

JYVÄSKYLÄN AVOIN YLIOPISTO
KOKKOLAN YLIOPISTOKESKUS CHYDENIUS

Jouni Vilkkä

Kliininen psykologia II

Jouni Vilkkä, 08.09.1975

jouni.vilkkä@gmail.com

puh. 050 5734134

Psykologian aineopinnot

Annamaija Oksanen: PSYA140 Kliininen psykologia II

Opiskelutapa 2: Lukemispäiväkirja ja oppimistehtävä

Jyväskylän avoin yliopisto, lukuvuosi 2015–16

Kevätlukukausi 2016

2016-03-17

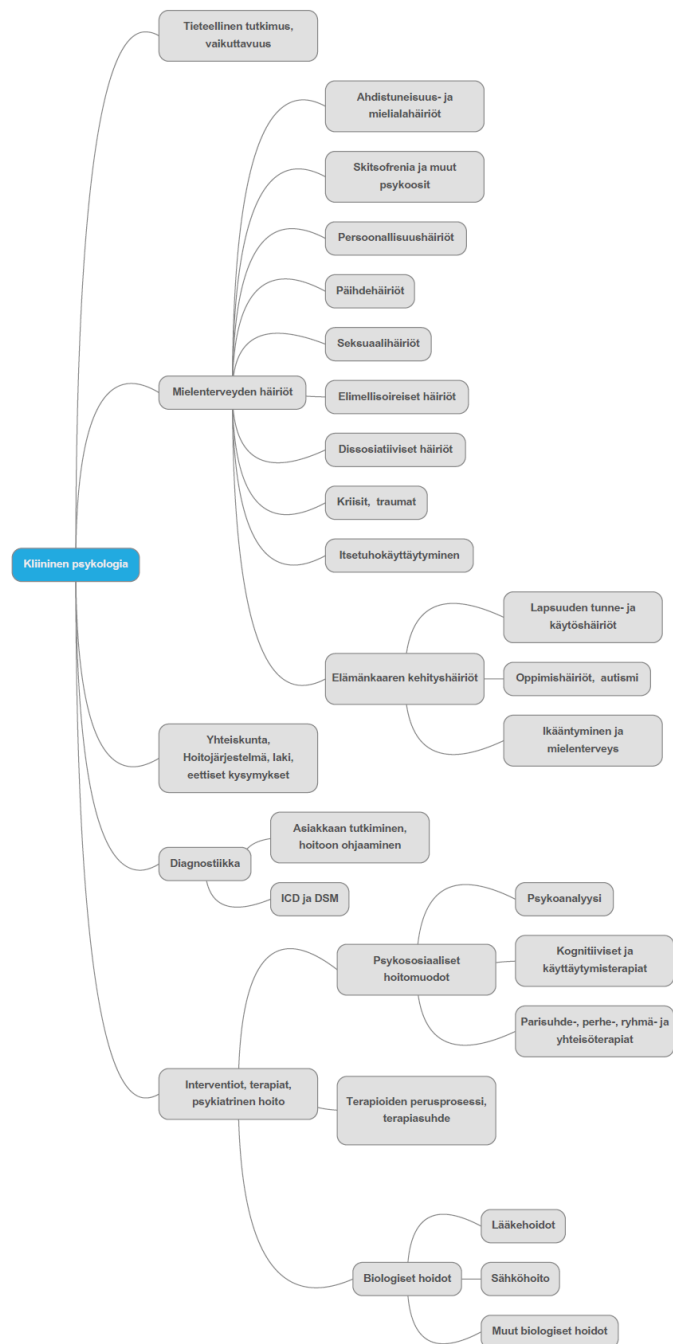
Sisällys

Lukemispäiväkirja	1
Osa 1. Käsitekartta ja sen perustelut	1
Osa 2. Masennushäiriöt	4
Oireet	4
Selitysmallit.....	5
Hoito, terapia, paraneminen	7
Osa 3: Oman työskentelyn pohdinta ja arviointi.....	10
Lähteet.....	11
Oppimistehtävä: Psykoterapiat.....	12
Osa 1. Mitä on psykoterapia?	12
Lähteet	14
Osa 2. Hyväksymis- ja omistautumisterapia	15
Lähteet	17
Osa 3. Hyväksymis- ja omistautumisterapia ja psykoanalyysi	18
Lähteet.....	21

Lukemispäiväkirja

Osa 1. Käsitekartta ja sen perustelut

Kirjallisuudesta laatimani käsitekartta:



Koska en saa käsiini uudempaa painosta Davisonin ja Nealen teoksesta *Abnormal Psychology*, olen joutunut tyytymään kuudenteen painokseen (Davison & Neale 1994).

Kurssin kirjallisuudessa kliinisen psykologian perusteena oleva tieteellinen tutkimus, erityisesti erilaisten terapioiden vaikuttavuuden tutkimus, on otettu heti aluksi tai vähintään toisena esiin, mikä onkin luontevaa. On järkevää vaatia tarjotulta hoidolta näyttöä vaikuttavuudesta (ja turvallisuudesta), mutta psykoterapioiden kohdalla ryhmävertailujen tekeminen on niiden luonteen takia haasteellista (Huttunen & Kalska, 2012, 13). Niinpä onkin syytä käydä läpi psykoterapioiden hyödyllisyyden tutkimuksia ja arviointitapoja.

Psykiatrisen hoidon tai terapeuttien interventioiden saatavuus, niihin liittyvät lait ja suomalaisen hoitojärjestelmän käsittely, kuten myös terapiaan liittyvät eettiset kysymykset oli sen sijaan yleensä jätetty teoksen loppuosaan. Esimerkiksi hoitoon pääseminen tai pakkohoitoon määrääminen ovat molemmat hankalia asioita – ensimmäinen siksi, että etenkin vähävaraisten, jotka usein myös kärsivät mielenterveyden ongelmista, on mahdotonta maksaa yksityisen sektorin mielenterveyspalveluista; jälkimmäinen taas johtaa eettiseen keskusteluun ihmisten vapauden rajoittamisen hyväksyttävistä perusteluista.

