

Kognitiivisen psykoterapian alku ja kehitys

Irma Karila, Maaria Koivisto, Jorma Fredriksson

Mitä kognitiivinen psykoterapia tarkoittaa **14** Kognitiivisen terapian historialliset juuret **16** Kognitiivisen terapian suuntauksia **18** Kognitiivisen psykoterapian kehitysnäkymiä **29**
Kognitiivinen psykoterapia Suomessa **31**

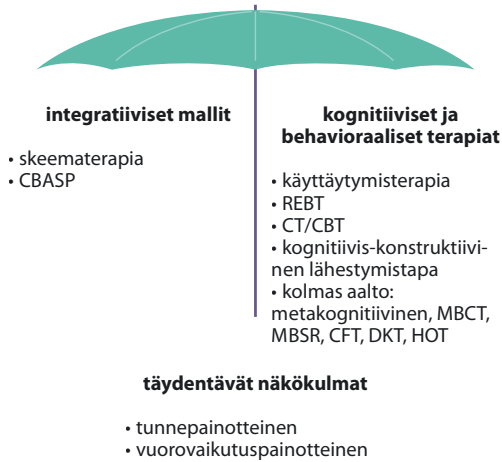
- Kognitiivinen psykoterapia on yleiskäsite, joka sisältää erilaisia teoriaperinteitä ja työskentelymenetelmiä.
- Kognitiiviselle psykoterapialle on ominaista tavoitteellisuus, tutkiva yhteistyösuhde ja aktiivinen tasavertainen vuorovaikutussuhde.
- Kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) on maailmanlaajuisesti eniten käytetty ja tutkittu psykoterapia.
- Suomessa koulutuksia on järjestetty 1960-luvun lopusta alkaen.

Mitä kognitiivinen psykoterapia tarkoittaa

Kognitiivinen psykoterapia on yleiskäsite, joka kattaa monia lähestymistapoja, teoreettisia malleja, käytännön sovelluksia ja työskentelytapoja. Suomessa kognitiivisen psykoterapian sateenvarjokäsitteen alle kuuluvat erilaiset kognitiiviset/kognitiivis-behavioraaliset terapiat, näitä täydentävät terapeuttiset näkökulmat ja tiettyjen potilasryhmien hoitoon tarkoitettut integratiiviset terapiat (kuva 1). Kognitiivisiin/kognitiivis-behavioraalisiin terapiaihin kuuluu useita terapiamalleja, joista ajallisesti vanhin on käyttäytymisterapia, sitten rationaalis-emosiivinen käyttäytymisterapia

(REBT), kognitiivinen (CT)/kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) ja uudempina lukuisat erilaiset niin sanotut kolmannen aallon terapiat.

Kognitiivisen terapian kehitystä on kuvattu aaltoina. Ensimmäiseen aaltoon kuuluvat käyttäytymisterapia (*behaviour therapy*, BT) ja Suomessa oppimisterapia. Tämä vaihe alkoi 1950-luvulla ja jatkui 1970-luvulle. Toista aaltoa edustavat rationaalis-emosiivinen käyttäytymisterapia ja kognitiivinen terapia tai yleisemmin kognitiivis-behavioraalinen terapia. Aaron T. Beck nimesi kehittämänsä terapiamallin kognitiiviseksi terapiamalliksi, muita vastaavia malleja kutsutaan kognitiivis-behavioraaliseksi terapiamalliksi. Tämä vaihe alkoi 1960-luvun alussa ja jatkui keskeisenä kognitiivisena suuntauksena 2000-luvulle



Kuva 1. Kognitiivinen psykoterapia sateenvarjokäsitteenä.

saakka. Kolmanteen aaltoon kuuluvat metakognitiiviset ja tietoisuustaitoihin perustuvat kognitiiviset terapiat, dialektinen käyttäytymisterapia sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia. Kolmas aalto alkoi 2000-luvun alkupuolella, ja se on vallitseva trendi tällä hetkellä.

