

Pääkirjoitus

Psykodynaaminen vai kognitiivinen?

Sanotaan, että psykoterapian tuloksellisuus on riippumaton koulukunnasta tai teoriataustasta. Hyvä yhteistyösuhde terapeuttiin olisi tärkeämpi. Kiistely siitä, mikä hoito olisi parasta tai kustannustehokkainta, on kuitenkin laantumaton. Ruotsissa, Englannissa ja Yhdysvalloissa kognitiivinen käyttäytymisterapia on noussut monopoliasemaan, jota on perusteltu tieteellisellä näytöllä. Näytön on väitetty olevan niin vahva, että näissä maissa varsinkin julkisessa terveydenhuollossa on siirrytty käyttämään lähes yksinomaan kognitiivisia terapioidia. Niitä voi tehdä vähemmän perusteellisella koulutuksella, menetelmä on helppo omaksua ja sen väitetään olevan kustannustehokasta. Suomalaisessakin psykiatriassa on ryhdytty voimakkaasti panostamaan kognitiivisiin hoitoihin, joskin ne ovat rantautuneet tänne hitaammin johtuen suuresta määrästä psykodynaamisen koulutuksen saaneita terapeutteja.

Laivan kurssi saattaa olla kuitenkin hitaasti kääntymässä sitä mukaa kun tuloksellisuustutkimuksia psykodynaamisesta lyhytpsykoterapiasta ja perinteisemmästä muutaman vuoden mittaisesta terapiasta on tullut. Psykodynaaminen lyhytpsykoterapia vaikuttaa nyt yhtä tehokkaalta kuin kognitiivinenkin, ja pitkäaikaisempi psykodynaaminen psykoterapia kantaa pidemmälle vuosien päähän kognitiivisen hoidon vaikutuksen haalistuessa nopeammin. Kognitiivisten hoitojen tuloksellisuustutkimuksissa on myös ollut metodologisia puutteita, seuranta-ajat ovat olleet lyhyitä, hoitoihin valikoitumisen menetelmät ovat olleet sekalaisia jne. Tieteellinen näyttö ei olekaan niin yksiselitteinen, kuin on annettu ymmärtää.

Ruotsissa Riksrevisionen, terveydenhuoltoa valvova viranomaistaho, onkin kiinnittänyt huomiota psykoterapiatarjonnan pelottavaan yksipuolistumiseen. Sen mukaan on panostettu enemmän määrään kuin laatuun, eikä voida sanoa, että potilaat olisivat tulleet hoidolla autetuiksi. Joka neljäs kognitiivisessa terapiassa oleva on keskeyttänyt hoitonsa, töistä poissaolot tai sairaspäivärahojen käyttö eivät ole vähentyneet, hoito ei ole ollut arvioiden mukaan kustannustehokasta. Ruotsissa viranomaiset suosittelivatkin useampien erilaisten terapiamuotojen käyttöönottoa. Myös Englannissa ja Yhdysvalloissa on herännyt samansuuntaista uudelleenarviointia.

Kepissä on kaksi päätä. Potilasta voi lähestyä edukatiivisesti ja oirekeskeisesti haitallisia ajatustottumuksia ja uskomuksia oikoen, jolloin oireiden synty tai niihin sisältyvät pinnan alla olevat merkitykset eivät niinkään saa huomiota. Toisesta päästä liikkeelle lähdetessä huomioidaan tietoisia ja tiedostamattomia emootioita ja niiden herättämiä subjektiivisia tunnetiloja ja miellelyhtymiä, joiden ajatellaan johdattelevan kohti laajempaa ja syvempää ymmärrystä potilaan maailmasta ja historiasta. Affektiivisen neurotieteen kehityksen myötä ymmärretään nykyisin paremmin, että kaikkinaiset ärsykkeet ja virikkeet herättävät ensimmäiseksi emootiot, jotka ovat välittömiä biologispohjaisia reaktioita. Ne muodostavat pohjan olemassaolon tunteelle ja tietoisuudelle sekä johtavat elimistön reaktioihin tai liikkeeseen (e-motion). Kognitiivinen, symbolinen ja kielellinen käsitteellistäminen voi tapahtua vasta toissijaisesti ja ajallisestikin selvästi myöhemmin, sillä se vaatii kehittyneempien ylemmänä olevien aivojen osien mukanaoloa. Koko muu luomakunta toimii ensisijaisesti emootioidensa ohjaamana, ja emootioita onkin sanottu kuudenneksi aistiksi. Tämä funktio ei ole ihmiseltäkään kadonnut, vaikka kognitiivinen kapasiteettimme onkin suurempi. Tietoisuus on hyvin kapea ja rajallinen, kuin korkki lammen pinnalla, ja kaikki se, mikä sinne valikoituu, on ensin käynyt läpi perusteellisen tiedostamattoman prosessin, joka on emootioiden ja automatisoituneiden merkitysjärjestelmien ohjaama. Ne myös määräävät paljolti sen, mitä tietoisuuteen valikoituu.