Potilaan tai asiakkaan tutkimisen ja diagnostiikan käsittely oli myös ymmärrettävästi sijoitettu teosten *Psykiatria* (Lönnqvist ym. 2013) ja *Anomalous psychology* (Davison & Neale 1994) alkupuolelle. Suurin osa teosten sisällöstä käsittelee kuitenkin erilaisia mielenterveyden häiriöitä tai terapiamuotoja, joita ennen on tarpeen kertoa ongelmien ja niiden hoitojen jaotteluista ja määritelmistä. Diagnostiikassa tietysti keskeistä ovat kansainvälisesti käytetyt tautiluokitukset ICD eli International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (uusin versio ICD-10) ja DSM eli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (uusimmat versiot DSM-IV ja DSM-V).

Mielenterveyden ongelmia on teoksissa *Psykiatria* (Lönnqvist ym. 2013) ja *Anomalous psychology* (Davison & Neale 1994) luokiteltu hieman eri tavoin, mutta tärkeimmiltä (mm. yleisyytensä takia) pidän seuraavia: ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, skitsofrenia ja muut psykoosit, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt, seksuaalihäiriöt, elimellisoireiset häiriöt, dissosiativiset häiriöt, kriisit ja traumat, sekä itsetuhokäyttäytyminen. Lisäksi tärkeitä ovat elämänsäkaareen ja kehityshäiriöihin liittyvät ongelmat, joita ovat erilaiset lapsuuden tunne-

elämän ja käytöksen häiriöt, oppimisongelmat, keskittymishäiriöt, autismi ja aspergerin oireyhtymä, sekä esimerkiksi ikääntymiseen liittyvät mielenterveyden ongelmien erityispiirteet.

Erilaisia interventio- ja hoitomuotoja oli kirjallisuudessa jaettu kahteen pääluokkaan, psykososiaalisiin ja biologisiin hoitoihin. Näistä ensimmäisen voi jakaa karkeasti psykoanalyysiin, kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin, sekä kolmantena luokkana parisuhde-, perhe- ja muihin terapioihin. Teoksessa *Psykoterapiat* (Huttunen & Kalska 2012) esitellään melkein parikymmentä terapian päämuotoa ja niiden lisäksi parikymmentä “muuta psykoterapiaa”, joten yleisempiä luokitteluja todellakin kannattaa käyttää.

Terapioita kannattaa muutenkin tarkastella yleisemmällä tasolla ja etsiä niiden yhteisiä piirteitä, eli terapioiden perusprosessia ja terapiasuhdetta, joka terapeutin (tai psykiatrin) ja asiakkaan tai potilaan välille muodostuu (tai pitäisi ainakin muodostua). Näistä yhteisistä piirteistä käsittelyä on etenkin teoksessa *Mikä psykoterapiassa auttaa?* (Eronen & Lahti-Nuuttila 2012). Teoksessa käsitellään terapiaa myös asiakkaan kokemuksen kautta, eikä vain abstraktisti terapeutin näkökulmasta. Suhteessa on kuitenkin kyse vuorovaikutuksesta, johon teoksessa myös konkreettisesti pureudutaan.

Biologisia, psykiatrian alaan kuuluvia, hoitoja ovat tietysti lääkehoidot, kaamosmasennuksen kirkasvalohoito, transkraniaalinen magneettistimulaatio ja esimerkiksi sähköhoidot. Monia vanhoja hoitoja (kuten hydroterapiaa), sen enempää kuin lobotomiaakaan, ei teoksissa pahemmin käsitellä. Toki kirjoissa olisi voitu esitellä myös lukuisia “vaihtoehtoisia hoitomuotoja”, jotka nauttivat suuren kuluttajakunnan keskuudessa eriasteista suosiota, mutta siitä huolimatta ovat parhaimmillaankin vaarattomia ja pahimmillaan hyvinkin vaarallisia “hoitoja” (rahan tuhlausta haitaksi laskematta). Ehkä näitä asioita on kuitenkin muissa kirjoissa esitelty tarpeeksi.

Osa 2. Masennushäiriöt

Masennustiloihin kuuluvat yksisuuntaiset, kaksisuuntaiset ja sekamuotoiset mielialahäiriöt. Lyhyistä depressioista käytetään teoksessa *Psykiatria* (Lönnqvist ym. 2013, s. 155) ja tässä kirjoituksessa nimitystä masennustila. DSM-IV käyttää näistä nimitystä vakava masennustila. Yksittäisen jakson lisäksi ICD-10 tuntee omana luokkana toistuvan masennuksen. Elinaikanaan masennuksesta kärsii Euroopassa noin 10 % miehistä ja 20 % naisista.

Tässä tehtävän osassa lähteenä on käytetty edellä mainittua teosta (Lönnqvist ym. 2013) aina kun muuta lähdettä ei ole erikseen mainittu.

Oireet

Masentuneen ihmisen mieliala on suurimman osan aikaa syvästi alakuloinen. Vakavassa masennuksessa edes huomion kiinnittäminen muihin asioihin ei riitä syrjäyttämään tätä tunnevirettä. Lisäksi masentunut on menettänyt kyvyn kokea mielihyvää entiseen tapaan tai (lievemmassä masennuksessa) ne ovat ainakin vaimentuneet. Hän kokee jatkuvasti olevansa väsynyt ja kaikenlainen aktiivisuus uuvuttaa helposti. (Jopa keskustelu on masentuneelle raskasta, kuten Davison ja Neale (1994, s. 226) painottavat.) Hänen itseluottamuksensa ja -arvostuksensa ovat heikentyneet ja hän voi pitää itseään täysin arvottomana. Tähän liittyen hän kritisoi itseään kohtuuttomasti ja tuntee voimakasta syyllisyyttä vähäisimmistäkin virheistään jopa psykoottisuuteen asti. Hän ajattelee kuolemaa ja käyttäytyy itsetuhoisesti. Masentunut kärsii keskittymiskyvyttömyydestä, päättämättömyydestä ja epävarmuudesta jopa arkisissa asioissa. Hänen liikkeensä saattavat huomattavasti hidastua ja hän voi vaikuttaa ilmeettömältä ja vanhentuneelta. Vaihtoehtoisesti hän saattaa tosin myös olla kiihtynyt ja osoittaa tuskaisuuteen liittyvää psykomotorista levottomuutta. (Davison ja Neale (1994, s. 226) huomauttavat, että lasten ja nuorten kohdalla masennus voi aiheuttaa myös aggressiivisuutta ja antisosiaalista käytöstä.) Masentuneilla on usein nukahtamisvaikeuksia tai muita unihäiriöitä, joillakin liiallista nukkumista. Masennukseen liittyy yleensä myös ruokahalun muutos ja siitä seuraava painon putoaminen tai joissain tapauksissa kasvu.

