

Psykoanalyysin tieteellinen perusta

Solms, M. (2018). *The scientific standing of psychoanalysis*. *BJPsych International*, 15(1), 5–8.

Yhteenveto

Tämä kirjoitus on yhteenveto psykoanalyysin tieteellisistä ydinväittämistä ja kumoaa ennakkoluulon, että psykoanalyysi ei olisi ”näyttöön perustuvaa”. Pureudun seuraaviin kysymyksiin: (A) Kuinka tunne-elämä toimii, terveenä ja sairaana? (B) Mihin siis psykoanalyttinen hoito pyrkii? (C) Kuinka tehokasta se on?

A.

Tunne-elämän toiminnasta meillä on kolme keskeistä väittämää.

1. *Vastasyntynyt lapsi ei ole ”tabula rasa”, tyhjä mieli; vaan kuten muillakin lajeilla, meillä on synnynnäisiä tarpeita.* Nämä tarpeet (”jotka edellyttävät mielen työskentelyä” tai kuten Freud kutsui niitä nimellä ”id”) tuntuvat ja ilmenevät tunteina. Perustunteet synnyttävät vaistomaista käyttäytymistä, joka pohjaa synnynnäisiin toimintasuunnitelmiin tarpeidemme täyttämiseksi (esim. itku, etsiminen, paleleminen, pakeneminen, hyökkäys). Ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää näiden ihmisen aivoissa olevien synnynnäisten tarpeiden määrälle, mutta yleisimmät määritelmät (esim. Panksepp 1998) toteavat seuraavaa.¹

Meillä on tarve toimia osana maailmaa – koska meidän biologiset halumme (mukaan lukien ruumiilliset tarpeemme) voivat täytyä vain siellä. Tarve pohjaa viettiperäiseen uteliaisuuteen, etsimiseen, tyydytyksen ta-

voitteluun. (Se on suunnilleen, mutta ei täsmälleen yhtenevä Freudin ”libido”-käsitteen kanssa.)

Meillä on tarve löytää seksuaalikumppaneja. Tämä ilmenee *seksuaalisen halun* tunteena. Tämä vaisto on sukupuolittunut (keskimäärin), mutta sekä maskuliiniset että feminiiniset taipumukset ovat olemassa molemmissa sukupuolissa.

Meillä on tarve paeta vaarallisia tilanteita. Tätä on *pelko*.

Meillä on tarve tuhota turhauttavat objektit (asiat, jotka asettuvat tarpeidemme ja niiden täyttämisen väliin). Tätä on *raivo*.

Meillä on tarve kiintyä hoitajiimme (niihin jotka pitävät meistä huolta). Ero huoltajista ei näyttäydy pelkona, vaan *paniikkina*. Ja niiden menettäminen aiheuttaa epätoivon tunteen. (Koko kiintymyssuhdeteoria perustuu tämän tarpeen eri ilmenemismuotoihin.)

Meillä on tarve välittää ja *hoivata* muita, etenkin jälkikasvuamme. Tämä ”äidin vaisto” ilmenee (vaihtelevassa määrin) molemmissa sukupuolissa.

Meillä on tarve *leikkiä*. Tämä ei ole pelkästään kevyttä huvia, vaan leikki on tapa muodostaa sosiaalisia rakenteita (”nokkimisjärjestys”), ja sen avulla ylläpidetään sisäryhmän ja ulkoryhmän välistä rajaa.

Perustunteiden (ylemmän aivorungon ja limbisen järjestelmän) anatomia on varsin hyvin tunnettu (ks. Panksepp 1998).

