

*Anna Andersson, Tarja Lounasmeri & Vesa Salmi*

## Psykoterapiasuuntausten peruskäsitteet ja niiden erot. Psykoanalyttinen, kognitiivinen ja integratiivinen psykoterapia

Therapeia-säätiön Koulutuskeskus järjesti viime vuonna marraskuun puolivälissä (15.11.2019) Helsingissä seminaarin, johon oli koottu kolmen psykoterapiasuuntauksen edustajat kommentoimaan kahden psykoanalyttikko-opiskelijan esittämää potilastapausta, joka oli fiktiivinen mutta perustui kolmen eri potilaan potilastapauskuvaukseen. Päivän puheenjohtajana toimi psykoanalyttikko Hannu Säävälä, joka johdatteli seminaariin osallistujat päivän kulkuun ja muistutti mielenterveyspalveluiden kehittämisen tärkeydestä. Seminaarin yhtenä päämääränä oli lisätä yhteistyötä psykoterapiasuuntausten kesken, ja tämä on tärkeä tavoite juuri palveluiden sujuvoittamiseksi. Päivän aikana syntyi keskustelua siitä, millä perusteella potilaalle suositellaan tiettyä psykoterapiasuuntausta. Joskus saattaa olla niin, että klinikot suosittelivat potilaalle suuntauksen sijaan tiettyä terapeuttia, jonka he tuntevat ja tietävät todennäköisesti sopivan potilaalle esimerkiksi luonteenpiirteiden osalta.

Ohjelma oli onnistuneesti rakennettu siten, että psykoanalyttikko-opiskelijat Sami Salmi ja Alex Aminoff esittivät elävällä tavalla potilastapauksen terapeutin ja potilaan simu-

loituna vuoropuheluna. Toinen opiskelijoista, Sami, toimi potilastapauksen kuvauksessa psykoterapeuttina ja toinen, Axel, potilaana, joka saapui apeana, hieman hämmentyneen oloisena arviokäynnille työterveyslääkärin ohjaamana. Haastattelun alkuvaiheessa potilas esitti vahvan toiveen, että terapeutti voisi ”fiksata” hänen tilanteensa, antaa vinkkejä oman asiantuntijuutensa pohjalta. Alun näytely tapausesimerkki oli hyvää vastalääkettä stereotyyppiselle käsitykselle psykoanalyysista tai psykoanalyttisesta terapiasta: terapeutin hiljaa oleminen ei ole mikään yksioikoinen riitti tai maneer. Haastattelun päätteeksi potilas reflektoi melko sujuvasti, mikä tapaamisessa häntä pohditutti ja mitä hän olisi odottanut terapeutilta – vinkkejä, ohjausta ja neuvoja – mutta kuinka hyvältä tuntui, kun terapeutti oli kiinnostunut hänestä ja kuinka he yhdessä voisivat tulevaisuudessa tutustua häneen, hänen aikaisempiin kokemuksiinsa ja toimintatapojensa heijastumiseen nykyisiin ilmiöihin. Seminaarissa esitellyssä tapausesimerkissä terapeutti oli aika ajoin hyvinkin aktiivinen ja konfrontatiivinen, mikä voi olla joidenkin psykoterapeuttiopiskelijoiden kokemukselle vierasta.

Kutsutut psykoterapiasuuntausten edustajat kommentoivat esitettyä potilastapausta. Ensimmäisen puheenvuoron sai kognitiivinen kouluttajapsykoterapeutti Jorma Fredriksson, joka avasi kognitiivisen psykoterapian peruskäsitteitä ja tälle viitekehykselle ominaista lähestymistapaa. Kognitiivisessa psykoterapiassa käytetään muun muassa mielikuvatyöskentelyä, kehollista työskentelyä ja hyväksyvää tietoa läsnäoloa oireiden hallitsemiseksi, ei niinkään ymmärryksen saamiseksi oireilun syistä. Kognitiivisessa psykoterapiassa keskeistä on se, miten tulkitsemme ja arvioimme tilanteita, maailmaa.