Suomessa kognitiivista/kognitiivis-behavioraalista terapiaa on täydennetty kognitiivis-konstruktivistisella lähestymistavalla sekä tunne- ja vuorovaikutuspainotteisilla näkökulmilla. Tämä on ymmärrettävissä tyytymättömyytenä perinteisen kognitiivisen terapian rationaalisuutta korostavaan teoriataustaan, joka selitti kapea-alaisesti ihmisen mielen tapahtumia ja sen toimintaan vaikuttavia tekijöitä. Oli tarve nostaa esiin tunteiden, vuorovaikutuksen ja kehityksellisten tekijöiden merkitys ihmismielen rakentumisessa.

Kognitiivisen psykoterapian sateenvarjon alle kuuluvat myös integratiiviset mallit kuten persoonallisuushäiriöiden ja muiden pitkäaikaisten psyykkisten häiriöiden hoitoon kehitetty skeematerapia ja pitkäaikaisen masennuksen hoitomalli (*cognitive behavioural analysis system of psychotherapy*, CBASP). Myöhemmin tässä kirjassa esitellään kaikki nämä lähestymistavat tarkemmin.

Eri lähestymistavat täydentävät toisiaan

Luetteloa silmäillessä saattaa herätä kysymys, miksi näin monta lähestymistapaa. Eri lähestymistavat ovat kehittyneet historiallisesti täydentämään toisiaan. Kognitiivinen psykoterapia on teorianmuodostuksessaan nopeasti uusintunut selitysmallit sille pohjalle, mitä tieteellisessä perustutkimuksessa on saatu selville. Kehitys psykoterapiatutkimuksen ja lähialojen akateemisen tutkimuksen alueilla on heijastunut kognitiivisen psykoterapian teorioihin ja työskentelytapoihin. Alkuperäisiä ajatusten sisältöä korostavia terapiamalleja on täydennetty tai korvattu tunne-, vuorovaikutus- ja kehitystekijöitä painottavilla näkemyksillä. Viimeisimpänä kehitysvaiheena on huomion suuntaaminen siihen, miten ihminen suhtautuu omiin ajatuksiinsa ja tunteisiinsa sen sijaan että selvitetäisiin ajatusten sisältöä.

Olennaista on, että psykoterapiaa tarvitsevien ihmisten määrä ja ongelmien vaikeusaste ovat muuttuneet. Kognitiivinen terapia alkoi masennuksen hoidosta, ja vähitellen hoidon piiriin ovat tulleet vaativammat, kuten persoonallisuushäiriöistä kärsivät potilaat. Terapiasovellusten kirjo on nykyään varsin laaja. Uusimpana ovat erilaiset internetpohjaiset sovellukset.

Yhteiskunnan ja maailman muuttuminen, kuten koulutustason nousu ja siihen yhteydessä oleva hoitoontulokynnyksen madaltuminen, lisäävät psykoterapian kysyntää. Resurssien niukkuus on synnyttänyt paineen kehittää aikarajattuja, tietylle potilasryhmälle suunnattuja terapioita ja selvittää niiden tuloksellisuutta. Keskeinen kysymys on, mikä ”annos” terapiaa riittää tuottamaan kohtuullisen vaikuttavuuden ja mitkä ovat jonkin psykoterapiamallin olennaiset, aktiiviset tai vaikuttavat komponentit. Näitä on viime vuosina pyritty tutkimuksissa selvittämään, mutta niitä ei vielä tunneta riittävästi.

Lisääntyneeseen hoidon tarpeeseen on viime vuosina vastattu kehittämällä kevennettyjä hoitoja, jotka sisältävät jonkin intensiivisen terapian keskeiset komponentit, kuten pitkäaikaisen masennuksen hoitomallissa. Siinä keskitytään sosiaalisen

vuorovaikutuksen alueelle, tunnistetaan kipupisteet (transferenssioletukset) ja työtetään vuorovaikutusongelmia ongelmanratkaisuprosessin mukaisesti.

