

Vesa Talvitie

Psykoteraapia ja elämänongelmien medikalisointi – kuka, miksi ja kuinka

Psykoteraapia hahmotetaan yhteiskunnassamme varsin kyseenalaistamattomasti somaattisten sairauksien hoitoon rinnastuvana lääketieteellisenä hoitomenetelmänä. Psykoteraapiaan hakeutumisen syitä on kuitenkin ongelmallista hahmottaa sairauksina, ja siten psykoteraapiaan liittyvät hallinnolliset käytäntömme medikalisoivat voimakkaasti tavanomaiseen elämänkulkuun kuuluvia psykososiaalisia ongelmia. Myös psykoterapiamuotojen vertailu lääketieteen evidence based -paradigman puitteissa nojautuu kyseenalaiseen oletukseen psykoterapiasta sairauden hoitona.

Yhteiskuntamme rakenteet ja käytännöt ohjaavat meidät hahmottamaan psykoteraapian psyykkisten ongelmien lääketieteelliseksi hoidoksi: Psykoteraapiaa tuottaa ensi sijassa lääkäreiden, hoitajien ja psykologien kaltaiset terveydenhuollon ammattilaiset, ja laillistetun psykoterapeutti-ammattinimikkeen käyttöä valvoo ja hallinnoi sosiaali- ja terveydenhuollon alan instanssit (Sosiaali- ja terveysministeriö, Valvira). Psykoteraapian tavoite hahmotetaan niin ikään lääketieteen termin: masennuksen, PTSD:n ja pakkoneuroosin kaltaisten mielen-terveyden häiriöiden poistamisena ja lievittämisenä. Psykoteraapiapalveluja hakevakin ilmaisee usein tulosyynsä diagnostisella kielellä: ”Kärsin masennuksesta.” Tässä lääketieteellisessä kontekstissa on luontevaa, että psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta ja keskinäistä paremmuutta pyritään mittaamaan ja arvioimaan samaan tapaan kuin somaattisten sairauksien hoitomenetelmiä. Voidaan hyvällä syyllä sanoa, että *ajatus psykoterapiasta psyykkisten sairauksien hoitona läpäisee yhteiskuntamme hallinnollisista rakenteista kansalaisten*

mielikuviin.

Kriittinen keskustelu psykoteraapian luonteesta tai ”syvimmästä olemuksesta” on ollut vuosikymmeniä laimeaa. Sote-muutoksen kynnyksellä ja hoitomenetelmien näyttöön perustuvuuden saadessa jalansijaa psykoteraapiakentässä aihe on kuitenkin ajankohtainen. Kun seuraavassa tarkastellaan psykoteraapian luonnetta erilaisista filosofisista ja kulttuurihistoriallisista näkökulmista, ajatus psykoterapiasta psyykkisten sairauksien hoitona osoittautuu monella tapaan ongelmalliseksi.

Aloittakaamme kuitenkin koulutuspsykoterapioista. Mitä psykoterapeutti vastaa, kun häneltä kysyy, ”paranivatko mielelliset sairautesi koulutusterapiassa”. Kysymys on hyvin henkilökohtainen, mutta ilman muuta muodollisesti vakava ja asiallinen. Psykoteraapiayhteisössä tarkasteltuna se on joka tapauksessa hyvin latautunut, ja siihen sisältyy erikoisia merkityslottuvuuksia.

Tulevalla psykoterapeutilla on varmasti hyvä olla ikään kuin ”kokemusasantuntijuutta” psykoteraapia-asiakkuuden suhteen. Jos hänel-

lä on kuitenkin diagnosoitu psyykinen sairaus, olisiko potilasturvallisuuden nimissä varmistettava, että hän on hoidon myötä parantunut? Voidaan myös kysyä, eikö psykoterapeuttikoulutusten valinnoissa olisi järkevä suosia mielenterveydeltään huomattavan vakaita henkilöitä. Sikäli kuin koulutusterapiassa on puhuttu muusta kuin lääketieteellisistä oireista, herää puolestaan kysymys, mistä muusta psykoterapiassa voi puhua jos kyseessä kerran on sairauden hoito – onko tulevan psykoterapeutin oma hoito mahdollisesti ollut pahan kerran sivuraiteella?

Onko mielen terveys epänormaalia?

Psykoterapian ominaislaatua voi ryhtyä pohtimaan arkihavainnon pohjalta ajattelemalla psykoterapiassa käyvää väestönosaa. Puolisen miljoonaa suomalaista käyttää masennusdiagnoosin myötä määrättyä lääkettä, ja masennus lienee myös Kelan tukemissa kuntoutuspsykoterapioissa yleisin diagnoosi. Oman tuttavapiirin ja tiedotusvälineiden kautta – mahdollisesti omakohtaisestikin – tiedämme, että psykoterapiassa käy sekä mitä tavallisimpia ihmisiä että eri aloilla menestyneitä julkisuuden henkilöitä. Olisiko todella ajateltava, että kaikilla psykoterapiassa käyneillä tai sen tarpeessa olevilla on mielenterveyden häiriö? Jos tämä on mieleltään sairas osa väestöstä, ketä psyykkisesti terveet ihmiset ovat? Mielenterveyden häiriö on erikoinen ilmaisu kuvaamaan ilmiötä, joka koskee valtaosaa väestöstä.

