistusmateriaalille asetetut kriteeritasteittaisuusjavaikuttavuushuomioiden. Altistusmateriaalin tarkoituksena oli aktivoida sosiaaliseen tilanteeseen liittyvä ahdistus ja olla sitä kautta vaikuttavaa. Tuotantoprosessissa huomattiin haasteita liikkuvan kuvan kanssa. Lopullisissa videoissa päädyttiin tämän takia käyttämään vähemmän liikkuvaa kuvaa kuin aikaisemmin oli tarkoitus. Liike vähensi merkittävästi videon kuvanlaatua ja provosoi tuotantoprosessissa mukana olleilla voimakkaita huonovointisuuden oireita.

Yksittäisen videon kesto oli 10 - 20 minuuttia, jotta sen läpikäyntiin jäisi aikaa 45 minuutin vastaanottoajalla. Videon pituudella haluttiin

minimoida myös pahoinvointia ja käytön jälkeisiä koordinaation hallinnan hankaluuksia (cybersickness). Perinteiseen ruudulta katsottavaan videoon tuotiin enemmän kokemuksellista sisältöä hyödyntämällä 360°-videota ja suunnittelemalla niihin sosiaalisia interaktioita. Realistisuus puolsi myös 360°-videoiden käyttöä suhteessa täysin virtuaaliseen ympäristöön. VR-lasien käytöllä yhdistettyinä 360°-videoihin tarkoitus oli tuottaa potilaille kokemus siitä, että olisivat itse läsnä varsinaisessa tilanteessa (immersio).

Altistusmateriaalina toimivat tilanteet olivat:

Ostoskeskus: vapaa liikkuminen ostoskeskuksen yleisissä tiloissa, kauppaan meno, useampia lyhyitä sosiaalisia kontakteja ulkopuolisen aloitteesta, vuorovaikutteinen asiointi kioskilla.

Bussi: tyhjempi ja täydempi bussi, matkan aikana ihmisiä tulee koko ajan enemmän

Koulu: sosiaalisia tilanteita käytävällä, kävelyä muiden ohi, luokkatilanne, opettaja pyytää vastaamaan.

Esityksen pitäminen luokassa: istumista oppitunnilla, luokkatoverin esityksen seuraaminen, kutsu luokan eteen, oma esiintymisvuoro.

Ruokailutilanne: ruoan hakeminen, pöytään meno.

Potilaat

Tutkimukseen rekrytoitiin HUS/HYKS Nuorisopsykiatrian hoitoalueelta kolme potilasta, joilla oli tutkimusjaksolla diagnoosiin yltävä tai sen piirteitä sisältävä sosiaalisten tilanteiden pelko. Ehtoina olivat, että 1) häiriöstä on selkeää haittaa nuorelle itselle, 2) nuori oli täyttänyt 15 vuotta, 3) nuori omasi psykoterapiaan tarvittavat valmiudet, 4) nuori oli äidinkieleltään suomenkielinen ja 5) nuori sitoutui kertaviikkoisiin käynteihin. Nuorilta ja heidän huoltajiltaan pyydettiin tutkimukseen osallistumiseen kirjalliset luvat. Nuoret valikoituivat tutkimukseen tutustumiskäyntien kautta, joissa nuoret tutustuivat tulevaan terapeuttiinsa ja päättivät lopullisesti vapaaehtoisesta tutkimukseen osallistumisesta.

Kaikkien nuorten (n= 5) kohdalla arviokäynnit eivät johtaneet hoitointervention aloittamiseen. Kolmen nuoren psykoterapiainterventioista kertyi yhteensä 27 (A7+B14+C6) tuntia videomateriaalia.

Kaikki potilaat olivat toisen asteen opiskelijoita, jotka olivat suorittaneet peruskoulunsa. Kaksi opiskeli ammattioppilaitoksessa (A,C) ja kolmas (B)olikeskeyttänytopintonsahankalansosiaalisen ahdistuneisuuden takia. Kaksi potilaista sitoutui käynteihin intervention alusta loppuun (A,B). Kolmannen (C) kanssa esiintyi paljon poisjääntejä ja perumatta jätettyjä tapaamisia.

Psykoterapia

Nuorille tarjotun psykoterapiakokonaisuuden tavoitteena oli tuoda helpotusta potilaiden oireiluun. Psykoterapia noudatti Clarkin ja Wellsin (1995) kognitiivista sosiaalisen ahdistuksen mallia (Kuva 1), mikä on Skocic ym. (2016) mukaan vakiinnuttanut paikkansa häiriön hoidossa. Hoitointerventiot toteutettiin vuonna 2017 tammikuun ja heinäkuun välillä. Virtuaalilasien käyttökerrat hoidon aikana määräytyivät yksilöllisesti, suhteessa hoidon tavoitteisiin ja yksilölliseen käsitteellistämiseen. Potilaiden kanssa sovittiin, että jos pahoinvointia esiintyy, lasien käyttömahdollisuudet arvioitaisiin yksilöllisesti. Hoidoissa keskeisiä asioita olivat Rantaa (2013) mukaillen:

- altistaa nuoria ajatuksilleen suhteessa pelättyyn asiaan
- tutkia miten he tarkkailevat itseään
- itseen kohdistuvan tiedon vääristymien tunnistaminen
- välttämiskäyttäytymisen tunnistaminen ja työstäminen
- ahdistuksen aiheuttaman toiminnan ja tarkkaavaisuuden hankaluuksien työstäminen
- sosiaalisten tilanteiden vääristyneiden ennakkokäsityksien tunnistaminen.

Hoitointervention kesto rajautui tutkijan työsuhteen loppumiseen heinäkuun 2017 alkuun.

Tulokset

Nuorten subjektiivista kokemusta sosiaalisesta ahdistuksesta, oireista ja välttämiskäyttäytymisestä mitattiin SPIN-FIN-mittarilla. Pisteet muuttuivat seuraavasti alussa/viimeisellä käynnillä:

- Potilas A 52/51
- Potilas B 21/10
- Potilas C 52/18

Ensimmäinen nuorista (A) ei kokenut interventiosta merkittävää hyötyä, vaan odotti paljon hoidon aikana tehdyiltä lääkemuutoksilta. Nuoren tavasta olla vuorovaikutuksessa välittyi estyneisyyttä, mikä voimistui hetkellisesti lääkemuutosten aikana ja vaikutti nuoren ja terapeutin vuorovaikutukseen.

Toinen nuorista (B) raportoi merkittävää hyötyä hoitokokonaisuudesta. Hänellä oli myös muihin nähden eniten toteutuneita käyntejä (14 kpl). Suurin muutos nuoren kohdalla tapahtui käyttäytymisessä ja reflektiivisen puheen lisääntymisenä. Vastaavaa muutosta ei ollut havaittavissa muissa nuorissa. Nuoren itsearvostus palasi ja hän voitti pelkonsa kohdata aikaisemmin häntä kiusanneet luokkatoverit omassa kotikaupungissaan. Kotoa lähteminen ei myöskään provosoinut enää nuoren aikaisemmin kokemaa pahoinvoinnin tunnetta. Hoidon aikana nuori teki myös suunnitelman kouluun palaamisesta kesälomien jälkeen.

Kolmannen (C) subjektiivinen kokemus sosiaalisesta ahdistuneisuudesta väheni SPIN-FIN-mittarilla mitattuna kahteen muuhun verrattuna eniten. Nuorella oli kuitenkin hankaluuksia sitoutua sovittuihin aikoihin niin taloudellisten kuin myös paikallisliikenteen puutteesta johtuvien seikkojen takia. Tuloksien valossa ei myöskään voida osoittaa selkeää hyötyä VR-lasien käytöstä, vaikka oiremittarin pisteet laskivat merkittävästi.

Altistusmateriaalin osuvuus henkilökohtaiseen käsitteellistämiseen

Kaikilta kolmelta nuorelta saatiin kerättyä subjektiivisia kokemuksia VR-lasien käytöstä. Nuori (A) kärsi paljon julkisten liikennevälineiden käytön yhteydessä ja asiointitilanteissa virittyvästä ahdistuksesta. Taustalla oli kokemus kavereiden kääntymisestä häntä vastaan. Kiusaaminen oli kohdistunut hänen omiin mielenkiinnon kohteisiin kuten musiikkiin, pukeutumiseen ja ulkonäköön. Bussiin noustessa pelot kiusaamisesta aktivoituivat, jos bussissa oli tuttuja: ”Nuo varmasti alkavat puhua musta paskaa” koska ”ne tuijottaa mua”. Tuntemattomat matkustajat eivät aiheuttaneet vastaavia tuntemuksia, mutta bussilla matkustamiseen liittyvää ahdistusta lisäsivät nuoren ajatukset, että on itse ”vastenmielistä seuraa”. Tulkinta ”eihän mun viereen kukaan halua istua” nousi kiusaamiskokemuksesta ja kiusaajien sisäistetyistä sanomisista: ”oot paska, kuole pois”.

Nuoren kanssa hoidon tukena käytettiin HSL:n paikallisbussissa kuvattua videota, jota katsoessa nuoressa virittäytyivät ahdistuksen tunteet ja seuraava ajatus itsestä: ”Pakko mussa on olla jotain vikaa, kun kukaan ei istu mun viereen.”. Suhteessa nuoren ajatuksiin itsestä saatiin tehtyä altistusta ja haettua vaihtoehtoisia selityksiä tuntemattoman henkilön toimintaan. Altistusmateriaalin avulla saatiin myös tarkennettua käsitteellistämistä videon katselun aikana nousseiden uusien mielikuvien ja itseen kohdistuneiden ajatusten kautta.

Nuoren (A) ahdistus liittyi myös junamatkustamiseen, josta varsinaista altistusmateriaalia ei ollut tuotettuna. Junassa ahdistusta lisäsivät ihmispaljous ja jännitys ostaa lippua konduktööriltä. Asiointia harjoiteltiin muilla materiaaleilla, mutta luontevaa tilannetta ei junamatkaa ajatellen ollut. HSL:n bussissa kuvattu materiaali ei aktivoitunut muita nuoren (A) raportoimia mielikuvia, edellä käsiteltyä

tilannetta lukuun ottamatta. Nuori nimesi syyksi tuttujen henkilöiden puuttumisen.

Nuoren (A) sosiaalinen ahdistuneisuus ja välttämiskäyttäminen oli hankalinta nuoren omassa asuinympäristössä, jossa kavereiden harjoittamaa kiusaamista oli esiintynyt. Muun muassa koululuokkaan liittyvä video lamaannutti nuoren. Esiintymistilannetta simuloiva video aiheutti klassisia esiintymistilanteeseen liittyviä ahdistuksesta ja jännityksestä kumpuavia oireita kuten sanojen hukkumista ja ”jäätymistä”. Nuori koki luokkaan liittyvän altistusmateriaalin liian todentuntuiseksi ja sitä ei toistamiseen käytetty.

Arkuus asiointitilanteissa helpottui hoidon ja altistusmateriaalin käytön aikana ja nuori (A) koki pystyvänsä rohkeammin asioimaan muun muassa Helsingin kaupoissa. Omalla asuinpaikkakunnalla tilanne pysyi nuoren kertoman mukaan entisellään. Kaupoissa kuvattu interaktiovideot tuottivat myös tarkennusta tilannekohtaiseen käsitteellistämiseen. Nuorelle (A) nousi samoja itseen liittyviä mielikuvia ja uskomuksia omasta huonommuudestaan kuin muissakin tilanteissa: ”Puhun aina hassusti”, ”Musta ei saa selvää”, ”En osaa sanoa oikeita asioita”. Näitä tilanteita päästiin harjoittelemaan luontevasti tuotetulla materiaalilla. Loppukeskustelussa nuori kuitenkin totesi, ettei kokenut merkittävästi hyötyneensä hoitointerventiosta vaan sanoitti vointinsa parantumista tehdyillä lääkemuutoksilla.

Toinen nuorista (B) kärsi sosiaalisesta ahdistuksesta vastaavan taustan takia kuin nuori (A). Peruskoulussa nuori oli kohdannut pitkään jatkuvaa kiusaamista liittyen isoon kokoonsa ja kömpelyyteensä. Nuori (B) oli sisäistänyt itselleen kiusaajien käyttämiä haukkumasanoja osaksi omakuvaansa. Nuori liikkui sosiaalisen ahdistuksensa takia lähinnä äitinsä, isäpuolensa tai isoisänsä seurassa.

Yksin liikkuminen tai uhka päätyä huomion keskipisteeksi aiheutti pahoinvoinnin tunnetta. Nuorella (B) oli alkuun hankalaa tunnistaa tilanteeseen liittyviä ajatuksia. Ajatusten tunnistaminen kehittyi tapaamisten aikana, ”En mä tiiä” ja myöhemmin ”Eihän noilla kiusaajilla mitään väliä ole”, ”Eihän ne mua oikeasti tunne”. Nuoren (B) kanssa osana altistamista käytettiin lähes kaikilla kerroilla kaupoissa kuvattua materiaalia, koska nuori koki sen hankalimpana teemana. Esiintymistilanteisiin liittyvää ahdistusta treenattiin koululuokassa kuvatulla materiaalilla. VR-laseilla katsottu materiaali edisti nuoren altistushierarkiassa etenemistä pystyvyyden tunteen lisäännyttyä. Nuori sanoitti kokemusta seuraavasti: ”Helppoahan se oli, kun käytiin silloin tilannetta niillä videoilla läpi – eihän ne myyjät juu, mitään turhia kysele”. Tuotetun materiaalin käyttö tuotti myös onnistumisen kokemuksen siitä, että pahoinvointia ei tilanteessa esiintynyt, vaikka sitä jopa VR-lasien käytön yhdessä yritettiin oireiden tuottamiskokein.

