

Luku 1

Psykoanalyttinen viitekehys hoitosuhteen tukena

Marko Lindberg, Jaakko Stenius, Olli Salo

Psykoterapia hoitomuotona.....	11
Psykologinen vai biologinen hoito?	12
Psykoanalyttisen ajattelutavan kehittyminen ja monimuotoisuus.....	12
Dynaaminen tiedostamaton	15
Psyykkisen toiminnan kohteellisuus	16
Itsehavainta	18
Mentalisaatio ja psykoanalyttinen kokonaisprosessi	20
Psykodynaamisen terapian vaikuttavuus.....	21
Psykodynaaminen menetelmä psykoottisissa häiriöissä	22

- Psykoanalyttiseen viitekehykseen sisältyy teoria mielen kehittymisestä ja toiminnasta. Psykoanalyysi ja siihen perustuvat psykodynaamisen terapian sovellukset ovat tutkittuja ja vaikuttavia hoitomenetelmiä psyykkisiin häiriöihin.
- Psykoanalyttisen teorian mukaan mieli on kerkroksellinen, dynaaminen ja affektiivinen. Mielen tiedostamattoman alueen ja toimintojen olemassaolon hyväksyminen ovat psykoanalyttisen teorian kulmakiviä.
- Psykoanalyttisen psykoterapian tavoitteena on itsehavaintakyvyn kehittyminen ja parempi tiedonkulkua mielen eri osien välillä.
- Terapeutti pyrkii auttamaan potilaan tutustumista mielensä sisältöihin ja sen toimintaan. Terapeutti työskentelee joustavasti ottaen huomioon potilaan kehitykselliset tarpeet ja yksilölliset ominaisuudet.
- Psykoanalyttisen menetelmän vaikuttaviksi todettuja sovelluksia ovat mm. mentalisaatioon perustuva terapia (MBT) ja transferenssifokusoitu terapia (TFP).

Psykoteraapia hoitomuotona

Psykoteraapia on vuorovaikutukseen perustuvaa, tavoitteellista ja ammatillista työskentelyä, jonka tavoitteena on terapiassa kävijän psyykkisen toimintakyvyn koheneminen ja ongelmien lievittyminen. Psykodynaamisen hoitosuhteen tavoitteita voivat olla myös pysähtyneen psyykkisen kasvun ja kehityksen käynnistyminen uudelleen tai psyykkisen kehityksen esteiden vähentyminen. Hoitosuhteessa vuorovaikutuksessa hoitavan henkilön kanssa pyritään laajentamaan terapiassa kävijän itsetuntemusta, lisäämään hänen valmiuttaan tunteiden tunnistamiseen ja kohtaamiseen sekä kehittämään symbolisaatio- ja reflektiokykyä.

Vahvan tutkimusnäytön perusteella psykoterapia on osoittautunut vaikuttavaksi hoitomuodoksi psyykkisiin ongelmiin. Psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta vertailevissa tutkimuksissa ei yleensä ole löydetty merkitseviä eroja eri psykoterapia-

muotojen välillä. Kaikilla psykoterapiamuodoilla on havaittu olevan yhteisiä tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Akatemian psykoterapi-oita koskevan konsensuslausuman mukaan psykoterapiamuotoja yhdistävistä tekijöistä keskeisin on terapeuttinen yhteistyösuhde. Muita havaittuja erilaisille terapiamenetelmille yhteisiä vaikuttavia tekijöitä ovat psykoterapeutin kyky toimia uskotavasti tietyn käsitejärjestelmän puitteissa sekä kyky vahvistaa terapiassa kävijän myönteisiä odo-tuksia ja aktiivista osallistumista hoitoprosessiin, edistää luottamuksen tunnetta, tarjota empatiaa ja antaa tukea, jäsentää potilaan elämäntilannetta ja lisätä hänen itsehavaintakykyään.