Kuten yllä havaittiin, ajatus psykoterapiasta mielen sairauden hoitona on erikoinen myös koulutuspsykoterapian näkökulmasta – eikö toisten mielenterveyden hoitajiksi kannattaisi valita entisten(?) mielenterveyspotilaiden sijasta vakaampia yksilöitä? Myös psykoterapian korvausjärjestelmässä on kaksijakoisuutta: Psykoterapeutti voi saada omaan psykoterapeuttiseen hoitoonsa korvausta Kelalta tai sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Toisaalta oman psykoterapian aiheuttamia kustannuksia on voinut vähentää verotuksessa koulutautumiskustannuksina. Vallitseva käsitys psykoterapiasta sairauden hoitona on siis kaiken kaikkiaan monin tavoin ristiriitainen.

Maanläheisesti kuvattuna psykoterapiassa on kyse kahden ihmisen keskustelusta asetelmassa, jossa yksi kertoo ongelmallisiksi kokemistaan asioista ja toinen osapuoli pyrkii olemaan tälle avuksi. Tällainen minimalistinen kuvaus riisuu psykoterapiasta lääketieteellisyiden kaavun – psykoterapiaa luonnehtiva yläkäsite ei ole mitenkään itsestään selvästi hoito ja lääketiede, vaan keskustelu, sen osapuolet ja tavoitteet voidaan nimetä monin eri tavoin. Teoksessa *The great psychotherapy debate* Bruce Wampold hahmottelee yhdessä Zac Imelin (Wampold & Imel 2015) kanssa psykoterapiainstituutiolle kaksi historiallista viitekehystä, lääketieteellisen (medical model) ja sosiaalisen mallin (contextual model).

Psykoterapiainstituution lääketieteellinen historia

Psykiatria-sana otettiin käyttöön 1800-luvun alussa, mutta se vakiintui vasta vuosisadan puolessa välissä. Ennen kuin psykoterapia hahmottui 1890-luvulla nimenomaan lääketieteelliseksi hoitomuodoksi, se sisälsi etenkin Yhdysvalloissa monimuotoisen viitekehysten kirjon hypnoosista ja spiritualismista moraalihoidon ja kristilliseen tieteeseen. Sigmund Freudin vierailu Yhdysvaltoihin vuonna 1909 oli siinä mielessä merkittävä, että Freudin näkemykset tarjosivat psykoterapian hapuileville ensiaskelille teoreettisen pohjan. (Norcross ym. 2011.)

Freudin ja hänen ammatillisen edeltäjänsä Jean-Martin Charcot'n lääkärikoulutus oli osaltaan edesauttamassa psykoterapian kytkeytymistä psykiatriaan. Toisaalta Freudin katsantokannan mukaan psykoanalyysin kohteena olevat ilmiöt eivät ole sairauksia tai psykopatologiaa, vaan ikään kuin ”tavallista psykologiaa”, joka vain paikoin saa erikoislaatuisia ilmenemismuotoja. Hän ei myöskään halunnut rajata psykoanalyttikouutta lääkärin ammattikunnan piiriin.

Läketiede on viimeisen parin sadan vuoden aikana pelastanut valtavan määrän ihmishenkiä ja parantanut eri tavoin ihmisten elämänlaatua, minkä myötä se nauttii yhteiskunnassamme ansaittua arvostusta. Somaattisen

lääketieteen menestys on ehkä psykoterapian kohdalla ollut luomassa ylivirittynyttä luottamusta psykiatrian diagnostiikkaa kohtaan. Kansalaisilla (ja varmasti monilla psykoterapeuteillakin) on käsitys, että psykiatria on somaattisen lääketieteen mallia seuraten kyennyt osoittamaan mielellisiä sairauksia sekä kyennyt löytämään niihin lääkkeitä. Paitsi psyykenlääkkeiden, myös psykoterapioiden uskotaan kohdistuvan näihin psyykkisiin sairauksiin. Tarkemmassa katsannossa kuva on kuitenkin varsin toisenlainen.

Psykiatrian diagnostiikka noudatti aina 1970-luvulle, DSM:n toiseen versioon saakka psykoanalyttista teoriapohjaa. Vuonna 1980 julkaistu DSM-III syntyi tilanteessa, jossa Yhdysvaltain psykiatrikunta oli kriisissä niin lääketieteen sisällä (heikko arvostus lääkärinkunnan keskuudessa), suhteessa vakuutusyhtiöihin (diagnostiikan ongelmat olivat vaarassa vähentää vakuutusyhtiöiden korvauksia) kuin psykoterapian kentässäkin (psykiatriausta ei tuonut psykoterapeutille kilpailuetua suhteessa psykologeihin ja sosiaalityöntekijöihin). (Ks. esim. Coles ym. 2013; Whitaker & Cosgrove 2015).

Lääketeollisuuden tavoitteena on muiden teollisuudenalojen tapaan myydä tuotteitaan mahdollisimman paljon, ja DSM-III:ssa Yhdysvaltojen psykiatrien ammattikuntakriisi ja lääketeollisuuden taloudelliset intressit kohtasivat. (Ilmeisen heikolla pohjalla oleva) ajatus psykiatrisista oireista aivojen sairauksina sopi hyvin niin psykiatrikunnalle kuin lääketeollisuudellekin. Diagnoosien taustalle ei DSM-III:sta edespäin enää oletettu tiettyä etiologiaa ja mekanismeja, minkä myötä niistä tuli pelkätään kuvailevia ja tilastollisesti määräytyviä oireenippuja. Esimerkiksi ”masennus” tarkoittaa *ainoastaan* sitä, että potilas täyttää tietyt diagnostiset kriteerit.