Jotta masennus voidaan diagnosoida, edellä kuvatuista oireista täytyy ainakin neljän esiintyä yhtä aikaa kahden viikon ajan. Niistä tärkeimmistä (masentunut mieliala, mielihyvän menetys

ja uupumus) ainakin kahden täytyy myös esiintyä. Luettelon loppupuolen oireet vaikuttavatkin aika heikoilta kriteereiltä, koska ne näyttävät täyttyvän liian helposti (esimerkiksi ruokahalu kasvaa tai vähenee).

Masennustila luokitellaan yleensä lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi oireiden perusteella, mutta vaikeusaste korreloi myös hyvin masennuksen aiheuttaman toimintakyvyn laskun kanssa. Keskivaikeasti masentunut tarvitsee sairauslomaa, kun vaikeasti masentunut on jo työkyvytön ja voi tarvita sairaalahoitoa. Masennuksen vaikeusaste onkin tärkeimpiä hoidon suunnitteluun vaikuttavia seikkoja, joten sitä joudutaan toistuvasti arvioimaan. Masennustilat jakaantuvat myös useampaan alatyyppiin, joista kaamosmasennus ja krooninen (yli kaksi vuotta yhtäjaksoisesti kestänyt) masennus ovat ainakin lähipiirissäni yleisimmät.

Masennuksen diagnosointia vaikeuttavat unilääkkeiden tai alkoholin käyttö, jotka voivat vääristää käsitystä oireiden vakavuudesta ja syistä. Lisäksi masentunut henkilö voi olla haluton tai kykenemätön kuvaamaan mielenliikkeitään ja siksi kuvaa vain kehollisia tuntemuksiaan, mikä voi johtaa esimerkiksi yleislääkärin väärään diagnoosiin. Masennuksen voi myös aiheuttaa somaattinen sairaus, joten tämä mahdollisuus täytyy tutkia. Kaikkein tärkeintä olisi kuitenkin erottaa masennus kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, sillä ne ovat selvästi eri asioita ja vaativat erilaisen hoidon. Normaali suru ei myöskään saa olla syy masennusdiagnoosille.

Selitysmallit

Erilaisia masennustiloja on monia ja niillä on monia syitä. Depressioalttius on selvästi periytyvä (useat geenit ja niiden yhteisvaikutukset altistavat jonkin verran sekä depressiolle että ahdistukselle), mutta luultavasti yleensä kielteisten vaikutusten ilmenemiseen tarvitaan myös tiettyjä ympäristötekijöitä.

Häiriöt monoamiinihermovälityksessä liittyvät depression mekanismeihin, vaikka eivät olekaan sen yksiselitteinen syy. Esimerkiksi serotoniinisynteesin vaimentuminen tai noradrenergisen hermovälityksen lamaantuminen voi laukaista depression henkilöllä, jolla on siihen geneettinen alttius, mutta ei muuten. Dopaminergisen hermovälityksen heikkeneminen

voi aiheuttaa mielihyvähäviöiden heikkenemisen ja aloitekyvyttömyyden. Myös glutamaatin ja gamma-aminovoihapon pitoisuuksilla on yhteyksiä masennukseen.

Myös monenlaiset hormonimuutokset ovat yhteydessä masennukseen. Näistä tärkeimmät ovat ilmeisesti CRH:n eli kortikoliberiinin ja muiden hypotalaamisten hormonien säätelyn häiriöt, sekä HPA-akselin eli hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin toiminnan häiriöt. Lisäksi kilpirauhasen liika- tai vajaatoiminta voi aiheuttaa masennuksen kaltaisen oirekuvan. Näihin vaikuttava lääkitys voi auttaa osaa masennuspotilaistakin. Tulehdusmekanismeillakin on yhteys masennukseen (ja stressiin) ja myös tulehduslääkkeillä voi auttaa masennuspotilasta.

Aivoverenkierron häiriöt altistavat vanhemmalla iällä masennukselle. Masentuneiden aivokuoren aineenvaihdunta on vaimentunut ja limbisen järjestelmän vilkastunut. Nämä ilmeisesti liittyvät siihen, kuinka geneettisesti periytyvä temperamenttiin kuuluva taipumus kokea kielteisiä tunteita altistaa masennukselle. Myös persoonallisuuspiirre neuroottisuus eli tunne-elämän tasapainottomuus altistaa masennukselle. Lapsuuden traumaattiset kokemukset ja muut epäedulliset kehitysolosuhteet altistavat myöhemmälle masennukselle, mikä lieneekin aika ilmeistä.

Psykoanalyttisen teorian mukaan masennuksessa on kyse menetettyyn tunnekohteeseen kohdistuvasta, tiedostamattomasta samastumisesta. Tämä tunnekohde on voinut korvata ulkoisesti henkilön kehittymättömiä psyyken rakenteita ja mitä kehittymättömämpiä ne ovat, sitä vaikeampi masennus on ja sitä enemmän surutyötä sen käsittely vaatii. (Davisonin ja Nealen (1994, s. 230) mukaan Freud piti lapsuusajan tarpeiden tyydyttämisen tai tyydyttämättömyyden kokemuksia syynä masennusalttiuteen.) Psykoanalyttinen näkemys tuntuu olevan varsin irrallaan kaikista edellä kuvatuista aivojen toimintaan, hormoneihin ja jopa traumaattisiin kokemuksiin liittyvistä masennuksen selityksistä ja se kuulostaa kovin erikoiselta spekulatiolta.