Kolmannen nuoren (C) kanssa sosiaalinen ahdistuneisuus liittyi erityisesti kouluympäristöön. Koulusta tuotettu materiaali sisälsi henkilökohtaisen altistuksen, koska nuori tunsi osan videoilla esiintyneistä henkilöistä. Nuorella aktivoitui tilanteessa voimakas tunne viallisuudesta: ”näytän hassulta”; ”mun ulkonäössä on jotain vikaa.” Ahdistusta lisäsi tuttujen henkilöiden joukossa olevat tuntemattomat nuoret. Nuori sanoitti kokemustaan voimauttavana, kun altistusmateriaalina käytettiin käytävällä kävelyä tai luokassa esiintymistä: ”kun moikkasin niitä, niin ne ei vittuillu mulle takaisin”; ”sain puhua rauhassa asiani loppuu luokan edessä”. Kokemuksesta teki merkittävän erityisesti se, että nuori pystyi eläytymään altistusmateriaaliin terapeutin rohkaisemana.

Käsitteellistämisvaiheessa nuori (C) tuotti paljon puhetta, jossa epäili miksi toiset katsovat häntä erityisellä tavalla. Epäily sosiaalisissa tilanteissa vaikutti nuoren käyttäytymiseen, suhtautuminen ja tapa olla vuorovaikutuksessa muuttui tapaamisten myötä rennommaksi. Alussa kohtaamistilanteet muun muassa ostoskeskusvideolla tuntuivat hankalilta. Videon katsomisen jälkeen käyty keskustelu viriävistä ajatuksista johti normaaliuden kokemukseen.

Altistusmateriaaleina toimineet 360°-videot herättivät nuorten käsitteellistämisvaiheessa nostamia asioita pintaan. Videoita katsellessa he tuottivat erityisiä tarkennuksia käsitteellistämisen tueksi sekä itseen liittyvistä uskomuksista: ”nuoret käytävällä nauroivat minulle – tein jotain tyhmää jolle ne nauroivat”; ”seuraan muiden nuorten reaktioita - muut tuijottavat minua”; ”ne halveksii mua – mun ulkonäössä on jotain vikaa”; ”luokkatilat on turvallisia, mutta pahimmat tilanteet on sellasia missä on tuntemattomampia henkilöitä” että tilanteen vaikutuksista käyttäytymiseen ja kognitioihin: ”en nyt oikeen osaa sanoa mitään, jähmetyin”; ”pää vain tyhjeni kun tuli mun vuoro pitää esitys, koska tuolta luokasta en tuntenut kaikkia”.

Virtuaalilasien ja 360°-videoiden käyttöön liittyvät subjektiiviset kokemukset

Seuraavat tulokset muodostuivat 27 tunnista videomateriaalia ja ne sisältävät vastauksia ohjaaviin kysymyksiin, mutta myös spontaaneita kommentteja VR-lasien ja 360°-videoiden käyttökokemuksista.

Materiaalituotannon kehittämisessä huomioitavat asiat

360°-videomateriaalin tuotannon kehittämiseksi nousseet kommentit koskivat lähinnä kuvanlaatua: ”kuvan laatua voisi parantaa, vie hieman realistisuutta pois kokemuksesta”; ”kuvan laatu vaihteli, kun oltiin liikkeellä, toivoisin parempaa kuvanlaatua” ja ääntä: ”ajoittain puheesta hankala saada selvää”; ”säikähdin kun ääni tuli niin nopeasti”. Muutamia muita esille nostettavia seikkoja: ”vääränlainen kauppa, ei tulisi ikinä käytyä”; ”jos haluis vaikuttavamman – niin mun kohdalla porukkaa vois tulla enempi, joitain tuttuja vaikka sinne”; ”bussissa pitäisi olla enemmän oman ikäistä porukkaa ja sen pitäisi olla täydempi”; ”bussissa olis pitäny ostaa, vaikka lippu tai pyytää jotain väistämään, että pääsee ulos”.

Tuotetun altistusmateriaalin käytöstä nousseet asiat

Altistusmateriaalin tavoite aktivoida hankalaksi koettua oloa saatiin täytettyä: ”ihmispaljous ahdisti, kun olin täydessä bussissa”; ”luokan edessä seisominen tuntuu kamalalta”; ”ahdisti, ihmiset tuijottaa, kattoo mua sillee pitkään, siellä on jopa muutama mun vanha luokkalainen”. Esille nousi myös välttämiskäyttäytymiseen liittyviä yllykkeitä: ”haluaisin istua mieluummin tuolla ihan takana, kun tässä luokan keskellä – tässä olisi helpompaa olla, jos olisi kaveri”. Mutta myös toivetta paremmasta: ”mä tunnistan sen, että kun tähän saa toistoja alle, että tää auttaa”.

Nuoret suhtautuivat ennakkoon tuotettuun materiaaliin realistisesti: ”noinhan vois käydä oikeesti” ja mielenkiinnolla: ”olisin halunnut tietää minne se vanhus videolla päätyi”. Nuoret toimivat myös videoiden herättämien yllykkeiden mukaan spontaanisti: ”kun moikkailin niitä käytävällä tuijottavia oppilaita niin oloa helpotti, kun sanoin jotain”. Edellä mainitusta tilanteesta päästiin itse asiaan: ”mut ei se auta siihen, että mulla on sellainen olo, että näytän tyhmältä”.

VR-lasien ja 360°-videoiden käyttöä puoltavat asiat

Nuoret tuottivat selkeitä VR-lasien ja videoiden käyttöä puoltavia seikkoja: ”lasit ja videot on hyvä ja parempi kun tavallinen video – kokemuksellisesti parempi kun ruudun tuijottaminen”; ”ihmispaljous ahdisti kun olin täydessä bussissa – olin kuitenkin turvassa”; ”auttoi miten oikeasti voisin toimia tuossa tilanteessa, mut en kyllä millään olis nyt pystynyt minnekkään kauppaan menemään”; ”joo, tällä tavalla tajuu sen tilanteen paremmin kun jos vaan koittais mielikuvissa tätä miettiä”; ”kun auttaa miettimään itse ja auttaa kyseenalaistaan mitä tässä tilanteessa nyt on niin pahaa kun altistaa itseään tilanteille näiden materiaalien kautta”; ”erityisesti ku on turvallisessa paikassa niin osaa katsoa ja suhtautua tilanteeseen eri näkökulmasta”.

Terveyshaittojen esiintyvyys

Nuoret eivät raportoineet suoraan kysyttäessä kuin kerran terveyshaitaksi luokiteltavasta tilanteesta: ”ei, en huomannut mitään (huimausta) – päätä rupesi hieman särkemään”. Muuten lasien käytöstä nuoret eivät nostaneet muita huomioita: ”en erityisemmin mitään ihmeellistä – ei erikoiselta”; ”ei vaikka liikettä oli aika paljon”; ”ei tullut mitään”; ”ei mitään, käyttänyt ennenkin”.

Käytössä huomioitavat seikat

Lasien käytössä huomioitavat seikat nuorten itse tuottamina liittyivät ääneen: ”käyttäisin mielellään kuulokkeita ensi kerralla”; ”en oikein kuullut mitä opettaja videolla sanoi”; ”vois käyttää noita mun kunnon kuulokkeita, jotta kuulee tuon äänen paremmin.”, linsseihin: ”nää linssit huurtuu, kun pidän näitä päässä” ja lasien käytettävyyteen: ”’täähän on hyvä kun näitä saa säädettyä niin ettei tarvii käyttää silmälaseja kun eihän ne mahdu tuonne”.

Laseissa oleva ohjelmisto aiheutti ajoittain myös haasteita: ”äh, mitäs mä nyt painan, ei täällä näy sitä valikkoa missään”.

Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kuinka sosiaalisten pelkojen hoitoon tarkoitettu ja VR tekniikkaa hyödyntävä, ennakkoon tuotettu altistusmateriaali on hyödynnettävissä psykoterapiaprosessissa. Toisena tarkoituksena oli selvittää, miten nuoret kokevat virtuaalilasien käytön altistamisessa osana kognitiivista psykoterapiaa. Aikaisemmin VR-laseja ja 360°-videoita ei ole hyödynnetty psykoterapiatyöhön liittyvässä suomalaisessa tutkimuksessa. Oletuksena oli, että uusi teknologia voi tarjota merkittävän uuden tavan tuottaa altistuksia osana psykoterapiaprosessia hyödyntämällä VR-laseja ja 360°-videota. Haasteena oli uuden teknologian käytön omaksuminen. Maailmalla vastaavaa tekniikkaa on sovellettu yksittäisten pelkojen hoidossa ja saatu aikaan onnistuneita hoitotuloksia. Aikaisemmissa VR-laseja hyödyntävissä tutkimuksissa altistamisessa käytetty materiaali on lähes aina ollut pelimäistä tietokoneella tuotettua materiaalia. Tulosten mukaan hyödyntämällä VR-laseja yhdistettyinä 360°-videoihin on myös mahdollisuus tuottaa vaikuttavia altistustilanteita osana psykoterapiaa. Tutkimus herätti myös paljon ajatuksia, kuinka materiaalista voisi saada vielä vaikuttavampaa ja miten VR-lasien käyttöä saisi lisättyä osana psykoterapiaa. Tutkimuksen keskeiset tulokset olivat, että nuoret kokivat 360°-videot ja VR-lasit vaikuttavina, osana sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoa. Nuoret antoivat myös VR-lasien hyödyntämiseksi selkeitä kehitysehdotuksia ja esittivät toiveita altistusmateriaalina toimineiden 360°-videoiden vaikuttavuuden parantamiseksi. Otoksen koko vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen.

VR-lasien käytön keskeisenä materiaalina toimineet 360°-videot toimivat niin käsitteellistämistä syventävänä kuin myös psykoterapiaprosessia tukevana materiaalina. Nuori (A) koki sosiaaliset tilanteet hankalina, koska ne virittivät hänelle voimakkaita huonommuuden kokemuksia itsestään ja kiusatuksi tulemisen uhkaa. Erityisen hankalaksi nuori koki tilanteet, joissa oli hänen ikäisiään tuttuja. Nuoren (A) mielen valtasivat itseään soimaavat puheet, jotka vaikeuttivat nuoren normaalia sosiaalista vuorovaikutusta. Nuori jäätyi ja hukkasi herkästi sanansa. Oireilua ylläpitivät kiusaajilta sisäistetyt puheet ja niihin liittyvät ajatukset. Nuoren (A) kokemukset altistusmateriaalista kumosivat osittain aikaisemmissa tutkimuksissa (Powers & Carlbring, 2016) esiintynyttä haastetta tuottaa vaikuttavia altistustilanteita; hänkoki luokkatilanteeseen liittyvän altistusmateriaalin jopa niin vaikuttavana, ettei sitä toistamiseen suostunut käyttämään.

Nuorella (B) taas oli voimakkaita pahoinvoinnin oireita, jotka aktivoituivat uhasta törmätä entisiin kiusaajiinsa. Nuori (B) vältteli tämän takia

kouluun lähtemistä tai asioimista oman kotikaupunkinsa kaupoissa tai liikkeissä. Nuoren (B) oireilua ylläpiti epärealistinen ajatus pahoinvoinnin vaikutuksista, jota vahvisti pelko ahdistuksen paljastumisesta kiusaajille.

Nuoren (C) kohdalla altistusmateriaali oli puolestaan erityisen henkilökohtaista. Altistusmateriaali sisälsi nuoren aikaisempia luokkatovereita, jotka olivat joko kiusanneet häntä tai olivat sen hiljaisesti sallineet. Nuoren (C) sosiaalinen ahdistuneisuus rakentui muiden katseista tehtyjen tulkintojen varaan.

Työskentely tutkimukseen osallistuneiden nuorten kanssa vahvisti käsitystäni sosiaalisten tilanteiden pelon kuulumisesta nuoruusikään (Toskala, 1997), mutta mielenkiintoista oireilusta tekee sen, ettei siitä kuitenkaan muodostu valtaosalle pysyvämpää ongelmaa, vaan prosentuaalinen osuus pysyy väestössä kohtuullisen pienenä (Isometsä, 2010). Tutkimuksen nuoret sopivat toisen asteen opiskelijoina sosiaalisten tilanteiden pelon normaaliin puhkeamisikään (Ranta, 2013).

Nuorilla esiintyi aikaisemmissa tutkimuksissa (Blöte, ym. 2015) kuvattuja hankalaksi koettuja sosiaalisia tilanteita, muun muassa ikäryhmään liittyvät vuorovaikutustilanteet ja niissä virinnyt uhka tulla arvostelluksi. Tutkimukseen osallistuneiden kolmen nuoren kanssa saatiin hyödynnettyä altistusmateriaalia suhteessa heidän käsitteellistämisiinsä. Käsitteellistämiset pitivät sisällään jokaisen nuoren kohdalla edellä mainitut keskeiset asiat. Hyödynnetyt 360°-videot määräytyivät yksilöllisesti. Nuorten kanssa käytettiin vain niitä videoita, jotka aktivoivat heidän haasteisiinsa liittyviä mielikuvia ja uskomuksia. Altistusmateriaalien käyttö tuotti täydennyksiä ja tarkennuksia nuorten käsitteellistämisiin ja auttoi hoitointerventioiden asteittaisessa edistymisessä. Etuina VR-lasien ja 360°-videoiden käytössä oli käyntiaikojen tehokas käyttö, joita rytmittivät altistukset ja uskomusten kanssa työskentely. Clarkin (2017) mukaan sosiaalisen ahdistuneisuuden hoidossa tapaamiset kestävät Iso-Britanniassa 90 minuuttia ja ruotsissa 60 minuuttia, koska terapian painotus on tehdä paljon vastaanoton ulkopuolisia altistuksia yhdessä terapeutin kanssa. Käsillä oleva tutkimus osoittaa, että VR-laseja ja 360°-videoita hyödyntämällä vastaanotolta ei ole välttämätöntä poistua potilaan kanssa. Vastaava altistamisesta saatava hyöty on siis mahdollista toteuttaa vastaanoton turvallisessa ympäristössä ja normaalin 45 minuutin mittaisen tapaamisen aikana. Joidenkin potilaiden kohdalla voisi olla perusteltua pidentää ajat täyden tunnin mittaan, mutta 90 minuutin käyntiä en näe perustelluksi.