Tällainen lähestymistapa on tietystä objektiivisuudesta huolimatta ongelmallinen, sillä esimerkiksi ahdistus ja alavireisyys ovat kaikesta päättäen kivun ja kuumeen tapaan oireita, joiden taustalla on hyvin moninaisia ja vaihtelevia tekijöitä (Stein 2014, 67). Joka tapauksessa tällainen diagnostinen logiikka sopi hyvin lääketeollisuudelle: kun psykiatriset

oireet olivat heijastumia oletetuista somaattisista (aivojen) sairauksista, niihin voitiin löytää yhä uusia lääkkeitä (ja laajentaa olemassa olevien lääkkeiden käyttöä uusiin diagnooseihin). Tämän myötä psykiatria siirtyi merkittävästi biologiseen suuntaan. (Coles ym. 2013; Whitaker & Cosgrove 2015.)

DSM-III:a seurannut innostus on kuitenkin laantunut. Käsityksemme psykiatrian nykytilasta muodostuu helposti kapea-alaisten tutkimusten, esitelmien ja tiedeutisten pohjalta, ja tässä kontekstissa psykiatrian diagnostiikka voi rinnastua tuohon niin menestyksekkääseen somaattiseen lääketieteeseen. Psykiatrian filofiassa (ks. esim. Fulford ym. 2013; Kincaid & Sullivan 2014; Kendler & Parnas 2017) tarkastellaan diagnoosien viittauskohteiden ja psyykkisen sairauden luonteen kaltaisia perustavanlaatuisia kysymyksiä, ja tässä katsannossa psykiatriasta maalautuu varsin toisenlainen kuva. Psyykkisiin oireisiin voidaan kyllä vaikuttaa lääkkeillä, mutta ylipäätään psykiatria ei ole kyennyt osoittamaan *sairauksia* diagnosoi-miensa oireiden taustalla (ks. esim. Kendler 2016; Campbell 2017). Psykiatria ei hoida sairauksia vaan oireita.

Diagnostiikka psykoterapian hallinnoinnin (medikalisoivana) puitteena

Psykoterapeuttiyhteisössä ei ehkä ole täysin ymmärretty, että psykiatria on hyvin pitkälle rajautunut biologiseksi psykiatriaksi ja että psykiatrisissa diagnoosijärjestelmissä psykoterapia on vain kohtalaisen vähämerkityksinen sivujuonne. Psykiatrian diagnostiikkaa ei kehitetä psykoterapian tarpeita silmällä pitäen, vaan psykoterapia ennemminkin *sattuu olemaan* diagnostiikkaan (muun muassa Kellan korvauskäytäntöjen myötä) *hallinnollisesti kytköksissä*. Varakkain väestönosa pois lukien psykoterapia ei ole mahdollista ilman yhteiskunnan tukea. Tuki edellyttää hallinnollista prosessia, joka alkaa yleislääkärin läheteestä psykiatrilte. Psykiatri transformoi elämänongelmien kuvauksen haastattelun ja kyselyjen avulla psykiatriseksi diagnoosiksi, ja Kela päättää hänen B-lausuntonsa pohjalta tuen myöntämisestä.

Psykiatrian diagnostiikka määrittää psykoterapian hakeutumisen syyt lääketieteen näkökulmasta, mutta mitä ovat asiakkaiden, psykoterapiaan hakeutuvien itse esittämät syyt? Jukka Valkonen tutki tätä Helsingin psykoterapiaprojektissa toteuttamassaan väitöskäytöksessä 14 masennusdiagnoosin saaneen kohdalla. Hän jakoi syyt kolmeen kategoriaan: aiemmat elämäkokemukset, ongelmallinen elämäntilanne sekä tyytymättömyys itsen ja elämään (Valkonen 2007, 189; ks myös esim. Nilsson ym. 2007). Tätä kirjoitettaessa Helsingin Sanomissa ilmestyi henkilöjuttu vilppiin syyllystyneestä pankkiirista. Hänen kerrotaan väärinkäytöksen tunnustettuaan hakeutuneen psykoterapiaan ”selvittääkseen, miksi hänestä tuli huijari” (HS 16.7.2017). Diagnoosi on lääketieteellishallinnollinen kuvaus potilaaksi käsitteellistetyin ihmisen avun hakemisen syystä, mutta psykoterapiaan hakeutuville ihmisille itselleen syyt ovat erilaisia *elämänongelmia*. Kumman syyn pitäisi ajatella olevan todempi ja oikeampi?

Somaattisen lääketieteen alueella on hyvin pitkälle perusteltua ajatella (oikean) diagnoosin olevan ”tieteellinen” tai ”objektiivinen” ilmaus potilaan kokemuksille ja subjektiivisille havainnoille. Psykiatrian kohdalla tilanne on muun muassa diagnostiikan yllä mainittujen ongelmien takia toinen. Psykoterapiaan hakeutumisen syiden kohdalla ajatus psykiatrisesta diagnoosista psykoterapian hakeutumisen objektiivisena syynä on skientistinen. Kun psykoterapian hyvyttä ja hyödyllisyyttä arvioidaan (pääosin muiden tarkoituksien pohjalta kehitetyin) psykiatrisen diagnostiikan pohjalta, hallinnollisesta välttämättömyydestä on muodostunut hyve. Valkosen (2007, 121) tutkimuksessakin masennuksen lievittyminen ja terapian koettu hyödyllisyys oli enemmän tai vähemmän toisistaan riippumatonta. Toisin sanoen masennusdiagnoosi ei ollut erityisen hyvä mittari psykoterapian koetululle hyödyllisyydelle.