Psykodynaamisen hoitosuhteen yksi keskeinen periaate on ihmisen autonomian kunnioittami-nen: ihminen itse on elämänsä paras asiantuntija, ja vain hän itse voi tietää, mitä on hänen kannaltaan paras mahdollinen elämä ja millaisia valintoja elämänsä suhteen hän on valmis tekemään. Tämän vuoksi hoitava henkilö ei omasta arvoperustas-taan lähtien määrittele potilaan kokemuksia tai hänen valintojaan hyviksi tai huonoiksi tai arvioi niitä millään muillakaan mittareilla. Hän ei pyri ohjailemaan tai manipuloimaan hoidossa kävijää tämän valinnoissa mihinkään suuntaan. Sen sijaan hän voi auttaa potilasta tarkastelemaan erilaisiin mahdollisiin valintoihin ja niiden mahdollisiin seurauksiin liittyviä mielikuvia ja ajatuksia sekä tiedostamaan niitä perusteita, joilla potilas on päätöksiä tekemässä. Näin hän voi auttaa potilasta itse tekemään elämäänsä liittyvät ratkaisut harkitulla ja itselleen mahdollisella tavalla.

Tämän potilaan itsenäisyyttä ja vapautta kun-nioittavan suhtautumistavan ja työtavan sisäistä-minen voi vapauttaa myös hoitavaa henkilöä työ-sään ja lisätä hänen psyykkistä liikkumatilaansa. Edellä todetusta riippumatta saattaa joskus tulla eteen tilanteita, joissa hoitava henkilö joutuu otta-maan kantaa ja jopa toimimaan potilastaan rajoit-tavalla tavalla, esimerkiksi suojellakseen potilasta tai muita ihmisiä. Nämä tilanteet kuitenkin ovat käytännön työssä suhteellisen harvinaisia.

Psykologinen vai biologinen hoito?

Biologinen ja psykologinen psykiatria ovat olleet aiemmin usein eri linjoilla psyykkisten ongelmien taustalla olevien tekijöiden sekä hoitotapojen painotusten suhteen. Psyykkisiä sairauksia hoidettaessa on koulukuntasidonnaisuuden mukaan korostettu joko lääkkeiden käyttöä tai toisaalta hoitosuhdetta eli vuorovaikutteisen ihmiskontaktin merkitystä hoidossa. Koulukunnasta riippumatta hoidon tavoitteena on kuitenkin ollut, että ihminen saisi apua kärsimykseensä ja kykenisi jälleen hyödyntämään omia voimavarojaan elämänsä eri osa-alueilla.

Psykoterapeuttisen hoidon voi nähdä myös biologisena hoitona. Mitäpä muutakaan ajatus ja ajatusprosessi olisivat kuin hetkellinen neurofysiologinen tila ja hermostollisen verkoston toiminta ajan funktiona. Psykoterapialla vaikutetaan prosesseihin, joiden makroskooppisille monimutkaisille kokonaisuuksille on annettu kuvailevia nimiä, kuten minä, superego, defenssi tai tiedostamaton.

Psykoterapiatutkimuksessa on viime vuosina alettu yhä enemmän hyödyntää aivojen kuvantamismenetelmiä, mikä voi lisätä mahdollisuuksia tarkentaa käsityksiä terapian tuloksellisuudesta ja terapiaprosesseista. Psykoterapian seurauksena on havaittu muutoksia sekä aivojen toiminnassa että niiden rakenteessa. Psykodynaamisen psykoterapian osalta muutosten on havaittu näkyvän mm. limbisten ja prefrontaalisten aivoalueiden muuntuneena aineenvaihdunnallisena aktivaationa.