Kognitiivisten terapioiden poisherkistämisidea on nokkela: laitetaan potilas paljaasti vastakain sen kanssa, mikä on hänelle vaikeaa. Leikataan suoraan tiedostamattomaan, joka ylläpitää oireita toivoen, että siellä tapahtuu uudelleen järjestäytymistä ja ehdollistumista. Oireet saattavat helpottua, vaikka kukaan ei tietäisi, miksi tai miten ne ovat syntyneet. Tietoisuudella voi vaikuttaa emootioihin, ja itsen suggerointi myönteisen ajattelun suuntaan voi ohjata tunnemaailmaa paremmaksi. Järjen käyttö ei ole aina pahasta, ja tässä se on valjastettu terapian päämääriin.

Kognitiiviselle käyttäytymisterapialle on paikka hoitokeinojen joukossa. Se sopii sellaisille potilaille, jotka haluavat nopeaa ja konkreettista apua ja ohjantaa, joiden oirehistoria ei ole kohtuuttoman dramaattinen, joilla on hyvin säilyneitä toiminnan alueita ja jotka sietävät poisherkistämisen provosoimia tunteita. Se sopii myös niille, jotka eivät halua ruveta muistelemaan elämänhistoriaansa eivätkä pohtimaan sitä, mihin oireet ja niihin liittyvät tunteet kytkeytyvät. Silloin kun persoonallisuudessa on laajempia rakenteellisia heikkouksia, psykoanalyttinen psykoterapia on selvästi parempi hoitovaihtoehto jo siitäkin syystä, että paraneminen harvoin tapahtuu muutamana kuukauden määrämittäisessä hoidossa. Julkisen puolen psykiatriset potilaat ovat valtaosin pidempien hoitojen tarpeessa. Monet tarvitsevat useita hoitopaketteja aina uusien vaikeuksien ilmetessä, eikä täydellisen toipumisen odottaminen ole realistista. Tässä lehdessä olevassa Lindforsin, Laaksosen ja Knektin kirjoituksessa esitellään psykoterapiaan soveltuvuuden haastattelumenetelmä, jossa kiinnitetään huomiota näihin seikkoihin.

Psykoanalyttisen psykoterapian menetelmä on kokonaisvaltainen, eikä sitä voi koskaan tuoteistaa varsinaiseksi terapian käsikirjaksi, sillä kahta samanlaista ihmiskohtaloa ei ole. Sen metapsykologiat ovat viitteellisiä yleistyksiä siten, että jos niitä soveltaa konkreettisesti, käy kuin suunnistajalle, joka törmää metsässä karttaa tuijottaessaan ensimmäiseen puuhun. Terapeutilta vaaditaan kykyä asettautua omalakisesti ja ennalta arvaamattomasti purkautuvaan yhteiseen biologispohjaiseen prosessiin, joka pääosin ohjautuu tiedostamattomalta ja sanattomalta tasolta käsin. Ymmärrys perustuu samanaikaisesti sekä ruumiillistuneen kognitioteorian kuvaamiin automatisoituneisiin peilisolutoimintoihin että niiden pohjalle rakentuneeseen myöhempään käsitteelliseen verbaaliseen jäsentämiseen. Edellä sanottu kuulostaa tietyllä tavalla hämärältä, ja monia käytännöllisesti orientoituneita ihmisiä varmaankin puhuttelevat paremmin konkreettiset käsikirjat ja ohjelmat, joita kognitiivisissa hoidoissa käytetään. Vaikka psykoanalyttisen terapian käytännöt ovat suurin piirtein vakiintuneet, niin psykoanalyttinen kehitys-, vietti- ja objektiivisdepsykologia kaipaisivat uudistusta ja päivitystä varsinkin affektiivisen neurotieteen antamien virikkeiden suuntaan. Olisi myös hyvä päästä yhteiseen ymmärrykseen ja keskinäiseen yhteistyöhön kognitiivisten hoitomallien ja käytäntöjen kanssa niin, että esimerkiksi työryhmissä voitaisiin sovussa ja toisia ymmärtäen etsiä kullekin potilaalle sopiva tarpeen mukainen hoito. Tapa jolla kognitiivista hoitokulttuuria on Suomessakin monissa psykiatrisissa työryhmissä edistetty, on ollut paikoin yksisilmäinen, eikä potilaidenkaan edun mukainen. Kukaan ei omista koko totuutta. Niitä olisi hyvä mahtua useampi saman katon alle.

*Martti Tuohimetsä
päätoimittaja*