2. *Mielen kehityksen päätehtävä on oppia*

täyttämään tarpeemme maailmassa. Me emme opi vain oppimisen vuoksi; me teemme niin luodaksemme optimaalisia toimintasuunnitelmia, joiden avulla täytämme tarpeemme annetussa ympäristössä. (Freud kutsuu tätä "egon" kehittymiseksi.) Tämä on tarpeen, jotta meidän synnynnäiset toimintasuunnitelmamme sovitaan yhteen todellisten kokemusten kanssa. Evoluutio ennakoii, kuinka meidän tulisi toimia, vaikkapa vaarallisissa tilanteissa, mutta se ei pysty ennakoimaan kaikkia mahdollisia vaaroja (kuten esim. sähköpistokkeen kanssa); jokaisen lapsen on yksilönä opittava, mitä pelätä. Tämä tapahtuu tyypillisesti lapsuuden kriittisinä alkuvuosina, kun emme ole parhaiten varustautuneet käsittelemään synnynnäisten mallien keskinäisiä ristiriitoja (esim. kiintymys vs. raivo, uteliaisuus vs. pelko). Meidän on siten opittava tekemään *kompromisseja* ja meidän on opittava *epäsuoria* tapoja tyydyttää tarpeitamme. Tämä puolestaan edellyttää *sijaistoimintojen muodostamista* (kuten vaikkapa kissan potkaiseminen). Ihmisillä on myös laaja (kortiko-talaaminen) kapasiteetti tyydyttää tarpeita *kuvitteellisilla* ja *symbolisilla* tavoilla. Oleellista on, että *onnistuneet toimintamallit synnyttävät onnistunutta tunteiden sääntelyä, ja päinvastoin*. Näin siksi, että *havainnoimme tarpeemme tunteina*; siksi onnistunut hyökkäyksen välttäminen vähentää pelkoa, onnistunut tapaaminen eron jälkeen vähentää paniikkia, jne. Kun taas epäonnistumiset *vahvistavat* pelkoa ja paniikkia, jne.

3. *Toteutamme useimmiten toimintasuunnitelmiamme (eli tapoja täyttää tarpeitamme) tiedostamattamme*. Tietoisuus ("työmuisti") on erittäin rajallinen, joten on luontevaa koostaa ja automatisoida opittuja ratkaisuja elämän ongelmiin (ks. Bargh & Chartrand 1999, jossa todetaan, että vain 5 % tavoitteellisesta toiminnastamme on tietoisista). Synnynnäiset toimintamallit vahvistuvat automaattisesti lopputuloksesta riippuen; kuten myös ensimmäisten elinvuosien aikana syntyneet mallit, ennen kuin aivokuoren deklaraatiiviset muistirakenteet kypsyvät. On olemassa useita tiedostamattomia (ei-deklaraatiivisia) muistijärjestelmiä, kuten proseduraalinen ja emotionaalinen muisti (jotka on tallennettu pääosin basaaliganglioiden

tasolle). Ne toimivat eri säännöillä. *Emme automatisoi pelkästään onnistuneita toimintasuunnitelmia*. Tähän pieneen havaintoon perustuen voimme poistaa aiemmin tehdyn valitettavan erottelun kognitiivisen ja dynaamisen tiedostamattoman välillä. Joskus lapsi joutuu vain yksinkertaisesti toimimaan huonoista malleista vähiten huonon pohjalta hakiessaan ratkaisua ongelmiin, joita se yrittää ratkaista. Puhuttaessa torjunnasta, repressiosta, on kyse tällaisista virheellisistä tai ennenaikaisesti automatisoituneista toimintamalleista. Jotta automatisoituja malleja voidaan muuttaa tai päivittää, ne täytyy "jäsentää uudelleen, rekonsolidoida" (Tronson & Taylor 2007); *eli niiden täytyy tulla uudelleen tietoisuuteen*, jotta niiden on mahdollista *muuttua*. Tämä on vaikea tehtävä, koska useimmat proseduraaliset muistot ovat vaikeita oppia ja vaikeita unohtaa. Ja jotkin emotionaaliset muistot – jotka ovat voineet syntyä yhden ainoan kokemuksen tuloksena – vaikuttavat muuttumattomilta. Lisäksi *torjunta, repressio estää määritelmänsä mukaisesti ratkaisemattomiin ongelmiin liittyneiden automaatioiden läpityöstämisen*. Psykoanalyysin mekaniismien ymmärtämisessä tietoisuuden kautta uudelleen muokkaantumisen teoria (theory of reconsolidation) on erittäin tärkeä.

