



Brown Lisa

Luottamuksellisen hoitosuhteen rakentuminen psykoanalyttisessa ja kognitiivisessa psykoterapiassa

Kandidaatin tutkielma  
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA  
Kasvatuspsykologia  
2020

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Luottamuksellisen hoitosuhteen rakentuminen psykoanalyttisessa ja kognitiivisessa psykoterapiassa (Lisa Brown)

Kandidaatin tutkielma, 40 sivua

Toukokuu 2020

---

Tämän kandidaatin tutkielman tavoitteena oli tutkia luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista psykoterapiassa. Lisäksi tutkielmassani oli tavoitteena määritellä psykoterapian keskeiset käsitteet ja määritellä se, kuinka luottamuksellisuus psykoterapiassa voi toteutua ja mitä edellytyksiä se vaatii. Tutkielmassani on myös tarkasteltu sitä, mitkä terapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet edistävät terapian vaikuttavuutta ja näin ollen edistävät luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista. Tarkastelin luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä pääosin englanninkielisen aineiston ja englanninkielisten tutkimusten avulla. Tutkielmassani määriteltiin psykoterapeuttiseen hoitosuhteeseen kuuluvia peruskäsitteitä, kuten allianssi, transferenssi-suhde, hoitosuhde ja abstinenssiperiaate.

Lisäksi kuvailin tutkielmassani psykoanalyttista ja kognitiivista psykoterapiaa yleisellä tasolla sekä sen suhteen, kuinka hoitosuhde muodostuu näissä terapiasuuntauksissa ja mitkä ovat hoitosuhteen yleisiä piirteitä näissä kahdessa suuntauksessa. Luottamuksellisuus on käsitteenä melko abstrakti ja laaja, joka loi omat haasteensa tutkielmaan. Lisäksi luottamuksellisuus on perusedellytys koko psykoterapiaprosessille ja se kietoutuu yhteen esimerkiksi kommunikaation, allianssin ja terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien kanssa. Psykoterapia perustuu avoimeen vuorovaikutukseen, jossa luottamus terapeutin ja potilaan välillä on edellytys sille, että potilas pystyy kertomaan avoimesti mielenliikkeistään.

Luottamuksellisuuden rakentumiseen kuuluu useita eri osa-alueita. Tutkielmassani käytettyjen tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan psykoterapian vaikuttavuuteen ei vaikuta niinkään psykoterapian suuntaus, vaan suurempi painoarvo on terapeutin ja potilaan välisellä hoitosuhteella, henkilökemialla, sopivalla huumorilla sekä terapeutin henkilökohtaisilla ominaisuuksilla kuten empatiakyvyllä. Lisäksi luottamuksellisuutta edistää psykoterapeutin aitous sekä lämpö, ja kyky olla aidosti läsnä ja kuunnella potilasta. Tutkimusten mukaan sellaiseen terapeuttiin voi olla vaikeampaa luoda luottamuksellista hoitosuhdetta, joka on jollain tasolla kylmä, liian ammattimainen tai muodollinen. Näin ollen voisi todeta, että aito vuorovaikutus on tärkeää luottamuksellisuuden toteutumisen kannalta psykoterapiassa. Toisaalta luottamuksellisuus liittyy myös psykoterapeutin ammattietiikkaan ja onkin tärkeää, että potilas tietää luottamuksellisuuden periaatteista psykoterapiassa.

Avainsanat: psykoterapia, hoitosuhde, luottamuksellisuus, transferenssisuhde, vuorovaikutus, allianssi, abstinenssiperiaate

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Psykoterapian keskeiset käsitteet</b> .....	<b>6</b>
2.1	Psykoterapia.....	6
2.2	Terapeuttinen allianssi .....	8
2.3	Transferenssisuhde .....	10
2.4	Hoitosuhte.....	12
2.5	Abstinenssiperiaate .....	12
<b>3</b>	<b>Terapiasuuntaukset</b> .....	<b>14</b>
3.1	Psykoanalyysi ja psykoanalyttinen psykoterapia .....	14
3.2	Kognitiivinen psykoterapia.....	17
<b>4</b>	<b>Luottamuksellinen hoitosuhde psykoterapiassa</b> .....	<b>23</b>
4.1	Vuorovaikutus psykoterapiassa .....	24
4.2	Luottamuksellisuuden toteutuminen psykoterapiassa .....	26
4.3	Terapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet .....	29
<b>5</b>	<b>Tulosten tarkastelua ja pohdinta</b> .....	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>Lähteet</b> .....	<b>34</b>

# 1 Johdanto

Tutkin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa (Kangasniemi ym., 2013) kandidaatin tutkielmassani luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista psykoanalyttisessa ja kognitiivisessa psykoterapiassa. Tutkimuskysymyksiäni ovat, mistä tekijöistä luottamuksellinen hoitosuhde rakentuu psykoterapiassa, mitä luottamuksella psykoterapiassa tarkoitetaan sekä mitä eroja ja yhtäläisyyksiä psykoanalyttisessa ja kognitiivisessa psykoterapiassa on hoitosuhteessa ja sen määrittelyssä. Lisäksi pyrin määrittelemään, mitä ominaisuuksia terapeutilta ja potilaalta vaaditaan, jotta luottamuksellisuus voi toteutua psykoterapiassa sekä mitä ulkoisia ominaisuuksia tarvitaan luottamuksellisuuden toteutumiseksi. On myös mielestäni tärkeää määritellä se, mitkä ovat tärkeimmät edellytykset sille, että luottamuksellisuus voi toteutua psykoterapiassa.

Kangasniemen ja kollegoiden (2013) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuottaa laadullista, kuvailevaa tietoa ja vastaa tutkimuskysymyksiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tuotettu tieto perustuu erilaisiin aineistoihin ja sen avulla pyritään ymmärtämään tiettyä ilmiötä. Luotettavuutta kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pohditaan tutkimuskysymysten ja valitun aineiston perusteella. Lisäksi kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyyden pohtiminen liittyy esimerkiksi tutkimuskysymyksiin. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on pidetty esimerkiksi liian subjektiivisena, mutta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen hyvinä puolina on pidetty sitä, että se usein pyrkii vastaamaan tiettyihin erityiskysymyksiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on yleensä tietyt vaiheet, kuten tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen sekä tuloksen tarkastelu lopussa (Kangasniemi ym., 2013).

Younggrenin ja Harrisin (2008) mukaan luottamuksellisuus psykoterapiassa on velvollisuus, joka ilmenee terapeutin ja potilaan välisessä ammatillisessa suhteessa. Luottamus voi kuulostaa ammatillisessa merkityksessä yksinkertaiselta, mutta todellisuudessa se on monimutkainen ja laaja käsite (Younggren & Harris, 2008). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira huolehtii ja valvoo terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat yleiset ammattieettiset velvollisuudet sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. Esimerkiksi potilasasiakirjojen salassapitoa psykoterapiassa koskee terveydenhuollon ammattihenkilöiden laki (559/1994) 16 §. Lain mukaan potilasasiakirjojen tiedot on pidettävä salassa (Valvira, 2016; 2018).

Päätin valita tämän aiheen siksi, koska olen ollut aina kiinnostunut psykoterapiasta, ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta ja psykologiasta ylipäätään. Tiesin, että haluan tehdä kandidaatin

tutkielmani johonkin psykoterapian osa-alueeseen liittyen. Luottamuksellinen hoitosuhde ja sen rakentuminen valikoituivat aiheekseni siksi, koska psykoterapian onnistumisen perusedellytys on se, että potilas pystyy täysin luottamaan terapeuttiin. Mielestäni oli mielenkiintoista lähteä tarkastelemaan, mitä kaikkea luottamuksellisuuteen oikeastaan kuuluu ja mitkä tekijät ovat edistämässä sitä sekä mitkä puolestaan voivat vaikuttaa siihen, ettei luottamus välttämättä terapiassa toteudu. Jatkan aiheestani pro gradu – tutkielmaan, jossa tulen syventymään vielä enemmän luottamuksen rakentamiseen. Lisäksi kiinnostus aihetta kohtaan on siksi suuri, että haaveilen ehkä tulevaisuudessa psykoterapeutin ammatista.

Koen, että kandidaatin tutkielmani aihe on tärkeä ja aina ajankohtainen. Itseäni kiinnosti erityisesti se, mitä kaikkea luottamuksellisuuteen oikeasti kuuluu ja mitkä ovat sen suhteen tärkeimpiä tekijöitä psykoterapiassa. Aihetta oli melko vaivatonta lähteä tarkastelemaan, koska siitä on tehty tutkimuksia paljon. Terapiasuuntauksista päätin valita psykoanalyttisen ja kognitiivisen psykoterapian, koska ne kiinnostivat itseäni eniten. Tarkastelen kuitenkin tutkielmasani paljon luottamuksellisuutta myös yleisellä tasolla, sillä luottamuksellisuuden peruseräatteen ovat melko samat terapiasuuntauksesta riippumatta. Tutkielman lopussa esitän johtopäätöksiä ja pohdin keskeisiä tutkimustuloksia.

## 2 Psykoterapian keskeiset käsitteet

Luottamuksellista hoitosuhdetta psykoterapiassa tarkasteltaessa on tarpeen määritellä psykoterapia käsitteenä. Lisäksi keskeisiä käsitteitä ovat terapeutin liitto eli allianssi, transferenssi-suhde, hoitosuhde sekä abstinenssiperiaate.