Tuotetusta altistusmateriaalista löytyi useampiin nuorten hankalaksi kokemiin tilanteisin sopivaa materiaalia, muun muassa bussilla matkustaminen, kaupoissa asiointi ja koulussa kuvatut tilanteet. Koulussa kuvattua käytävällä liikkumista ja luokassa tapahtuvaa esiintymistilannetta hyödynnettiin kaikkien kanssa. Kaikkiin tilanteisiin kuten junalla matkustamiseen sopivaa materiaalia ei ollut.

Nuoren (C) kohdalla altistusmateriaali täytti kaikki suunnitteluvaiheessa asetetut tavoitteet: 1) nuoren hankalaksi kokema tilanne ja 2) ikäryhmälle tyypillinen arjen tilanne – joka oli vielä hyvin henkilökohtainen. 360°-videota hyödyntäen nuori (C) kohtasi altistustilanteessa kiusaajansa ”kasvokkain” ja koki tilanteen vastaanotolla hyvin merkittävänä. Tämä puoltaa tarvetta mahdollisuudelle tuottaa yksilöllistä materiaalia potilaan tarpeista lähtien. Vastaava tarve on tunnistettu altistamista käsittelevässä kirjallisuudessa (Kajaste, 2013) ja sen esiintyminen tässä tutkimuksessa oli odotettavaa.

Kahden muun nuoren kohdalla altistusmateriaali ei sisältänyt tuttuja henkilöitä. Altistusmateriaalin vaikuttavuutta tukee kuitenkin nuoren (B) hyötyminen kokonaisuudessaan psykoterapeuttisesta interventiosta selkeästi muita paremmin. Käytössä olevalla altistusmateriaalilla saatiin aikaan merkittävä muutos nuoren suhtautumisessa pahoinvoinnin uhkaan ja mahdollisuuteen päästä eroon sitä ylläpitävästä välttämiskäyttäytymisestä. Suurin muutos tapahtui nuoren käyttäytymisessä ja reflektiivisessä puheessa (Toskala 1997).

Sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoon varattu aika oli tässä tutkimuksessa kahden nuoren (SPIN-FIN alussa/viimeisellä käynnillä, A 52/51 ja C 52/18) kohdalla riittämätön, suhteutettuna häiriön vakavuusasteeseen. Toisella nuorista (A) tehtiin intervention aikana mittavia lääkemuutoksia, joten hoidon vaikutusten ei voida luotettavasti arvioida liittyvän juuri VR-lasien hyödyntämiseen osana psykoterapiaa. Nuoren (A) kohdalla ohueksi jäänyt hyöty hoitointerventiosta saattaa selittyä myös sillä, että interventiossa ei osattu tunnistaa sopivaa tasoa altistusten aloittamiselle. Nuoren (A) hankalaksi kokema altistus tilanne saattoi pitää sisällään riskin voimakkaan turvakäyttäytymisen aktivoitumisesta, kun altistushierarkiassa lähdetään liikkeelle liian korkealta. (Kajaste, 2013) Tätä ajatusta tukee nuoren (A) voimakas reaktio luokkaan liittyvään altistusmateriaaliin ja ehdottomuus olla palaamatta tähän.

Kaikilta kolmelta nuorelta saatiin kerättyä subjektiivisia kokemuksia, jotka sinällään täyttävät tutkimuksen tavoitteet kokemusten keräämisestä ja niiden hyödyntämisestä VR-lasien ja 360°-videoiden käytön kehittämisessä. Tutkimus ei pitänyt sisällään seurantaa siitä, miten hoitohyödyt pysyivät muun muassa interventiosta selkeästi hyötyneen nuoren (B) kohdalla. Nuoren (B) kanssa tunnistettiin selkeä riski välttämiskäyttäytymisen palaamisesta, koska pahoinvoinnin tunne lamaannutti nuoren aikaisemmin hyvin perusteellisesti. Nuorella oli myös voimakas kokemus siitä, että lähipiirin ihmiset eivät ymmärrä häntä. Tässä tutkimuksessa ei saatu selville nuorten tuottamia kokemuksia mielikuvan ja VR-lasien käytön eroista, koska pääsääntöisesti altistus tapahtui aina VR-laseja hyödyntäen. Mielikuvatyöskentelyä hyödynnettiin vain tutustumiskäynneillä käydyissä käsitteellistämisissä ja nuoret eivät tästä syystä osanneet vastata sitä kartoittavaan kysymykseen.

Nuorten kohdalla vahvistui Antero Toskalan (1997) näkemys siitä, että häiriön juuret juontavat oman identiteetin etsimisen kriisiin. Nuorilla tähän oli liittynyt selkeää koulukiusaamista. Alkukeskusteluissa korostui paine olla tietynlaisia. Nuoret myös peilasivat herkästi siihen, mitä muut heidän valinnoistaan ajattelevat. Ajatukset karkasivat vaikutelmiin itsestä suhteessa muihin ja näkyivät paineena toimia tietyllä odotetulla tavalla. Nuoren (A) kohdalla tämä näkyi myös VR-lasien käytön aikana, kun nuori arkaili olla vuorovaikutuksessa videolla olevan henkilön kanssa, koska ajatteli miltä se näyttää terapeutin silmissä. Tuotetuilla altistusmateriaaleilla päästiin tutkimaan oman näkökulman vaihtamisesta saatavaa hyötyä, mikä erityisesti osoitti vaikuttavuutensa nuoressa (B) tapahtuneena muutoksena. Hyöty nousi materiaalin tuttuudesta ja siitä, että materiaali oli käsikirjoitettua ja valikoitua niin, ettei se pitänyt sisällään mitään nuorta tarkoituksella nöyryyttävää tai vahingollista (Isometsä, 2010). Vastaavaa turvallisuuden tunnetta ei ole yhtä helppoa tavoittaa in vivo -altistuksissa, kun ympäristö ei ole tuttu eikä ihmisten reaktioista voida olla varmoja. Tämä hypoteesi nousi esiin nuoren (B) hoidon alussa kokeilemasta in vivo -altistuksesta ennen 360°-videoiden suurempaa hyödyntämistä. Hypoteesin vahvistaminen vaatisi kuitenkin selkeästi laajempaa otosta ja pidempiä hoitoja väitteen tutkimiseksi.

Altistusmateriaaleja on syytä tuottaa vaihtelevista tilanteista, jotta hyöty voitaisiin maksimoida. Materiaalin on syytä kohdata niin potilaan iän, sosiaalisen ympäristön kuin myös vuorovaikutustilanteiden osalta, joita potilas normaaleissa arjen tilanteissa tulisi kohtaamaan. Tuotetun altistusmateriaalin hyöty on tutkimukseen osallistuneiden nuorten näkökulmasta siinä, että toistojen kautta potilas kokee tilanteen olevan hallinnassa ja ennakoitavissa. Varmuuden hankittuaan tutkimuksessa olleet nuoret saivat onnistumisen kokemuksia omatoimisesti toteutetuissa in vivo -altistuksissa. Uskon itse, että etuna oli hankittu turvallisuuden tunne siitä, että itse pärjää, eikä vaikuta tyhmältä tai ”idiootilta” kyseessä olevassa tilanteessa.

Nuorten sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyvissä tutkimuksissa on todettu, että osallistujien värväämisessä voi ilmetä vaikeuksia. Rannan, Kaltiala-Heinosen, Rantasen ja Mart-

tusen (2009) mukaan nuoret, jotka kärsivät sosiaalisesta pelosta, eivät välttämättä ole erikoissairaanhoidon piirissä, jossa tutkimus suoritettiin. Tämä vahvistui hankaluutena löytää tutkimukseen sopivia nuoria. Lisäksi uusi tekniikka ja sen sovellukset ovat omiaan herättämään ennakkoluuloja. Nuorison suhtautuminen uuteen tekniikkaan on yleisen käsityksen mukaan avoimempaa kuin ikääntyneemmän valtaväestön. Kuitenkin nuoria, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen, oli hankala sitouttaa käymään säännöllisesti ja kertaviikkoisesti Järvenpään nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Sitoutumisen hankaluus saattaa liittyä myös sosiaalisten tilanteiden pelkoa potevien henkilöiden suhtautumisesta heille aikaisemmin tuntemattomaan tutkijaan. Muun muassa nuori (A) myönsi eräässä tapaamisessa jännittävänsä allekirjoittanutta.

Toisaalta tutkimukseen osallistuneet nuoret tiesivät osallistuvansa uuden tekniikan kokeiluun. Tämän vuoksi tämä tutkimus toteutettuna isommalla otannalla ja ajan kanssa voisi olla omiaan hälventämään VR-lasien ja 360°-videoiden käyttöön liittyviä ennakkoluuloja. Nuoret eivät tässä tutkimuksessa kokeneet muun muassa laajoissa tutkimuksissa (Barrett, 2004; Kayatt & Nakamura, 2015) esille noussutta pahoinvointia ja koordinaatiokyvyn häiriötä, tai ne saatiin estettyä videoiden pituudella ja liikkuvan kuvan käytön välttämisellä. Yhteyttä ei kuitenkaan voida kiistatta osoittaa otoksen koosta johtuen ja vaatisi tarkempia selvityksiä.

Tutkimuksessa nuoret toivat esille selkeitä altistusmateriaalin tuotannossa huomioitavia seikkoja muun muassa paremman kuvan- ja äänenlaadun. Edellä mainittuihin teknisiin kehityskohteisiin on useampia vaikuttavia seikkoja, kuten kuvaukseen käytetty kamera, tallennuksen yhteydessä käytetty mikrofoni, katsellessa käytettyjen kuulokkeiden toisto-ominaisuudet tai niiden puuttuminen. Itsessään kokemus huonosta kuvanlaadusta liittyi selkeästi näyttönä toimineen puhelimen ja käytössä olleiden VR-lasien linssien ominaisuuksiin. Vaikuttavana tekijänä oli myös videoilla esiintynyt liike, jossa kameran ominaisuudet eivät yltäneet tallentamaan kuvaa yhtä terävänä verrattuna tilanteeseen, jossa kamera olisi pysyi paikallaan. VR-lasien käytön kokemuksellista vaikuttavuutta olisi siis voinut merkittävästi parantaa laadukkaamman VR-laitteiston käytöllä. Altistusmateriaalina toimineet 360°-videot olivat tarkempia huomattavasti kalliimmilla VR-laseilla (HTC Vive), jota ei kuitenkaan ollut tässä tutkimuksessa mahdollista hyödyntää. Tutkimukseen valikoitu laitteisto oli tarkoituksella mahdollisimman lähellä kuluttajille suunnattuja laitteita, hintansa ja käytettävyytensä takia, jotta terapeuttienkin olisi mahdollisuus hankkia vastaavat laitteet vastaanotoilleen ja oppia käyttämään niitä. Videokuvan laatu osoittaa käytetyn kameran olleen tarkoitukseen riittävä. Puhelimen äänen toisto-ominaisuudet eivät riittäneet tarjoamaan itsessään yhtä vaikuttavaa kokemusta, kuin kuulokkeita apuna käytettäessä. Parhaimman vaikutelman muodostivat korvat peittävät kuulokkeet. Kuulokkeita käyttäessä nuori koki parhaiten uppoutuvansa (immersio) altistettavaan tilanteeseen ja koki ne vaikuttavina. Nuorten kokemukset tekniikasta vahvistivat aikaisempia tutkimustuloksia.

Vakavampien mielenterveyshäiriöiden hoito (Välimäki, ym. 2014) vaatisi tämänkin tutkimuksen mukaan sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivien kohdalla enemmän aikaa, mutta ei sulje pois mahdollisuutta siihen, etteikö hoito voisi olla joltain osin vaikuttavaa. Vaikuttavuutta suhteessa mielikuvatyöskentelyyn olisi hyvä tutkia laadukkaasti rakennetulla RCT tutkimuksella, jossa olisi selkeitä menetelmällisiä rajauksia ryhmien välillä. Jatkotutkimuksissa olisi hyvä myös pyrkiä tunnistamaan ja määrittelemään tarkemmin itse altistusmateriaalien vaikuttavia elementtejä. Virtuaalilasien ja 360°-videoiden hyödyntäminen on tämän tutkimuksen aikana kerättyjen kokemusten mukaan lupaava vaihtoehto in vivo -altistuksille, mutta ei korvaa niitä kokonaan. Mahdollisia seurannaishyötyjä ovat vastaanottoaikojen tehokkaampi käyttö, kun vastaanotolla aika ei kulu siirtymisiin. Vastaanoton turvallisessa ympäristössä suoritetut altistukset, joissa potilas uppoutuu

tilanteeseen, ovat omiaan saamaan aikaan vaikuttavia kokemuksia ja tuottamaan tarkennuksia käsitteellistämiseen. Uskon, että hoidon keskiössä olevien uskomusten ja vältämiskäyttäytymistä ylläpitävien rakenteiden murtaminen syvenee VR-tekniikkaa hyödyntämällä, ja lopulta vaadittavat in vivo -altistukset sujuvat paremmin.