Kaikesta medikalisaatiokritiikistä huolimatta psykiatrisella ”diskurssilla” on yhteiskunnassamme niin vahva asema, että paikoin asiakkaat ja jopa psykoterapeutit ajattelevat psykoterapian olevan diagnooseja eikä elämänongelmia varten. Kun ihminen kertoo hakeutuvansa psykoterapiaan masennuksen takia, hän

joko ajattelee ikään kuin ”käsitteellistävänsä asian valmiiksi” terveydenhuoltojärjestelmälle, ilmaisee asian tarkoituksellisesti abstraktisti ja ytimekkäästi, tai ei ole kovin taitava kuvaamaan sisäistä todellisuuttaan.

Lääketiede on siis kaiken kaikkiaan varsin ongelmallinen konteksti psykoterapialle. Arkisesta lintuperspektiivistäkään tarkasteltuna psykoterapia ei vaikuta kovin lääketieteellisesti: hoito on kahden henkilön keskustelua erilaisista elämän keskeisistä aiheista, eikä terapeutin toiminnasta voi havaita (lääkärille ominaista) hoitotekniikoiden tai -menetelmien käyttöä.

Psykoterapiainstituution sosiaalinen historia

Wampoldin ja Imelin (2015) sosiaalisen mallin (jota he itse pitävät lääketieteellistä mallia osuvampana) mukaan psykoterapiainstituution juuret ulottuvat huomattavasti pidemmälle kuin psykiatrian alkuuskeliin 1800-luvulle. Hakeudumme psykoterapiaan erilaisten elämänongelmien takia, ja niitä ihmisillä on ollut aina. Yhteisöissä ja kulttuureissa on puolestaan eri aikakausina kehittyneet toimintatapoja ja sosiaalisia rooleja, jotka edesauttavat elämäntilanteista selviämistä.

Kun psykoterapian lääketieteellisessä mallissa hoidon kohteena on sairaus, sosiaalisen mallin puitteissa se on elämänongelma. Elämänongelmat ovat monessa suhteessa kulttuuriin sidottuja – niissä on kyse suhteista toisiin ihmisiin (perhe, yhteisö, työn sosiaaliset suhteet) sekä erilaisiin kulttuurin instituutioihin ja sääntöihin sekä rituaaleihin (lainsäädäntö, avioliittoinstituutio, työelämän toimintatavat). Huomattakoon, että monet tavanmukaisesti psykiatrisiksi sairauksiksi diagnosoidut asiat ankkuroituvat vahvasti nimenomaan vaihtelevaan sosiaaliseen ja kulturaaliseen todellisuuteen – aution saaren asukkaalla ei voi olla sosiaalisia fobioita, itsetunto-ongelmia, eikä ulkonäköpaineista nousevaa syömishäiriötä.

Kun psykoterapiaan hakeutumisen syitä käsitteellistetään ja abstrahoidaan sosiaalisen mallin pohjalta, kyse on siis ympäröivään kulttuuriin kiinteästi kytkeytyvistä *psykososiaalisista* ongelmista ja *merkityksistä*, joita yksilö antaa

erilaisille asioille. Edelleen kun psykoterapian hahmottaa kahden ihmisen (psykososiaalisia) elämänongelmia ja ongelmallisia merkityssuhteita koskevana keskusteluna, jossa toisella osapuolella on jonkinlainen yhteisössä muodostunut ”ammatillinen” rooli, psykoterapian ilmeisiä edeltäjiä ovat esimerkiksi šamaanien, erilaisten parantajien ja yhteisönvanhimprien ”vastaanotot”, Sokrateen käymät filosofiset keskustelut sekä kirkkojen rippikäytännöt. Valoksen kolmen psykoterapiaan hakeutumisen syyn luokan pohjalta psykoterapia näyttäytyy luontevasti osana tätä sosiaalista hoitotraditiotta – siitä, mistä aiemmin keskusteltiin erilaisten parantajien, filosofien ja pappien kanssa, keskustellaan nyt psykoterapeuttien kanssa.

Kysymystä, ”onko psykoterapiainstituutio osa 1800-luvulla alkanutta lääketieteellistä traditiotta vai paljon vanhempi sosiaalinen perinne”, on kaikesta huolimatta pidettävä retorisenä. Toisinaan psykoterapiaan hakeutumisen taustalla on esimerkiksi pakkoneuroosin kaltainen rajattu ja kapea-alainen syy, jonka hoidossa tietty psykoterapeuttinen tekniikka on selvästi hyödyllisin. Kovin yksikertainen kaava psykoterapian luonteesta, tavoitteista ja hoitomenetelmistä ei voi kattaa psykoterapiaan hakeutumisen syiden kirjoa.

Medikalisoinnin ojasta sosiaalisen mallin allikkoon?

Monet psykoterapeutit epäilemättä toivottaisivat tervetulleeksi käytännön, jossa elämänongelmien medikalisointi lopetettaisiin jakamalla psykoterapia yhtäältä psykkisten sairauksien ja toisaalta elämänongelmien hoitojen ”linjoiksi”. Tällaisella etäisyydenotolla lääketieteen viitekehukseen olisi kuitenkin psykoterapeuttiyhteisön kannalta arveluttavia seurauksia. Ensinnäkin psykoterapeutti ei välttämättä koe oloaan kotoisaksi traditiossa, jossa historiallisina edeltäjinä on kirjava joukko toimijoita erilaisista šamaaneista ja luontaishoitajista lähtien. Toiseksi herää kysymys, että jos papit ja filosofit ovat keskeinen osa psykoterapiatradition historiaa, mikseivät he olisi osa sitä myös nykypäivänä – uskonnollisista yhteisöistä löytyy edelleenkin sielunhoitajia, ja Suomessa-

kin on filosofista praktiikkaa pitäviä filosofi (Houni & Salovaara 2014).