Kognitiivisen teorian mukaan ihmisen tavat hahmottaa itsensä, tulevaisuutensa ja maailman ylipäätään, voivat olla vääristyneitä niin, että hän pitää itseään arvottomana, tulevaisuuttaan vääjäämättä synkkänä ja he myös helposti tulkitsevat kokemuksensa vahvistavan näitä käsityksiä. Tästä seuraa ymmärrettävästi masennus. Omat kokemukseni ja havaintoni

lähipiiristäni vastaavat ainakin tätä kuvausta masentuneen ajattelusta, oli masennuksen syy sitten mikä tahansa. Davison ja Neale (1994, s. 232) kuitenkin toteavat tutkimuksiin viitaten, että vaikkakin masentuneet ovat tyypillisesti pessimistisiä, ei kaikkien masentuneiden ajattelu ole edellä kuvatulla tavalla vääristynyttä.

Hoito, terapia, paraneminen

Masennuslääkkeitä täytyy käyttää useita viikkoja ennen kuin niiden hoidolliset hyödyt tulevat esiin. Ne vaikuttavat kaikkiin masennusoireisiin, eli niiden vaikutus perustuu yleiseen tasapainottavaan vaikutukseen, ei tietyn oireen hoitoon.

Hoitoa saaneiden masennus paranee yleensä alle puolessa vuodessa, vaikka pienellä osalla se voi jatkua vuosiakin. (Davison ja Neale (1994, s. 243) lohduttavat kertomalla masennustilojen yleensä menevän itsestäänkin ohi joidenkin kuukausien kuluttua.) Aivan kuten varsinaista masennusta yleensä edeltää joukko esioireita, sen toipumisvaiheessa usein myös esiintyy jälkioireita. Paraneminen tapahtuu siis osa kerrallaan pidemmän ajan kuluessa. Tähän vaiheeseen liittyy myös masennuksen uusiutumisen riski. Ennustetta heikentävät masennuksen “vaikea-asteisuus, aikaisempien masennusjaksojen suuri määrä, psykoottiset piirteet, kielteiset elämänpahtumat masennustilan aikana, sosiaalisen tukiverkoston vähäisyys tai sen kielteinen suhtautuminen potilaaseen, muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt, myöhäinen hoitoon hakeutuminen ja hoidon puuttuminen tai epäasianmukaisuus” (Lönngqvist ym. 2013, s. 176). Masennuksesta aiheutunut toimintakyvyn lasku palautuu hitaammin kuin depression oireet muuten lieventyvät.

Biologisia hoitoja käytetään keskivaikeiden, vaikeiden ja psykoottisten masennusten hoidossa. Psykoterapiaa voidaan käyttää lievissä ja keskivaikeissa tapauksissa. Keskivaikean masennuksen hoidossa on hyvä käyttää molempia yhdessä. Lievää masennusta voisi hoitaa pelkällä terapiallakin, mutta taitaa olla paljon helpompaa saada lääkitystä kuin terapiaa. Davison ja Neale (1994, s. 246) pitävät sähköterapiata (ECT) mahdollisesti tehokkaimpana hoitona vaikeaan masennukseen. Lönngqvistin ja kumppaneiden (2013, s. 191) mukaan sen vaikutus kuitenkin heikkenee muutamassa kuukaudessa (hoitoja voidaan toistaa myös ylläpitojakson aikana).

Masennuksen akuutissa vaiheessa pyritään saada aikaan potilaan nopea toipuminen, mutta jälkioireiden takia tämän onnistumisenkin jälkeen tarvitaan jatkohoitovaihe, joka kestää puoli vuotta. Vielä tämän jälkeen pyritään ylläpitovaiheessa suojaamaan potilasta masennuksen toistumiselta, mikäli potilaalla on ollut toistuvia masennuksia tai vähintään keskivaikea masennus. Lääkehoito täytyy lopettaa asteittain senkin takia, että äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa lopetusoireita. Lopettamista harkitaan vasta ylläpitolääkityksen kestätyä useamman vuoden ajan potilaan ollessa oireeton. Lopettamisvaiheessa potilaan tilaa on myös seurattava tiiviisti, jotta mahdolliset lopetusoireet huomataan ajoissa.

Davisonin ja Nealen (1994, s. 248) mukaan itsemurhaa yrittäneistä yli puolet ovat masentuneita. Niinpä masentuneiden hoidossa on otettava erityisesti huomioon itsemurhariski.

Masennukseen usein tehoava SSRI-lääkitys on helppo annostella ja vaikuttaa myös ahdistuneisuushäiriöön, josta masentuneet yleensä myöskin kärsivät. Samankaltaisen SNRI-lääkityksen tavoin sen yhteisvaikutusriskit muiden lääkkeiden kanssa ovat myös vähäiset. Useahkoista lääkevaihtoehtoista nämä lienevätkin yleisimmin käytetyt.

Psykodynaaminen lyhytterapia on hyödyllistä, kun masennus on selvästi tietyn tekijän, kuten omaisen kuoleman, laukaisema. Potilaan täytyy myös olla motivoitunut terapiaan ja masennus on vaikeusasteeltaan lähinnä lievä. Psykoottiset, melankoliset ja vaikeasti masentuneet eivät siitä hyödy.

Lieissä ja keskivaikeissa masennuksissa kognitiivinen lyhytterapia on tehokasta. Mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse, sitä enemmän tarvitaan terapiassa myös behavioraalisia menetelmiä.

Masennuksen avohoitomuodoksi suunniteltu interpersoonallinen psykoterapia on hyödyllinen silloin, kun potilaalta puuttuu vuorovaikutussuhteita esimerkiksi persoonallisuutensa piirteiden tai persoonallisuushäiriön aiheuttamien sopeutumisvaikeuksien takia. Hoidon tavoite on lievittää aiheutunutta eristyneisyyttä ja auttaa ihmissuhteiden muodostamisessa.

Ongelmien ratkaisemiseen keskittyvät lyhytterapia soveltuvat lievien masennustilojen hoitoon. Niissä ohjataan potilasta ratkaisemaan ongelmansa aktiivisesti, mistä ainakin itse pidän, sillä pelkään esimerkiksi pitkän terapian, kuten psykoanalyysin saattavan aiheuttaa opittua avuttomuutta. Se on varmaankin myös melko matalan kynnyksen terapiamuoto, koska se ei vaadi sitoutumista yli kymmeneen käyntikertaan.