Erityisryhmien kohdalla altistusmateraalin laadinnassa pitää ottaa huomioon kyseisen ryhmän erityistarpeet. Mielenkiintoista olisi tuottaa kohdennettua materiaalia esimerkiksi tunteiden tunnistamisen vaikeuteen. VR-laseilla olisi myös paikka lasten skeematerapiassa korvaamalla käytetyt värilinsseillä varustetut silmälasit, joilla pyritään mallintamaan moodien vaihteluita. Uuden tekniikan käyttö tuo mukanaan aina toimintatapojen muutoksia, joiden vaikutuksia pitäisi jatkotutkimuksissa arvioida erikseen, esim. miten VR-lasit vaikuttavat terapiassa tapahtuvaan vuorovaikutukseen ja tuottaako se merkittävää lisäarvoa? Tekniikan on kuitenkin tarkoitus tuoda terapiaan jotain uutta ja vaikuttavaa, mahdollisesti helpottamaan prosesseja eettiset toimintatavat huomioiden.

Lähteet

Barrett J. (2004) Side Effects of Virtual Environments: A Review of the Literature. Australian Government. Department of Defence. Command and Control Division Information Sciences Laboratory. Australia

Blöte A.W., Miers A.C., Heyne D.A. and Westenberg P.M. (2015) Social Anxiety and the School Enviroment of Adolescents. Teoksessa: Ranta K., La Greta A. M., Garcia-Lopez L.-J., Marttunen M., Toim. Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, Manifestation and Intervention Strategies (s. 151–181) Switzerland: Springer

Clark, D. M. & Wells, A. (1995), A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier Toim., Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. (pp. 69–93). New York: Guilford Press.

Clark, D. M. (2017) Koulutus: How to treat social anxiety and panic disorder effectively with Cognitive Therapy – an update 8.-9.62.017 Helsinki

Cukor J., Gerardi M., Alley S., Reist C., Roy M., Rothbaum B.O., Difede J. and Rizzo A. (2015) Virtual Reality Exposure Therapy for Combat-Related PTSD. Teoksessa: Posttraumatic Stress Disorder and Related Diseases in Combat Veterans (s. 96–83)

Difede J. & Hoffman H. (2002) Virtual Reality Exposure Therapy for World Trade Center Post-traumatic Stress Disorder: Case Report. Cyber Psychology & Behavior Volume 5. Number 6

Falconer J.C, Rovira A., King J.A., Gilbert P., Antley A., Fearon P., Ralph N., Slater M. And Brewin C.R. (2016) Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. BJPsych Open 2, 74–80. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002147

Hakanen, A. (2013) Kognitiivinen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa: Kähkönen S., Holmberg N., Karila I. (2013) toim. Kognitiivinen Psykoterapia 3.-6., uudistettu painos (s. 14–38) Helsinki: Duodecim

Huttunen M. (2015) Sosiaalisten tilanteiden pelko. Terveyskirjasto. Duodecim

Isometsä E. (2010) Sosiaalisten tilanteiden pelko. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., ja Partonen T. (toim.) Psykiatria. 5.–8. uudistettu painos (s. 246–255) Helsinki: Duodecim

Kajaste, S. (2013) Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Teoksessa: Kähkönen S., Holmberg N., Karila I.(toim.) Kognitiivinen Psykoterapia 3.-6., uudistettu painos (s.135–153) Helsinki: Duodecim

Kayatt P. & Nakamura R. (2015) Influence of a head-mounted display on user experience and performance in a virtual reality-based sports application. CLIHC '15 November 18-21, Córdoba, Argentina. Proceedings of the Latin American Conference on Human Computer Interaction. Article No. 2 doi: 10.1145/2824893.2824895

Kyngäs, Helvi & Vahanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3–12.

Morina, N., Ijntema H., Meyerbröker K. and Emmelkamp P.M.G. (2015) Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. Behavioral Research and Therapy 74: 18–21

Parrish, D.E., Oxhandler, H.K., Duron J.F., Swank, P and Bordnick P. (2015) Feasibility of Virtual Reality Environments for Adolescent Social Anxiety Disorder. Research on Social Work Practice 1-12 doi: 10.1177/1049731514568897

Ranta K., Kaltiala-Heino R., Rantanen P., and Marttunen M. (2009) Social Phobia in Finnish General Adolescent Population: Prevalence, Comorbidity, Individual and Family Correlates, and Service Use. Depression and Anxiety 0: 1–9

Ranta K. (2013) Nuorten kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa: Kähkönen S., Holmberg N., Karila I.(toim.) Kognitiivinen Psykoterapia 3.-6., uudistettu painos (s.376–394) Helsinki: Duodecim

Ranta K., Tuomisto M.T., Kaltiala-Heino R., Rantanen P., and Marttunen M. (2014) Cognition, Imagery and Coping among Adolescents with Social Anxiety and Phobia: Testing the Clark and Wells Model in the Population. Clinical Psychology and Psychotherapy 21: 252–263

Skocic S., Jackson H., Hulbert C. and Faber C. (2016) The Mantaining Factors of Social Anxiety: Three-Group Comparison of Clinical Sample with Highly Socially Anxious Students and Non-Anxious Students. Behavioral and Cognitive Psychotherapy 44: 358–396

Taiminen Tero (1998), Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito, Käypä hoito, Duodecim 114: 73–79

Välimäki, M., Hätönen H.M., Lahti, M.E., Kurki, M., Hottinen, A., Metsäranta, K., Riihimäki, T., Adams, C.E. (2014) Virtual reality for treatment compliance for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10

ARTIKKELI

Psykoterapian haittavaikutusten ottaminen puheeksi osana terapiaprosessia

ANNA-MARI NURMINEN JA TUUKKA KOLARI

Tutkimuksessa selvitettiin, miten psykoterapian haittavaikutuksista voisi olla mielekästä puhua psykoterapiaprosessin aikana ja miten psykoterapian haittavaikutusten puheeksi ottaminen vaikuttaa potilaaseen kokemuksena, suhtautumisessa terapiaan, suhtautumisessa itseen terapiassa, suhtautumisessa terapeuttiin, suhtautumisessa terapiassa käymiseen ja odotuksiin psykoterapian hyödystä. Psykoterapiapotilailta (n =10) kysyttiin sekä kirjallisesti että haastatellen heidän kokemiaan terapian haittavaikutuksia ja hyötyjä. Myöhemmin kysyttiin kokemuksia näiden asioiden puheeksi ottamisen vaikutuksista. Tulosten mukaan haittojen puheeksi ottaminen ei ollut kokemuksena kielteinen yhdellekään tutkittavista, puolet potilaista koki haittojen puheeksi ottamisen neutraalina ja puolet terapiasuhteen kannalta myönteisenä. Osa potilaista ei spontaanisti tutkimuksen aiheen kuullessaan tunnistanut kokeneensa terapiassaan haittoja, mutta kirjallisten kyselyiden perusteella kaikki tutkittavat tunnistivat haittavaikutuksia. Puheeksiottaminen siis lisäsi tietoisuutta psykoterapian haitoista ja toi terapeutin ja potilaan välisen tietoisen, jaetun käsittelyn piiriin terapiaprosessin kannalta olennaista tietoa. Tulokset rohkaisevat käyttämään haittavaikutusten puheeksi ottamista sopivasti ajoitettuna interventiona ja luontevana osana psykoterapiaprosessia.

Potilaan ja terapeutin välisen monimutkaisen vuorovaikutuksen tutkiminen asioita yksinkertaistamaan pyrkivän tieteen keinoin on psykoterapiatutkimuksen haaste. Ilmiön monitahoisuuden vuoksi vuorovaikutuksessa tapahtuvat asiat soveltuvat usein laadullisen tutkimuksen keinoin selvitettäväksi. Yksinkertaistaminen on kuitenkin ollut tarpeen, jotta psykoterapian tehoa eri mielenterveyden häiriöiden hoidossa on päästy selvittämään (Lahti & Pylkkänen, 2006). Psykoterapiatutkimus on perinteisesti keskittynyt osoittamaan psykoterapian hyötyjä (Barlow, 2010; Herzog ym. 2019). Psykoterapian onkin osoitettu olevan monissa muodoissaan pääsääntöisesti tehokasta, oireita helpottavaa hoitoa (Cuijpers ym. 2019; Wahlström, 2014; Wampold, 2001).

Psykoterapia, kuten kaikki muutkin hoidot, voi kuitenkinaiheuttaamyöshaittatapahtumia(Sailas ym. 2019). Esimerkiksi uusien oireiden ilmaantumista, sairauslomapäiviä, ei-toivottuja muutoksia elämäntilanteessa, ongelmia arjen ihmissuhteissa, ratkaisemattomia ongelmia terapiasuhteessa ja stigmatisoitumista on tutkimuksissa käsitelty mahdollisina psykoterapian haittavaikutuksina. Myös se, että potilas ei ole edistynyt terapiassa, on katsottu osassa tutkimuksista mahdolliseksi haittatapahtumaksi (Herzog ym., 2019, Schermuly-Haupt ym. 2018; Parry ym. 2016; Linden, 2013). Haittoja määriteltäessä onkin tärkeää erottaa toisistaan terapian hyödyttömyys ja haitallisuus. Potilaan voinnin heikentyminen voi johtua myös monista terapiaan liittymät-

tömistä asioista, ja lyhytkestoiset negatiiviset vaikutukset ovat yleisiä (Curran ym. 2019; Schermuly-Haupt ym., 2018).

Ladwigin, Riefin ja Nestoriucin (2014) tutkimuksen mukaan jopa 93,4 % psykoterapian läpikäyneistä potilaista tunnisti jälkikäteen tarkasteltuna kokeneensa ainakin yhden ei-toivotun tapahtuman psykoterapian aikana. Yleisimmin psykoterapian aikana ilmenneet ei-toivotut tapahtumat liittyivät ihmissuhteisiin; joko niiden muutokseen (12 %) tai pelkoon psykoterapian leimaavasta sosiaalisesta vaikutuksesta (15 %) (Ladwig ym., 2014). Vuonna 2016 julkaistussa laajassa kartoittavassa tutkimuksessa psykologista hoitoa Englannin ja Walesin alueella saaneista 15 000:sta kyselyyn vastanneesta potilaasta 5 % koki pitkäkestoisia haitta-vaikutuksia (Crawford ym. 2016). Eri arvioiden mukaan 3 - 20 % potilaista kokee psykoterapiassa haittoja (Sailas ym. 2019; Crawford ym. 2016; Schermuly-Haupt ym. 2018).

Psykoterapian haittavaikutuksista on puhuttu pitkään (Bergin,1963; Barlow, 2010; Parry ym., 2016). Aihetta koskevaan tutkimukseen perehtyessä on kuitenkin huomiota herättävää, etteivät aikeet ilmiön tutkimiseksi ole edenneet yksittäisiä pyrkimyksiä laajemmalle: vuosikymmen toisensa jälkeen tutkijat peräänkuuluttavat psykoterapian haittojen huomiointia, mutta systemaattinen tieteellinen tutkimus ja kliininen käytäntö puuttuu. Selkeitä yhtenäisiä kriteereitä haittavaikutusten arvioimiseksi ei ole (Schermuly-Haupt ym., 2018; Herzog ym., 2019).

Miksi haitoista ei puhuta?

Schermuly-Haupt ym. (2018) esittävät, että terapeuttien voi olla vaikeaa hyväksyä hoitotyön aiheuttavan myös haittaa potilaille. Tällöin haittojen tunnistaminen luonnollisesti vaikeutuu. Lambert (2015) kuvaa samankaltaista ilmiötä tutkimusasetelmassa, jossa kokeneita ja kokemattomia terapeutteja pyydettiin systemaattisesti arvioimaan terapiakäyntien vaikutusta potilaisiinsa. Potilaiden voinnin kehitystä mitattiin samanaikaisesti erilaisin mittarein. Vaikka terapeuteilla oli käytettävissään aineisto, jonka perusteella potilaan voinnin heikkeneminen olisi ollut objektiivisesti todettavissa, tieto jäi käyttämättä ja kliinikot ohittivat arvioissaan systemaattisesti potilaiden lisääntyneet oireet tai voinnin heikkenemisen. Kokeneiden ja kokemattomien terapeuttien arvioissa ei ollut odotettua eroa kokeneiden hyväksi; itse asiassa kokemattomat terapeutit onnistuivat arvioissaan lievästi kokeneita paremmin (Lambert, 2015).