Tutkimuksen nykykäsityksen mukaan psykoterapian vaikuttavuus määrätty ensi sijassa terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutussuhteen kautta, eikä spesifeillä terapeutekniikoilla ole voitu osoittaa kovin merkittävää vaikutusta (Wampold & Imel 2015). Tältä pohjalta on mahdollista ja ehkä oletettavaakin, että vaikka osapuolet mieltäisivät käyvänsä uskonnollista tai filosofista keskustelua, psykoterapiaa muistuttavassa asetelmassa tapahtuvalla sielunhoidolla ja filosofin konsultaatiolla on samanlaisia vaikutuksia kuin psykoterapialla on lääketieteellisen mallin puitteissa havaittu olevan.

Psykoterapia, sielunhoito ja filosofinen praktiikka

Nykypäivän psykoterapian käsitteellinen puitte kytkeytyy länsimaisen ihmisen eetokseen itsensä tuntemisesta ja autonomiasta sekä hieman toista sataa vuotta vanhaan akateemiseen psykologiaan (Talvitie 2015, 194–211). Wampold määrittelee psykoterapian sen vaikutusmekanismin kautta: psykoterapiassa pyritään vaikuttamaan asiakkaaseen nimenomaan psykologisin keinoin. Hoitaja, psykoterapeutti, ajattelee toimintansa vaikutusmekanismin olevan psykologinen, ja tarjoaa tältä pohjalta palvelua asiakkailleen.

Wampoldin määritelmä rajaa psykoterapian ulkopuolelle ensi sijassa uskonnollistyyppiseen ajatteluun nojautuvat vaikuttamiskeinot. Niitä ei määritelmän mukaan voi pitää psykoterapiana, sillä vaikuttamispyrkimyksen luonne ei ole psykologinen, ja edellytyksenä on osapuolten jaettu uskonnollinen vakaumus. Jos ajattelee ongelmansa olevan luonteeltaan uskonnollinen tai maailmankatsomuksellinen, ei ole rationaalista hakeutua psykoterapiaan, eikä psykologiseksi uskomansa ongelman suhteen ole järkevää kääntyä uskonnollispohjaisen toimijan puoleen. Kysymystä voi tarkastella myös kuluttajansuojan näkökulmasta: psykoterapia-asiakkaalla on oikeus tietää, nojautuuko hoitaja toiminnassaan psykologisiin, psykoterapeuttisiin teorioihin vai ko kenties šamanismiin.

Wampoldin määritelmä ei mahdollista yhtä suoraviivaista differentiaali diagnoosia psykoterapian ja filosofien praktiikan välillä. Sosiaalisen mallin pohjalta tarkasteltuna antiikin filosofien keskustelut – etenkin Sokrateen dialogit – ovat psykoterapiainstituution keskeisiä edeltäjiä. Kysymys, ”mitä on hyvä elämä”, on filosofian klassisia (mutta nykyfilosofiassa syrjään jääneitä) teemoja. Modernissa filosofiasa elämänfilosofinen teema on elävimmillään muun muassa Søren Kierkegaardin, Martin Heideggerin ja Jean-Paul Sartren nimiin liitetystä mannermaisen filosofian eksistentiaalisessa suuntauksessa. Kaksi edellä mainittua ovat keskeisiä taustahahmoja muun muassa Irvin Yalom, Ludwig Binswanger, Rollo May ja Viktor Frankl tahoillaan kehittelemässä eksistentiaalisissa terapioiden (ks. esim. May ym. 1958; Frankl 1968). Sartrella puolestaan on psykoterapiaa, eksistentiaalista psykoanalyysia, käsittelevä kirjoitus (ks. esim. Ruitenbeek 1962). Suomessa psykoterapian, sairauskäsityksen ja filosofian yhteyksiä on tutkinut lähinnä Lauri Rauhala (esim. Rauhala 1983).

Elämänfilosofia on kiistämättömän keskeinen osa psykoterapiaa paitsi historiallisesti, myös keskustelujen sisällön kannalta. Psykoterapioissa puhutaan ihmisten välisistä jännitteistä, epäoikeudenmukaisuuden kokemuksista, valinnoista, syällisyydestä ja omien halujen ja tavoitteiden todeksi elämisestä. Näissä näyttäytyvät elämänfilosofian suuret teemat: hyvyys ja pahuus, eksistentiaalinen vapaus ja valinnan pakko, oikeudenmukaisuus, arvot. Omat pyrkimykset ja teot, toisten huomioon ottaminen oikeudenmukaisuuden nimissä sekä erilaiset (toisten aiheuttamat) pettymykset ovat aina enemmän tai vähemmän jännitteissä suhteissa toisiinsa. Tämän kentän jännitteiden herättämien tunteiden käsittely on keskeinen osa vähänkään pitkäaikaisempaa ja laaja-alaisempaa psykoterapiaa.

Praktiikkaa pitävät filosofit eivät markkinoi palveluaan elämän ongelmien psykologisena työstämisenä. Sikäli kuin filosofi on hyödyksi asiakkaansa elämän ongelmassa, tämä edellyttää kuitenkin väistämättä psykologista, kognitiivista prosessointia (sielunhoitajan vastaanoton suhteen tämä ei uskonnollisen

viitekehityksen sisältä katsoen ole mitenkään selvää). ”Vaikkei filosofia ole terapiaa nykyisessä lääketieteellisessä mielessä, filosofisella keskustelulla voi perinteensä mukaisesti olla terapeuttisia vaikutuksia”, todetaan filosofista praktiikkaa käsittelevän teoksen esipuheessa (Houni & Salovaara 2014, 10).