Kognitiivista psykoterapiaa yhdistävät tekijät

Kognitiivinen psykoterapia perustuu tavoitteellisuuteen, tutkivaan yhteistyösuhteeseen ja aktiiviseen, tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen. Näitä voi kutsua kognitiivisen psykoterapian eri suuntauksia yhdistäviksi tekijöiksi.

Tavoitteellisuus tarkoittaa sitä, että terapeutti ja potilas sopivat yhdessä siitä, mitä terapialla toivotaan saatavan aikaan. Olennaista, että tavoitteet ovat selkeitä, konkreettisia, kohtuullisia ja vähitellen saavutettavia. Silloin kun potilas voi itse havaita vointinsa muuttuvan toivottuun suuntaan, hänen hoitomotivaationsa pysyy. Myös terapeutti voi seurata, ovatko hoitolinjaukset kohdallaan. Jos terapeutti havaitsee, että potilaalla ei ole riittäviä taitoja tavoitteen saavuttamiseksi, niitä voidaan yhdessä kehittää ja harjoitella terapiaistunnoissa. Jos terapeutti huomaa tietynlaisen prosessointitavan, vaikkapa emotionaalisen välttämisen tai itsekritiikin estävän yhdessä asetetun tavoitteen saavuttamista, hoitoa suunnataan siihen. Pyrkimyksenä on, että terapiahuoneessa aloitettu työskentely yleistyy potilaan arkeen. Siltana tähän ovat välitehtävät (kotitehtävät), jotka räätälöidään potilaskohtaisesti. Tehtävät liittyvät terapiatavoitteeniin, ja ne nivotaan siihen, mikä on potilaalle hänen arjessaan merkityksellistä. Tehtävät voivat liittyä työhön, perheeseen tai fyysiseen kuntoon liittyviin tekijöihin ja niissä tarvittaviin taitoihin. Taitojen kehittäminen on tärkeä osa kognitiivista psykoterapiaa. Välitehtävien on havaittu parantavan terapian tehoa.

Aaron T. Beck, kognitiivisen terapian isäahmo, määritteli terapiasuhteen tutkivaksi yhteistyösuhteeksi (*collaborative empirism*), jossa terapeutti ja potilas aktiivisesti tarkastelevat potilaan ongelmallista kokemusta ja siinä virinneitä ajatuksia, tunteita, toimintaa, vuorovaikutuksessa toistuvia kuvioita yms. mielen sisäisiä prosesseja. Yleensä terapian alkupuolella terapeutti opastaa potilasta tunnistamaan mieleen putkahtavia ajatuksia tai

niiden pätkiä, merkitsemään niitä ylös ja huomaamaan, mikä niissä toistuu. Terapian edettyä potilaan välitehtävänä voi olla tutkia, pitääkö hänen uskomuksensa, kuten ”minusta ei pidetä”, paikkansa jne. Yhdessä tutkien voidaan päätyä joustavampaan päätelmään.

Tasavertainen yhteistyösuhde tarkoittaa sitä, että potilas on asiantuntija omasta tilanteestaan, hän parhaiten pystyy kertomaan siitä, tuottamaan pohjamateriaalia hoitosuunnitelmaa varten ja seuraamaan tavoitteiden toteutumista omassa arjessaan. Terapeutti on asiantuntija siinä, miten hän potilaan rinnalla koulutuksensa pohjalta jäsentää ja työstää potilaan tilannetta yhteisesti määrittelyn ongelman voittamiseksi. Tasavertaista yhteistyösuhdetta kuvaa myös vuorovaikutuksen molemminpuolinen aktiivisuus. Sekä potilas että terapeutti saavat ottaa aktiivisen roolin keskusteluissa ja tunneilmaisissa. Yhteistyölle on ominaista neuvotteleva asenne, joka ilmenee muun muassa siinä, että välitehtävistä sovitaan yhdessä eikä terapeutti määrää niitä potilaalle. Tarvittaessa terapeutti voi antaa ohjeita ja selittää työskentelyn taustateorioita sekä myös ilmaista ajatuksiaan ja kertoa tuntemuksistaan, jos hän katsoo sen hyödyttävän potilasta.