B.

Psykoanalyttikkojen käyttämät kliiniset menetelmät pohjautuvat alla oleviin väittämiin.

1. Psykologiset potilaat kärsivät ensi sijassa tunteistaan. Keskeinen ero psykoanalyttisten ja monien psykiatristen hoitomuotojen välillä on, että me uskomme tunteiden merkitsevän jotain. Tarkemmin ottaen, *tunteet edustavat täyttämättömiä tarpeita*. (Siten paniikista kärsivä potilas pelkää menettävänsä jotain, raivosta kärsivä potilas on turhautunut jostain, jne.) Tämä itsestäänselvyys pätee riippumatta etiologisista tekijöistä, syy-yhteyksistä; vaikka toinen henkilö pelkää menetystä perustavanlaatuisesti enemmän kuin toinen, niin molempien pelko on silti merkitsevää. Tarkkaan ottaen: *tunnehäiriöt ovat seurausta epäonnistuneista yrityksistä tyydyttää tarpeita*.

2. Psykologisen hoidon päätavoite on siten

auttaa potilasta oppimaan parempia (toimivampia) tapoja täyttää tarpeitaan. Tämä johtaa parempaan tunteiden säätelyyn. Psykiatrisessa hoitokäytännössä ei-toivottuja tunteita tukahdutetaan. Me emme usko tunteita tukahduttavien lääkehoitojen parantavan tunne-elämän häiriöitä. Lääkkeet hoitavat oireita. Tunne-elämän häiriöistä parantuminen edellyttää potilaan täyttymättömän tarpeen (tarpeiden) käsittelemistä, koska ne aiheuttavat potilaan oireet. Oireiden lievittäminen on kuitenkin joskus tarpeen, ennen kuin potilas on kykenevä psykologiseen hoitoon, koska useimmat psykoterapian muodot edellyttävät yhteistyötä potilaan ja terapeutin kesken. On myös sellaisia psykopatologian muotoja, jotka eivät koskaan ole yhteistyöhön pohjautuvan psykoterapian tavoitettavissa.

3. *Psykoanalyttinen* terapia eroaa muista psykoterapian muodoista siinä, että *tavoitteena on muuttaa syvästi automatisoituja toimintasuunnitelmia*. Tämä on tarpeen edellä mainitun perusteella. Psykoanalyttinen menetelmä keskittyy siksi seuraavaan.

Tunnistamaan *hallitsevat tunteet* (jotka tunnetaan tietoisesti, mutta niiden ei välttämättä tunnusteta liittyvän itseän, jne.).

Nämä tunteet paljastavat oireen *merkityksen*. Eli, ne johtavat tunteen takana olevien (toimimattomien) *automaattisten mallien* äärelle.

Oirehtivia automatisoituja malleja *ei pysty muistamaan suoraan* juuri siitä syystä, että ne ovat automatisoituja (eli tiedostamattomia). Siksi analyytikko tunnistaa ne *epäsuorasti* tuomalla tietoisuuteen *toisteisia käyttäytymismalleja*, jotka juontuvat näistä automatisoiduista malleista.

Uudelleen koostaminen tapahtuu pääosin aivojen vanhimmissa osissa olevia varhaisia malleja aktivoimalla. Se tapahtuu niiden nykyhetken johdannaisten avulla (tätä kutsutaan "transferenssi"-tulkinaksi). Vain uloimman aivokuoren muistoja voidaan tunnistaa ja käsitellä.

Tällainen mielen uudelleen rakentuminen (reconsolidation) on vaikeaa pääosin sen vuoksi, miten nondeklaratiivinen (implisiitti-

nen) muistijärjestelmä toimii, ja osin siksi, että *tukahduttaminen* on seurausta ratkaisemattomien ongelmien uudelleen aktivoimien vaikeudesta. Näistä syistä psykoanalyttinen hoito vie aikaa – eli lukuisia ja säännöllisiä istuntoja – "asioiden läpityöstämiseksi".