### 2.1 Psykoterapia

Duodecim (2006) mukaan psykoterapialla tarkoitetaan terveydenhuollon ammatillista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on psyykkisen terveyden sekä toimintakyvyn lisääminen. Psykoterapiaa toimintana ohjaa ammattikäytännöt, potilas- ja asiakastyön lait sekä eettiset ohjeet ja periaatteet. Psykoterapian avulla pyritään poistamaan tai lieventämään mielenterveyden häiriötä tai ongelmaa. Psykoterapia määritellään aina tavoitteelliseksi toiminnaksi ja se perustuu säännölliseen vuorovaikutukseen terapeutin ja potilaan välillä. Psykoterapia perustuu psykologiseen tietoon ja psykoterapiaa voi toteuttaa henkilö, jolla on psykoterapian toteuttamiseen vaadittava koulutus (Duodecim, 2006).

Psykoterapeutti on ollut Suomessa vuodesta 1994 nimikesuojattu ammatti, oikeuden käyttää nimikettä on ensin myöntänyt Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO, mutta nykyään käyttöoikeuden nimikkeelle myöntää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (Aaltonen ym., s. 411; Suomen Psykologiliitto ry). Suomen Psykologiliitto ry:n mukaan psykoterapeutilla on aina jokin pohjakoulutus, kuten psykologi. Koulutusta psykoterapeutin ammattiin järjestävät yliopistot ja yksityiset koulutusyhteisöt. Psykoterapeutin koulutus koostuu vähintään 60 opintopisteestä, joihin sisältyy työnohjausta, teoriaopintoja, potilastyötä, koulutuspsykoterapia sekä opinnäytetyö (Suomen Psykologiliitto ry).

Aaltosen ja kollegoiden (1996, s. 14) mukaan psykoterapiakoulutukseen sisältyy kolme eri tasoa; vaativan erityistason psykoterapiakoulutus VET, ylempi erityistason psykoterapiakoulutus YET sekä erityistason psykoterapiakoulutus ET. Vaativan erityistason koulutus antaa valmiudet työskennellä itsenäisesti yhdessä psykoterapiamuodossa sekä lisäksi mahdollistaa toimimisen vastaavan erityistason psykoterapiamuodon kouluttajana ja ohjaajana. Ylempi erityistason koulutus puolestaan mahdollistaa itsenäisen työskentelyn yhdessä terapiamuodossa sekä psykoterapian työnohjaajana toimimisen kliinisessä työssä. Erityistason koulutus tarkoittaa sitä, että hallitsee yhden terapiamuodon työnohjauksen alaisena (Aaltonen ym., 1996, s. 14). Jotta

psykoterapeutin ammattinimikettä voi käyttää, vaaditaan vähintään kahden vuoden työkokemus mielenterveyden alan työtehtävistä sekä psykoterapiakoulutukseen soveltuva tutkinto (Suomen Psykologiliitto ry).

Suomen Psykologiliitto ry:n mukaan psyykkiset ongelmat ovat yleisiä ja ne häiritsevät ihmisten elämää sekä aiheuttavat tuskaa. Psyykkiset ongelmat aiheuttavat erilaista haittaa ihmisille, kuten esimerkiksi pahaa oloa, pelkoja, itsemurha-ajatuksia sekä masentuneisuutta. Psyykkiset ongelmat voivat ilmetä myös kehollisina ongelmina. Psykoterapian vaikuttavuutta on tutkittu paljon ja sen on todistettu auttavan mielenterveyden ongelmien hoidossa. Psykoterapia vaatii asiakkaalta aina sitoutumista onnistuakseen. Psykoterapiassa tavoitteena on oppia ymmärtämään itseään paremmin sekä saada keinoja ongelmien käsittelyyn (Suomen Psykologiliitto ry).

Makover (2017, s. 31) on lisäksi määritellyt psykoterapiaa niin, että siinä on kyse aina kahden ihmisen muodostamasta parista. Kaksi ihmistä tapaa säännöllisesti ja istunto kestää aina tietyn aikaa. Psykoterapian ja siinä tapahtuvan hoitosuhteen erottaa tietyt piirteet muusta kanssakäymisestä. Psykoterapeuttinen hoitosuhde sekä psykoterapia on aina ainutlaatuista ja yksilöstä riippuvaista. Psykoterapiassa on kuitenkin myös universaaleja piirteitä kuten se, että aikataulu sovitaan yleensä terapeutin aikataulun mukaan, tapaamispaikka on yleensä terapeutin toimisto ja terapian kesto istuntoa kohden on yleensä noin tunti (Makover, 2017, s. 31).

Suomen Psykologiliitto ry:n mukaan psykoterapiaan kuuluu erilaisia suuntauksia. Psykoterapiasuuntauksia ovat esimerkiksi kognitiiviset psykoterapiat, perheterapiat, psykoanalyttiset terapiat, sekä psykoterapian erityissuuntauksiset (Pylkkänen ym., 2014, s. 27). Nykyään on lisäksi yleistymässä integratiivinen psykoterapia, jossa yhdistellään eri lähestymistapoja (Suomen Psykologiliitto ry). Suuntauksista riippuu, mistä näkökulmasta ongelmia lähdetään käsittelemään ja pohtimaan. Tutkimusten mukaan terapiasuuntaus ei ole kuitenkaan niin merkityksellinen tuloksellisuuden kannalta, vaan onnistuneeseen psykoterapiaan vaikuttaa suuntausta enemmän psykoterapeutin ja asiakkaan toimiva yhteistyö (Suomen Psykologiliitto ry).

Pirkolan (2015, s. 408) mukaan psykoterapia ja terapiatekniikat kehittyvät jatkuvasti ja lisäksi saadaan koko ajan yhä enemmän tieteellistä näyttöä psykoterapian vaikuttavuudesta mielenterveysongelmien hoidossa. Mielenterveysongelmien ymmärtäminen on kehittynyt, kun on otettu huomioon se, että geneettisillä tekijöillä ja ympäristötekijöillä on oma roolinsa sairauden kehitymisessä. Psykoterapioiden merkitys mielenterveysongelmien hoidossa on kasvanut, mutta kysyntä ja tarjonta eivät psykoterapian osalta vielä kohtaa, eli terapeutteja on liian vähän siihen nähden, kuinka moni tarvitsisi terapiaa (Pirkola, 2015, s. 408).

Pirkola (2015, s. 411, 413) kertoo, että psykoterapian järjestäminen ja rahoitus liittyy terveyspoliittiseen päätöksentekoon, ja ammattikeskustelua käydään toistuvasti etenkin Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspsykoterapioiden saatavuudesta sekä myöntämiskriteereistä. Kelan tutkimusosasto ja Kuntoutussäätiö toteuttivat vuonna 2011 psykoterapeuttiselvityksen, jonka mukaan 2400:ta psykoterapeutista arviolta puolet antoi Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa. Yleisesti noin 20 000 henkilöä käy vuosittain Kelan tukemassa psykoterapiassa. Nykyään psykoterapiaan voi hakeutua montaa eri reittiä. Terapiaan voi hakeutua julkisen terveydenhuollon kautta ja samalla potilaita ohjeistetaan ostopalveluterapioihin. Kelan tukemaan psykoterapiaan puolestaan pääsee sen jälkeen, kun on saanut asianmukaista hoitoa kolme kuukautta, jonka jälkeen tarvitaan psykiatrilta B-lausunto Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa varten. Lisäksi myös esimerkiksi työterveyshuolto voi ohjata psykoterapiaan tai terapiaan voi mennä omasta aloitteesta (Pirkola, 2015, s. 411, 413).

## 2.2 Terapeuttinen allianssi

Psykoterapiassa terapeutin ja potilaan välille kehittyy vähitellen yhteistyösuhde, jota nimitetään allianssiksi (Lindberg, 2015, s. 76). Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath (2018, s. 317) viittaavat aikaisempiin Freudin kirjoituksiin ja toteavat, että allianssin käsite perustuu Sigmund Freudin kirjoituksiin, joissa hän on ymmärtänyt terapeutin ja potilaan välisen yhteistyön merkityksen. Flückigerin ja kollegoiden (2018, s. 317) lähteenä käyttämät Freudin kirjoitukset todistavat sen, että Freud kehitteli samaan aikaan myös transferenssiteoriaa, sillä hän oli havainnut potilaan tunteiden heijastuvan terapeuttiin ja terapiaprosessiin.

Flückiger ja kollegat (2018, s. 317) viittaavat aikaisempiin tutkimuksiin ja toteavat, että terapeutin ja potilaan välillä kehittyvää yhteistyösuhdetta alkoivat tutkimaan lukuisat tutkijat, sillä sitä alettiin pitää merkittävänä terapiaprosessin kannalta. He viittaavat Zetzelsin (1956) ajatuksiin kertoessaan terapeuttisen allianssin perustuvan siihen, että potilas pystyi käyttämään egonsa tervettä puolta toimivan yhteistyösuhteen luomiseksi. Terapeuttista allianssia ovat eri tutkijat määritelleet eri tavoin ja Flückigerin ja kollegoiden (2018, s. 317) artikkelissa viitataan Greenonin (1965) tutkimukseen, jonka mukaan terapeuttisessa allianssissa on kyse erityisen suhteen luomisesta terapeutin ja potilaan välille. Flückigerin ja kollegoiden (2018, s. 317) mukaan Bordin kehitteli Greenonin ajatuksiin perustuen käsitteen *working alliance*, jossa on olemassa kolme eri tasoa, joita ovat yhteisymmärrys terapian tavoitteista, yhteisymmärrys terapiassa toteutuvista tehtävistä sekä terapeutin ja potilaan välinen suhde. Yhteisymmärrys terapian



tavoitteista voi puolestaan usein lisätä toivoa ja uskoa paranemiseen (Flückiger ym., 2018, s. 317).