Osa 3: Oman työskentelyn pohdinta ja arviointi

Käsitekartta ja sen esittelyteksti jäivät suppeiksi ja pinnallisiksi, koska tilarajauksen takia päätin pitää sen mahdollisimman yleisellä tasolla. Yleensä käsitekartat helposti paisuvat liikaa, kun niihin lisää ja lisää sisältöä samalla kun uppoutuu syvemmälle. Tehtävänannon perusteella vältin tätä, mutta toisaalta minua hieman ärsytti tehdä tehtävästä niin pinnallinen.

Teematehtävässä valitsin aiheeksi masentuneisuushäiriöt, koska olen aiemmin kärsinyt jostain, jota kutsuin silloin masennukseksi, mutta jota ei koskaan diagnosoitu tai edes tutkittu. Minulla on myös vakavasta masennuksesta kärsiviä, diagnosoituja läheisiä, joten masennus vaikuttaa todella yleiseltä ja merkittävältä ongelmalta ja on siksi tärkeä tuntea. Tästä aiheesta oli kuitenkin niin paljon tärkeää tietoa, etten voinut pysyä aivan annetussa sivumäärässä.

Lähteet

DAVISON, G. C. & NEALE, J. M. (1994) Abnormal psychology. New York: Wiley.

LÖNNQVIST, J., HEIKKINEN, M., HENRIKSON, M., MARTTUNEN, M. & PARTONEN, T. (2013). Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

ERONEN, S. & LAHTI-NUUTTI, P. (2012). Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. Helsinki: Edita.

HUTTUNEN, M.O. & KALSKA, H. (2012). Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim.

Oppimistehtävä: Psykoterapiat

Osa 1. Mitä on psykoterapia?

En ole itse psykoterapiaa koskaan saanut, mutta se on jollain tapaa tuttu populaarikulttuurista ja erilaisista alaa koskevista tieteellisistä artikkeleista, joita olen huvikseni lukenut. Lähinnä terapiasta tulee mieleen kahdenkeskinen keskustelu terapeutin kanssa, sekä erilaiset psykologiset testit, joilla vaikkapa masennuksen vakavuutta mitataan.

Lönnqvist ja kumppanit (2013, s. 659) tarkoittavat psykoterapialla “vakiintuneisiin psykologisiin periaatteisiin perustuvien tekniikoiden avointa ja suunnitelmallista soveltamista vuorovaikutuksessa sellaisen henkilön, psykoterapeutin, kanssa, joka on pätevöitynyt koulutuksensa ja kokemuksensa avulla ymmärtämään näitä periaatteita. Psykoterapeutti soveltaa näitä tekniikoita auttaakseen ihmisiä muokkaamaan haitallisia tunteita, ajatuksia, asenteita ja käyttäytymistä.” Eronen ja Lahti-Nuuttila (2012, s. 36) toteavat lyhyemmin, mutta oleellisesti samoin, että “Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa”. Wahlström kiinnittää luennossaan huomiota myös siihen, että psykoterapiaa tehdään useilla eri yhteiskunnan sektorilla, kuten sosiaalihuollossa ja koulujärjestelmässä (Wahlström 2014). Suomessa psykoterapeutiksi saa kutsua vain yliopistollinen koulutus ja oikeuden nimikkeen käyttöön myöntää Valvira, joka myös valvoo nimikkeen käyttöä (Lönnqvist ym. 2013, s. 659 - 660).

Eronen ja Lahti-Nuuttila selvittävät psykoterapiaan kohdistunutta tutkimusta. He kertovat kolmesta näkökulmasta, joista psykoterapian tuloksellisuutta on tutkittu: (1) sen tehokkuus hoitomenetelmänä (efficacy) optimaalisissa olosuhteissa, (2) hoidon vaikuttavuus (effectiveness) osana arkista terveydenhuollon ja ammatinharjoittajien toimintaa, sekä (3) psykoterapian tehokkuus (efficiency) siihen käytettyihin resursseihin suhteutettuna. Myös eri terapiamenetelmien välisiä eroja on tutkittu: mikä menetelmä, kenen antamana ja mille ryhmälle annettuna on tehokkain? Tällä tavalla on etsitty sellaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon onnistumiseen. Erilaisia hoidon tehoon vaikuttavia muuttujia, kuten terapiakertojen määrä tai hoidon pituus tai asiakkaan tai terapeutin ominaisuudet, on myös tutkittu.

Terapiasuhte on näistä tekijöistä keskeisin. Viimeiseksi on vielä tutkittu sitä, mitä muutos terapiassa ylipäättään on ja kuinka se toteutuu? Tällaisissa tutkimuksissa selvitetään muun muassa, onko muutos sellaista kuin terapeutin käyttöteoria väittää. (Eronen & Lahti-Nuuttila 2012, s. 35 alkaen.)

Wahlström kertoo, että Helsingin psykoterapiatutkimuksen mukaan lyhytterapiat vaikuttivat nopeammin, mutta pitkät terapiat olivat tuloksellisempia viiden vuoden seurannassa. Niillä, joiden soveltuvuus terapiaan oli huono, lyhyestä terapiasta ei ollut paljonkaan hyötyä, mutta pitkästä oli. Niinpä olisi tärkeää tutkia tätä soveltuvuutta ennen hoidosta päättämistä. Asiakkaan tai potilaan aktiivinen osallistuminen terapeutin prosessiin on välttämätöntä. (Wahlström 2014.)