Psykoterapian haittavaikutusten erottelu elämän vaikutuksista psykoterapiaan voi myös olla mutkikasta. Erilaisten satunnaisten muuttujien merkitystä voi olla vaikeaa arvioida, ja tämä vaikeus saattaa saada haittojen tutkimisen näyttäytymään kliinikolle intuitiivisesti vaivalloisena. Perinteisesti on myös ajateltu, että voinnin tilapäinen heikentyminen voi liittyä tehokkaaseen psykoterapiaan (Curran ym., 2019; Schermuly-Haupt ym., 2018). Tällöin haitta-vaikutukset voidaan nähdä terapian välttämättöminä mutta ohimenevinä sivutuotteina, jolloin motivaatio niiden tutkimiseen voi jäädä vähäiseksi. Kuitenkin on olemassa viitteitä siitä, että haittojen ja hoitovasteen välillä olisi käänteinen yhteys: Moritzin, Nestoriucin ym. (2018), sekä Moritzin, Fiekerin ym. (2015) tutkimuksissa masentuneet ja pakko-oireiset potilaat raportoivat terapian myönteisiä vaikutuksia sitä enemmän, mitä vähemmän terapian aikaisia haittoja ilmeni. Crawfordin ym. (2016) laajassa kartoittavassa tutkimuksessa havaittiin, että pysyvien haittojen kokemisen todennäköisyys kasvaa myös tilanteessa, jossa potilas ei tiedä millaista psykoterapeuttista hoitoa hän saa. Tämä havainto puoltaa potilaan informoinnin merkitystä tuloksekkaan psykoterapiaprosessin saavuttamiseksi.

Miten arvioida psykoterapian haittoja?

Koska haittojen arviointi ei ole psykoterapian vakiintuneiden käytänteiden mukaista, alan tutkijat suosittavat huomioimaan lähtökohtaisesti kaikki terapian kanssa rinnakkain esiintyvät

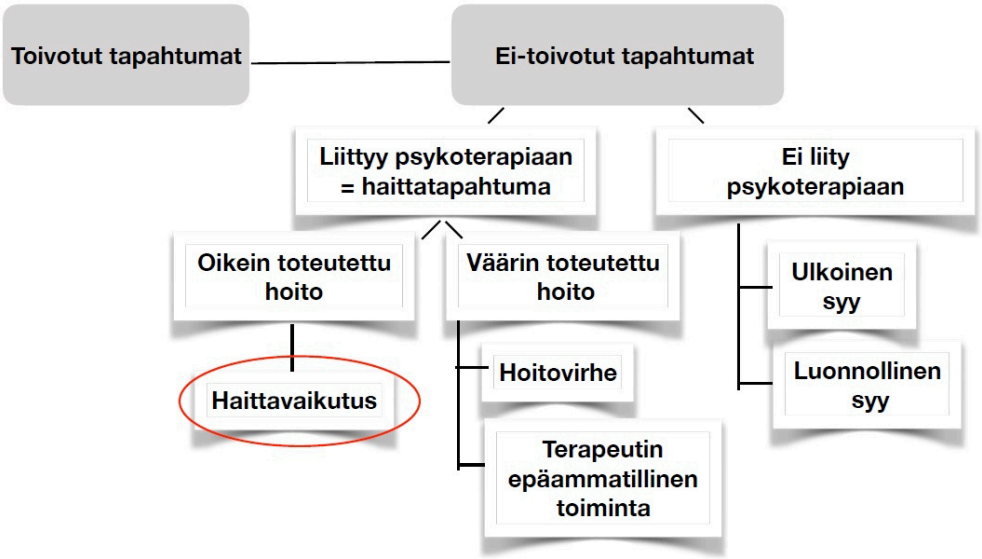
tapahtumat potentiaalisina haittatapahtumina (Herzog ym. 2019; Klatte ym. 2018; Linden, 2013). Haittoja on määritelty ja luokiteltu monin eri tavoin: mm. Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS, 1986), Unwanted Effects–Adverse Treatment Reaction checklist (UE-ATR, 2013), Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP, 2014), Side Effects of Psychotherapy Scale (SEPS, 2015), ja Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS, 2018). Erilaiset mittarit ovat kuitenkin sisällöltään hyvin heterogeenisiä. Herzogin ym. (2019) laatiman katsauksen perusteella mitkään tutkimuksissa käytetyistä mittareista eivät olleet psykoterapian haittojen luokittelun suhteen samanlaisia, eikä mikään mittari kattanut kaikkia katsauksessa esiin tulleita haittojen luokittelun osa-alueita. Schermuly-Haupt, Linden ja Rush (2018) ovat esitelleet toistaiseksi systemaattisimman tavan psykoterapian haittojen luokitteluun. Siinä luokittelu on lähtenyt alun perin lääketutkimuksen haittatapahtuma-tutkimuksesta lainatusta mallista edeten lopulta hienosyisempään erittelyyn. Herzogin ym. (2019) katsauksessa esitetty konsensus eri luokittelujen yhtenäistämiseksi pohjautuu suurimmalta osin Schermuly-Hauptin ym. (2018) edeltävästi esittämään malliin, joten vaikuttaa siltä, että alustavaa yhteneväisyyttä tieteellisen arvioinnin tavassa saattaa olla löytymässä.

Haittaluokittelussa lähdetään liikkeelle oletuksesta, että haittoja esiintyy. Kaikki terapian kanssa rinnakkain esiintyvät ei-toivotut tapahtumat ovat lähtökohtaisesti huomioitavia. Kaikki mikä tuntuu epämiellyttävältä potilaasta, terapeutista, tai merkittävistä toisista tulisi alkuun ottaa käsittelyyn mahdollisena haittavaikutuksena (Klatte ym., 2018). Vasta luokittelun toisessa vaiheessa käytetään ammatillista harkintaa sen arvioimiseen, onko haittatapahtuma terapiaan liittyvä vai ei (kuva 1). Terapiaan mahdollisesti liittyvien tapahtumien osalta luokittelu etenee edelleen tapahtuneen hoidon arviointiin: soveltumattomaan tai väärään hoitoon liittyvä haittatapahtuma luokittuu hoitovirheeksi. Sen sijaan vasta oikeanlaisesta ja oikein toteutetusta hoidosta seuraava haittatapahtuma luokittuu terapian haittavaikutukseksi.

Haittavaikutusten erottaminen hoitovirheistä ja terapeutin epäammatillisesta toiminnasta korostaa terapian haittoja ilmenevän myös hyvin ja oikein toteutetussa psykoterapeuttisessa hoidossa (Schermuly-Haupt ym., 2018).

Haittojen puheeksi ottaminen

Kuten edellä on kuvattu, psykoterapian haittatutkimus on keskittynyt pitkälti haittojen



Kuva 1. Terapian vaikutusten luokittelu. Schermuly-Hauptia ym. (2018) mukaillen.

luokitteluun, eikä siitäkään ole vielä olemassa tieteellisesti vakiintunutta konsensusta. Vielä harvemmat ovat tieteellisen tutkimuksen piirissä esitetyt perustelut sille, miten ja millä tavalla haitoista tulisi terapian kontekstissa puhua. Psykoterapian haittavaikutusten selvittämiseen kehitettyjä työkaluja on olemassa lukuisia, mutta ne eivät tarjoa juurikaan vastauksia kliinikolle. Työkalut on kehitetty pääsääntöisesti tutkimuskäyttöön, jolloin käytännön työssä jää harkittavaksi, mikä kysely valitaan tai miten haitat ylipäänsä otetaan puheeksi terapiavuorovaikutuksessa.

Mitä haittatutkimuksen piirissä suositellaan?

Osa haittavaikutusten selvittämiseen tarkoitetuista työkaluista on potilaalle annettavia lomakekyselyjä ja osa terapeutin haastattelemalla tekemiä. Usein täsmentynyt käsitys siitä, onko kysymys haittatapahtumasta vai varsinaisesta psykoterapian haittavaikutuksesta (kuva 1) saadaan vasta haastattelemalla (Herzog ym., 2019). Tutkijat kuitenkin ottavat toisaalta kantaa, että haastattelu menetelmänä saattaa vähentää raportoitujen haittojen määrää (Moriz ym., 2018). Herzogin ym. (2019) mukaan ainakaan erityisen sensitiivisten asioiden, kuten terapeutin epäammatillisen toiminnan ja hoitovirheiden tutkimista ei suositella yhdessä haittavaikutusten selvittämisen kanssa.

Tutkijoiden suositus terapian myönteisten vaikutusten kysymisestä yhdessä haittojen tutkimisen kanssa on melko yhteneväinen (Herzog ym., 2019; Moriz ym., 2018). Näin toimittaessa tavoitteena on, ettei haittojen merkitys ylikorostuisi (Moritz ym., 2018). Psykoterapeuttisissa hoidoissa tunnetaan nosebovaikutus, jossa negatiiviset oletukset (kuten ennakointi haittojen ilmenemisestä) saattavat lisätä haittavaikutusten esiintymisen todennäköisyyttä (Moriz ym., 2018; Boozin & Bailey, 2005). Psykoterapian haitoista puhuttaessa tulisikin säilyttää tasapaino toiveikkuuden ja informaation antamisen välillä (Moritz ym., 2018; Herzog ym., 2019). Tämän menettelyn toteutus saattaa vaatia terapeutilta potilaskohtaista harkintaa informoinnin tavassa, sillä osan potilaista on todettu olevan persoonallisuuden piirteiltään alttiimpia nosebolle (Herzog ym., 2019). Psykoterapiasuuntausten välillä voi olla luonnollisia eroja haittojen määrittelemisen tavassa (Herzog ym., 2019). Niinpä haittatutkimuksessa on tärkeää huomioida myös terapeutille luonteva näkökulma haittojen kysymisen tapaa valittaessa.

Terapiasuhteen näkökulma

Terapeuttinen viitekehyksemme on kognitiivisen psykoterapian, jossa tasavertainen yhteistyösuhde ja potilaan aktiivinen toimijuus ovat hoidollisia tavoitteita. Aaron Beckin käsitteellä tutkiva yhteistyö viitataan juuri tähän vuorovaikutuksessa olemisen tapaan. Tutkivan yhteistyön mahdollistuminen vaatii hyvän terapeuttisen suhteen, eli potilaan ja terapeutin välisen allianssin (Hollon & Beck, 1979). Hyvä yhteistyösuhde on havaittu yhdeksi johdonmukaisimmista ja vahvimmista ennustajista tuloksellisille psykoterapiahoidoille (Heinonen, 2015; Norcross & Wampold, 2011).

Terapeuttinen allianssi koostuu Bordinin (1979) mukaan yhteisymmärryksestä terapian tavoitteista, tavoitteita edistävistä keinoista sekä terapeutin ja asiakkaan välisestä tunnesidoksesta. On jopa esitetty, että yksi psykoterapian keskeisimmistä muutoskeinoista olisi tästä yhteistyösuhteesta neuvotteleminen (Safran ym. 2002). Psykoterapian haittojen puheeksi ottaminen suunnitellusti osana psykoterapiaprosessia voi tarjota tavan päästä käsittelemään terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen liittyviä teemoja ja tuoda esiin siihen mahdollisesti liittyviä ongelmia. Terapeutti voisi haittavaikutusten puheeksi ottamisen yhteydessä ikään kuin mallintaa mahdollisuuden jakaa turvallisesti myös kokemuksia haitoista ja negatiivisia tuntemuksia.

Potilaan hoitoon liittyvien kokemusten tutkiminen voi itsessään olla hyvin validoivaa. Linehan (2013) on todennut, että terapeuttisen vuorovaikutuksen aikana tapahtuva potilaan

kokemusten validoiminen lujittaa terapeuttista allianssia. Haitoista puhuttaessa kokemuksen validoivuuden kannalta tärkeää on dialektiikka: negatiivinen kokemus ei poissulje positiivista eikä myöskään päinvastoin (Moritz ym., 2018). Terapiasuhteen kannalta on kin tärkeää terapeutin hyväksyvä suhtautuminen potilaan kokemukseen juuri sellaisena kuin se haittojen puheeksi ottamisen yhteydessä ilmenee.

Leimanin kehittämässä psykoterapiaprosessin metamallissa terapeuttista muutosta kuvataan asiakkaan kehitystapahtumana (Leiman, 2014). Mallin perusajatus on, että alkuvaiheessa ongelmallinen kokemus on itsehavainnoinnin ulottumattomissa. Tavoitteena on ilmiön havainnoinnin mahdollistuminen ja sitten lopulta passiivisesta tarkkailuasemasta aktiiviseen toimijuuteen siirtyminen. Tällaisessa muutostapahtumassa oikea-aikainen tiedon saaminen voi tuoda terapiaan liittyviä tiedostamattomia asioita - kuten koettuja haittoja - jaettuun tietoisuuteen ja siten tietoisen käsittelyn piiriin. On näyttöä siitä, että potilaan hoidostaan saama tieto vahvistaa potilaan mahdollisuuksia aktiiviseen toimijuuteen (Levitt ym. 2016). Tietoisuus hoitoon liittyvistä realiteeteista voi myös parantaa hoidon tuloksellisuutta (Trachsel & Holthforth, 2019). Potilaan toimijuus nähdään tärkeänä hyvän terapeuttisen yhteistyösuhteen muodostumisessa (Wahlström & Seilonen, 2016).