Kognitiivisen terapian historialliset juuret

Kognitiivinen terapia on saanut vaikutteita kahdelta suunnalta, käyttäytymisterapiasta ja psykodynaamisesta terapiamallista. Vuonna 1913 John B. Watson julkaisi kirjoituksen, jossa hän ehdotti, että psykologiassa tutkittaisiin käyttäytymistä sellaisenaan ja sivuutettaisiin mieleen ja sen sisältöön liittyvät vaikeat kysymykset. Tältä pohjalta syntyi behaviorismi. Käyttäytymisterapia oli behavioristisesta lähestymistavasta syntynyt innovaatio, jonka suosio jatkui 1960-luvulle saakka. Terapiassa huomio kiinnitettiin ulkoiseen, havaittavissa olevaan käyttäytymiseen ja sen muuttamiseen. Häiriöiden hoidossa tavoitteena oli oireiden poistaminen kohdistamalla työskentely itse oireeseen. Ajatuksena oli, että jos oire oli opittu, niin siitä oli myös mahdollista poisoppia. Menetelminä olivat

poisherkestäminen (desensitisaatio), ehdollistaminen, altistus ja sovellettu rentoutus. Tämän ajan nimiä olivat yhdysvaltalainen psykologi Burrhus F. Skinner ja eteläafrikkalainen psykiatri Joseph Wolpe. Skinner teki kokeellisia tutkimuksia laboratorio-olosuhteissa ja esitti niiden pohjalta, että ihmisen käyttäytymistä oli mahdollista ohjailla yksinkertaisilla systemaattisilla väliintuloilla, ja Wolpe kehitti kohdepelkojen kuten korkean paikan kammon hoitoa vastaehdollistumisen periaatteen pohjalta. Hoidossa edettiin portaittain ja luotiin pelolle vastakkainen tila rentoutumisen kautta. Lyhyesti ilmaistuna behavioristit pitivät tärkeänä sitä, että hoitomallit pohjautuivat kokeelliseen tietoon ja että hoidon tuloksellisuutta pystyttiin arvioimaan.

Käyttäytymisterapia kohtasi myös kritiikkiä. Kävi ilmeiseksi, että havaittavaan ulkoiseen käyttäytymiseen nojaava lähestymistapa oli liian kapea. Se ei pystynyt ottamaan huomioon esimerkiksi mallioppimista (tarkkailemalla ja jäljittelemällä oppimista) tai ajattelua, kuten pakkoajatuksia pakko-oireisilla. Käyttäytymisterapialla hoidettiin pakko-oireisten pakkotoimintoja mutta pakkoajatuksien hoitoon se oli riittämätön.

Behaviorismin suosio jatkui 1960-luvulle saakka, jolloin se jäi niin sanotun kognitiivisen vallankumouksen jalkoihin. Kognitiivisessa psykologiassa tutkittiin välittäviä mekanismeja ja informaation prosessointia. Ulrich Neisser esitteli 1967 havaintokehämällin, jonka mukaan ihmisen havaitsemisen eri osavaiheet toistuvat kehämäisesti:

- 1) Sisäiset mallit eli skeemat ohjaavat ja suuntaavat havainnointia ennakoivasti.
- 2) Ihminen tekee havaintoja ja saa tietoa.
- 3) Saatu tieto muokkaa/vahvistaa olemassa olevia sisäisiä malleja, jotka edelleen ohjaavat havainnointia. Ihmiset ovat taipuvaisempia tekemään päätelmiään olemassa olevien skeemojensa suuntaisesti kuin muokkaamaan oletuksiaan ja luomaan uusia mielen-sisäisiä rakenteita.