Näyttää siis siltä, että hermoston toimintatapaan pystytään vaikuttamaan psykologisilla keinoilla eri vaiheissa elämää. Ihminen voi oppia kertyvien itsehavaintojen avulla vähitellen uusia, aikaisempaa tarkoituksenmukaisempia ajatuskuluja ja oppia hahmottamaan mielensisältöjä uudella tavalla. Aivojen muovautumiskyky näyttää psykoterapiaprosessin myötä hämmästyttävän suurelta. Toisaalta lääkitys voi olla välttämätön tuki oireiden lievittämiseksi ja voi mahdollistaa sellaisen vuorovaikutuksen ja kuntouttavan hoitosuhdekontaktin, jossa ihminen voi asettua tarkastelemaan minänsä ja todellisuuden rajoja sekä täydentämään tietoisuuttaan itsestä ja itsen toi-

minnoista. Depression Käypä hoito -suosituksen (2023) mukaan masennuslääkehoito ja psykoterapia ovat lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa hoitomuotoina yhtä tuloksellisia. Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on todettu tehokkaammaksi hoitomuodoksi masennustilan hoidossa kuin kumpikaan näistä yksinään. Vaikeita ja psyykoottisia masennustiloja psykoterapialla hoidettaessa korostuu samanaikaisen lääkehoidon tärkeys, ja sitä suositellaankin aina käytettäväksi.

Johtopäätöksenä voi todeta, että usein tarvitaan lääkettä ja aina tarvitaan terapeutista vuorovaikutusta. Vaikka yhtenäisteoriaa ei edelleenkään ole esitetty, nähdään biologinen psykiatria ja psykologinen psykiatria toistensa suhteen jo rinnakkaisina ja samaan suuntaan vaikuttavina psykiatrian voimavektoreina. Monet psykiatrian alan tutkijat ja kliinisen työn ammattilaiset ajattelevat, etteivät biologiset ja psykologiset hahmottamistavat sulje toisiaan pois, mikä on ehdottomasti potilaan etu.

Psykoanalyttisen ajattelutavan kehittyminen ja monimuotoisuus

Yli sadan vuoden historiansa aikana psykoanalyttinen teoria on kehittynyt paljon, mutta monet sen pääperiaatteet ovat edelleen ajankohtaisia ja elinvoimaisia niin kliinisessä työssä kuin tieteellisessä ajattelussa. Psykoanalyttinen teoria ei ole yksi yhtenäinen ajatusrakennelma. Sen kehittäjä Sigmund Freud (1856–1939) itsekin alituisesti testasi ja korjasi näkemyksiään saatuaan uutta tietoa potilastyönsä kautta. Freudin jälkeen psykoanalyysin sisälle kehittyi monia koulukuntia, jotka kehittivät teoriaa eri suuntiin luoden uusia käsitteitä ja käytäntöjä siitä, miten mieli toimii ja kuinka sitä tutkitaan ja hoidetaan. Psykoanalyttinen teoria on saanut tukevaa jalansijaa myös muilla tieteenaloilla, mm. filosofian, taiteen ja kulttuurin tutkimuksessa.

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana on kehittynyt neuropsykoanalyysiksi kutsuttu tieteenala, joka pyrkii luomaan neurotieteille ja psykoanalyysille yhteistä tutkimuskenttää. Oikeas-

taan tämän näkökulman laittoi liikkeelle jo Freud, olihan hän koulutukseltaan neurologi.

Aivotutkimuksella ja psykoanalyysilla on yhteisiä tutkimuskohteita, jotka antavat arvokasta tietoa myös psykoterapeuttista työtä tekeville kliinikoille. Tällaisia ovat muistin ja tarkkaavaisuuden toiminta, vuorovaikutussuhteen tai sen puutteen vaikutus hermoston kehitykseen, aivojen muovautuvuus, tunteiden tutkiminen ja tiedostamattomien prosessien kuvantaminen aivoissa. Vaikka yhtenäistä teoriaa psyyken toiminnasta ei ehkä koskaan voida muodostaa, pyritään nykyään johdopäätelmissä yhä enemmän ottamaan huomioon niin psyykkiset, biologiset kuin sosiaaliset tekijät.