Puheeksi ottamisen ajoitus

Haittatutkimuksen perinteinen lähestymistapa on kysyä kaikista terapian aikaisista kokemuksista hoidon päätyttyä (esim. Ladwig ym., 2014; Crawford ym., 2016). Näin toimittaessa menetetään kuitenkin mahdollisuus hyödyntää potilaan kokemuksia informaationa terapiasuhteessa. Tieteellinen tutkimus ei tarjoa paljonkaan suosituksia ajoituksesta, joskin Moritz ym. (2018) toteavat aiheelliseksi että potilaalla olisi jo jonkin verran kokemusta terapiatyöskentelystä, jotta on omakohtaisesti mahdollista tunnistaa, mistä haittojen puheeksi ottamisen yhteydessä puhutaan. Samoin haittojen ja hyötyjen tasapainon ylläpito vaatii potilaan omakohtaista kokemusta terapian hyödyllisestä, kannattelevasta vaikutuksesta. Edellä kuvattua Leimanin (2014) mallia soveltaen haittojen puheeksi ottaminen potilaan ollessa kokonaan tai lähes kokonaan objektipositiossa voisi tuottaa vaikeuksia: tällöin tavoiteltu ilmiön tarkastelu terapeuttisessa yhteistyössä voisi jäädä toteutumatta. Samoin Gilbert ja Leahy (2009) toteavat että yhteistyösuhteen täytyy olla rakentunut, jotta metakognitiivinen tarkastelu on turvallista ja mahdollista. Giovanni Liotti puolestaan erottelee terapiasuhteen aikana aktivoituvia kiintymyssuhdesysteemejä (mm. Liotti & Intreccialagli, 2003; Prunetti ym. 2008). Yhteistyöhön pyrkivä motivationaalinen systeemi on Liottin mukaan edellytys erityisesti potilaan omien kokemusten tutkimiselle ja reflektoinnille. Liottin mukaan ”kognitiivisten menetelmien soveltaminen on mahdollista vasta, kun kiintymyssuhdesysteemin aktivoituessa ilmenevät toimintamallit ja interpersoonalliset skeemat on pystytty tunnistamaan terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksessa” (Kuusinen, 2016). Näin ollen terapian haittojen puheeksi ottaminen terapeuttisena interventiona olisi myös perusteltua ajoittaa vaiheeseen, jossa tutkiva yhteistyö on aidosti mahdollista.

Tutkimuskysymykset

Tässä työssä pyrimme selvittämään, miten psykoterapian haittoja on tutkittu ja miten haittavaikutuksista ajankohtaisen tieteellisen ymmärryksen perusteella voisi olla mielekästä puhua psykoterapian kontekstissa. Tarkoituksemme on selvittää haittojen puheeksi ottamisen merkitystä. Tutkimuskysymyksemme on, miten terapian haittavaikutusten puheeksi ottaminen vaikuttaa potilaaseen a) kokemuksena b) suhtautumisessa terapiaan c) suhtautumisessa itseen terapiassa d) suhtautumisessa terapeuttiin ja e) suhtautumisessa terapiassa käymiseen f) suhteessa odotuksiin psykoterapian hyödystä. Hypoteesimme on, että haittavaikutusten aktiivinen puheeksi ottaminen ei ole haitallista ja että se voidaan toteuttaa suunnitellusti osana

psykoterapiaprosessia, pyrkimyksenä vahvistaa yhteistyösuhdetta ja potilaan toimijuutta.

Jotta pääsemme tutkimaan potilaiden kokemuksia haittavaikutusten puheeksi ottamisesta, täytyy ensin tutkia koettuja haittoja. Tämän tutkimuksen laajuus ei mahdollista kattavaa tiedonkeruuta, mutta saamme ikään kuin sivutuotteena myös havaintoja siitä, minkä verran ja millaisia haittavaikutuksia koulutuspsykoterapioiden aikana voi ilmetä. Varsinainen huomiomme on potilaiden kokemuksissa siitä, miten haittojen puheeksi ottaminen vaikuttaa heihin ja heidän odotuksiinsa terapiassa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen osallistui yhteensä 10 potilasta, jotka valittiin tutkimuksen tekijöiden koulutuspsykoterapiapotilaiden joukosta. Tutkimuksemme keskeinen aineisto muodostuu vastauksista kyselyyn (liite III), joka käsittelee kokemuksia psykoterapian haittavaikutusten puheeksi ottamisesta. Tausta-aineistona ovat vastaukset haittavaikutuksia (liite I) ja hyötyjä (liite II) koskeviin kyselyihin ja otteet litteroiduista haastatteluista.

Aluksi koulutuspsykoterapiassa olevilta potilailta tiedusteltiin halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen. Tässä vaiheessa tutkimuksen aihetta ei vielä mainittu. Pyrkimyksenä oli päästä tutkimaan potilaan kokemusta haittavaikutusten puheeksi ottamisesta tuoreeltaan. Kaikki potilaat, joilta tutkimukseen osallistumisen halukkuutta tiedusteltiin, suostuivat osallistumaan tutkimukseen ja olivat mukana koko aineistonkeruun ajan. Tutkittavaksi valikoitui heterogeeninen ryhmä eri diagnooseilla ja eri hoidon vaiheessa olevia potilaita. Ennakoivina poissulkukriteereinä olivat terapian liian varhainen vaihe tai muutoin kriittinen vaihe terapiaprosessissa.

Seuraavassa vaiheessa potilaat kuulivat tutkimuksen aiheen ja saivat tämän jälkeen täytettäväkseen haittavaikutuksia koskevan kyselyn (liite I). Potilaalta kysyttiin kyselyn täyttämisen jälkeen ajatuksia haittavaikutuksista sekä kokemuksia kyselyn täyttämisestä. Heti haittoja koskevan kyselyn jälkeen potilaat saivat täytettäväksi samoin muotoillun, terapian hyötyjä koskevan kyselyn (liite II), joka purettiin lyhyesti keskustellen samalla tavoin kuin haittakysely.

Viimeisessä vaiheessa potilaille annettiin täytettäväksi kysely (liite III), joka käsitteli kokemuksia psykoterapian haittojen puheeksi ottamisesta. Ennen viimeisen kyselyn antamista toteutui 1-3 terapiakäyntiä. Aineiston keruun tauon tarkoitus oli mahdollistaa haittavaikutuksia koskevaan kyselyyn liittyvien asioiden spontaani puheeksi ottaminen potilaan omasta aloitteesta. Lisäksi tämän menettelyn tarkoitus oli tarjota potilaalle aikaa pohtia haittakyselyssä käsiteltyjä asioita. Kyselyyn III liittyvät vastaukset ja kokemukset purettiin tätä tutkimuksen vaihetta seuranneella terapiakäynnillä.

Aineistonkeruun menetelmät

Kuten edellä on kuvattu, osa haittavaikutusten selvittämiseen tarkoitetuista työkaluista on potilaan itse täyttämiä ja osa terapeutin haastattelemalla toteuttamia. Usein käsitys siitä, onko kysymys haittatapahtumasta vai varsinaisesta psykoterapian haittavaikutuksesta (ks. kuva 1) saadaan vasta haastattelemalla (Herzog ym. 2019). Haastattelu ainoana menetelmänä saattaa kuitenkin vähentää raportoitujen haittojen määrää (Moriz ym. 2018). Tässä tutkimuksessa päädyimme toteuttamaan sekä kyselyn että haastattelun, tässä järjestyksessä. Potilaan itse täyttämässä kyselyssä pyrittiin tarjoamaan potilaalle mahdollisuus ilmaista kokemuksiaan ilman välitöntä vuorovaikutusta terapeutin kanssa vastaamisen aikana. Haastattelu taas on välttämätön osa prosessia, kun toiveissa on ymmärtää haittojen ja terapian välistä kausaalisuhdetta tai hyödyntää potilaan haittakokemusten tarkastelua terapiasuhteessa.

Herzog ym. (2019) suosittavat katsauksessaan,

että haluttaessa kattava kuva psykoterapian haitoista, niitä tulisi seuloa toistuvasti terapian eri vaiheissa. Tämä suositus ei kuitenkaan huomioi terapeuttista näkökulmaa siitä, että toistuva haitoista puhuminen voi vaikuttaa negatiivisesti psykoterapiaa koskeviin odotuksiin. Nosebovaikutuksen välttämiseksi näimme perusteltuna toteuttaa haittojen puheeksi ottaminen harkittuna ajankohtana ja vain kerran kunkin tutkimukseen osallistujan kohdalla.

Potilaat

Tutkimuksen osallistujat valikoituivat kummankin tämän työn kirjoittajan koulutuspsykoterapiapotilaista. Potilaat olivat hoidon eri vaiheissa, mitä pyrittiin käyttämään myös tutkimuksessa hyödyksi sen selvittämiseksi, miten haittavaikutusten puheeksi ottaminen sopii terapian eri vaiheisiin.

Moritzin ym. (2018) suositusten mukaisesti potilaita valittaessa kiinnitettiin huomiota siihen, että aivan terapian aloitusvaiheessa olevia potilaita ei pyydetty mukaan tutkimukseen (katso kappale 3.3 Puheeksi ottamisen ajoitus). Näin toimimalla pyrittiin varmistamaan, että tutkimukseen osallistuville tutkiva yhteistyö olisi jo edeltävästi tuttua, jolloin koettujen haittojen tarkastelu voisi varmemmin toteutua terapeuttisena yhteistyönä. Koska pidemmällä terapiassa oleville potilaille on jo ehtinyt kertyä omakohtaista kokemusta terapian hyödyistä, haittojen puheeksi ottaminen on mahdollista toteuttaa kokemuksen eri puolia huomioiden (Moritz ym., 2018). Tulkintamme mukaan tämä vähentää todennäköisyyttä haittojen puheeksi ottamisen nosebovaikutukselle. Samoin tutkimuksen ulkopuolelle suljettiin potilaat, joiden hoito oli terapeutin arvioimana kriittisessä vaiheessa siten, että tutkimuksen tekeminen olisi kohtuuttomasti kuormittanut potilasta.

Haittavaikutuksia koskeva kysely

Haittavaikutuksia koskeva kysely muodostettiin Herzogin ym. (2019) katsausartikkelin ja Schermuly-Hauptin ym. (2018) UE-ATR-kyselyä käsittelevän artikkelin perusteella. Nämä mallit ovat tätä työtä varten tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella kattavia ja edustavat tutkijayhteisössä orastavaa konsensusta haittoja koskevista kyselyistä. Herzogin ym. (2019) mukaan kattavan kyselyn tulisi selvittää ainakin terapiassa käymisen vuoksi tapahtunutta leimautumista, oireiden voimistumista tai uusien oireiden ilmaantumista, eri elämänalueilla kuten työssä, perheessä ja muissa ihmissuhteissa tapahtuneita negatiivisia muutoksia, sekä terapiasuhteen laatua mm. potilaan kokeman riippuvuuden osalta. Lisäksi Schermuly-Hauptin ym. (2018) mukaan arvioitiin myös terapiassa edistymistä. Hoitovirheitä ja terapeutin epäeettistä toimintaa ei tämän työn yhteydessä ollut perusteltua lähteä selvittämään: terapian haittavaikutusten määrittelyn mukaan (kuva 1) nämä asiat myös aihealueeltaan rajautuvat tämän työn ulkopuolelle. Hoitovirheiden ja terapeutin epäeettisen toiminnan tutkiminen luontevasti vaatisi kysyjäksi kolmannen osapuolen, koska ei ole realistista olettaa, että potilas voisi reflektoida näitä asioita oman terapeuttinsa kanssa terapiasuhdetta hyödyttävällä tavalla (Herzog ym. 2019).

Kirjallisuudessa olevat haittavaikutuskyselyt ovat moniosaisia ja laajoja. Tätä työtä varten kyselyä yksinkertaistettiin säilyttäen kuitenkin kaikki kirjallisuuden mukaan oleelliset elementit. Haittavaikutuskyselyssä (liite I) terapiassa edistymistä käsitteli väittämä ”en ole edistynyt terapiassa”. Oireita käsittelivät väittämät ”psyykkiset oireeni ovat voimistuneet terapian aikana” ja ”minulle on tullut uusia psyykkisiä oireita”. Elämäntilannetta käsiteltiin kohdissa ”olen joutunut sairauslomalle terapian aikana”, ”sosiaaliset suhteeni ovat heikentyneet terapian aikana” ja ”elämäntilanteeni on muuttunut huonommaksi terapian aikana”. Leimautumista käsitteli väittämä ”terapiassa käyminen on leimannut minua sosiaalisesti haitallisesti”. Terapiasuhdetta käsiteltiin kohdissa ”työskentely terapiasuhteessa on ollut minulle vaikeaa”, ”olen kokenut olevani liian riippuvainen terapeutista” ja ”minulla on tunne, etten pärjää yksin”.

Terapian hyötyjä käsittelevässä kyselyssä oireita ja terapiassa edistymistä käsitteli väittämä ”oireeni ovat lievittyneet”. Elämäntilannetta käsiteltiin kohdissa ”terapian myötä ihmissuhteeni ovat kohentuneet” ja ”terapian myötä koen pärjääväni elämässä paremmin”. Terapiasuhdetta käsittelivät väittämät ”terapian myötä luotan paremmin omiin kykyihini”, ”terapiassa olen oppinut ottamaan itse vastuuta”, ”pystyn luottamaan terapeuttiini” ja ”olen pystynyt sitoutumaan terapian käytäntöihin”. Leimautumista ei kysytty uudelleen, koska haittavaikutuskyselyn perusteella tästä kokemuksesta saa jo tehtyä selkeän tulkinnan. Lisäksi kysyttiin potilaan kokemusta terapiassa käymisestä kohdassa ”olen iloinen, että olen käynyt terapiassa”.

Haittoja ja hyötyjä koskevat kyselyt toteutettiin molemmat Likert-skaalaa hyödyntäen Herzogin ym. (2019) suosituksen mukaisesti. Skaalan avulla potilas voi ilmaista paitsi haittojen ja hyötyjen tunnistamisen, myös kokemuksensa voimakkuuden.