Jorma Fredriksson avasi propositionaalisen ja implikationaalisen merkityksen ilmentymää: Propositionaalinen merkitys on asian tai asian tilan selkeää, ilmaistavissa olevaa merkitystä (tietoista toimintaa?), kun taas implikationaalinen merkitys on kokonaisvaltaista, ei-käsitteellistä (ehkä tiedostamatonta?) ja vaikeasti sanoilla kuvattavissa olevaa. Jorma Fredriksson toi esille oman tulkintansa kuullusta potilastapauksesta, kuten haastattelun vaiheet: tulosy, siirtyä parisuhdetematiikkaan, tunnekokemuksien avaaminen, potilaan elämänsä historian kuuleminen (koulu, perhe, työ), yhteenveto tulevan terapian yhteistyön odotuksista ja reflektointi, miltä haastattelu tuntui. Hän pohti, mitä eroja kognitiivinen haastattelu olisi mahdollisesti tuonut tapausesimerkin kulkuun. Painopistealueet olisivat olleet varmasti samat, mutta vaiheiden järjestys olisi luultavasti eronnut. Terapeuttisen allianssin merkitys korostui Fredrikssonin puheenvuorossa, samoin muuttaman tilanteen pohjalta kognitiivisen terapeutin mahdolliset poikkeavat interventiot, tunteiden tunnistamisen ja sanoittamisen lisäksi. Yksi tällainen voisi olla tilanteen ”simulointi” uudestaan terapian hallitussa, turvallisessa ympäristössä, jolloin potilas voisi miettiä, miten olisi reagoinut ja sanoittanut tilanteen, jossa oli työpaikallaan saanut tiedon, että esimiespaikka oli mennyt häneltä ohi. Uneen olisi myös mahdollisesti jo haastatteluvaiheessa puututtu, samoin seksuaalisuudessa esille tullessiin haasteisiin. Esityksessä perusteltiin kognitiivinen lähestymistapa selkeästi ja esille nostetut interventiot

liitettiin kognitiivisen terapian periaatteisiin. Puheenvuoronsa päätteeksi Jorma Fredriksson esitteli tuoreen Saksassa julkaistun ja toteutetun tutkimuksen, jossa todettiin, että kognitiivisessa ja psykoanalyttisessa terapiassa ei ollut vaikuttavaa eroa. Toki esille nousi tapaamisten istuntomäärien erot: psykoanalyttinen 234 käyntiä, kognitiivinen 57 käyntiä. Mielenkiintoista olisi tietää, mitä potilaiden psyykkisissä rakenteissa on kyseisen prosessin aikana ja tuloksena tapahtunut ja mikäli tulokset tätä tarkastaen edelleen olisivat samankaltaisia. Oireiden seuraaminen on hyvin paljon helpompaa kuin oireiden takana olevien syiden tarkasteleminen. Jorma Fredriksson päätti esityksensä ajatuksen, että potilaan pitää saada helpottunut olo ensimmäisen käynnin jälkeen! Tästä esityksestä jäi käsitys, että mikäli asiakas haluaa tai tarvitsee apua johonkin varsin spesifiin ongelmaan eikä halua laajempaa, pidempiaikaisempaa elämänsä historiaansa ja mielenmaaismaansa koskevaa tarkastelua, saatikka siihen kohdistuvia laajempia muutospyrkimyksiä, niin kognitiivista terapiaa voi olla paikallaan suositella. Näin on esimerkiksi sellaisen potilaan kohdalla, joka kuvaa pelkoaan käydä konserteissa tai elokuvissa ihmispaljouden vuoksi ja tämän lisäksi on vakaasti sitä mieltä, että psykoterapian frekvenssi kahdesti viikossa on hänelle liikaa, samoin pidempiaikainen sitoutuminen hoitoon.