Tschuschken ja kollegoiden (2020) tutkimuksessa tutkitaan allianssin merkitystä psykoterapeuttisen hoidon onnistumiselle/lopputulokselle. Tutkimuksessa on käytetty informaatiota 237:tä psykoterapeuttisesta hoidosta, ja 68:ta terapeutista, jotka työskentelevät kymmenen erilaisen hoitomuodon parissa. Tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, ettei terapiasuuntauksella ole tekemistä terapeuttisen allianssin toteutumisessa. Hoidon toteutumiseen vaikutti eniten se, millaisiksi potilaat itse kokivat terapeuttisen allianssin. Potilaiden iällä, sukupuolella, tai koulutuksella ei ollut vaikutusta allianssin kannalta, kuten ei myöskään terapeutin koulutusasteella tai hoidossa käytetyllä terapiamuodolla. Tutkimuksessa potilaat ja terapeutit arvioivat erikseen terapiassa toteutuvan allianssin viidennen käyntikerran jälkeen HAQin eli allianssikyselyn avulla (Tschuschke ym., 2020).

Tschuschken ja kollegoiden (2020) tutkimustulosten mukaan terapeuttinen allianssi kytkeytyy vahvasti siihen, kuinka hyvin terapeutit pystyvät ammatillisesti ymmärtämään potilaitaan ja millaiset edellytykset heillä on potilaiden ymmärtämiseksi. Terapeuttisen allianssin syntymiseen tarvitaan potilaan ja terapeutin yhteisymmärrystä, toimiva ympäristö terapialle sekä sitä, että molemmat kykenevät tasavertaiseen yhteistyöhön psykoterapiassa. Tutkimustulosten mukaan on tärkeää, että molemmat ovat samaa mieltä allianssin toteutumisesta. Jos pelkästään esimerkiksi potilas kokee allianssin hyväksi, ei terapian tuloksellisuutta voida ennustaa. Allianssin toteutuminen vaatii yhdenvertaista näkökulmaa terapeutin ja potilaan välisestä suhteesta. Tutkimustulokset osoittavat ilmapiirin tärkeyden psykoterapiassa, eli jos ilmapiiri on hyvä ja turvallinen, allianssi toteutuu paremmin (Tschuschke ym., 2020)

Norcrossin (2002, s. 38-39) mukaan Luborsky (1976) kehitti terapeuttiselle allianssille kaksi eri tasoa. Ensimmäisessä tasossa potilas uskoo terapeutin tarjoavan hänelle lämpimän ja turvallisen yhteistyösuhteen, jossa terapeutti auttaa häntä saavuttamaan tavoitteensa. Ensimmäinen taso on edellytys terapian alkamiselle. Allianssin toinen taso sisältää potilaan oman uskon terapiaprosessin onnistumiseen sekä potilaan sitoutumisen psykoterapiaan. Terapeuttisen allianssin luultavasti tärkein piirre on se, että se painottaa yhteisymmärrystä sekä yhteistyötä terapeutin ja asiakkaan välillä. Vanhemmat allianssiteoriat painottavat esimerkiksi terapeutin tarjoamaa tukea, mutta modernit teoriat tuovat esiin enemmän terapeutin ja potilaan välistä aktiivista yhteistyötä (Norcross, 2002, s. 38-39).

### 2.3 Transferenssisuhde

Lindbergin ja Mustosen (2015, s. 45) mukaan transferenssin käsite esiintyy usein puhuttaessa psykoanalyttisesta psykoterapiasta, mutta käsitettä on sovellettu myös esimerkiksi kognitiiviseen psykoterapiaan, jossa puhutaan enemmän lapsuudessa opituista vuorovaikutusmalleista. Transferenssi on ilmiö, jota tapahtuu jokapäiväisessä elämässä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa muiden ihmisten kanssa (Lindberg & Mustonen, 2015, s. 45). Cartwright (2011, s. 113) viittaa artikkelissaan Greenonin (1965) transferenssi käsitteen määritelmään, jonka mukaan transferenssi tarkoittaa esimerkiksi kokemusta tunteista ja asenteista, joita heijastetaan aiemmista ihmissuhteista nykyisiin ihmissuhteisiin tai kohtaamisiin. Mirandan ja Andersenin (2007, s. 63-69) mukaan transferenssi käsite liittyy tiedostamattomaan ja tiedostamattomasta kumpuaviin tunteisiin ja asenteisiin. Transferenssin toteutuessa henkilö näkee muut ihmiset sen mukaan, millaisia ihmissuhteita hänellä on ollut menneisyydessä (Miranda & Andersen, 2007, s. 63-69).

Lindbergin ja Mustosen (2015, s. 46) mukaan transferenssi tarkoittaa tunteensiirtoa, eli aiemmassa ihmissuhteessa koettu siirtyy helposti toiseen ihmissuhteeseen. Elämän ensimmäiset ihmissuhteet vaikuttavat siihen, millaisia ihmissuhteita muodostuu tulevaisuudessa. Transferenssiin liittyvät myös representaatiot, joilla tarkoitetaan tunnepitoisia mielikuvia esimerkiksi jostain tärkeästä ihmisestä, jotka näyttäytyvät uusissa vuorovaikutustilanteissa. Representaatioiden avulla prosessoimme informaatiota uudesta ihmisestä, transferenssiobjektista. Representaatiot vaikuttavat suuresti siihen, millaiseksi koemme uuden ihmisen ja kuinka suhtaudumme häneen. Lisäksi representaatiot vaikuttavat ihmissuhteiden merkityksellisyyteen. Uudessa kohtaamisessa tietoinen ja tiedostamaton muodostavat käsityksen uudesta ihmisestä. Ensivaikutelma ihmisestä syntyy jo sekunneissa ulkoisten ominaisuuksien perusteella, ja representaatiot auttavat muodostamaan mielikuvaa uudesta ihmisestä (Lindberg & Mustonen, 2015, s. 46).

Lindberg ja Mustonen (2015) kertovat, että psykoterapiassa nähdään tiiviisti ja se eroaa arkielämän vuorovaikutuksesta sen suhteen, että terapeutti ei kerro potilaalle itsestään juuri muuta, kuin koulutustaustansa ja tarvittaessa työhistoriaansa. Tämä liittyy abstinenssiperiaatteeseen, eli terapeutti haluaa, että potilaalla on mahdollisuus omien representaatioiden kautta luoda terapeutista mielikuva. On tärkeää, että potilas pääsee itse muodostamaan terapeutista mielikuvan aiempien kokemusten avulla, jotta tunteensiirtoa tapahtuu. Tunteensiirto on erityisen tärkeää psykoanalyttisessa psykoterapiassa. Terapeutin tavoitteena on olla terapiasuhteessa neutraali,

jotta potilas voi alkaa työstämään aiemmissa ihmissuhteissa koettuja tuntemuksia terapeutin kautta tunteensiirron avulla (Lindberg & Mustonen., 2015, s. 48).

Connollyn ja kollegoiden (1996) tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, kuinka transferenssi ja aiemmat merkitykselliset ihmissuhteet vaikuttavat siihen, millaisia tarinoita terapeutista ja terapiasta ylipäättään kerrotaan, eli millaiseksi ihmiseksi potilas on kokenut terapeutin. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilailla oli toistuvia kuvioita ja tuntemuksia ihmissuhteissa, mutta nämä mallit eivät toistu kokonaisvaltaisesti psykoterapian aikana. Tutkimuksessa saatiin selville, että aiemmat ihmissuhteet vaikuttavat enemmän sellaisiin kertomuksiin, joissa kuvailtiin muiden ihmisten alaryhmiä heidän elämässään. Ihmisillä on tiettyjä toistuvia kuvioita ihmissuhteissaan, mutta tutkimuksen mukaan ihmisen yleisin kaava ihmissuhteissa ei välttämättä toteudu terapisuhteessa. Tunteensiirron tapahtuminen terapisuhteessa on kuitenkin suuressa osassa (Connolly ym., 1996).

Lindberg ja Mustonen (2015) toteavat, että transferenssi on tärkeä psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa, jotta potilas voi oppia tunnistamaan ihmissuhteissa yleisiä käyttäytymismallejaan ja tämän seurauksena oppia, että haitallisia malleja ei tarvitse toistaa. Psykoterapiassa terapeutilla on tärkeä rooli sen suhteen, että hän välttää ilmaisemasta tunnereaktioitaan potilaalle. Lisäksi terapeutin on tärkeä oppia tunnistamaan ne tilanteet, joissa potilas toistaa samoja vuorovaikutuksellisia kaavoja terapeuttiin. Abstinenssiperiaatteeseen liittyy se, että terapeutti välttää kertomasta liikaa potilaalle omia tulkintoja tilanteesta, jotta potilas voi itse havainnoida omaa käyttäytymistään. Ei ole kuitenkaan mahdollista, että terapeutti olisi täysin neutraali, jolloin terapeutille on apua psykoanalyttisesta terapiasta sekä itsetuntemuksesta (Lindberg & Mustonen, 2015, s. 48).

Psykoterapeuttiseen hoitosuhteeseen liittyy lisäksi vastatransferenssin käsite. Westerling ja kollegat (2019) viittaavat tutkimusartikkelissaan Littlen (1951) määritelmään transferenssista, kun he kertovat vastatransferenssin tarkoittavan terapeutin reaktioita ja tuntemuksia potilasta kohtaan psykoterapiassa. Lindbergin ja Mustosen (2015, s. 49) mukaan vastatransferenssi tarkoittaa tunteensiirtoa, joka ilmenee psykoterapeutin mielessä. Vastatransferenssi muotoutuu aiempien ihmissuhteiden perusteella, kuten transferenssi (Lindberg & Mustonen., 2015, s. 49). Vastatransferenssin on osoitettu voivan vaikuttaa psykoterapiaan joko negatiivisesti tai positiivisesti (Hayes, Nelson & Fauth, 2015). Lindbergin ja Mustosen (2015, s. 49) mukaan potilaan ja psykoterapeutin asema psykoterapiassa on erilainen sen takia, että terapeutti saa tietää potilaasta lähes kaiken, kun taas potilas ei tiedä terapeutista juuri mitään. Kuitenkin tilanteissa,

joissa potilaan on vaikea avautua, saattaa psykoterapeutti alkaa mielessään muodostamaan erilaisia käsityksiä potilaasta. Nämä käsitykset eivät ole todellisia sen takia, että ne liittyvät aina psykoterapeutin omiin kokemuksiin, eivätkä ole yhteydessä sen kanssa, mitä potilas itsestään kertoo. Vastatransferenssi voi aiheuttaa sen, että ei tunnista tärkeitä asioita potilaassa (Lindberg & Mustonen., 2015, s. 49).