Esimerkiksi eksistentiaalinen terapia sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) suorastaan alleviivaavat psykoterapian arvoihin ja elämänfilosofiaan liittyvää ulottuvuutta. Toisaalta monet terapeutit epäilemättä vierastavat filosofoinnin näkökulmaa: terapiassa on tärkeä käsitellä tunteita herättäviä asioita, kun taas elämänfilosofinen pohdinta on rationaalista (ja mahdollisesti jopa rationalisoivaa). Tämän jännitteen voi ilmaista niin, että psykoterapiassa tapahtuvat elämänfilosofiset pohdinnat voidaan jäsentää eri (yhteismitattomista) kielipeleistä käsin: niitä voi näkökulmasta riippuen pitää niin filosofisena pohdintana kuin psyykkisenä työstämisenäkin.

Läketieteellisen mallin suhteen on huomattava, että elämänfilosofia ja arvopohdintoja ei voi asettaa diagnostiikan ja lääketieteen kontekstiin. Ei voida sanoa, ja etenkin psykoterapeutti ei voi olettaa joidenkin arvojen tai elämänfilosofisten preferenssien olevan parempia tai tavoiteltavampia kuin joidenkin toisten. Sikäli kuin arvot ja elämänfilosofia ovat osa psykoterapiaa, lääketieteellinen malli on yksinkertaisesti epäadekvaatti viitekehys psykoterapialle.

Psykoterapia psykologisena hoitomuotona

George Grahamin (2010) mielellisiä sairauksia käsittelevä kirja alkaa esimerkillä Alicella, jonka puoliso Howard on kuollut yllättäen. Alice piti liittoaan Howardin kanssa hyvänä, kunnes avasi hautajaisia valmistellessaan tämän tietokoneen. Ilmeni, että Howardilla oli ollut toisaalla (kin) vaimo ja lapsi. Jokainen voi kuvitella Alicen järkytyksen ja mieleen tulivat kysymykset. Onko kaikki Howardiin liittyvä hyvä ollut harhaa ja petosta? Miksi hän toimi noin? Voiko ihmisiin ylipäättään luottaa? Miten saattoin olla huomaamatta, ja miksi?

On ilmeistä, että Alicella on nimenomaan psy-

kologisluonteinen ongelma (jonka elämänfilosofinen ja arvoihin liittyvä ulottuvuus on niin ikään ilmeinen). Alicen psykologista tilannetta luonnehtii myös tieto, että tiettyjen olennaisten seikkojen suhteen hän ei voi olla tulevaisuudessa sama ihminen: parisuhteen yht’äkkisesti paljastunut todellisuus vaikuttaa merkittävästi hänen käsitykseensä itsestään, muista ihmisistä ja parisuhteista. Muutoksella on ilmeinen myönteinen ulottuvuus, mutta se selvästikin edellyttää valtavaa määrää vaikeiden ajatusten ajatteleminen ja ajatusten herättämien tunteiden kokemista. Tämän takia se tuntuu raskaalta. Niin hoitoalan ammattilaiselle kuin valistuneelle maallikollekin Alicen ”tapaus” on suorastaan paraatiesimerkki tilanteesta, jossa kannattaa harkita psykoterapiaan hakeutumista.

Kun on hiljattain menettänyt läheisen ja samalla kohdannut parisuhteen luonnetta koskevan järkytyksen, muun muassa keskittymiskyky, uni ja ruokahalu poikkeavat tavanomaisesta. Alicen tilanteessa tämänkaltaiset heijastukset mieleen ja ruumiintoimintoihin ovat väistämättömiä. Vaikutukset eivät siis ole lainkaan poikkeuksellisia, ja niitä on luonnotonta pitää merkkeinä sairaudesta – ennemminkin niiden puuttuminen olisi huolestuttavaa. Kun Alicen tilanteessa oleva ihminen menee lääkäriin ja kertoo voinnistaan, hän kuitenkin halutessaan saa melko varmasti sairauslomaa. Grahamin tarinassa Alicella diagnosoitiinkin masennus. Mutta pitäisikö Alicella katsoa olevan psykiatrisen oire tai sairaus, joka edellyttää psykiatrista hoitoa?

Tämä kysymys vie lääketieteen filosofian ja antipsykiatrian esiin nostamien kysymysten syviin vesiin. Jotta diagnosoidut asiat olisivat nimenomaan sairauksia (eivätkä vain haitallisia, valitettavia, poikkeuksellisia ja/tai paheksuttuja), ne olisi pystyttävä määrittelemään arvovapaasti ja ympäröivästä yhteiskunnasta riippumattomasti. Somaattisessa lääketieteessä tämä voidaan tehdä osoittamalla, että elimellä – vaikkapa sydämellä tai kehkoilla – on tietty oikea ja tyypillinen toimintatapa, ja sairaus on haitallinen poikkeama tästä. Evoluutioteoria antaa merkittävää sivustatukea somaattisen lääketieteen diagnostiikalle, sillä elinten ja elimistön oikeat ja terveet toimintatavat voidaan

ankkuroida hengissäselviämiseen ja suvunjatkamiseen. Ollakseen pitävällä pohjalla psykiatrian diagnostiikan pitäisi olla vastaavalla tavalla niin sanotusti naturalistista. Tähän se ei kuitenkaan yllä. (Kingma 2013; Kincaid & Sullivan 2014.)

Vanhuudessa (väistämättä) tapahtuvassa toiminta- ja lisääntymiskyvyn heikkenemisessä ei ole kyse sairaudesta, sillä vanhuuden mukanaan tuomat asiat kuuluvat tavanomaiseen elämäntilanteeseen. Samasta syystä Alicen tilaa on vaikea pitää sairautena: vaikka hänen mielenliikkeensä ja tunteensa ovat raskaita ja valitettavia, ne ovat kuitenkin laajityypillisiä ja ”normaaleja”. Kuten todettua, ennemminkin niiden puuttuminen olisi huolestuttavaa. Alicella on siis selvästikin ongelma, mutta yhtä selvästi se ei ole psykiatrisen sairaus.