Freudin oivallus oli kiinnittää huomio oireen takana oleviin tiedostamattomiin ristiriitoihin, jotka ihminen torjuu tietoisuuden ulkopuolelle ja jotka ratkaisemattomina aiheuttavat oireilua. Hän jakoi mielen tietoiseen, esitietoiseen ja tiedostamattomaan – ja myöhemmin *idiin* (se), *super-egoon* (yliminä) ja *egoon* (minä). Näillä käsitteillä hän pyrki kuvaamaan mielen monitasoisuutta ja dynaamisuutta. Psyykettä voisi kuvata psyykkisellä energialla toimivaksi prosessiksi, johon vaikuttavat mm. sisäiset viettipaineet, ulkoinen realiteetti ja lapsena sisäistetyt mielikuvat erilaisista vuorovaikutustilanteista. Myöhemmin psyykkisen energian latautumisesta on alettu puhua tutummin affekteina ja tunteina, joita ihminen kykenee enemmän tai vähemmän tunnistamaan, säätelmään ja hyväksymään itsessään.

Freud ajatteli, että oireella on jokin mieli. Jos potilas ei kyennyt tunnistamaan oireen taustalla olevaa ristiriitaa, se sai ilmenemismuodon oireena, unissa tai virhetoimintoina. Freudin psykoanalyttisessa hoitomenetelmässä potilaan annettiin vapaasti ja ilman sensuuria assosioida mieleen tulevia asioita, joiden avulla päästiin selville potilaan ominaisesta mielen toiminnan tavasta ja saatiin viitettä oiretta aiheuttavasta konfliktista. Tästä syystä klassista psykoanalyttista hoitomenetelmää on toisinaan kutsuttu paljastavaksi.

Freudin psykoanalyttisen tutkimustyön pääpaino oli analysoitavan tiedostamattomissa mielen sisäisissä (intrapysykkisissä) toiminnoissa ja psykoanalyttikon roolissa potilaan assosiaatioiden tulkitsijana. Freudin jälkeen psykoanalyysista tuli intersubjektiivisempää: mielen toiminnan

kuvaamisessa ja psykoterapeuttisessa hoidossa alettiin kiinnostua ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Lapsi kehittyy vuorovaikutuksessa hoitavien aikuisten kanssa – samoin psykoterapeuttinen hoitosuhde tapahtuu hoitajan ja potilaan välillä. Siihen vaikuttavat kummankin persoonalliset ja mielen tiedostamattomat tekijät. Kun Freud aluksi ajatteli psykoanalyttikon persoonallisuuden ja vastatransferenssitekijöiden olevan lähinnä haittatekijöitä hoitotapahtumassa, alettiin myöhemmin ajatella, että nekin kuvaavat jotain potilaan tavasta olla ja toimia. Tämän uuden näkökulman myötä alettiin pitää tärkeänä sitä, että psykoanalyttikko oli tietoinen omien tietoisten ja tiedostamattomien tekijöidensä vaikutuksesta hoitoprosessiin.

Objektisuhteiden tullessa vahvemmin psykoanalyttisen hoidon kohteeksi alettiin transferenssi-vastatransferenssikysymysten avulla saada hoidon piiriin vaikeammista häiriöistä kärsiviä potilaita sekä lapsia, joilla ei ole vielä kehittyntä introspektiokykyä tai kykyä sanallistaa mielenliikkeitään. Objektisuhteeteorian kehittäjänä Melanie Klein (1882–1969) alkoi analysoida ja tulkita lasten leikkejä heidän psyykkisen tilansa ilmentyminä. Leikki on lapselle sitä, mitä sanat ovat aikuiselle. Klein kehitti ajatuksiaan sisäisistä objekteista ja tiedostamattomista fantasioista, joita psykoanalyttisessa hoidossa tutkittiin ja tulkittiin.