Integratiivista psykoterapiaa edustava kouluttajapsykoterapeutti Harri Valkonen toteasi, että erilaiset lähestymistavat voivat olla hyödyksi potilaan hoidon eri vaiheissa, ja terapeutti käyttää tilanteen mukaan tasavertaisesti milloin mitäkin viitekehystä. Integratiivisilla psykoterapeuteilla ei Harri Valkosen mukaan ole niin sanottua kotiteoriaa (esimerkiksi psykodynaaminen tai kognitiivinen). Valkonen itse edustaa ”diplomaattista lähestymistapaa” – mikään menetelmä ei ole toisia poissulkeva, utelias saa olla ja ottaa parhaita käytäntöjä esille. Valkonen vertasi integratiivista työtappaa, jossa ilmiötä tarkastellaan eri viitekehyksistä käsin, siihen, että myös psykodynaamisen suuntauksen terapeutit yhdistelevät perinteen sisällä olevia suuntauk-

sia ja teorioita. Valkonen painotti, että hoito laaditaan elävästi niin, että se vastaa potilaan yksilöllisiä tarpeita, terapeutin harkinnan mukaisesti, mutta hyödyntäen sellaista, mitä prosessin sisällä tutkimustulosten mukaan tuottaa tulosta. Seminaarissa esitettyyn potilastapaukseen integratiivinen lähestymistapa tuotti ensitunnelman tulkinnan, että potilas näki itseään muiden silmin (projektiivisesti) ja oli lapsenmielinen, jopa ressurkka, jolloin potilaan oma ääni (true self) oli heiveröinen. Harri Valkonen olisi kysynyt potilaalta räjähdyksestä, jonka potilas toi esille haastattelussa. Potilaan itsetuntemuksen ”puute”, narratiivin niukkuus hämmensi myös, mikä lienee viitanut ylisääteltyyn. Integratiivista koulukuntaa kohtaan suunnattua kritiikkiä ”Ei ne osaa mitään kunnolla” Harri Valkonen kumosi oman puheenvuoronsa aikana hyvin ja totesi, että omien vastatunteiden tunnistaminen on osa myös integratiivista koulutusta!

Koulutuspsykoanalyttikko, koulutusryhmäpsykoanalyttikko Kaj J. Davidkin toi omassa puheenvuorossaan esille psykoanalyttisen psykoterapian ytimen. Vastoin ennakkokäsityksiä analyttisessä terapiassa ei työskennellä vain lapsuudessa ja historiassa vaan juuri tässä ja nyt, kokemusten kanssa. Vaikka menneisyyden kokemuksia ei voi muuttaa, voi niihin suhtautua muuttuvalla tavalla – historiakokemuksia voi kirjoittaa siten uudestaan. Puheenvuorossa tuli esille psykoanalyttisen psykoterapian fokus tehdä tiedostamattomasta tietoista ja näin saada kokemuksellinen yhteys ja syvä tunneyhteys esimerkiksi pelkojen taustoihin. Projektiivinen identifikaatio on sitä, että potilas asettaa terapeutin johonkin tiettyyn rooliin. Davidkin painotti, ettei rationaalinen ymmärrys riitä, vaan ennen asian ymmärtämistä on koettava siihen liittyviä tunteita ja alitajuntaisia fantasioita. Pitkässä terapiasuhteessa potilas voi sisäistää terapeutin sisällyttämiskyvyn. Psykoanalyttista psykoterapiaa voi suositella potilaille, jotka ovat kiinnostuneita itsetuntemuksen lisäämisestä, ihmissuhteidensa ja hankalien sisäisten ristiriitojen tutkimisesta sekä haluavat tulla tietoisemmaksi omista sisäisistä prosesseistaan ja oppia ymmärtämään itseään paremmin.