Lindbergin ja Mustosen (2015, S. 50) mukaan vastatransferenssi voi olla psykoterapiassa hyödyllinen, sillä sen avulla psykoterapeutti voi saada esimerkiksi tärkeää tietoa potilaan ja terapeutin välisestä suhteesta. Vastatransferenssi voi kuitenkin aiheuttaa psykoterapeutissa epämääräistä ahdistuneisuutta. Lisäksi vastatransferenssi voi johtaa siihen, että psykoterapeutti käyttäytyy oman etunsa mukaisesti, eikä asetakaan potilasta ja hänen tarpeitaan etusijalle. Kaikki psykoterapeutit kokevat jossain määrin vastatransferenssin (Hayes, Nelson & Fauth, 2015), koska on inhimillistä, että aiemmat kokemukset vaikuttavat toisen ihmisen kohtaamiseen. Vastatransferenssin takia psykoterapeutin omalla terapialla on erityisen tärkeä rooli, jotta terapeutit voivat itse tarjota hoitoa mahdollisimman hyvistä lähtökohdista (Lindberg & Mustonen., 2015, s. 50).

## **2.4 Hoitosuhde**

Jensenin ja Kelleyn (2016) mukaan psykoterapeutin ja potilaan välinen suhde on oikeastaan koko psykoterapian perusta. Potilaan ja terapeutin välinen toimiva, turvallinen suhde on edellytys psykoterapian onnistumiselle, koska huono psykoterapeuttinen hoitosuhde voi aiheuttaa potilaalle monia negatiivisia vaikutuksia, kuten esimerkiksi itsetunnon heikkenemistä. Terapeuttinen hoitosuhde on käsitteenä moninainen ja laaja, sillä siihen liittyy esimerkiksi terapeutin allianssi, kliinisen empatian käsite sekä se, että pyritään kasvattamaan potilaan odotuksia hoidon onnistumisen suhteen (Jensen & Kelley, 2016). Psykoterapeuttisen hoitosuhteen parantavaa vaikutusta on korostettu jo useiden vuosien ajan (Marmarosh ym., 2009) ja terapian tulisi perustua luottamukseen psykoterapeutin ja potilaan välillä (Buhari, 2013).

## **2.5 Abstinenssiperiaate**

Enckell (2015, s. 48) kertoo, että abstinenssiperiaatteen mukaan terapeutti pyrkii olemaan abstinentti, joka mahdollistaa transferenssitoiveiden näkyviin saamisen. Abstinenssiperiaatteen mukaan terapeutti pyrkii siihen, että ei toimi potilaan transferenssiodotusten mukaisesti

(Enckell, 2015, s. 48). Lindbergin ja kollegoiden (2015, s. 205) mukaan abstinenssiperiaatteen liittyä lisäksi se, että terapeutti ei ohjaile potilasta kysymyksillä, vaan pyritään vapaaseen assosiaatioon, eli ajatukset saavat virrata potilaan mielessä vapaasti. Terapeutin tavoitteena on olla sopivan pidättyväinen, jotta potilas pystyy keskittymään ilman häiriötekijöitä omaan mieleensä (Lindberg ym., 2015, s. 205).

Lindbergin (2015, s. 77-78) mukaan psykoterapiassa oleellista on psykoterapeutin rauhallinen ja oikeanlainen mielentila, jotta hän pystyy keskittymään täysin potilaaseen ja potilaan kuuntelemiseen. Psykoterapeutin on löydettävä tasapaino hoitosuhteessa sen suhteen, että hän ei ole liian vetäytyvä mutta ei myöskään häiritse potilaan ajatuksia liikaa, eli ei esimerkiksi ohjaile potilasta liiallisesti kysymyksillä. Abstinenssiperiaate tarkoittaa lisäksi sitä, että psykoterapeutti kuuntelee potilasta sekä kunnioittaa potilaan ajatuksia. Lisäksi abstinenssiperiaatteen käsite olisi syytä määritellä potilaalle hoidon alkaessa, jotta potilas ymmärtää terapeutin pidättyvyyden. Psykoterapiassa on tarkoituksena keskittyä täysin potilaaseen ja potilaan mielenliikkeisiin, jolloin psykoterapeutin liiallinen osallistuminen voi häiritä tätä prosessia. (Lindberg, 2015, s. 77-78).

Enckell (2015, s. 34-35) toteaa, että potilaalla on yleensä transferenssiodotuksia. Transferenssiodotukset kuvastavat potilaan kehittymättömät alueet. Psykoterapiassa potilas voi kohdistaa terapeuttiinsa transferenssiodotuksia ja jos terapeutti vastaa odotuksiin, eivät potilaan odotukset tule näkyviin, jolloin ongelmaa ei voida alkaa käsitellä. Tämän takia on tärkeää, että terapeutti on abstinentti, eli ei vastaa transferenssiodotuksiin ja on terapiasuhteessa sopivalla tavalla pidättyväinen. Abstinentti ei kuitenkaan tarkoita sitä, että terapeutin pitäisi toiminnallaan osoittaa esimerkiksi tunnekylmyyttä tai välinpitämättömyyttä. Psykoterapeutilla on toimittava hoitosuhteessa niin, että hän ilmaisee kiinnostuksensa potilasta kohtaan ja aidosti kuuntelee tätä (Enckell, 2015, s. 34-35).

### 3 Terapiasuuntaukset

Tarkastelen kandidaatintutkielmassani kognitiivista ja psykoanalyttista terapiasuuntausta. Suuntauksia tarkastellessani käsittelen terapiasuuntausten erilaisia käytäntöjä sekä terapiamuotojen erilaisia viitekehyksiä ja niiden vaikutusta terapian toteutukseen. Lisäksi määrittelen joitain eroja näiden kahden suuntauksen välillä.

#### 3.1 Psykoanalyysi ja psykoanalyttinen psykoterapia

Psykoanalyysi ja siitä johdettu psykoanalyttinen psykoterapia kytkeytyvät Sigmund Freudiin (Schultz, 2014; Enckell 2015). Schultzin (2014, s. 1) mukaan Freud keskittyi tiedostamattoman tutkimiseen ja lisäksi hän tutki hoitomenetelmiä, mielen kehitystä ja psyykkisen toiminnan teoriaa. Freudin aikaan (1856-1939) mielenterveysongelmien hoito oli lähinnä somaattista, eli mielenterveysongelmien hoidossa keskityttiin ruumiillisiin vaivoihin ja niiden poistamiseen. Freud kuitenkin keksi, että mielenterveysongelmien hoitoon tarvitaan terapeuttia, joka selvittää miksi potilas on sairastunut. Lisäksi Freud korosti tiedostamattomien halujen ja toiveiden tunnistamista, jotka aiheuttavat potilaassa sisäisiä ristiriitoja ja johtavat mielenterveysongelmien syntymiseen (Schultz, 2014, s. 1). Freudin mukaan tiedostamaton vaikuttaa ihmisen käytökseen negatiivisesti, mutta vapaan assosiaation avulla tiedostamaton saadaan esille (Dowd, 2002, s. 16).

Enckellin (2015, s. 26) mukaan Freudin määrittelemän psykoanalyttisen hoidon idea on saada potilas tietoiseksi asioista, joita hänen mielessään tapahtuu. Potilaan ymmärtäessä hänen tapansa toimia jossain tietyssä tilanteessa, hän voi myös muuttaa tottumustaan ja päästä siitä irti. Freudin mukaan potilas voi tällöin valita eri tavan toimia ja reagoida asioihin (Enckell, 2015, s. 26). Schultzin (2014, s. 2) mukaan terapeutin täytyy saada selville potilaan tiedostamaton sen avulla, mitä potilas itse kertoo esimerkiksi ihmissuhteistaan ja haaveistaan. Lisäksi terapeutilla täytyy osata lukea potilaan sanatonta viestintää. Freudin tärkein löydös ja samalla psykoanalyysin ydin on se, että oireiden selvittämisen lisäksi on tärkeää ja välttämätöntä haluta ymmärtää oireiden taustalla olevat syyt (Schultz., 2014, s. 2).

Schultz (2014, s. 3) kertoo, että Freudin mukaan ihmisellä on erilaisia viettejä kuten seksuaalinen vietti, aggressiiviset impulssit sekä kostonhalu. Lisäksi ihmisellä on tarpeita kuten turvallisuuden tunne, läheisyys sekä autonomia ja itsenäisyys. Ihmisellä on myös tunteita, kuten esimerkiksi rakkaus ja viha, ahdistuneisuus, pelko ja häpeä. Tunteet, vietit ja tarpeet ovat Freudin

mukaan usein ristiriidassa keskenään ja niiden juuret ovat lapsuudessa. Lapsuudesta alkunsa saaneet vietit, tarpeet ja tunteet ovat ristiriidassa aikuisen minäkäsityksen ja aikuisuuden arvojen kanssa, toisin sanoen koko aikuisuuden persoonallisuuden kanssa. Nämä ristiriidassa olevat vietit, tarpeet ja tunteet ovat mielenterveysongelmien taustalla. Potilas ei kuitenkaan tunnista sairastumiseen johtaneita syviä, emotionaalisia ristiriitoja, koska ne ovat tiedostamattomassa (Schultz, 2014, s. 3).