Psykoanalyttisten teorioiden hedelmällisyys on epäilemättä siinä, että samalla kun ne kuvaavat hoitomenetelmää, ne ovat myös teoriaa mielen kehitymisestä, häiriintymisestä ja tutkimisesta. Wilfred Bion (1897–1979) vei asian pidemmälle yrittäen teoretisoida mahdollisimman tarkasti ilmiöitä, joista mieli koostuu, ja sitä, mitä hoitoprosessissa tapahtuu. Hän halusi selvittää, mitä ajatteleminen on, mitä tieto ylipäättään on. Miten voimme tietää ilmiöistä, jotka ovat tiedostamattomia? Ajattelun tutkiminen on tärkeää, sillä esimerkiksi psykoottisista häiriöistä kärsivillä henkilöillä on puutteita nimenomaan ajattelussa ja symbolisaatiokyvyssä. Terapeutin täytyy auttaa potilasta käyttämään mieltään, ajattelemaan ja nimeämään tunteitaan ja kokemuksiaan, muuten ei ole sanoja ja yhdessä jaettu merkityksiä, joita ymmärtää ja tulkita.

Syvälüoataavan käsiteellistämisen ja teorian muodostamisen jälkeen Bion kuitenkin kehotti kohtaamaan potilaan aina uudelleen vailla teoreettisia painolasteja, ennakkokäsityksiä ja kunnianhimoja. Terapeutin on hyvä olla selvillä potilaan taustoista ja elämäntapahtumista sekä pyrkiä hahmottamaan niitä kliinisen ja teoreettisen tietämyksensä avulla, mutta tämä ei saa häiritä terapeutin aitoutta ja herkkyyttä kohdata potilas ”tässä ja nyt”. Ymmärtämisen pakko ja liiallinen halu parantaa voivat haitata psykoterapeutista työskentelyä.

Lapsuuden kehityksen ja psykoterapeuttisen hoidon samankaltaisuutta korosti myös D. W. Winnicott (1896–1971). Lapsi kehittyy äidin (hoitavan henkilön) avulla, joka kannattelee lapsen ahdistusta, selittää sisäisiä ja ulkoisia tapahtumia sekä tukee luonnollista kasvuprosessia. Myös psykoterapeuttisen hoidon pitäisi tarjota potilaalle riittävä tuki ja olla niin kannatteleva ja turvallinen, että potilas voisi uskaltautua ja oppia vähitellen tarkastelemaan omaa mieltään. Hoitotilanteessa potilaan ja hoitajan välille syntyy ”leikin” kaltainen luova tila (siirtymätila, transitionaalitila, potentiaalinen tila), jossa potilas voi turvallisesti kokeilla vuorovaikutussuhteessa olemista ja tutustumista toiseen ja itseensä. Winnicott vertasi tätä tilaa lapsen luomaan siirtymäobjektiin, esimerkiksi nalleen, joka sekä samanaikaisesti on että ei ole äiti. Siirtymätilassa on jotain subjektiivisen ja objektiivisen todellisuuden välissä olevaa samankaltaisuutta kuin siinä jaetussa kokemuksessa, joka syntyy lapsen ja äidin välille.

Erityisesti Yhdysvalloissa alkoi 1980-luvulta lähtien saada enemmän jalansijaa relationaaliseksi psykoanalyysiksi kutsuttu näkökulma. Siinä korostetaan mielen interpersonaalista luonnetta ja ihmisen pyrkimystä asettua suhteeseen toisen ja ympäristönsä kanssa sekä tämän suhteen tarkastelua. Mieli kehittyy vain ihmissuhteessa, ja mielen häiriötila tulee esille sen tavoissa olla suhteessa toisiin. Tätä käytetään hyväksi psykoterapeuttisessa työssä, jonka keskiössä on sen tutkiminen, mitä psykoterapeuttisessa vuorovaikutuksessa potilaan ja psykoterapeutin välillä tapahtuu. Relationaalinen lähestymistapa hahmottaa potilaan ja psykoterapeutin tuovan aina psykoterapeuttiseen yhteistyöhön oman menneisyytensä sekä tapansa

olla, tuntea ja ajatella. Psykoterapian interpersonaalisella kentällä myös psykoterapeutti siis aktiivisesti osallistuu ja emotionaalisesti viritty suhteeseen omalla yksilöllisellä tavallaan. Tästä on kaikkien psykoterapeutista työtä tekevien hyvä olla tietoinen. Relationaalista painotusta kuvaavat yhteistyösuhteen molemminpuolisuus sekä uutta ymmärrystä luova kohtaaminen mutta samalla toisen yksilöllisen näkökulman kunnioittaminen.