Lönnqvist kumppaneineen kertoo tutkimusten perusteella arvioidun, että 40 % psykoterapian vaikutuksista johtuu hoidon ulkopuolisista tekijöistä, kuten potilaan saamasta sosiaalisesta tuesta. Lumevaikutuksen selittäessä 15 % ja käytetyn terapiatekniikankin vain 15 %, jää 30 % yleisten tekijöiden, kuten terapeutin persoonan ja erityisesti hyvän hoitosuhteen vaikutuksen aiheuttamaksi. (Lönnqvist ym. 2013, s. 662). Oleellista terapiaan liittymättömien seikkojen jälkeen on siis terapeutin ja asiakkaan tai potilaan välinen suhde, eikä valitulla terapiatekniikalla ole niin suurta väliä. Vaihtoehtoisia tekniikoita olisikin satoja, terapiasuuntauksiakin useita. Eri terapioiden moninaisuutta selkiinnyttävät Davison ja Neale jakamalla ne (1) oivallusterapioihin (insight therapies), (2) kognitiivisiin ja käyttäytymisterapioihin, (3) ryhmä, pariskunta ja perhe-, sekä yhteisöterapioihin (Davison & Neale 1994). Myös Wahlström painottaa luennoissaan psykoterapian vuorovaikutuksellista luonnetta keskeisenä terapian vaikuttavuuden kannalta (Wahlström 2014).

Psykoterapiassa hoidettavat häiriöt ovat Wahlströmin mukaan suhteessa olemisen häiriöitä ja siksi terapiasuhteella on hoitava vaikutus. Tavoitteena on yleensä saada asiakas alkaa tarkastella omaa suhdettaan kokemukseensa ja kokemistapaansa. Asiakkaan kokemistapa on nimittäin diagnoosia tai oireita merkittävämpi seikka terapian kannalta. (Wahlström 2014.)

Lähteet

Davison, G. C. & Neale, J. M. (1994) Abnormal psychology. New York: Wiley.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henrikson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) (2013). Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. (2012). Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. Helsinki: Edita.

Wahlström, J. (2014). Psykoterapia. Mitä on psykoterapia? Mikä psykoterapiassa auttaa? Psykoterapia suhteessa olemisen häiriöiden hoitona.

Osa 2. Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Lappalaisen mukaan hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) keskeisiä käsitteitä ovat hyväksynnän lisäksi ainakin hyvä elämä ja omat arvot. Erikoisesti siitä puuttuu sairauden käsite. (Lappalainen 2008.)

Lappalainen selittää haastattelussa sairauskäsitteen puuttumista sillä, ettei HOT:ssa luokitella ihmisiä psykologiassa perinteiseen tapaan sen mukaan, kuka täyttää minkäkin sairauden diagnostiset kriteerit. Sen sijaan hyväksytään, että kaikilla - myös terapeutilla itsellään - on hyviä ja huonoja päiviä sekä erilaisia tunnetiloja, psyykkisiä ongelmia ja niin edelleen, eli (ainakaan psykoterapian näkökulmasta) ei voida tehdä kategorista jakoa terveisiin ja sairaisiin. (Lappalainen & Lahti 2011.)

Haastattelussa Lappalainen selittää hyväksynnän käsitteen HOT:ssa tarkoittavan sitä, että epämiellyttäviä tunteita ja ajatuksia ei pyritä estämään tai hallitsemaan, vaan niiden kokeminen otetaan vastaan eli hyväksytään. Tämä ei ole kielellinen ilmiö vaan kokemus. Tutkimusten mukaan epämiellyttävien ajatusten ja tunteiden kontrolloinnin tai poistamisen yrittäminen voi aiheuttaa niiden toistumista tai päälle jäämistä. (Lappalainen & Lahti 2011.)

Lappalaisen (2008) mukaan HOT perustuu suhdekehysteoriaan ja se sijoitetaan yleensä kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden joukkoon, vaikka eroaakin tuosta joukosta merkittävillä tavoilla. Kognitiivisten käyttäytymisterapioiden perusmenetelmiin kuuluvat altistus, itsehavainnointi, käyttäytymisen aktivointi ja ongelmanratkaisu (Lehtonen & Lappalainen 2005). Tyypillisesti terapeutti ensin selvittää, mitä ongelmia asiakkaalla on, määrittelee asiakkaan kanssa hoidon tavoitteet ja suunnittelee tälle sitten hoidon, sekä toteutuksen jälkeen huolehtii parin vuoden ajan asiakkaan tilan seurannan (Lehtonen & Lappalainen 2005).

Lappalaisen mukaan HOT:n peruslähtökohta on, ettei siinä yritetä muuttaa asiakkaan ajatuksia tai kokemuksia, vaan niiden vaikutusta. HOT:ssa on keskeistä motivaatioanalyysi, jossa asiakas ohjataan määrittelemään yksilölliset, omat arvonsa. Terapeuttisia toimenpiteitä suhteutetaan sitten näihin arvoihin, kiinnittäen huomiota ongelmien ratkaisumenetelmien

toimivuuteen. Tarkoitus on ohjata asiakasta toimimaan enemmän arvojensa mukaisella tavalla kohti itse määrittelemäänsä hyvää elämää. (Lappalainen 2008.)

Lappalainen selittää, että HOT:in lähtökohtana on myös se, että jonkinasteinen kärsimys kuuluu maailmaan ja elämään, eikä niiden esiintymisessä siis ole mitään sairasta. HOT:in ajatuksena on, että usein tämä kärsimys johtuu kielellisistä yrityksistä ratkaista ongelmia, joihin kielellinen ratkaisu ei toimi. Ratkaisu voi vaikka olla tosiasiasa haitallinen sääntö. Terapian tarkoitus olisi selittää asiakkaalle tuon säännön todelliset vaikutukset. Erikoisesti HOT:ssa voidaan välttää järjellä selittämistä, sillä HOT:n mukaan selitysten lisääminen saattaa ylläpitää ongelmaa. Ajatusten ja tunteiden hallinta on myös HOT:n mukaan haitallisia. Tietoisuusharjoituksilla asiakas voi oppia etäännyttämään itsensä ei-toivotuista kokemuksistaan ymmärtämällä, että hän itse ja tunne tai ajatus ovat erillisiä, eri asioita. Tämä voi lieventää, joskaan ei kokonaan poistaa epämiellyttävien ajatusten ja tunteiden aiheuttamaa kärsimystä. (Lappalainen 2008.)