Enckellin (2015, s. 26-27) mukaan psykoanalyysiin ja psykoanalyttiseen terapiaan on liittynyt kaksi pääpiirrettä Freudin kuoleman jälkeen, joita ovat minäpsykologinen suuntaus ja psyykkisen toiminnan mieltäminen sisäisten suhteiden perspektiivistä. Minäpsykologinen suuntaus keskittyy mielen sisäisiin toimijoihin (Enckell, 2015, s. 26-27). Corey (2015, s. 60) kertoo Freudin teoriaan liittyvän id, ego ja superego, joilla on kaikilla eri tehtävät ihmisen mielessä. Id toimii nautinnon periaatteen mukaan, eikä tunne moraalin käsitettä. Id toimii myös ihmisen halujen mukaan, eikä ajattele tekojen seurauksia, lisäksi id erittäin tiedostamaton. Ego puolestaan on yhteydessä oikeaan maailmaan ja toimii realiteetti periaatteen mukaan (Corey, 2015, s. 60).

Coreyn (2015, s. 60) mukaan ego ajattelee realistisesti ja loogisesti, ja pyrkii kontrolloimaan idin impulsiivisuutta ja järjenvastaisuutta. Superego puolestaan on erittäin tuomitseva ja moraalisiin perustuva. Superego keskittyy lähinnä ideaaliin ajatteluun ja ratkaisuihin, ei niinkään todellisuuteen. Superego voi aiheuttaa ihmisessä ylpeyttä, mutta myös häpeän ja syyllisyyden tunnetta (Corey, 2015, s. 60). Enckell (2015, s. 26-27) kertoo, että minäpsykologisessa suuntauksessa keskitytään idin ja superegon sijasta egoon ja egon tiedostamattomaan suojautumiseen. Minäpsykologisessa suuntautumisessa hoidon tavoitteena on tuoda tietoiseksi suojautuminen ja sen avulla saada potilas vapaaksi siitä (Enckell, 2015, s. 26-27).

Corey (2015, s. 89) toteaa, että psykoanalyttinen psykoterapia keskittyy pääasiallisesti lapsuuteen ja lapsuuden varhaisten kokemusten pohtimiseen. Psykoanalyttisissa menetelmissä hoitokeinoina käytetään esimerkiksi unianalyysia, vapaata assosiaatiota, transferenssin analysointia, sekä vastustamisen analysointia. Psykoanalyysissa ja psykoanalyttisissa terapioissa tavoitteena on potilaan mahdollisimman vapaa ilmaisu, sillä ainoastaan sillä tavalla potilaan ongelmat tulevat esiin. Jotta potilaan avoimuus olisi psykoterapiassa mahdollista, täytyy terapeutilla luoda yhdessä potilaan kanssa turvallinen ilmapiiri sekä luottamukseen perustuva hoitosuhde (Corey, 2015, s. 89).

Enckellin (2015, s. 32-35) mukaan psykoanalyttisessa terapiassa potilas seuraa mielen liikkeitä ja tietoisuuteen nousevia ajatuksiaan ja kertoo niistä terapeutille. Mielen havainnoista olisi tärkeä voida kertoa, vaikka ne tuntuisivatkin potilaasta itsestään hävettäviltä. Psykoanalyysissa ja psykoanalyttisessa psykoterapiassa vapaa assosiaatio on kaiken perustana, eli potilaalla tulisi antaa mielen liikkua mahdollisimman vapaasti. Psykoanalytikolla tai psykoterapeutilla täytyy tämän takia toimia neutraalisti, jotta terapeutin henkilökohtaiset arvot ja ajatukset eivät vaikuttaisi hoitoon (Enckell, 2015, s. 32-35). Lisäksi on tärkeää, että terapeutti erityisesti välttää reagoimasta niin, kuten potilas on tottunut, että reagoidaan (Appelbaum, 1988, s. 204). Psykoanalytikon tai terapeutin pidättyvyys takaa sen, että terapiassa keskitytään ainoastaan potilaaseen (Enckell, 2015, s. 32-35).

Enckellin (2015, s. 32) mukaan hoitosopimus on psykoterapiassa oleellinen osa terapiaa ja luoturvallisuutta potilaalle. Hoitosopimuksessa sovitaan, milloin nähdään ja kuinka usein nähdään sekä sovitaan terapian maksuun liittyvistä asioista. Lisäksi hoitosopimuksessa tulee esiin valittu työskentelytapa psykoterapiassa. Suomessa konkreettinen sopimus on yleensä suullinen. (Enckell, 2015, s. 32). Merklen (2014, s. 151) mukaan psykoterapian kannalta on tärkeää, että hoidon alussa potilaalla on jonkinlainen käsitys terapian kestosta. Psykoanalyttisen terapian alussa on välttämätöntä, että terapeutti selittää potilaalle työskentelymenetelmät, jotta potilas ymmärtää miten terapiassa toimitaan. Lisäksi psykoterapeutin tulee ymmärtää, että potilaalla on oikeus keskeyttää psykoterapia milloin tahansa (Merkle, 2014, s. 151).

Jotta psykoterapeuttinen hoito voi ylipäättään alkaa, potilas tarvitsee diagnoosin (Merkle, 2014, s. 139). Enckellin (2015, s. 35-36) mukaan psykoterapia itsessään voi alkaa, kun terapiassa on määritelty hoitosopimus. Psykoterapiassa hoidon keinona on puhuminen, jonka tavoitteena on päästä käsittelemään ja tarkastelemaan potilaan mieleen tulevia asioita ja kokemuksia. Psykoanalyysi ja psykoanalyttinen terapia pyrkivät siihen, että jokin toiminta- tai ajattelumalli poistuu, kun se tuodaan puheen muodossa ilmi psykoterapiassa. Terapian aikana on myös mahdollista, että potilas välttelee jostain asiasta puhumista ja jatkaa haitallista toimintaa, kuten esimerkiksi päihteiden käyttöä. Kun potilas jatkaa toimintaansa ja välttelee siitä puhumista, täytyy terapeutilla tai psykoanalytikolla kertoa potilaalle, kuinka hän toimii. Terapeutin kertomista potilaan toiminnasta potilaalle itselleen sanotaan konfrontaatioksi (Enckell, 2015, s. 35-36).

Psykoanalyysiin ja psykoanalyttiseen terapiaan liittyy olennaisesti transferenssin käsite, sillä psykoanalyttinen psykoterapia perustuu myös transferenssiin ja vastatransferenssiin. Psyko-



analyttisen viitekehyksen mukaan transferenssi johtuu siitä, että ihmisen kehitys on häiriintynyt ja ihminen jää toistamaan jotain tiettyä mallia (Enckell, 2015, s. 49). Merklen (2014, s. 153) mukaan psykoanalyttisessa terapiassa potilas heijastaa transferenssin muodossa tunteita terapeuttia kohtaan, joita hänellä on ollut mahdollisesti jossain aiemmassa ihmissuhteessa toista ihmistä kohtaan. Ihmisen aiemmillä ihmissuhteilla ja kokemuksilla on aina jokin vaikutus ihmisen tämänhetkiseen elämään ja psykoanalyysissa pyritäänkin löytämään erityisiä transferenssin muotoja (Merkle, 2014, s. 153).

Enckellin (2015, s. 49-50) sekä Merklen (2014, s. 154) mukaan psykoanalyttiseen psykoterapiaan kuten terapiaan yleensäkin liittyy vastarinnan käsite. Psykoterapiassa potilas haluaa tietoisesti muutosta, mutta vaikeiden asioiden noustessa käsittelyyn ja tietoisuuteen on mahdollista, että potilas alkaa tiedostamattomasti vastustamaan muutosta. Muutoksen vastustaminen johtuu siitä, että hoidon aikana aletaan tiedostamaan syitä mielenterveysongelmien taustalla, jotka ovat usein tiedostamattomia. Ikävien asioiden käsittely ja niistä johtuvat tunteet voivat saada potilaan tiedostamattaan vastustamaan terapiaa ja paranemisprosessia (Enckell, 2015, s. 49-50; Merkle, 2014, s. 154). Psykoterapian vastustaminen voi näkyä terapiassa esimerkiksi puhumattomuutena, käyntien välttelemisenä, jatkuvana myöhästelynä tai liikaa puhumisenä (Merkle, 2014, s. 154).

### **3.2 Kognitiivinen psykoterapia**

Hakasen (2008, s. 14) mukaan kognitiivisella psykoterapialla tarkoitetaan monia erilaisia teoreettisia malleja ja käytänteitä, joissa on yhteisiä piirteitä, kuten tutkiva yhteistyösuhde ja terapeutin ja potilaan välinen vastavuoroinen vuorovaikutus. Eroja kognitiivisten menetelmien välillä esiintyy esimerkiksi sen suhteen, kuinka paljon painotetaan terapeutin ja potilaan välistä suhdetta sekä mikä on ihmisen tunteiden ja historian osuus (Hakanen, 2008, s. 14). Holmbergin ja Kähkösen (2015, s. 52) mukaan kognitiivisen psykoterapian kehittäjä on Aaron T. Beck, joka oli alun perin psykoanalyttikko. Dowdin ja Leahyn (2002) mukaan Beck kehitteli aluksi kognitiivisen mallin masennuksen hoitoon, mutta myöhemmin kognitiivista viitekehystä on alettu käyttää myös esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden, ahdistuksen ja fobioiden hoidossa (Dowd & Leahy, 2002). Holmbergin ja Kähkönen (2015, s. 53) toteavat, että Beckin lisäksi George A. Kelly on merkittävä kognitiivisen psykoterapian kehittäjä, sillä hän kehitti konstruktiteorian. Konstruktiteorian mukaan ihmisen mielessä on konstruktioita, jotka ovat syntyneet ihmisen kokemuksista ja tämän jälkeen jäsentyneet ihmisen mieleen. Kokemukset saavat merkityksiä

konstruktiojärjestelmän kautta ja terapian tavoitteena on hyödyntää tätä järjestelmää ihmisen mielenterveysongelmien ymmärtämisessä (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 53).