Psykoanalyysi on aina tutkinut yksilön elämänhistorian ja nykyisyyden suhdetta. Menneisyyden ja erityisesti lapsuusajan tapahtumat vaikuttavat siihen, kuinka ihminen kehittyy. Psykoanalyttisessä hoidossa keskitytään kuitenkin potilaan ajankohtaisiin ihmissuhteisiin ja erityisesti potilaan ja hoitavan henkilön välille muodostuviin ja toistuviin ilmiöihin, koska menneisyys on niissä aina läsnä. ”Silloin ja siellä”-asioista on yhä enemmän siirrytty tutkimaan ”tässä ja nyt” meneillään olevia tapahtumia. Terapiassa ei potilasta niinkään kehoiteta muistelemaan menneitä vaan kertomaan, mitä hänellä juuri nyt on mielessä.

Psykoanalyttiselle kirjallisuudelle ja teorianmuodostukselle ovat ominaisia käsitteet ja kielikuvat, metaforat sekä erilaiset mielen toiminnan havainnollistamisyritykset, mallinnokset. Käytetyt ilmaisut ovat usein abstrakteja, minkä vuoksi tekstin merkityksien ymmärtäminen ei aina ole helppoa. Käsitteet ja mallit pyrkivät usein kuvailemaan ihmisen mielen toimintaa tietyltä, kirjoittajan valitsemalta kannalta. Tarkastelu koskee tällöin vain valittua osa-aluetta, kapeaa kaistaa ja ohutta siivua psyykkisestä todellisuudesta. Kaikki havainnollistamisyritykset ja monimutkaisiltakin vaikuttavat mallinnokset ovat aina todellisuutta yksinkertaistavia.

On myös olemassa psykoanalyttisia käsitteitä, joita käytetään eri merkityksessä kuin mitä niiden alkuperäinen muotoilija on tarkoittanut. Samaa käsitettä voidaan lisäksi teoreettisessa keskustelussa käyttää eri merkityksissä. Esimerkkejä tällaisista käsitteistä ovat mm. projektiivinen identifikaatio, vastatransferenssi, tulkinta ja minä. Käsitteiden monimerkityksisyys on toisaalta ymmärrettävää, koska mielen ilmiöiden kirjo on monimuotoisempi ja hienosyisempi kuin se inhimillinen sanasto, joka on käytettävissä kuvaamaan toisilleen hyvin läheisiä ja toisinaan lähes päällekkäisiä asioita.

Teoreettisia tekstejä lukiessa on aina oleellista kiinnittää huomiota siihen, mitä missäkin kirjoituksessa käytetyllä käsitteellä juuri tässä yhteydessä tarkoitetaan, sekä ymmärtää ja hyväksyä se, että toisessa yhteydessä samalla käsitteellä voi olla toinen merkitys tai laajuus.

Psykoanalyttisen ajattelun historiaan ja kehitykseen voi suomen kielellä tutustua mm. Therapeia-säätiön kustantamasta teoksesta Psykoanalyysin isät ja äidit – teoreettisia näkökulmia.

Dynaaminen tiedostamaton

Psykoanalyttinen teoria pohjautuu ajatukselle, että osa mielen toiminnoista on tiedostamattomia. Ihminen ei ole tietoinen kaikista motiiveistaan, tunteistaan, ajatuksistaan ja tarpeistaan, jotka vaikuttavat hänen mieleensä ja käyttäytymiseensä.