Haapala ja Lappalainen kertovat joissakin tutkimuksissa todetun, että kognitiivisten terapioiden vaikutuksen tapahtuvan jo terapian alkuvaiheessa, jolloin siinä käytetään myös asiakasta aktivoivia menetelmiä. Tälle on esitetty selitykseksi selviytymistaitohypoteesia, jonka mukaan asiakkaat oppivat elämään masennuksensa kanssa, jolloin masennusoireet heikkenevät. Heidän ydinskeemojensa muuttaminen ei siten ole välttämätöntä masennuksen hoidossa. Jacobsonin ym. kokeellisessa tutkimuksessa oli saatu tälle lisää näyttöä vertailemalla kognitiivisen terapian kaikki elementit sisältävää terapiaa saavaa ryhmää sellaisiin, joissa keskityttiin enemmän tai kokonaan käyttäytymisen aktivointiin. Kahden vuoden seurannan aikana ryhmien välillä ei ollut tullut merkittäviä eroja. Tämä antaa nähdäkseni syyn pitää HOT:ia tehokkaampana kuin kognitiivista terapiaa tai kognitiivista käyttäytymisterapiaa, mutta tätä on Haapalan ja Lappalaisen mukaan tutkittu vielä melko vähän - tosin näyttö on toistaiseksi ollut HOT:lle myönteistä. (Haapala & Lappalainen 2008.)

Lähteet

Haapala, A-M. & Lappalainen, R. (2008). Kognitiiviset ja käyttäytymisterapeuttiset menetelmät erityisesti masennuksen hoidossa. Teoksessa *Mieli ja terveys: ilon ja muutoksen psykologiaa*. Toim. R-L. Punamäki, P. Nieminen, M. Kiviaho. Tampereen Yliopisto.

Lappalainen, R. (2008). Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Kirjassa S. Kähkönen, I. Karila ja N. Holmberg (Toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*, 3.painos. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. & Lahti, A. (2011). Hyväksymis- ja omistautumisterapian perusteita. Haastattelu/Keskustelu.

Lehtonen, T. ja Lappalainen, R. (2005). Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä: terapiamalli, altistus, itsehavainnointi, käyttäytymisen aktivointi, ongelmanratkaisu. Tampere: Psykologian laitos, Tampereen yliopisto.

Osa 3. Hyväksymis- ja omistautumisterapia ja psykoanalyysi

	Hyväksymis- ja omistautumisterapia	Psykoanalyysi
Keskeiset käsitteet	hyväksyntä, hyvä elämä, omat arvot, ei sairauden käsitettä, suhdekehysteoria, (selviytymistaitohypoteesi)	representaatio, repressio, ego, id, superego, tiedostamaton, resistanssi, defenssit, konstruktio, tulkinta, torjunta, oivallus, transferenssi, vastatransferenssi, etäännyttäminen
Terapiamenetelmät	motivaatioanalyysi (arvokeskustelu), tietoisuusharjoitukset, erilaiset harjoitukset ja “kotitehtävät”	vapaa assosiaatio, unien tulkinta, tulkinta
Päämäärät ja tavoitteet	Asiakkaan itse määrittelemä hyvä elämä omien arvojen mukaisesti	Poistaa repressiot, vapauttaa rationaaliseen toimintaan, saamaan potilas kosketuksiin itsensä kanssa
Soveltuvat ongelmatyypit	Ainakin masennus. Erityisen hyvä asiakkaille, jotka haluavat käytännöllisiä harjoituksia tai jotka “elävät liikaa päänsä sisällä” tai ovat olleet pitkään keskustelupainotteisessa terapiassa	Monimutkaiset sairaudet, vaikeat mieliala- ja ahdistushäiriöt, persoonallisuushäiriö. Sopii etenkin korkeasti koulutetuille, pohdiskeluun taipuvaisille
Näyttö vaikuttavuudesta	Vähän tutkittu, mutta näyttöä ainakin masennuksen hoidosta	Vaikea tutkia, mutta näyttää olevan yhtä tehokasta kuin paljon tutkitutkin; etenkin pitkät terapiat tuloksellisia

Vertaan tässä osassa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (HOT) psykoanalyysiin, koska ne vaikuttavat jo ensi silmäykseltä hyvin erilaisilta terapiamuodoilta ja silti molempia käytetään psykoterapiassa. Koska HOT on jo esitelty edellisessä tehtävän osassa, esittelen seuraavaksi psykoanalyysin käsitteitä ja menetelmiä.

Enckell selittää, että psyykkiset ongelmat syntyvät psykoanalyysin käsityksen mukaan siitä, että mielikuvarakenteiden kehitys on osittain keskeytynyt tai epäonnistunut ja psyykkisen työn välineitä on jäänyt syntymättä. Mielikuvarakenteen perusyksikkö on suhteessa toiseen ihmiseen (yleensä vanhempaan) kehittynyt representaatio. (Enckell 2012.)

Davison ja Neale selittävät, että psykoanalyysin ytimessä on pyrkimys poistaa repressiot (torjunnat), jotka estävät ihmiset kehittymisen kypsäksi aikuiseksi. Teorian mukaan mielenterveyden häiriöt johtuvat tiedostamattomista motiiveista ja peloista, joiden saattaminen tietoisuuteen vapauttaa ihmisen toimimaan rationaalisemmin. Yksi psykoanalyysin omituisia piirteitä on sen tapa kieltää todellisen ongelman olevan se, miltä päälle päin vaikuttaa, vaan väittää sen sijaan ongelman olevan jokin syvempi, lapsuuden kokemuksista kumpuava, psyyken sisäinen ristiriita. (Davison & Neale 1994.)

Davisonin ja Nealen mukaan psykoanalyysin tunnetuin menetelmä on vapaa assosiaatio, jossa asiakas, kuultuaan terapeutilta jonkun sanan tai lauseen, sanoo nopeasti mitä tahansa hänelle tuleekaan mieleen (Enckell (2012) kutsuu tätä myös perussäännöksi). Harjoittelun myötä tällä menetelmällä on tarkoitus saada tietoa tiedostamattomasta, kun se on tietoisesta hallinnasta vapaa. Harjoituksen seurauksena voidaan törmätä alitajuiseen vastustukseen eli resistanssiin, kun terapeutin kysely johtaisi asiakkaan epämiellyttävien ajatusten pariin. Unien ”analysointia” eli symbolista tulkintaa on pidetty toisena keinona päästä käsiksi näihin torjuttuihin ajatuksiin. Kun terapeutti katsoo hetken oikeaksi, hän alkaa osoittaa asiakkaalle tämän puolustusmekanismeja ja tulkita asiakkaalle tämän tunteita ja ajatuksia, jotta tämä itse oivaltaisi mistä oikeasti on kyse. Asiakas voi torjua tarjotun tulkinnan, mutta terapeutti voi silti teorian mukaan pitää tulkintaa oikeana, jos hänellä on siihen hyvät perusteet. (Davison & Neale 1994.)