Psykoterapiaan tulon syy ei siis ole sairaus, ja etenkin hieman vanhempi psykoterapiakirjallisuus onkin kautta psykoterapian kentän ollut kohtalaisen piittaamaton psykiatrisesta diagnostiikasta. Psykoterapiassa keskitytään *psykoterapeuttisiin* tavoitteisiin, elämänongelmiin. Periaatteessa psykologisten elämänongelmien hoidolle voidaan kuitenkin kehittää näyttöön perustuvia menetelmiä aivan kuten psykiatrisen diagnostiikan kautta muodostettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Käytännössä näyttöön perustuvuus on kuitenkin kahdesta syystä vaikeampaa. Ensinnäkin elämänongelmien ratkeamista ei voida monimuotoisuutensa ja tietynlaisen yksilöllisyytensä takia mitata samalla eksaktiudella kuin psyykkisten oireiden lievenemistä.

Toiseksi elämänongelmien kohdalla ei voi *määritellä positiivista lopputulosta* samalla tavalla kuin psykiatrisissa ongelmissa, joissa ratkaisu on yksinkertaisesti oireen poistuminen tai lieveneminen. Esimerksi Alicen tilanteessa elämänongelma voi muotoutua monella tavoin uudelleen (uuden suhteen luominen; ryhtymisen kirjoittamaan ja luennoimaan parisuhteista ja narsismista; ryhtymisen parisuhdeterapeutiksi; omien moraalisten periaatteiden väljentäminen), eikä voida esittää kovin voimakkaita näkemyksiä niiden absoluuttisesta hyvydestä tai huonoudesta. Elämänongelman ratkaisun hyvyys tai huonous riippuu elämänarvoista.

Medikalisaatio ja psykoterapiayhteisön ketunhännät

Yhteiskunnassamme puhutaan paljon medikalisaatiosta, tavanomaisten elämänilmiöiden määrittymisestä (leimaaviksi) sairauksiksi. Monet tahot ja yksityiset henkilöt ovat ponnistelleet muun muassa homoseksuaalisuuden, masennuksen ja muiden psykologisten ongelmien, koulukiusaamisen ja työuumuksen normalisoinniseksi, jotta avun hakemisen kynnys alenisi ja häpeää tuottava stigma poistuisi. Tässä kontekstissa on hämmästyttävää, että psykoterapiaa hallinnoiva järjestelmämme (tavoitteensa vastaisesti) medikalisoivat elämänongelmia.

Tilanteen voi säilyttää hallintoviranomaisen, lääketeollisuuden, psykiatriprofession ja poliitikkojen syyksi, mutta miksi psykoterapiayhteisökin hyväksyy hiljaisesti byrokraattisen lääketieteellisen mallin? Vastaus lienee se, että nykyjärjestelmä kelakorvauksineen palvelee varsin hyvin psykoterapeuttikuntaa – se on psykoterapian ammattilaisille edullinen, tai ainakin ennakoitava ja turvallinen. Järjestelmä kyseenalaistaa koulutusterapian kohdalla myös psykoterapeutin mielen terveyden, mutta psykoterapian sairaudenhoitoluonteen horjuttaminen olisi psykoterapeuttikunnan oman oksan sahaamista.

Järjestelmän muuttuessa vaarana olisi paitsi psykoterapian saaman yhteiskunnan tuen väheneminen, myös kilpailun koveneminen muiden kuin terveydenhuollon pohjakoulutuksen saaneiden psykoterapeuttien tullessa lisääntyvästi alalle. Näin ollen psykoterapiayhteisö on etujensa turvaamiseksi hyväksynyt hiljaisesti vallitsevan tilanteen. Psykoterapiayhteisön sisäinen konsensus on kuitenkin asian suhteen ohi, sillä näyttöön perustuvan psykoterapian ajatus jakaa psykoterapiakenttää.

Jotta voitaisiin puhua näyttöön perustuvasta psykoterapiasta, (kaikki) psykoterapiaan hakeutumisen syyt on hahmotettava psyykkisiksi sairauksiksi ja oireiksi, ja psykoterapiasuuntausten erot ja yhtäläisyydet on määriteltävä. Koska tällainen psykoterapiamuotojen profilointi ei ole mahdollista, huomioon otettavat psykoterapiamuodot rajautuvat niin sanottuihin manualisoihtuihin terapioihin. Pyrkimys psyko-

terapeuttisen hoidon näyttöön perustuvuuteen on selvästi tiettyjen psykoterapiasuuntausten – lähinnä kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian – taloudellinen ja ammatillinen etu: lääketieteellisen mallin entistä tiukempi muuraaminen korvausjärjestelmiin puhdistaisi tehokkaasti pöytää kilpailevista psykoterapiamuodoista. Tappiolle jäävien suuntausten olisi asemiaan puolustaa irtauduttava lääketieteellisestä mallista.

Lopuksi

Kansalaisten edun kuuluu olla psykoterapiaa koskevien käytäntöjen ja hallinnollisten rakenteiden keskiössä. Nykyisellään psykoterapia on kuitenkin maassamme kyllästetty erilaisilla medikalisoivilla rakenteilla ja prosesseilla, ja byrokraatia ajaa yli kansalaisten tarpeen saada apua elämänkriiseihin ilman niiden medikalisoitua.