Tiedostamattomia on useanlaisia ja eritasoisia. Kognitiivisella tiedostamattomalla viitataan ihmisen rajallisiin kognitiivisiin kykyihin ja resursseihin. Tarkkaavaisuutemme ja havaintokykymme on rajallinen; emme voi mitenkään olla jatkuvasti tietoisia kaikesta, mitä ympärillämme tapahtuu, mutta jokin ärsyke saattaa kiinnittää huomiomme asiaan, jota emme tietoisesti seuranneet. Aivo kuvantamismenetelmät ovat osoittaneet, että aivoissamme aktivoituu tunnetiloja ja havaintoja jo ennen kuin tulemme tietoiseksi niistä. Myös muistin toiminta on rajallinen siten, että kaikki kokemamme ei tallennu helposti mieleen palauttavaksi. Jotta mieli pysyisi toimintakykyisenä, jotkin asiat unohtuvat, mutta ne saattavat palautua vuosien jälkeenkin elävinä mieleen. Lisäksi monet tiedot ja taidot ovat automatisoituneet niin, ettei meidän tarvitse aktiivisesti muistella tai ajatella niitä tietoisesti.

Implisiittiset muistot ovat niitä, joita emme voi palauttaa mieleen, vaikka ne ovat aikanaan tallentuneet meihin. Ne ovat osa meitä ja vaikuttavat siihen, minkälaisia olemme ja mitä teemme. Emme muista varhaisvuosien kokemuksia siten, että voisimme niitä tietoisesti muistella ja sanallistaa. Ne ovat eräänlaisia tiedostamattomia muistoja, mutta meillä voi olla kokemus niistä ruumiin tai tunnetasolla. Lapsena turvattomuutta ja pelkoa

kiintymyssuhteissaan kokenut saattaa aikuisena olla kyvytön tuntemaan läheisyyttä parisuhteessaan tai toistaa ihmissuhteissaan traumaattisia vuorovaikutusmalleja. Tiedostamaton ja työstämätön muisto määrittää hänen tapaansa asettua suhteeseen toisten ihmisten kanssa.

Freudin topografisen mallin mukaan mieli jakautuu tietoiseen, esitietoiseen ja tiedostamattomaan. Tätä kuvataan usein jäävuori-kielikuvan avulla: veden pinnan yläpuolella on jäävuoren huippu, tietoisuus. Vesirajalla ja osittain sen alla on esitietoinen alue, josta ne asiat, joita ei aktiivisesti tiedosteta, voivat helpommin pulpahtaa tietoisiksi. Psykoterapiassa esitietoisuudesta voi tulla asioita tietoiseksi assosiaatioiden tai tunnekokemusten kautta. Kolmas ja suurin osa jäävuorta – tiedostamaton – on veden pinnan alapuolella, jossa on kohtia, jotka eivät koskaan tule pinnalle ja jotka ovat sellaisten merivirtojen armoilla, joihin meillä ei ole suoraa kosketusta.

Myöhemmin Freud loi strukturaalisen mallin. Hän jakoi mielen toiminnat *egoon* (minä), *super-egoon* (yliminä) ja *idiin* (se).

Minän vahvuus

Arvioitaessa potilaan kykyä työskennellä hoitosuhteessa on tärkeää ottaa huomioon hänen psykologiset valmiutensa ja niin sanotut minän vahvuudet (*ego strengths*). Minän vahvuus antaa viitettä henkilön psyykkisen häiriön tasosta ja hänen psykologisista voimavaroistaan. Nämä vaikuttavat terapeutin valintoihin sen suhteen, minkälaisia terapeuttisia työkaluja hoidossa on hyvä käyttää.

Minän tehtäviä (*ego functions*) ja vahvuuksia ovat mm.

- kyky havainnoida ja erottaa ulkoinen todellisuus sisäisestä todellisuudesta (realiteettitestaus)
- päättely- ja ajatusprosessien loogisuus ja häiriötömyys
- kyky painaa asioita mieleen ja palauttaa ne mielestä (oppimiskyky ja muisti)
- kyky tunnistaa, hyväksyä ja säädellä omia tunnetiloja
- kyky sietää ahdistuneisuutta, ristiriitaisuuksia ja odottamista
- impulssikontrolli
- kyky olla vuorovaikutussuhteessa ja ottaa huomioon toisen ajatukset, tunteet ja motiivit.