Haittavaikutuksia koskeva keskustelu ja kausaalisuhteen arviointi tutkivana yhteistyönä

Edeltävä tieteellinen tutkimus osoittaa, että on tärkeää kiinnittää huomioita hoitoa koskevan tiedon antamisen tapaan. Avoimen ja vastaanottavaisen ilmapiirin säilyttäminen on tärkeää ja puheessa haitat eivät saisi ylikorostua. Tavoitteena haitoista puhuttaessa on terapeutin myönteinen, kiinnostunut valmius yhdessä tutkimiseen. Terapeutin asennoitumista tässä vaiheessa kuvaa hyvin se, että tutkimalla yhdessä pyritään hankkimaan lisää terapiasuhdetta ja terapiatyöskentelyä mahdollisesti hyödyttävää tietoa, vaikka puhutaankin psykoterapian haittavaikutuksista. Tämä vaatii psykoterapeutilta ymmärrystä myös potilaalle ominaisista skeemoista ja reagointitavoista. Haittavaikutuksia koskeva keskustelu toteutettiin hyötyjen ja haittojen kysymisen jälkeen, jolloin potilaille mahdollistui vapaa kokemustensa kertominen. Tässä yhteydessä kartoitettiin haittavaikutuskyselyn (liite I) vastauksiin pohjautuen, mitkä potilaan kokemuksista luokittuvat psykoterapian haittavaikutuksiksi (kuva 1) ja mikä on potilaan oma subjektiivinen kokemus näistä asioista. Samalla pyrittiin selvittämään, miten potilas toivoisi näitä asioita yhteisessä työskentelyssä jatkossa huomioitavan.

Haittavaikutusten puheeksi ottamisen vaikutuksia koskeva kysely

Haittavaikutusten puheeksi ottamisen vaikutuksia koskevassa kyselyssä (liite III) kaikki kyselyn kysymykset sidottiin liittyväksi haittavaikutusten puheeksi ottamiseen otsikolla ”Kun sinulta kysyttiin psykoterapian haitoista”. Ensin kysyttiin yleistä kokemusta itse puheeksi ottamisesta. Erikseen kysyttiin kolmiportaisella asteikolla, oliko puheeksi ottaminen negatiivinen, neutraali vai positiivinen kokemus. Sitten kysyttiin potilaan suhtautumisen muutoksesta eri osa-alueisiin: terapiaan, potilaaseen itseensä terapiassa kävijänä, terapeuttiin, terapiassa olemiseen ja terapiaan tulemiseen. Viimeisenä kysyttiin, ovatko potilaan odotukset psykoterapiasta hyötymisestä muuttuneet. Kaikissa kyselyn kohdissa oli tarjolla ensin strukturoitu vastaustapa (kyllä/ei tai jana), sen jälkeen tilaa vapaasti muotoiltuun vastaamiseen. Monet vastaajista kertoivat vielä spontaanisti ajatuksiaan ja kokemuksiaan kyselyn palautuksen yhteydessä.

Tulokset

Terapian koetut haittavaikutukset

Potilaiden ensireaktiot haittojen puheeksi ottamiseen vaihtelivat. Suurin osa vastaajista lähti spontaanisti pohtimaan kokemuksiaan esimerkiksi oireiden lisääntymisestä tai yhteistyösuhteen katkoksista. Osa haastatelluista ei lähtökohtaisesti tunnistanut kokeneensa terapiassa haittavaikutuksia (n = 4).

Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat (n = 10) tunnistivat kuitenkin haittakyselyssä useita

vähintään lieviä psykoterapian haittavaikutuksia. Suurin osa vastaajista (n = 7) tunnisti yhden tai useamman kyselyssä kuvatun haitan vastaavan kokemustaan täysin tai melko paljon (likert-skaalan arvot 3-4).

Yleisimmät kyselyssä esiin tulleet haitat olivat ”työskentely terapiasuhteessa on ollut minulle vaikeaa”, joka vastasi 9/10 vastaajan kokemusta vähintään lievästi sekä ”psyykkiset oireeni ovat voimistuneet terapian aikana”, joka vastasi 7/10 vastaajan kokemusta. Taulukossa kuvataan haittavaikutuskyselyssä esitetyt väittämät ja annettujen vastausten keskiarvot koko aineistossa.

Kokemukset haittojen puheeksi ottamisesta

Potilaiden yleistä kokemusta haittojen puheeksi ottamisesta selvitettiin haittavaikutusten puheeksi ottamisen vaikutuksia koskevan kyselyn (liite III) ensimmäisillä kysymyksillä. Aineistossamme kukaan kyselyyn osallistuneista ei tuonut esiin kokemusta negatiivisesta vaikutuksesta. 5/10 vastanneista piti kokemusta haittojen kysymisestä positiivisena ja 5/10 neutraalina. Avoimeen kysymykseen tuli useita vastauksia, joissa kuvattiin aiempaa tietämättömyyttä aiheesta ja tyytyväisyyttä että asia tuli kyselyn myötä terapiassa puheeksi ja sai pohtimaan tarkemmin omaa kokemusta: ”Kyselyssä oli paljon sellaisia haittavaikutuksia mitä itsellänikin on, niin oli kiva lukea ettei ole ainut näiden asioiden kanssa.”

Haittojen puheeksi ottamisen seurauksena tapahtui muutosta suhtautumisessa terapiaan 5/10 vastaajalla. 5/10 ei kokenut muutosta suhtautumisessaan terapiaan. Muutosta kokeneilla tietoisuus lisääntyi, tuli turvallinen olo että saa puhua kaikesta, tiedon lisääntyminen auttoi puhumaan avoimemmin vaikeista asioista:”Nyt olen tietoisempi aiheesta ja pohtiessani terapiani etenemistä ja vaikutusta, myös mahdolliset haittapuolet ovat läsnä mielessäni.”

Muutosta suhteessa itseensä psykoterapiassa kävijänä koki 4/10 vastaajaa. Heidän kohdallaan koettu muutos kuvautui myönteisenä: aihe tuntui tärkeältä ja sen puheeksi ottaminen valoi uskoa siihen että vastaavia kokemuksia on muillakin. ”Jollain tapaa mulla on luontevampi olo olla terapiassa kun tietää haittavaikutusten

Taulukko 3. Koettujen haittavaikutusten keskiarvot.

Väittämä	*Keskiarvo**
En ole edistynyt terapiassa	0,6
Psyykkiset oireeni ovat voimistuneet terapian aikana	1,7
Minulle on tullut uusia psyykkisiä oireita	1,1
Olen joutunut sairauslomalle terapian aikana	1,0
Sosiaaliset suhteeni ovat heikentyneet terapian aikana	0,7
Elämäntilanteeni on muuttunut huonommaksi terapian aikana	1,1
Terapiassa käyminen on leimannut minua sosiaalisesti haitallisesti	0,3
Työskentely terapiasuhteessa on ollut minulle vaikeaa	1,9
Olen kokenut olevani liian riippuvainen terapeutista	0,7
Minulla on tunne, etten pärjää yksin	1,5

* 0 = ”ei vastaa lainkaan kokemuksiani”, 4 = ”vastaa täysin kokemuksiani”

kuuluvan terapiaprosessiin ja en ole ainut niiden asioiden kanssa."

Suhteessa terapeuttiin tapahtui muutosta 3/10 vastaajalla. Kokemuksissa tuli esiin vahvistunutta luottamusta terapeuttiin, terapiasuhteeseen ja terapian hyötyyn: "Minusta tuntui, että lähennyimme taas vähän."

Terapiassa oleminen tuntui haittojen puheeksi ottamisen jälkeen samalta kuin ennenkin 7/10 vastaajasta. Osa vastaajista toi tässä yhteydessä esiin haittojen puheeksi ottamisen valmiutensa myönteistä lisääntymistä: "Tuntuu samalta, mutta luottamus siihen, että kaikesta saa puhua, kasvoi jonkun verran".

Terapiaan tuleminen tuntui haitoista keskustelemisen jälkeen samalta kuin ennenkin 7/10 vastaajasta. Kahden vastaajan kokemuksissa luottamus kaikesta puhumiseen ja terapian herättämiin oloihin vahvistui: "Nähdäkseni se ei ole vaikuttanut muuten, kuin saanut minut tietoiseksi asiasta - - Ehkä myös helpottanut ajatusta, että tarpeen vaatiessa voin ottaa aiheen puheeksi terapeuttini kanssa."

Odotukset terapian hyödyistä eivät heikentyneet haittojen puheeksi ottamisen myötä yhdelläkään vastaajalla. "Terapian alussa minulle tuli olo, että tämä terapia toimii, joten olen tiennyt jo hyvän aikaa että minulla on hyvä terapia. Tämäkin asia otetaan esille, tätäkin mietitään. Tämä siis vahvisti oloani entisestään." / "Odotukseni ei muuttuneet mitenkään; olen hyötynyt ja uskoni että hyödyn, säilyi."

Vaikka varsinainen huomiomme oli edellä kuvatuissa haittojen puheeksi ottamisen vaikutuksissa, saimme havaintoja myös hyötyjen kokemisesta terapiaprosessin aikana. Useat tutkimukseen vastanneista toivat esiin tyytyväisyyttä saadessaan vastattavakseen haittakyselyn jälkeen myös hyötyjä kartoittavan lomakkeen. "Se ikään kuin tasapainotti kokemuksen" kuvasi yksi vastaajista. Kaikki vastaajat kokivat enemmän hyötyjä kuin haittoja.

Pohdinta

Keskeinen havaintomme on, että psykoterapian haittavaikutusten puheeksi ottaminen oli mahdollista toteuttaa onnistuneesti tässä työssä esitetyn mallin mukaisesti. Puheeksiottaminen ei ollut kokemuksena kielteinen yhdellekään tutkittavista. Puolet potilaista koki haittojen puheeksi ottamisen neutraalina (n = 5). Puolelle potilaista (n = 5) haittavaikutusten puheeksi ottaminen oli terapiasuhteen kannalta merkityksellistä. Näillä potilailla kokemus oli positiivinen ja herätti paljon keskustelua potilaan ja terapeutin välillä. Osa potilaista ei spontaanisti tutkimuksen aiheen kuullessaan tunnistanut kokeneensa terapiassa haittoja (n = 4). Kirjallisten kyselyiden perusteella kaikki tutkittavat kuitenkin tunnistivat haittavaikutuksia. Puheeksiottaminen siis lisäsi tietoisuutta psykoterapian haitoista ja toi tietoisen, jaetun käsittelyn piiriin terapiaprosessin kannalta olennaisia kokemuksia.

Käytännön kokemuksemme vahvistavat, että puheeksiottamisen ajoitusta mietittäessä on hyvä kiinnittää huomiota psykoterapian vaiheeseen. Liian varhain asiaa lähestyttäessä on vaarana, että potilas voi kokea painetta antaa oikeiksi arvelemiaan vastauksia terapeutille, jolloin aidon kokemuksen tutkiminen yhdessä estyy. Tällä perusteella varhaisessa vaiheessa olevat koulutusterapiaprosessit karsiutuivat harkitusti pois tutkittavien joukosta. Käsityksemme on tämän työn tulosten ja kirjallisuuden perusteella, että haittavaikutusten puheeksi ottaminen soveltuu erityisesti terapian työskentelyvaiheeseen, terapiasuhteen jo vakiinnuttua. Tällöin puheeksi ottaminen interventiona sijoittuu ajallisesti siten, että sen potentiaalinen hyöty terapiasuhteelle on suurin. Haittojen puheeksi ottaminen on tämän tutkimuksen perusteella mahdollista toteuttaa onnistuneesti myös terapian päätösvaiheessa, mutta tällöin hyöty terapeuttisena interventiona voi jäädä vähäisemmäksi.

Tärkeä havainto usealta eri potilaalta saadun spontaanin palautteen perusteella oli, että terapian hyötyjen kysyminen haittavaikutus-

kyselyiden yhteydessä oli huojentavaa toi keskustelun piiriin yhtä lailla tärkeää tietoa. Pelkästään haittoja kysyttäessä kokemus terapiasta painottui negatiiviseksi. Hyötyjen kysyminen näytti siis parantavan potilaan kokemusta kuulluksi tulemisesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa annettu suositus hyötyjen kysymisestä haittavaikutuskyselyn yhteydessä nosebovaikutuksen välttämiseksi sai näin vahvistusta tässä tutkimuksessa.

Tässä työssä haittojen kysyminen tehtiin sekä kirjallisesti että haastatellen. Haittojen kysyminen kirjallisesti nosti esiin asioita, joita pelkästään suullisesti kysyttäessä ei tullut esiin. Potilaan kokemusten kysyminen myös kirjallisesti, vastausvaihtoehtoja tarjoten, näyttää siis olevan hyödyllinen menettelytapa haluttaessa normalisoida myös negatiivisten kokemusten kuulumista psykoterapiaan. Kuitenkin haittavaikutusten puheeksiottamiseen on mielestämme perusteltua yhdistää myös haastattelu. Haittavaikutusten puheeksi ottamista interventiona käytettäessä saadaan tällä tavoin arviomme mukaan paras hyöty terapiaprosessin ja yhteistyösuhteen kannalta. Lisäksi haittojen kysyminen viestii terapeutin halukkuutta tutkia myös niitä yhteistyösuhteen ilmiöitä, jotka eivät välttämättä luokitu hoitaviksi.

Haittavaikutusten esiintyvyys oli tässä tutkimuksessa odotettua korkeampi (100%). Tässä työssä päähuomio ei kuitenkaan ollut terapian haittavaikutusten ilmenemisen tutkimisessa. Onkin todennäköistä, että jos käytäisiin systemaattisemmin läpi koettujen haittojen kausaalista yhteyttä psykoterapiaprosessiin, haitoiksi luokittuvien havaintojen määrä laskisi jonkin verran.