Psykoterapian näyttöön perustuvuuden puolesta puhuttaessa oletetaan, että psykoterapian hyödyllisyys on mitattavissa oireiden poistumisena tai lievittymisenä, mikä nojautuu tähän samaiseen medikalisoivaan byrokraatiaan. Yllä esitetyn pohjalta on ilmeistä, että oletus luo vastakkainasetteluja psykoterapiakentässä. Niitä on hyvä lähestyä kysymällä, mitä ongelmia voi perustellusti kutsua psykiatrisiksi sairauksiksi tai oireiksi ja mitkä ovat (psykososiaalisia tai psykologisia) elämänongelmia. Edellisiä kuuluu tarkastella lääketieteen näyttöön perustuvuuden paradigmassa. Jälkimmäisten suhteen tutkimuksen kohteena on se, mitkä psykoterapeuttiset otteet palvelevat parhaiten eri ihmisryhmien ihmisiä elämänongelmissa. Toisin sanoen psykoterapialle ja siihen liittyville hallinnollisille rakenteille olisi luotava ”kahden tien malli”: psyykkisiin sairauksiin ja tiettyihin kapea-alaisiin ongelmiin kuuluu tarjota hyödyllisimmiksi osoittautuneita hoitotekniikoita, elämänongelmiin pitäisi saada apua ilman psykiatrista sairausleimaa.

Hallinnollinen kädenvääntö ja taistelu on turhauttavaa, mutta on tärkeä pitää mielessä, että psykoterapiainstituution tulevaisuus ei kokonaisuudessaan vaikuta lainkaan synkältä. Ennenkin psykoterapialle on voimakas kysyntä,

sillä mitkään merkit eivät viittaa ihmiskunnan olevan vapautumassa elämänongelmistaan. Toiseksi länsimainen asiakas arvostaa nimenomaan tieteelliseen psykologiaan nojautuvan psykoterapeutin apua. Vaikka elämänongelmista auttamiseen ei yllä todetuista syistä voi olla näyttöön perustuvia menetelmiä, tieteelliseen tutkimukseen nojautuvat ammatilliset toimintatavat ovat kuitenkin muita perustellumpia, itseäkorjaavampia ja kehittyvämpiä. Palvelun käyttäjän kannalta on myös merkittävää, että laillistettujen psykoterapeuttien toiminnan taustalla ovat eettiset koodit sekä niiden noudattamista valvovat instanssit.

Juhani Ihanus, Erkki Heinonen, Seppo Seppänen, Ari Takalo ja Panu Varjonen ovat ystävällisesti kommentoineet kirjoituksen aiempia versioita.

Kirjoittaja on saanut aihepiirin tutkimukseen apurahan Signe ja Ane Gyllenbergin säätiöltä.

Kirjallisuus

Campbell, John (2017). Validity and the causal structure of a disorder. Teoksessa Kendler, Kenneth S. & Parnas, Josef (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 257–273. Oxford: Oxford University Press.

Coles, Steven, Keenan, Sarah, Diamond, Bob (toim.) (2013). *Madness contested: Power and practise*. Herefordshire: PCCS Books.

Frankl, Viktor E. (1968). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: A Clarion Book.

Fulford, K. W. M., Davies, Martin, Gipps, Richard, G. T., Graham, George, Sadler, John Z., Stanghellini, Giovanni, Thornton, Tim (toim.) (2013). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Graham, George (2010). *The disordered mind: An introduction to philosophy of mind and mental illness*. London: Routledge.

Houni, Pia & Salovaara, Perttu (toim.) (2014). *Filosofi tavattavissa: ajatuksia filosofisesta elämästä*. Tampere: niin&näin.

Kendler, Kenneth S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15(1), 5–12.

Kendler, Kenneth S. & Parnas, Josef (toim.) (2017).

Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness. Oxford: Oxford University Press.

Kincaid, Harold & Sullivan, Jacqueline A. (toim.) (2014). *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*. Cambridge: The MIT Press.

Kingma, Elselijn (2013). *Naturalistic accounts of mental disorder*. Teoksessa Fulford, K. W. M., Davies, Martin, Gipps, Richard, G. T., Graham, George, Sadler, John Z., Stanghellini, Giovanni, Thornton, Tim (toim.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*, 363–384. Oxford: Oxford University Press.

May, Rollo, Angel, Ernest, Ellenberger, Henri F. (toim.) (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.

Nilsson, Thomas, Svensson, Martin, Sandell, Rolf, Clinton, David (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553–566.

Norcross, John C., VandenBos, Gary R., Freedheim, Donald K. (toim.) (2011). *History of psychotherapy: Continuity and change*. Second edition. Washington: American Psychological Association.

Rauhala, Lauri (1983). *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Gaudeamus.

Ruitenbeek, Hendrik M. (toim.) (1962). *Psychoanalysis and existential philosophy: A group of articles that analyze the important influence of existentialism on modern psychoanalysis*. New York: E. D. Dutton & Co.

Stein, Dan J. (2014). *Psychopharmacology and natural kinds: a conceptual framework*. Teoksessa Kincaid, Harold & Sullivan, Jacqueline A. (toim.), *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, 65–73. Cambridge: The MIT Press.

Talvitie, Vesa (2015). *Arkipsykologiasta aivotutkimukseen: kysymyksiä psykologian filosofiasta*. Helsinki: Basam Books.

Valkonen, Jukka (2007). *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Wampold, Bruce E. & Imel, Zac E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Second edition. New York & London: Routledge.

Whitaker, Robert & Cosgrove, Lisa (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. New York: Palgrave. 456 000 000 dollaria. Henkilöjuttu investointipankkiiri Alexis Stenforsista. *Helsingin Sanomat* 17.6.2017.