Psykoanalyysin keskeinen piirre, Davisonin ja Nealen mukaan, on transferenssi - ilmiö, jossa asiakas siirtää jotain menneisyytensä tärkeään henkilöön (yleensä vanhempansa)

kohdistuvan asenteensa terapeuttiin. Terapeutin on yleensä helppo osoittaa asiakkaan transferenssista johtuva irrationaalinen käytös. Vastatransferenssi (countertransference) tarkoittaa puolestaan terapeutin asiakastaan kohtaan tuntemia tai tämän hänessä herättämiä tunteita (terapeutti alkaa toimia asiakkaan odotusten mukaan). Voidakseen toimia kunnolla terapeutina, on vastatransferenssi tiedostettava ja tämän takia psykoanalyytikon koulutukseen kuuluukin psykoanalyysin läpikäyminen itse. Terapeutin tulee etäännyttää itsensä asiakkaasta niin, ettei auta tätä arjen ongelmissa tai tarjoa tälle valmiita ratkaisuja. Tätä erikoista vaatimusta selittää se, että psykoanalyysin on tarkoitus vahvistaa asiakasta itse huolehtimaan itsestään esimerkiksi kohtaamalla repressoidut ajatuksensa. (Davison & Neale 1994.)

Davison ja Neale kertovat muiden suuntausten edustajien kummaksuvan psykoanalyysin käsitteitä, etenkin yhtä tiedostamatonta. Sen vaikuttavuuden arviointi on myös vaikea tutkia, koska repressioiden poistamista on vaikea todentaa, eikä asiakkaan tilan kohentumisen arvioinnille ole kriteerejä. Yrityksissä arvioida terapian tulosta on hyödynnetty tiedostamattoman käsitteeseen perustuvia testejä, joten tutkimuksissa on sorruttu kehäpäätelmään. Myös tärkeää oivallusta on epäilty oikeasti vain ilmiöksi, jossa asiakas omaksuu tarjotun uskomusjärjestelmän. (Davison & Neale 1994.)

Psykoanalyysi vaikuttaa melko epäuskottavalta erikoisine abstraktioineen, jotka kuulostavat juuri sellaiselta “päänsä sisällä elämiseltä”, jota HOT pyrkii käytännönläheisillä menetelmillään välttämään. Psykoanalyysi nojaa moniin, hyvin teoreettisiin käsitteisiin ja terapeutin luovaan kykyyn soveltaa niitä keskustelussa asiakkaan kanssa. HOT painottaa käytäntöä, harjoituksia ja liian ajattelun välttämistä ja sen teoreettinen perusta on yksinkertaisempi. HOT on myös erityisen hyvä sellaisille asiakkaille, jotka ovat (turhaan) olleet pitkässä keskusteluterapiassa, kuten psykoanalyysissä, tai jotka eivät sellaiseen alunperinkään halua.

Lönnqvist ja kumppanit kuitenkin kertovat, että Helsingin psykoterapiatutkimuksen mukaan psykodynaamiset terapiat (joista psykoanalyysi on yleisimmin käytetty) ovat yhtä vaikuttavia kuin näyttöön perustuvat terapiat. Pitkät terapiat olivat hyödyllisempiä kuin lyhyet ja paraneminen jatkui vielä hoidon päättymisen jälkeen. Erityisen tehokkaiksi ne osoittautuivat monimutkaisten sairauksien, vaikeiden mieliala- ja ahdistushäiriöiden sekä persoonallisuushäiriöiden hoidossa. (Lönnqvist ym. 2013.)

Wahlström kertoo (myös luennoissa 2014, mutta lainaus teoksesta Eronen & Lahti-Nuuttila 2012), että “koeasetelmissa, joissa kahta tai useampaa psykoterapiamenetelmää verrataan keskenään, erot tuloksessa eri ryhmien välillä ovat pienet. [...] Tämä tarkoittaa sitä, että hyvinkin erilaiset psykoterapiamenetelmät, saman määräisinä annosteltuina veratilukelpoisille asiakas- tai potilasryhmille, eivät juuri eroa tehossa toisistaan”.

Enckellkin toteaa, että eri terapiamenetelmien tai -suuntausta merkittävämmäksi tekijäksi hoidon vaikutuksen kannalta on tutkimuksissa osoittautunut terapeutin ja potilaan tai asiakkaan yhteensopivuus myös psykoanalyysiä tutkittaessa. Myös psykoanalyysiin perustuvilla lyhyillä hoidoilla saadaan vaikutus nopeammin, kun taas pidemmällä hoidoilla ja nimenomaan psykoanalyysillä (verrattuna psykoanalyttisiin terapioihin) saadaan kokonaisuudessaan voimakkaampi vaikutus. (Enckell 2012.)

Ilmeisesti kovin hyvin ei tiedetä, miksi psykoanalyysi tehoaa niin hyvin kuin se tehoaa, mutta asiakkaan kannalta sillä ei liene merkitystä. Näyttää siltä, että se on yhtä hyvä vaihtoehto kuin vaikka HOT, jos vain tereapeutti sattuu kyseiselle asiakkaalle sopimaan.

Lähteet

Davison, G. C. & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology*. New York: Wiley.

Enckell, H. Psykoanalyysi ja psykoanalyttiset terapiat. Teoksessa Huttunen & Kalska (2012). *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henrikson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. (2013). Helsinki: Duodecim.

Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. (2012). *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita*. Helsinki: Edita.

Huttunen, M.O. & Kalska, H. (2012). Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim.

Wahlström, J. (2014). Psykoterapia. Mitä on psykoterapia? Mikä psykoterapiassa auttaa?
Psykoterapia suhteessa olemisen häiriöiden hoitona.