Neisserin havaintokehä on edelleen tärkeä malli psykoterapiatyössä.

Kliinikot kiinnostuivat laboratorioissa tehtyjen kognitiivisten tekijöiden välittävää roolia

koskevien tutkimusten tuloksista ja sovelsivat näitä muun muassa ahdistuneisuuden ja stressin hoitoon. Kognitiiviset tekijät sisällytettiin osaksi behavioraalista työtettä, mistä syntyi kognitiivis-behavioraalinen terapiamalli. Esimerkiksi itsekontrolliin perustuissa interventioissa ajateltiin, että ihmisellä itsellään on kapasiteettia havainnoida käyttäytymistään, asettaa tavoitteita itselleen ja arvioida, missä määrin hän pystyy itsesääteilyyn. Kyse on henkilön tietoisesta arviosta siitä, pystyykö hän toimimaan sopivalla tavalla tietyissä tilanteissa. Albert Bandura nimesi tämän välittävän kognitiivisen rakenteen minäpystyvyydeksi (*self-efficacy*).

Kognitiivinen terapia sai vaikutteita myös psykodynaamisesta suuntauksesta. Kuten edellä kävi ilmi, kognitiivinen informaation prosessointitutkimus haastoi behaviorismin, ja samaan aikaan myös toista terapian valtasuuntausta, psykodynaamista terapiaa vastaan esitettiin kritiikkiä. Kognitiivisina terapeutteina myöhemmin tunnetut Aaron T. Beck ja Albert Ellis olivat alun perin perehtyneet psykoanalyttiseen terapiaan. He tahoillaan kritisoivat sekä tutkimustulostensa että potilastyössä tekemiensä havaintojen perusteella psykoanalyysin hypoteeseja kuten masennusta itsen suunnattuna vihamielisyytenä ja ylipäättään tiedostamattomien prosessien painotusta. Erityisesti Ellis kritisoi myös terapian kestoa.

Ajan henki

Kognitiivisesta suuntauksesta syntyi sosiaalinen liike, joka yhdisti tutkijat ja kliinikot. Tähän liikkeeseen lukeutuivat Aaron T. Beck, Joseph Cautela, Albert Ellis, Michael Mahoney, Donald Meichenbaum ja monet muut. Näiden ydin-hahmojen myötä kehittyi *zeitgeist*, ajan henki, joka kiinnitti muiden huomion. Innostus oli suurta, minkä ansiosta vuonna 1977 perustettiin ammattilehti *Cognitive therapy and research*, jonka ensimmäinen päätoimittaja oli Michael Mahoney. Lehden tarkoitus oli stimuloida ja levittää tietoa uusista tutkimustuloksista ja teoriasta. Tutkijat ja terapeutit saivat tilaisuuden esittää tutkimuslöydöksiään laajalle lukijakunnalle ja tehdä kognitiivista terapiaa tunnetuksi.

Kognitiivisen terapian kehittämisen tausta

- Tyytymättömyys aiempiin terapiamalleihin – käyttäytymisterapiaan ja psykodynaamiseen terapiaan
- Tutkimustulokset informaation prosessoinnista
- Informaation prosessoinnin ymmärtäminen ja huomioon ottaminen tärkeää psyykkisten ongelmien synnyssä, vahvistumisessa ja muuttamisessa

Kognitiivisen terapian suuntauksia

Rationaalis-emotiivinen käyttäytymisterapia

REBT (*rational emotive behaviour therapy*) on vanhin kognitiivinen terapisovellus. Sen loi yhdysvaltalainen Albert Ellis 1962. Alun perin Ellis kutsui terapiaa rationaaliseksi terapiaksi kognitiivisesta painotuksesta johtuen, mutta varsin pian hän huomasi aliarvioineensa emootioiden osuutta ja lisäsi sen terapian nimeen, ja niin syntyi lyhenne RET, jolla se myös Suomessa tunnetaan. Sittemmin terapisuunnan nimeen on lisätty B (*behaviour*), koska miltei aina terapiatyöskentelyssä tarvitaan behavioraalisia harjoituksia.