Mielenterveystyön rahoittajien on ymmärrettävä, kuinka oppiminen toimii. Tarkempaa tietoa psykoanalyttisesta terapiasta löytyy lähteestä Solms (2017).

C.

Psykoanalyttinen terapia tuottaa hyviä tuloksia – ainakin yhtä hyviä, ja monessa suhteessa parempia, kuin muut nykyiset todistetusti toimivat psykiatrian hoitomuodot.

1. *Psykoteraapia on yleensä erittäin tehokas hoitomuoto*. Meta-analyysit psykoterapian tuoksellisuudesta näyttävät tehokkuuden olevan 0.73:n ja 0.85:n välillä. Lukua 0.8 pidetään psykiatrisessa tutkimuksessa korkeana tasona, lukua 0.5 keskinkertaisena ja lukua 0.2 heikkona. Nähdäksemme psykoterapian toimivuuden toisesta näkökulmasta, nykyisten mielialalääkkeiden tehokkuus on välillä 0.24 ja 0.31. (Kirsch ym. 2008; Turner ym. 2008). Psykoteraapian aikaansaamat muutokset ovat nähtävissä aivojen kuvantamisella, ja ne ovat vähintään yhtä merkittäviä kuin lääkehoidolla saavutetut.

2. Psykoanalyttinen psykoterapia on aivan yhtä toimiva hoitomuoto, kuin muutkin tutkitusti toimivat psykoterapian muodot (eli kognitiivis-behavioristinen terapia [CBT]). Tämä on nyt osoitettu kiistatta (Steinert ym. 2017). Lisäksi on todisteita, jotka viittaavat siihen, että *psykoanalyttisen terapian vaikutukset ovat pitkäkestoisempia* – ja jopa vahvistuvat – hoidon päätyttyä. Shedlerin (2010) arvovaltainen katsaus kaikkiiin tähän mennessä tehtyihin kontrolloituihin satunnaistutkimuksiin toteaa psykoanalyttisen terapian (jopa kevennetyissä ja lyhennetyissä muodoissaan) päätyvän tehokkuuteen 0.78 ja 1.46 välillä. Metodologisesti erityisen perusteellinen meta-analyysi (Abbass ym. 2006) vähensi psykoanalyttisessa terapiassa olleiden potilaiden yleistä oirehdintaa te-

hokkuudella 0.97. Tehokkuus nousi 1.51:een potilaiden jälkiarvioinnissa. Tuoreempi meta-analyysi (Abbass ym. 2014) osoitti tehokkuudeksi 0.71, ja siinä löydettiin sama nouseva tehokkuus jälkiarvioinnissa. Tämä viimeisin meta-analyysi koski lyhytkestoista psykoanalyttista hoitoa. De Maat kollegoineen (2009) toteaa menetelmäänalyttisessä meta-analyysissään pitkäkestoisen psykoanalyttisen psykoterapian tehokkuudeksi 0.78 terapian päättyessä ja 0.94 jälkiseurannassa, ja psykoanalyysin tehokkuudeksi 0.87 ja jälkiseurannassa 1.18. Yhteenvetona voidaan todeta että oireiden mukaisen tervehtymisen tehokkuus, (vs. persoonallisuuden muutos) on pitkäkestoisessa psykoanalyttisessä terapiassa 1.03, ja psykoanalyysissa 1.38. Leuzinger-Bohleber ym. (2018) julkaisee piakkoin tutkimuksen, jossa todetaan vieläkin korkeampia tehokkuuslukuja psykoanalyysille masennuksen hoidossa. Säännönmukainen jälkiseurannassa havaittu nouseva tehokkuusluku viittaa siihen, että psykoanalyttinen terapia synnyttää prosessin, joka jatkuu terapian päättyttyäkin (kun taas muissa psykoterapian muodoissa, kuten CBT:ssä tulokset pyrkivät hiipumaan).