Oliko haittojen kysyminen kokemuksena positiivinen koska potilaat tiesivät osallistuvansa tutkimukseen ja ovatko tämän työn tulokset siten yleistettävissä tavanomaiseen psykoterapiatyöhön? Tutkittavat valittiin tämän tutkimusten kirjoittajien koulutuspsykoterapiapotilaiden joukosta. Sekä koulutusterapiapotilaana että tutkittavana oleminen voivat viestiä erityistä kiinnostusta potilasta ja tämän asioita kohtaan. Tämä voi virittää potilaan odotuksia työskentelystä myönteisempään suuntaan. Toisaalta tulkintamme on, että terapeutin toteuttama haitoista kysyminen on tavanomaisemmassakin psykoterapian asetelmassa todennäköisesti tasavertaistava kokemus. Haittoja kysymällä psykoterapeutti asettuu ei-tietävään asemaan tutkimaan terapiassa koettavia ilmiöitä yhdessä.

Jos psykoterapian haittoja tulevaisuudessa otettaisiin systemaattisemmin puheeksi kliinisessä työssä, päästäisiin toistamaan nyt tutkittua isommilla otoksilla. Pidemmällä aikavälillä olisi kiinnostavaa tutkia terapioita, joissa haitat otettiin puheeksi verrattuna niihin terapioihin, joissa psykoterapian haittavaikutuksista ei puhuttu. Tarkka tapaustutkimus haittojen puheeksi ottamisesta yksittäisissä psykoterapioissa toisi puolestaan lisätietoa terapeuttisen yhteistyösuhteen kannalta.

Tämän työn tulokset osoittavat, että haittavaikutusten määritelmän mukaisesti haitat voivat kuulua luontevasti tulokselliseen terapiatyöhön. Haittavaikutusten kokemisesta huolimatta potilaiden arvio terapian tuloksellisuudesta oli positiivinen. Hyötyjä koettiin poikkeuksetta olevan haittoja enemmän. Olisi uskaliasta valita koetut haitat terapian tuloksellisuuden mittariksi, koska tuolloin haittoihin liittyvän kausaalisuuden arvio olisi huomattavan isossa roolissa. Mikäli psykoterapian haittoja halutaan käyttää tuloksellisuuden arvioinnissa, olisi huomion aiheellista kohdentua puheeksi ottamisen toteutumiseen itsessään, ei koettujen haittojen määrään tai laatuun. Terapeutin toteuttamana haittojen arvioinnissa on rajoitteensa, mutta menettelynä se mahdollistaa jaetun ymmärryksen hyödyntämisen osana terapian prosessia. Ulkopuolisen kysyjän toteuttamana haitta-arviointi palvelee enemmän tiedonkeruun tarkoitusta. Tällöin arvioinnin anti voi jäädä terapiasuhteen ulottumattomiin.

Psykoterapian haittavaikutusten ilmenemisestä on ollut näyttöä pitkään. Vähän sen sijaan on

edeltävää tutkimusta siitä, miten psykoterapian haittavaikutukset tulisi ottaa puheeksi. Tekemämme tutkimus toimii linkkinä aikaisemman haittavaikutusten ilmenemiseen keskittyvän tieteellisen tutkimuksen ja kliinisen työn välillä. Nyt saadut tulokset rohkaisevat käyttämään haittavaikutusten puheeksi ottamista sopivasti ajoitettuna interventiona ja luontevana osana psykoterapiaprosessia.

Lähteet

Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. American Psychologist, 65, 13–20.

Bergin, A.E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative effects revisited. Journal of Consulting Psychology, 10, 244-250.

Boozin, R.R. & Bailey, E.T. (2005). Understanding placebo, nocebo and iatrogenic treatment effects. Journal of Clinical Psychology, 61, 871-80.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16, 252.

Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta analyses. Clinical Psychology Review, 26, 17-31.

Crawford, M. & Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J. & Parry, G. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. The British Journal of Psychiatry, 208, 260-265.

Cuijpers, P. & Karyotaki, E., Wit, L. & Ebert, D. (2019). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. Psychotherapy Research.

Curran, J., Parry, G., Hardy, G., Darling, J., Mason, A-M, & Chambers, E. (2019). How does therapy harm? A model of adverse process using task analysis in the synthesis of service users' experience. Frontiers in Psychology, 10, 347. Haettu 27.5.2020 osoitteesta https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00347

Gilbert, P. & Leahy, R. (2009). Basic issues in the therapeutic relationship. Teoksessa P. Gilbert & R. Leahy (toim.) The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies (s. 3-23). United Kingdom: Routledge.

Heinonen, E. (2015). Psykoterapeuttien yksilölliset ominaisuudet, yhteistyösuhde ja psykoterapian tuloksellisuus. Psykoterapia, 34, 207-218

Herzog, P., Lauff, S., Rief., W. & Brakemeier EL. (2019). Assessing the unwanted: A systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. Brain and Behaviour, e01447, haettu 27.5.2020 osoitteesta https://doi.org/10.1002/brb3.1447

Hollon, S.D., & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. Teoksessa P.C. Kendall & S. D. Hollon (toim.) Cognitive-Behavioral Interventions (s. 153-203). New York: Academic Press.

Klatte R., Strauss B., Flückiger C. & Rosendahl J. (2018). Adverse effects of psychotherapy: Protocol for a systematic review and meta-analysis, Systematic Reviews, 7, 135. Haettu 27.5.2020 osoitteesta https://doi.org/10.1186/s13643-018-0802-x

Kuusinen K.-L. (2016). Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa Kähkönen S., Karila I. & Holmberg N. (toim.), Kognitiivinen psykoterapia (s. 45). Helsinki: Duodecim.

Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risken und Nebenvirkungen hat Psychotherapie? - Entwiklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie, Verhaltenstherapie, 24, 252-263.

Lahti, I. & Pylkkänen, K. (2006). Psykoterapia ja näyttöön perustuva lääketiede - mielen vuorovaikutuksellinen tieteen teoria. Suomen Lääkärilehti, 61,1221-7.

Lambert M.J. (2015). Outcome Research: Methods for improving outcome in routine care. Teoksessa Gelo O., Pritz A. & Rieken B. (toim.), Psychotherapy Research: Foundation, Process and Outcome (s. 593-610) Vienna: Springer.

Leiman, M. (2014). Psykoterapioiden yhteinen perusprosessi. Teoksessa Eronen, S., Lahti-Nuuttila, P., Wahlström, J., Kuusinen, K. & Wahlberg, K. Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. Edita.

Levitt, H., Pomerville, A., & Surace, F. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. Psychological Bulletin, 142, 801–830.

Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. Clinical Psychology and Psychotherapy, 20, 286-96.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.

Liotti, G., & Intreccialagli, B. (2003). Disorganized attachment, motivational systems and metacognitive monitoring in the treatment of a patient with borderline syndrome. Teoksessa M. Cortina & M. Marrone (toim.), Attachment theory and the psychoanalytic process (p. 356–381). United Kingdom: Whurr.

Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, JP., Jelinek, L. & Peth, J. (2018). It can't hurt right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 26, 557-586.

Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., Gallinat, J. & Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive–compulsive disorder and its relationship to treatment gains. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 5, 61-66.

Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. Psychotherapy, 48, 98–102.

Parry, G., Crawford, M. & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies – time to move on. British Journal of Psychiatry, 208, 210-212.

Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F. & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. Psychotherapy Research, 18, 28-36

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures Teoksessa J. C. Norcross (toim.), Psychotherapy Relationships that Work. New York: Oxford University.

Sailas, E., Heimola, M., & Stenberg, J-H. (2019). Psykoterapian haitat - ei vain ruusutarhaa. Duodecim, 135, 1377-1384.

Schermuly-Haupt, M-L., Linden, M. & Rush, A.J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. Cognitive Therapy and Research, 42, 219-229.

Stiles W. B., Morrison L. A., Haw S. K., Harper H., Shapiro D. A. & Firth-Cozens J (1991) Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy, Psychotherapy, 28, 195-206.

Trachsel M. & Holthforth M. (2019). How to streghten patients´ meaning reponse by an ethical informed consent in psychotherapy. Frontiers in Psychology, 12,1747

Wahlström, J. (2014). Psykoterapian tulos ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Eronen S., Lahti-Nuuttila P. (toim.), Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita (s. 35-70). Porvoo: Edita.

Wahlström, J., & Seilonen, M.-L. (2016). Displaying agency problems at the outset of psychotherapy. European Journal of Psychotherapy & Counselling, 18, 333-348. Haettu 27.5.2020 osoitteesta https://doi.org/10.1080/13642537.2016.1260616

Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Liitteet

Liite 1

Kysely I - Terapian mahdolliset haittavaikutukset

Seuraavassa luetellaan terapian mahdollisia haittavaikutuksia, joita psykoterapiatutkimuksissa on edeltävästi havaittu. Saattaa olla, että tunnistat joitakin jotka vastaavat myös sinun kokemustasi. Vastaavasti toiset saattaavat tuntua sinulle kokemuksina vierailta. Se, tunnistatko haittoja paljon, vähän, tai ei ollenkaan ei kerro terapiasi hyödyllisyydestä tai tyytyväisyydestäsi terapiaan. Voit siis vapaasti kuvata millaisina mainitut haitat näyttäytyvät sinun kokemuksissasi. **Jos mainittu asia ei vastaa lainkaan kokemustasi, merkitse 0. Merkintä 4 puolestaan tarkoittaa, että mainittu kokemus vastaa täysin sinun kokemustasi.** Sinun ei tarvitse vastatessasi tietää tarkkaan tai kriittisesti arvioida onko kyseessä sinun kohdallasi juuri terapiasta aiheutunut vaikutus. Spontaani tunne on paras mittari, jonka perusteella kannattaa vastata. Asioihin voidaan palata yhdessä terapiakäynnillä.

En ole edistynyt terapiassa	0	1	2	3	4
Psyykkiset oireeni ovat voimistuneet terapian aikana	0	1	2	3	4
Minulle on tullut uusia psyykkisiä oireita	0	1	2	3	4
Olen joutunut sairauslomalle terapian aikana	0	1	2	3	4
Sosiaaliset suhteeni ovat heikentyneet terapian aikana	0	1	2	3	4
Elämäntilanteeni on muuttunut huonommaksi terapian aikana	0	1	2	3	4
Terapiassa käyminen on leimannut minua sosiaalisesti haitallisesti	0	1	2	3	4
Työskentely terapiasuhteessa on ollut minulle vaikeaa	0	1	2	3	4
Olen kokenut olevani liian riippuvainen terapeutista	0	1	2	3	4
Minulla on tunne, etten pärjää yksin	0	1	2	3	4

Liite 2

Kysely II - Terapian mahdolliset hyödyt

Seuraavassa luetellaan terapian mahdollisia hyötyjä. Samoin kuin edellisessä kyselyssä, voit vapaasti kuvata millaisina mainitut hyödyt näyttäytyvät sinun kokemuksissasi. **Jos mainittu asia ei vastaa lainkaan kokemustasi, merkitse 0. Merkintä 4 puolestaan tarkoittaa, että mainittu kokemus vastaa täysin sinun kokemustasi**. Sinun ei tarvitse vastatessasi tietää tarkkaan tai kriittisesti arvioida onko kyseessä sinun kohdallasi juuri terapiasta aiheutunut vaikutus. Spontaani tunne on paras mittari, jonka perusteella kannattaa vastata. Asioihin voidaan palata yhdessä terapiakäynnillä.

Oireeni ovat lievittyneet	0	1	2	3	4
Terapian myötä luotan paremmin omiin kykyihini	0	1	2	3	4
Terapiassa olen oppinut ottamaan itse vastuuta	0	1	2	3	4
Terapian myötä ihmissuhteeni ovat kohentuneet	0	1	2	3	4
Terapian myötä koen pärjääväni elämässä paremmin	0	1	2	3	4
Pystyn luottamaan terapeuttiini	0	1	2	3	4
Olen pystynyt sitoutumaan terapian käytäntöihin	0	1	2	3	4
Olen Iloinen siitä, että olen käynyt terapiassa	0	1	2	3	4

Liite 3

Kysely III

Kun sinulta kysyttiin psykoterapian haitoista

- Mitä se sinussa herätti? Voit kuvata ajatuksiasi ja kokemuksiasi vapaasti alle

_____

_____

_____

- Haitoista puhuminen oli kokemuksena enimmäkseen

x positiivinen x neutraali x negatiivinen

- Muuttiko se suhtautumistasi terapiaan

  - ei
  - kyllä

Jos vastasit kyllä, millä tavalla se muutti suhtautumistasi?

_____

_____

_____

_____

- Muuttiko se suhtautumistasi itseesi terapiassa?

  - ei
  - kyllä

Jos vastasit kyllä, millä tavalla se muutti suhtautumistasi?

_____

_____

_____

_____

- Muuttiko se suhtautumistasi terapeuttiin?

  - ei
  - kyllä

Jos vastasit kyllä, millä tavalla se muutti suhtautumistasi?

_____

_____

_____

_____

- Miltä terapiakäynneille tuntuu tulla haittojen kysymisen jälkeen?

Samalta kuin ennenkin ———————————— Erilaiselta kuin ennen

Voit kuvata kokemustasi muutoksesta vapaasti alle:

_____

_____

_____

_____ - Miltä terapiassa on tuntunut olla haittojen kysymisen jälkeen?

Samalta kuin ennenkin ———————————— Erilaiselta kuin aiemmin

Voit kuvata kokemustasi muutoksesta vapaasti alle:

_____

_____

_____

_____ -

Muuttuiko odotuksesi siitä, että voisit hyötyä terapiasta?

- vahvistui
- pysyi ennallaan
- heikkeni

Voit kuvata kokemustasi muutoksesta vapaasti alle:

_____

_____

_____

_____