Albert Ellis (1913–2007) oli tuottelias kirjoittaja, joka julkaisi yksin ja yhdessä muiden kanssa 80 kirjaa ja yli 500 artikkelia. Ennen psykoterapeutin uraansa hän toimi kirjanpitäjänä, käsikirjoittajana musiikkiteattereille ja myös poliittisena aktivistina. Hän väitteli 40-vuotiaana psykologiassa. Ellis aloitti kouluttautumisen psykoanalyttikoksi 1940-luvun lopulla ja avasi samoihin aikoihin parisuhde- ja seksuaaliterapiaan keskittyvän vastaanoton. Hän pettyi psykoanalyysin hitauteen ja tehottomuuteen, erityisesti käsitykseen oivalluksen osuudesta muutoksen aikaansaajana. Sen sijaan pariterapiavastaanotolla hän toimi direktiivisemmin ja opasti potilaitaan suhtautumaan ongelmiin eri tavalla tukeutuen kreikkalaisen filosofin Epiktetoksen toteamukseen ”ihmistä eivät

häiritse itse ongelmat vaan se, miten hän niihin suhtautuu”. Neuvoja antamalla hän sai tuloksia melko nopeasti.

Kehitellessään terapiamalliaan Albert Ellis perehtyi George Kellyn vuonna 1955 julkaistuun teokseen *The psychology of personal constructs*. Häntä kiinnosti, miten ihmiset luovat mielen konstruktioita, joiden avulla he tulkitsevat kokemuksiaan ja ennakoivat tapahtumia. Jos konstruktioit ovat joustavia (läpäiseviä), ihmisen on mahdollista hyödyntää uutta informaatiota. Ellis oli lukenut paitsi kreikkalaisten myös aasialaisten ajattelijoiden kirjoituksia, kuten Kungfutsen opetuksia hyveistä ja Laotsen ajatuksia elämänviisauksista. Ellis perehtyi myös epistemologiaan, siihen, mitä voimme tietää ja millainen tieto on oikeaa tietoa. Kaikki ihmiset luovat oletuksia tapahtumista, eivätkä nämä välttämättä perustu oikeaan tietoon, vaan päätelmät voivat olla irrationaalisia. Hän päätyi siihen, että terapiatyössä on keskityttävä potilaan oletuksiin ja niiden irrationaalisuuteen. Edellisen vastapainoksi Ellis mietti myös, millaiset elämänviisaudet voisivat luoda hyvää sopeutumista ja mielenterveyttä. Hän esitteli 12 hyvän elämän arvoa ja uskomusta, jotka edistävät mielenterveyttä. Näitä ovat muun muassa itsen hyväksyminen, uteliaisuus riskejä ottamalla, hyvä frustraation sieto, epävarmuuden sieto, joustavuus, sitoutuminen, kiinnostus sosiaalista elämää kohtaan ja muut vastaavat.

Rationaalis-emotiivisessa käyttäytymisterapiassa potilaita ohjataan tunnistamaan,

- ongelmalliset tilanteet (A)
- näihin liittyvät uskomukset (B)
- mitä tunteita ja käyttäytymispyrkimyksiä (C) uskomuksista seuraa.

Terapiamallin mukaan irrationaaliset uskomukset tuottavat hankalat tunteet. REBT:ssä pyritään auttamaan potilaita

- 1) tunnistamaan omat irrationaaliset uskomuksensa
- 2) tunnistamaan, että nämä ovat maladaptiivisia
- 3) korvaamaan irrationaaliset uskomukset sopeutumista edistäväillä uskomuksilla
- 4) luomaan adaptiivisempia tunteita ja käyttäytymistä.