3. Parhaita hoitotuloksia ennakoivat terapeutit tekniikat, riippumatta psykoterapia-muodosta, *sopivat hyvin yhteen edellä kuvatujen psykodynaamisten mekanismien kanssa*. Näitä tekniikoita ovat (Blagys & Hilsenroth 2000):

- # *rakenteeton*, avoin ja määrittelemätön dialogi potilaan ja terapeutin kesken
- # *toisteisten teemojen* tunnistaminen potilaan kokemusmaailmassa
- # potilaan *tunteiden* ja käsitysten kytkeminen *menneisiin kokemuksiin*
- # huomion kiinnittäminen *tunteisiin*, joita potilas pitää *mahdottomina hyväksyä*
- # osoitetaan tapoja, joilla potilas *välttää* näitä tunteita
- # keskitytään *tässä-ja-nyt-terapiasuhteeseen*
- # vedetään yhteyksiä *terapiasuhteen ja muiden ihmissuhteiden välille*

On valaisevaa huomata, että nämä tekniikat johtavat parhaisiin hoitotuloksiin riippumatta

psykoterapian muodosta. Toisin sanoen, samat tekniikat (tai niiden osa; ks. Hayes ym. 1996) ennakoivat optimaalista hoitotulosta myös CBT:ssä, vaikka terapeutit itse uskovat tekevänsä jotain muuta.

Ei siis liene yllätys, että riippumatta valitsemastaan suuntauksesta, psykoterapeutit valitsevat useimmiten itse itselleen psykoanalyttisen psykoterapian! (Norcross 2005).

Olen tietoinen siitä, etteivät hänen yhteenvetoni väittämät tee oikeutta erilaisten psykoanalyttisten näkemysten moninaisuudelle, ei teorian eikä terapiana. Sanon niiden olevan vain ydinväittämiä, jotka kätkevät alleen yksityiskohdat, myös ne joista emme ole vielä saavuttaneet yksimielisyyttä. Nämä väitteet voidaan todentaa nykyisellä tieteellisellä tutkimuksella, ja ne yksinkertaisesti ovat järkeenkäypiä.

Viite

1. Keskityn tässä tunnepohjaisiin tarpeisiin – jotka tunnetaan stressinä, raivona, jne. – en ruumiillisiin tarpeisiin – jotka tunnetaan nälkänä, janona, jne. – tai havaintoärsykkeisiin – jotka tunnetaan kipuna, pahoinvointina, jne. (ks. Panksepp 1998). Käytän tässä artikkelissa termiä ”toimintasuunnitelma” samassa merkityksessä kuin nykyinen laskennallinen neurotiede käyttää termiä ”prediction”.

Kirjallisuus

Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. ym. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD004687.

Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M. ym. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (update). Cochrane Database of Systematic Reviews, 7, CD004687.

Bargh, J. & Chartrand, T. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54(7), 462–479.

Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167–188.

- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R. ym.** (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 1–23.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., Goldfried, M. R.** (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 623–627.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B. ym.** (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Medicine*, 5, e45.
- Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Fiedler, G., Keller, W., Bahrke, U., Kallenbach, L., Kaufhold, J., Ernst, M., Negele, A., Schött, M., Küchenhoff, H., Günther, F., Rüger, B., Beutel, M.** (2018). Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioral therapy with chronic depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation. *British Journal of Psychiatry*, lähetetty.
- Norcross, J. C.** (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840–850.
- Panksepp, J.** (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press.
- Shedler, J.** (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.
- Solms, M.** (2017). What is “the unconscious,” and where is it located in the brain? A neuropsychanalytic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1406(1), 90–97.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., Leichsenring, F.** (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.
- Tronson, N. C. & Taylor, J. R.** (2007). Molecular mechanisms of memory reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 262–275.
- Turner, E., Matthews, A., Linardatos, E. ym.** (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.
- Alkuperäinen artikkeli: Solms, M. (2018). The scientific standing of psychoanalysis. *BJPsych International*, 15(1), 5–8. Suomentanut Aili von Schulman.