Seminaaripäivän päätti paneelikeskustelu, jonka moderaattorina toiminut Hannu Säävälä muistutti, että terminologia, sanat ja määritteet eivät ole niitä merkityksellisimpiä, vaan tarkastellaan ilmiöitä ja lähestymistapoja. Kouluttajat tuntuivat kaikki löytävän potilastapauksesta selkeitä teemoja ja käsitteellistivät tapausta. Yhteisiksi teemoiksi suuntausten kesken nousivat ainakin psykoterapiassa tapahtunut itsereflektio, oman ajattelun ja kokemuksen tarkastelu, psykoterapeutin ja potilaan yhteistyösuhteen tarkastelu, tässä ja nyt suhteessa oppiminen ja toteamus, että myös saman suuntauksen sisällä jokaisella terapeutilla on omat työtapansa. Eroja suuntausten välillä tuntui olevan muun muassa työtaivoissa ja tavoitteiden laadussa, esimerkiksi kognitiivisessa psykoterapiassa strukturoidummat käynnit ja rajatumpi tavoite kuin psykoanalyttisessa psykoterapiassa. Tunteiden säätely näyttäisi olevan yhteinen tavoite psykoterapialle kognitiivisessa ja integratiivisessa psykoterapiasuuntauksessa. Lieneekö tässä suurin ero psykoanalyttisen ja kognitiivisen psykoterapian välissä: kognitiivisessa psykoterapiassa ei niinkään haeta ymmärrystä oireilun syistä, vaan pyritään vaikuttamaan siihen, että oireet helpottuvat? Siinä missä psykoanalyttisessa psykoterapiassa pyritään aiheiden läpityöskentelyyn, kognitiivisessa psykoterapiassa näyttäisi olevan vallalla psykoedukatiivinen linja.

Potilastapauksen pohtiminen yhdessä eri psykoterapiasuuntausten edustajien kesken on tämän seminaarin perusteella toimiva tapa lisätä yhteistyötä ja kosketuspintaa toisiin psykoterapiasuuntauksiin. Kysymys siitä, mistä potilas löytää terapeutin itselleen, nousi esiin seminaaria kuunnellessa. Viitekehkyksiä on paljon, mutta terapeutin persoona vaikuttaa potilaaseen enemmän kuin viitekehys. Seminaarissa pohdittiin hetken verran myös psykoterapiasuuntausten erilaisia vaatimuksia psykoterapeutin omakohtaisesti käydyn psykoterapian määrästä. Oma terapia on hyvin suuressa roolissa psykoterapeutiksi kasvamisessa, ja psykoanalyttisen suuntauksen vaatimus pidemmästä omakohtaisesta psykoterapiasta on näin ollen tärkeä osa koulutusta. Päätös koulutuspsykoterapian pituudesta vaadittujen

tuntien tullessa täyteen olisi tärkeä tehdä yhdessä koulutuspsykoterapeutin ja psykoterapeuttipiskelijän kanssa.

Pohdittiin sitäkin, että aina potilaan ensivaikutelma terapian ”toimivuudesta” ei ole se, johon voi luottaa (yhden käynnin jälkeen), sillä voi olla, että kokemus ensikäynnistä kuvaa enemmän potilaan sisäisen maailman tilaa. Jorma Fredriksson kertoi olleensa käytöshäiriöisten lasten ja nuorten Käypä hoito -suosituksen laatimisryhmässä, jossa ei lääkevalmisteita mainittu, vain lääkkeen vaikuttava aine. Samalla pohdittiin, mikä voisi olla psykoterapian vaikuttava aine. Voisiko se olla empatia, terapeutin allianssi, muutoksen vahvistaminen, toimiminen, korjaavien kokemusten tuottaminen, tunnesäätely ja sen tunnistaminen?

Psykoterapeuttikoulutuksessa olevalle potilastapauksen kommentoinnin seuraaminen oli

hyödyllinen teoreettisten käsitteiden havainnollistamiseksi, psykoterapiasuuntausten erojen pohtimiseksi ja oman ammatti-identiteetin kehittymisen kannalta. Kognitiivisen terapian tasavertaisuuspyrkimys on kunnioitettava – tasavertaiseen potilas- tai asiakassuhteeseen on varmasti hyvä pyrkiä suuntauksesta riippumatta. Tasavertaisuus ja symmetria ovat kuitenkin kaksi eri asiaa, ja menevät helposti keskenään sekaisin. Suhteen roolittuneisuutta ja sen asiantuntijapalvelun luonnetta ei missään terapiassa voi välttää. Tästä seuraa erilaisia epäsymmetrisyyden vaatimuksia, joita on mahdotonta häivyttää. Kyse on palvelusta, jossa välineenä on ihmissuhde. Ihmissuhteen symmetrian mielessä toteutuva tasavertaisuus voi olla esimerkiksi ystävyys- tai vertaistukisuhteissa, ei asiantuntijapalveluissa, joissa asiakas maksaa nimenomaan asiantuntijuudesta.