Hakanen (2008, s. 15) kertoo, että kognitiivista psykoterapiaa on pyritty koko sen historiansa aikana kehittämään mahdollisimman paljon, jonka vuoksi sillä on niin monta eri muotoa. Kognitiivinen psykoterapia on aiemmin koskenut lähinnä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa, mutta nykyään kognitiivisella terapialla hoidetaan myös useita muita psyykkisiä häiriöitä (Hakanen, 2008, s. 15). Kognitiivisen psykoterapian muoto riippuu siitä, hoidetaanko ahdistuneisuushäiriötä, depressiota, persoonallisuushäiriötä vai skitsofreniaa (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 53). Kognitiivinen psykoterapia on saanut useita muotoja myös sen vuoksi, että se on kehittyessään aina huomionut tärkeimmät tieteelliset tutkimustulokset ja käyttänyt niitä oman teoriansa kehittämisessä (Hakanen, 2008, s. 15). Fitzpatrick, Whelen, Falkenström sekä Strunk (2020) viittaavat tutkimuksessaan Beckin, Rushin, Shawn ja Emeryn (1979) artikkeliin kertoessaan, että kognitiivisen psykoterapian hyödyistä on saatu paljon tutkimusnäyttöä ja sitä on tutkittu kaikista psykoterapiamuodoista eniten.

Hakasen (2008, s. 15) mukaan kognitiivinen psykoterapia perustuu fenomenologiseen lähestymistapaan, eli potilas nähdään aina ainutlaatuisena yksilönä, jolla on oma elämänhistoriansa ja subjektiiviset kokemuksensa. Terapiassa lähtökohtana on aina potilaan kertomus ja näkemykset asioista ja terapeutti pyrkii tarkastelemaan potilaan kertomia asioita hänen näkökulmaansa. Kognitiivisessa psykoterapiassa on aina lähtökohtana potilaan kertomus huolimatta terapeutin käyttämästä mallista. Kognitiivinen psykoterapia lähtee aina liikkeelle käsitteellistämisestä, eli terapeutti ja potilas pohtivat yhdessä sitä, mitkä asiat ovat olleet vaikuttamassa potilaan mielenterveysongelmien syntymiseen. Terapiassa kaikki vastuu ei olekaan terapeutilla, koska tavoitteena on, että potilas itse oppii tunnistamaan ongelmiensa taustalla vaikuttavia syitä. Käsitteellistämiseenkin liittyy aina se, että kukin potilas täytyy huomioida ainutlaatuisena yksilönä. Lisäksi kognitiivinen psykoterapia on tavoitteellista, jotta potilaan motivaatio pysyy yllä. Terapiassa tavoitteet auttavat myös terapeutin työskentelyä, jotta terapeutti voi esimerkiksi huomata tuloksellisuuden (Hakanen, 2008, s. 15).

Hakasen (2008, s. 16) mukaan kognitiivisen psykoterapian yksi erityispiirteistä on se, että potilaalla ja terapeutilla on psykoterapiassa tasavertainen yhteistyösuhde. Tämä tarkoittaa sitä, että molemmat osallistuvat hoitoon tasavertaisesti ja terapeutti ja potilas pyrkivät yhdessä selvittämään potilaan ongelmat. Lisäksi kognitiivisessa psykoterapiassa, toisin kuin psykoanalyttisessä, terapeutin rooli on varsin aktiivinen. Terapeutti osallistuu keskusteluun aktiivisesti, eikä

pelkästään kuuntele hiljaa potilasta (Hakanen, 2008, s. 16). Navon (2015) kertoo, että psykoterapiassa on tärkeää, että terapeutti tarjoaa potilaalle työkaluja, joiden avulla potilas voi alkaa tekemään muutosta. Psykoterapeutti voi tarjota erilaisia näkökulmia potilaalle, kuitenkin ohjaamatta tätä liikaa (Navon, 2015). Hakasen (2008, s. 16) mukaan kognitiivisessa psykoterapiassa terapeutti saa myös kertoa asiakkaalle hänen häiriönsä luonteesta sekä antaa potilaalle teoreettista lisätietoa hänen mielenterveysongelmistaan, jotta potilas voi oppia paremmin ymmärtämään niitä. Terapiassa löydetään rationaalisia, teoreettisia selityksiä potilaan ongelmille, joka voi auttaa potilasta jäsentämään ongelmiaan (Hakanen, 2008, s. 16).

Hakanen (2008, s. 16-19) toteaa, että suurin ero kognitiivisen psykoterapian ja muiden terapiamuotojen välillä on se, että kognitiivisessa terapiassa potilaalla ja terapeutilla on tutkiva yhteistyösuhde. Tutkiva yhteistyösuhde tarkoittaa sitä, että terapeutti ja potilas yhdessä tarkastelevat potilaan kokemuksia ja ajatusmalleja, jotka ovat potilaan mielenterveysongelmien taustalla. Kognitiivisessa psykoterapiassa itsereflektio on tärkeää, mutta terapian alussa potilaalla voi olla toisaalta niin huono psyykinen vointi tai taidot reflektoida itseään, että hänen voi olla vaikeaa toteuttaa itsereflektiota. Terapian aikana potilaan itsereflektiotaidot kuitenkin yleensä paranevat ja potilas oppii oivaltamaan itsestään uusia asioita. Itsereflektion kehittymiseen auttavat metakognitiiviset taidot, eli tunteiden säätely, itsensä tarkkailu sekä omien kognitioiden hallitseminen. Kognitiivisessa psykoterapiassa tavoitteena on aina saada asiakkaan elämässä muutos, joka ylettyy hänen arkielämäänsä asti (Hakanen, 2008, s. 16-19).

Kognitiivisessa psykoterapiassa noudatetaan sokraattista dialogia, eli terapeutti kuuntelee potilasta aktiivisesti sekä tarkentaa, että on ymmärtänyt potilaan kertoman oikein (Hakanen, 2008, s. 17). Martínez ja Flórez (2015) viittaavat artikkelissaan Beckin (2000) artikkeliin kertoessaan, että sokraattista dialogia käytetään kognitiivisen psykoterapian lisäksi myös muissa terapiamuodoissa riippuen siitä, mikä on terapian tavoite. Hakasen (2008, s. 17-18) mukaan sokraattisen dialogin ideana on se, että potilas itse ymmärtää oman ongelmansa ytimen, eikä terapeutti tarjoa potilaalle valmiita vastauksia. Terapeutti voi kysymysten avulla ohjata potilasta itse löytämään vastauksia. Sokraattisen dialogin avulla potilaalla on aktiivinen rooli, jossa hänen täytyy itse nähdä vaivaa omien ongelmiansa pohtimisen eteen sekä vastausten löytämiseen. Tavoitteena on, että terapeutti ei anna potilaalle vastauksia eikä johdattele potilasta mihinkään tiettyyn suuntaan. Sokraattinen dialogi voi auttaa potilasta sisäisessä dialogissa terapian ulkopuolella, jolloin potilas voi oppia havaitsemaan asioita paremmin (Hakanen, 2008, s. 17-18).

Kognitiiviseen psykoterapiaan liittyy olennaisesti kognition, metakognition ja skeeman käsitteet (Hakanen, 2008, s. 18-19). Kognitio tarkoittaa mielen ilmiötä, joita voi selittää mieleen tulevan informaation prosessointina (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 80). Hakasen (2008, s. 18) mukaan kognitio on mielessä tapahtuvan tiedon käsittelyä, eli esimerkiksi oppimista, muistamista, päätöksentekoa, ajattelua, sekä havaitsemista. Holmbergin ja Kähkösen (2015, s. 80) mukaan metakognitiolla puolestaan tarkoitetaan ajatusprosesseja, jotka liittyvät omaan ajatteluun. Metakognitio tarkoittaa, että ollaan tietoisia omasta ajattelusta (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 80). Dimaggion ja Lysakerin (2015) mukaan esimerkiksi psykoosista tai persoonallisuushäiriöistä kärsivillä on vaje metakognitiivisissa taidoissa, joka tarkoittaa sitä, että heillä on vaikeuksia kuvailla ja ymmärtää omaa psyykkistä tilaansa. Häiriön vakavuudesta riippuen potilaalla voi olla vaikeuksia esimerkiksi ymmärtää omia tunteita (Dimaggio & Lysaker, 2015). Hakasen (2008, s. 18-19) mukaan metakognition kehitykseen vaikuttaa tutkimusten mukaan olennaisesti lapsen varhaiset kiintymyssuhteet. Hyvät metakognitiiviset taidot tarkoittavat sitä, että ymmärtää omia tunteitaan ja pystyy hyvin säätelemään niitä, sekä pystyy tarkkailemaan itseään ja omaa toimintaansa (Hakanen, 2008, s. 18-19).

Hakasen (2008, s. 18-19) mukaan skeema tarkoittaa mielen sisäistä mallia, joka on muotoutunut ihmisen aiempien kokemusten perusteella. Skeemat muotoutuvat jatkuvasti uusien kokemusten ja muistojen myötä. Skeemat voivat myös vahvistaa itseään ja ajan myötä niitä voi olla vaikea muuttaa, sillä ensimmäisenä syntynyt skeema on aina hallitseva. Voimakkaimmat skeemat pääsevät ihmisen työmuistiin, jonka kapasiteetti on rajallinen, jolloin ne vievät tilaa muilta asioilta ja informaatiolta, mitä ihminen ulkoapäin saa. Valikoiva tarkkaavaisuus mahdollistaa kuitenkin sen, että ihminen pystyy valikoimaan aina sillä hetkellä tärkeimmät asiat tietoisuuteensa. Skeemat liittyvät kaikkeen siihen, mitä havainnoidaan ja millaisia tulkintoja havainnoista tehdään. Tutkimustulosten mukaan ensimmäisenä syntyneet skeemat ovat usein hallitsevassa roolissa, eikä niitä uusienkaan havaintojen myötä muuteta kovin helposti (Hakanen, 2008, s. 18-19).

Holmbergin ja Kähkösen (2015, s. 54) mukaan kognitiivisessa psykoterapiassa voidaan käyttää esimerkiksi behavioraalisia ja kognitiivisia menetelmiä mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Behavioraalisissa menetelmissä käytetään rentoutusta, toimintasuunnitelman laatimista, sekä portaittaista altistusta. Kognitiivisiin menetelmiin puolestaan kuuluu esimerkiksi ajatusten havainnointi ja kirjaaminen, uudelleenattribuointi ja kognitiivisten vääristymien tunnistaminen. Fitzpatrickin ja kollegoiden (2020) tutkimuksen tulosten mukaan kognitiivisilla muutoksilla on

merkittävä rooli kognitiivisessa psykoterapiassa, jossa hoidetaan masennusta. Kuitenkin kognitiiviset muutokset sekä potilaiden oireiden muutokset olivat suurimpia potilailla, joilla oli suhteellisen alhaiset sosiaaliset taidot, ongelmia ihmissuhteissa, tai sosiaalisten tilanteiden pelko (Fitzpatrick ym., 2020). Lyhytkestoista kognitiivista terapiaa käytetään useimmiten esimerkiksi paniikkihäiriön tai tietyn fobian hoidossa (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 54).

Pitkäkestoisessa kognitiivisessa psykoterapiassa keskitytään potilaan vääristyneisiin uskomuksiin ja ajatusmalleihin ja pyritään muuttamaan niitä (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 54). Kognitiivisilla psykoterapeuteilla täytyy löytää omat tapansa saada selville potilaan väärät ja haitalliset käyttäytymis- ja ajatusmallit. Usein haitallisten mallien tunnistamisessa ja löytämisessä voi kestää jonkin aikaa, ja ne vaativat paljon työtä sekä terapeutilta että potilaalta (Freeman, 2004). Holmberg ja Kähkönen (2015, s. 54) toteavat, että pitkäkestoisessa terapiassa täytyy ymmärtää, mistä potilaan uskomukset ovat saaneet alkunsa, jotta terapeutti voi oppia tuntemaan potilaan kunnolla. Kognitiivinen psykoterapia painottaa usein haitallisia skeemoja, jota ovat potilaan vääristyneiden ajatusten tai uskomusten taustalla. Terapeutin on tärkeää huomata myös se, miten potilas säätelee tunteitaan. Lisäksi terapeutin tulisi auttaa potilasta tunnistamaan ja ilmaisemaan kielteisiä tunteita (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 54). Kognitiivista psykoterapiaa on kuitenkin kritisoitu esimerkiksi siitä, että se ei keskity ihmisen elämänsisältöön tarpeeksi, vaan terapiassa pyritään muuttamaan ainoastaan nykyisiä syitä mielenterveysongelmien taustalla (Dowd & Leahy, 2002).

Levy ja Johnson (2019) viittaavat artikkelissaan Dixonin (2013) artikkeliin kertoessaan, että kognitiiviseen psykoterapiaan liittyy olennaisesti John Bowlbyn ja Mary Ainsworthin kiintymyssuhdeteoria. Kiintymyssuhdeteoria on yksi merkittävimmistä kehityspsykologian teorioista. Kiintymyssuhdeteorian taustalla olevasta tutkimuksesta sosiaalipsykologit ja kehityspsykologit ovat tehneet suurimman osan. Levyn ja Johnsonin (2019) mukaan Bowlby teki kiintymyssuhdeteorista relevantin osan normaalia ihmisen kehitystä, mutta liitti teorian myös osaksi psykoterapiaa. Kiintymyssuhde muodostuu heti lapsen synnyttyä lapsen ensisijaiseen hoivajaan. Kiintymyssuhde määrittää paljon esimerkiksi identiteetin muodostumista sekä vaikuttaa tulevaisuuden ihmissuhteisiin. Kiintymyssuhteet on luokiteltu turvattomaan, turvalliseen ja jäsentymättömään kiintymyssuhteeseen. Turvaton kiintymyssuhde voi jakautua välttelevään ja ristiriitaiseen kiintymyssuhteeseen (Levy & Johnson, 2019).

Yip, Ehrhardt, Black sekä Walker (2018) viittaavat Brennaniin ja Shaveriin (1995) kertoessaan turvallisen kiintymyssuhteen tarkoittavan, että lapsi luottaa siihen, että hänen tarpeisiinsa vastataan. Turvallinen kiintymyssuhde johtaa esimerkiksi emotionaaliseen tasapainoon ja positii-viseen mielikuvaan itsestä ja muista (Yip ym., 2018). Sinkkosen (2004) mukaan välttelevä kiintymyssuhde voi johtaa loogisuuden ja järkipäisyyden korostamiseen. Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa aikuinen vastaa vaihtelevasti lapsen tarpeisiin. Lisäksi aikuinen voi käyttäytyä impulsiivisesti (Sinkkonen, 2004). Jäsentymätön kiintymyssuhde puolestaan tarkoittaa, että ihminen voi muuttaa suhtautumistaan muihin hyvinkin nopeasti ja voi kokea paljon ristiriitaa ihmissuhteissa, lisäksi hylätyksi tuleminen pelko on läsnä (Holmberg & Kähkönen, 2015, s. 55). Levy ja Johnson (2019) viittaavat Bowlbyn (1975) kertoessaan, että kiintymyssuhdeteoria voi näkyä psykoterapiassa siten, että terapiassa terapeutti voi tarjota potilaalle väliaikaisen kiintymyksen kohteen. Tämän avulla potilas voi luoda turvallisen perustan omien ihmissuhteidensa tarkasteluun (Levy & Johnson, 2019).

## 4 Luottamuksellinen hoitosuhde psykoterapiassa

Fragiadakin ja Trilivan (2014, s. 185) mukaan psykoterapeutin ja potilaan hoitosuhde on ainutlaatuinen ja erikoinen ihmissuhde. Terapeutti ja potilas tulevat osaksi toistensa elämää ja potilas jakaa terapeutille arkojakin asioita elämästään. Hoitosuhteessa on saavutettava suuri luottamus, jotta terapia onnistuu. Psykoterapeutin ja potilaan välinen hoitosuhde voi kestää jopa vuosia, mutta terapeutti on aina hyvin tietoinen siitä, että hoitosuhde tulee jossain vaiheessa päättymään (Fragiadaki & Triliva, 2014 s. 185). Janzen, Fitzpatrick sekä Drapeau (2008) viittaavat tutkimusartikkelissaan Stilesiin (2002) kertoessaan, että psykoterapeuttisen hoitosuhteen syntyminen ei ole aina lineaarinen prosessi. Janzenin ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa tutkittiin kysymyksiä, jotka liittyivät Bowlbyn määritelmään psykoterapeuttisesta hoitosuhteesta. Bowlby on määritellyt psykoterapeuttisen hoitosuhteen yhtenä kiintymyssuhteen muotona (Janzen ym., 2008).

Janzenin ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että potilaan paljastessa terapeutille arkoja ja vaikeita asioita, terapeutin suhde vahvistuu. Terapeutin hoitosuhteen vahvistuminen näkyy terapiassa esimerkiksi turvallisuuden tunteena sekä positiivisina mielikuvina terapiasta ja terapeutista. Potilas, joka vältteli yleisesti kiintymyssuhteen muodostumista, koki olonsa vähemmän turvalliseksi psykoterapiassa eikä kokenut saavansa terapiasta tarpeeksi tukea. Tutkimuksen mukaan turvallisuuden tunteella on iso merkitys sen suhteen, kokeeko saavansa terapiasta tarpeeksi tukea ja apua sekä pystyykö terapiassa avautumaan ja pohtimaan asioita avoimesti. Terapian kontekstissa yleinen käsitys muista liittyen epä mukavuuteen puhua aroista aiheista, näyttävät olevan yhteydessä tiettyyn kiintymyssuhdemalliin terapeutin kanssa ja nämä tietyt mallit olivat yhteydessä potilaan edistymiseen psykoterapiassa, sekä potilaan tyytyväisyyteen psykoterapian suhteen (Janzen ym., 2008).

Luottamuksellinen hoitosuhde on perustana terapiassa etenemiselle ja sen toimivuudelle (Janzen ym., 2008). Jensenin ja Kelleyn (2016) mukaan hyvä psykoterapeuttinen hoitosuhde on välttämätön terapian onnistumisen kannalta. Laajoja tutkimustuloksia on saatu myös siitä, että terapeutin allianssi on yksi suurimmista psykoterapian tuloksellisuuden ennustajista. Hyvä, luottamuksellinen terapeutin hoitosuhde kehittää myös terapeutin allianssia (Jensen & Kelley, 2016). Laughton-Brown (2010) on käyttänyt artikkelissaan Grenavagen ja Norcrossin määritelmiä niistä asioista, jotka ovat psykoterapian tuloksellisuuden ja hoitosuhteen rakentamisen kannalta tärkeitä. Luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamiseen vaikuttaa esimerkiksi

potilaan ominaisuudet, muutosprosessit eli esimerkiksi asioiden oivaltaminen terapiassa, hoidon käytännöt eli hoidon teoreettinen viitekehys sekä terapeutin ominaisuudet. Potilaan ominaisuuksiin voi kuulua esimerkiksi toiveikkaus, oma halu ottaa apua vastaan, sekä halu avautua. Terapeutin ominaisuuksiin voi puolestaan kuulua esimerkiksi empaattisuus, tuomitsemattomuus, sekä positiivisuus (Laughton-Brown, 2010).

Langsin (1998) mukaan luottamuksellisuus psykoterapiassa lähtee usein rakentumaan terapeutin kehyksen avulla, johon kuuluu terapian perussäännöt. Kuten jo edellä on mainittu, psykoterapian säännöt mahdollistavat sen, että potilaalla on turvallinen ympäristö psykoterapiassa (Langs, 1998). Laughton-Brown (2010) viittaa artikkelissaan Grayhin (1994) kertoessaan, että psykoterapian alussa sovitaan terapialle aika, paikka, terapian kesto sekä maksuasiat. Lisäksi potilaalle tulee kertoa istuntojen luottamuksellisuudesta ja terapeutin vaitiolovelvollisuudesta, sekä sopia mahdollisista terapeutin loma-ajoista. Nämä asiat ovat edellytyksiä sille, että psykoterapiassa voidaan saavuttaa luottamuksellisuus (Laughton-Brown, 2010). Silloin, kun psykoterapiassa ei ole terapeutin ja potilaan välillä täydellistä luottamusta, voi se vaikuttaa negatiivisesti psykoterapeuttiseen hoitosuhteeseen (Smith, 1999).

#### **4.1 Vuorovaikutus psykoterapiassa**

Meehan, Levy ja Clarkin (2012) viittaavat tutkimusartikkelissaan Kernbergiin (1975, 1984) kun he kertovat, että mukaan on olemassa kolme erilaista tapaa, joiden avulla potilas kommunikoi terapeutin kanssa. Potilas voi kommunikoida sanallisesti kielen avulla, nonverbaalisesti, tai terapeutin vastatransferenssin kautta. Sellaiset tunteet ja ajatukset, jotka potilas tunnistaa itsessään, tulevat esiin yleensä sanallisen viestinnän kautta, kun taas esimerkiksi tiedostamattomat tunteet tulevat esiin nonverbaalisen kommunikaation kautta, kuten ilmeiden ja eleiden kautta sekä terapeutin vastatransferenssin avulla (Meehan ym., 2012).

Kuusisen (2008, s. 39, 41) mukaan terapian tuloksellisuuteen liittyy olennaisesti se, millainen vuorovaikutus psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa ilmenee sekä se, kuinka potilas kokee vuorovaikutuksen. Kun psykoterapiassa on turvallinen olo, potilaalla on helpompi avata itseään sekä edetä psykoterapiassa. Esimerkiksi empatian ja aitouden on koettu olevan tärkeitä terapeutin piirteitä. Empatia on suuressa osassa vuorovaikutusta psykoterapiassa, ja on myös terapian tuloksellisuuden kannalta merkittävää, että potilas kokee tulleensa ymmärretyksi psykoterapiassa. Carl Rogersin mukaan empatia tarkoittaa kykyä ymmärtää toisen henkilön sisäinen



viitekehys sekä tunteet ja ajatella niitä siltä kannalta, kuin olisi itse kyseinen henkilö (Kuusinen, 2008, s. 39, 41).

Kuusinen (2008, s. 40-41) kertoo, että kognitiivisessa psykoterapiassa vuorovaikutus perustuu tutkivaan yhteistyösuhteeseen, johon liittyy olennaisesti myös terapeutin allianssi, eli terapeutin ja potilaan välinen yhteinen käsitys terapian tavoitteista ja tehtävästä, joka luo terapiaan turvallisuuden tunteen. Kognitiivisessa terapiassa vuorovaikutuksessa näkyy terapeutin aktiivinen rooli, eli terapeutti pyrkii selittämään esimerkiksi peruskäsitteitä sekä selittää oireita ylläpitäviä asioita potilaalle, joka voi tällä tavoin tulla itse paremmin tietoiseksi ongelmistaan sekä voi oppia ymmärtämään niitä paremmin. Kognitiivisessa terapiassa terapeutti ei kuitenkaan anna potilaalle suoria ohjeita, vaan pyrkii ongelmia selittämällä avaamaan potilaalle uusia näkökulmia ja ymmärrystä ongelmistaan. Terapeutin aktiivisuus näkyy myös ihmettelemisenä ja kyselemisenä, joka osallistuttaa potilasta pohtimaan ongelmiaan (Kuusinen, 2008, s. 40-41).

Luukkonen (2003, s. 82) toteaa, että psykoanalyysissa ja psykoanalyttisessa terapiassa vuorovaikutus on keskenään hieman erilaista. Psykoanalyysissa vuorovaikutus perustuu vapaaseen assosiaatioon, eli potilas on selkeästi terapeuttia aktiivisempi, kun hän pyrkii tuomaan vapaasti esille mielensä sisältöä terapeutin kuunnellessa. Psykoanalyttisessa terapiassa puolestaan terapeutin abstinenssi ei ole välttämättä niin tarkoin rajattua kuin psykoanalyysissa, eli terapeutin ei tarvitse olla täysin neutraali (Luukkonen, 2003, s. 82). Lisäksi psykoanalyttisessa terapiassa terapeutti käyttää enemmän empatiaa, tukee potilasta enemmän sekä voi antaa potilaan ongelmiin ehdotuksia (Corey, 2015, s. 72).

Psykoanalyysissa ja psykoanalyttisessa terapiassa potilaan tiedostamaton on merkittävässä osassa, jolloin myös tiedostamaton vuorovaikutus potilaan ja terapeutin välillä on tärkeää (Marlo & Kline, 1998). Ivey (2000) mukaan psykoanalyttisessa terapiassa potilaan kuunteleminen on monimutkaista sen oletuksen takia, että potilaan tietoisella kommunikaatiolla terapiassa on tiedostamattomia merkityksiä potilaan oireisiin ja emotionaalisiin vaikeuksiin liittyen. Tiedostamattomat merkitykset eivät koskaan näyntydy täysin suoraan, vaan niiden paljastamiseen tarvitaan tarkkaa kuuntelemista, joka on suuntautunut piilotettujen, tiedostamattomien merkitysten tunnistamiseen (Ivey, 2000).

Kirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että vuorovaikutus psykoterapiassa voi määräytyä sen mukaan, mitä ja minkä tasoista mielenterveyden häiriötä hoidetaan. Steniuksen, Lindbergin ja Louhenrannan (2015) mukaan esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden hoidon vaikuttavuuteen

liittyy se, millainen häiriön vaikeusaste on kyseessä sekä johtuuko häiriö dynaamisista vai biologisista tekijöistä. On tärkeää, että potilaan persoonallisuudessa on alue, joka on motivoitunut hoitoon. Esimerkiksi epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivä voi transferenssisuhteen myötä kokea positiivisia tuntemuksia, jonka potilas voi kokea huonona ja uhkaavana. Tällöin psykoterapiassa toteutuva läsnä oleva ja kuunteleva vuorovaikutus voi tuoda mieleen aiemmin koetun hyvän vuorovaikutuksen menettämisen. Potilaan mielessä aktivoituu tällöin ajatus siitä, että on parempi jättää kuin tulla jätetyksi ja voi keskeyttää hoitosuhteen tai olla hetkellisesti ilmaantumatta tapaamisiin. Psykoterapeutin tehtävänä on ottaa tällöin vuorovaikutuksessa aktiivinen rooli ja kertoa potilaalle hänen käytöksensä haitat, mutta antaa potilaalle myös mahdollisuus jatkaa terapiaa (Stenius ym., 2015, s. 152, 155, 158, 159).

Steniuksen ja kollegoiden (2015, s. 175) mukaan menetelmällinen soveltaminen on tarpeen, kun hoidetaan psykoottista potilasta. Psykoottisella potilaalla minäkokemus ja esimerkiksi tunnetiloja säätelevät rakenteet eivät ole kehittyneet, joka aiheuttaa omat haasteensa. Hoitosuhteen säännöt ovat kuitenkin samanlaiset kuin muillakin potilailla psykoterapiassa. Vuorovaikutuksen haasteellisuus ilmenee esimerkiksi sen suhteen, että psykoottista potilasta on vaikea saavuttaa vuorovaikutuksen tasolla. Vuorovaikutuksessa olisikin hyvin tärkeää saavuttaa läsnä oleva taso, johon sisältyy myös nonverbaali kommunikaatio. Psykoottinen potilas ei kykene välttämättä ollenkaan vertauskuvalliseen ajatteluun, joten hoitosuhteen vuorovaikutuksessa on tärkeää huomioida psykoosipotilaan puheen tai ajattelun konkreettisuus. Psykoterapeutti ei voi käyttää vuorovaikutuksessa esimerkiksi metaforia tämän takia ja huolimattomasti käytettyinä niiden vaikutukset voivat olla hyvin negatiivisia (Stenius ym., 2015, s. 176).

#### **4.2 Luottamuksellisuuden toteutuminen psykoterapiassa**

Younggrenin ja Harrisin (2008) mukaan psykoterapiassa luottamuksellisuuteen liittyy myös salassapitovelvollisuus, joka perustuu psykoterapeutin ja potilaan väliseen ammatilliseen vuorovaikutussuhteeseen. Luottamuksellisuus voi terminä kuulostaa yksinkertaiselta, mutta etenkin ammatillisessa kontekstissa se on melko monimutkainen ja sisältää paljon erilaisia ehtoja ja sääntöjä, jotka eroavat usein toisistaan olosuhteista ja esimerkiksi valtiosta riippuen. Ehtojen noudattamatta jättäminen ja se, ettei niitä kunnioiteta, voi johtaa hyvin vakaviin ja ikäviin ammatillisiin seurauksiin. Luottamuksellisuus nähdään psykoterapian onnistumisen pääedellytyksenä. Ilman yksityisyyden suojaa potilaat eivät voisi paljastaa hävettäviä ja kipeitä asioita (Younggren & Harris, 2008).

Younggrenin ja Harrisin (2008) mukaan tuloksellinen psykoterapia perustuu luottamukseen potilaan ja terapeutin välillä. Se edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä, jossa potilas pystyy avautumaan tunteistaan, peloistaan ja muistoistaan. Terapiassa ongelmat ovat usein sensitiivisiä, jolloin ne voivat aiheuttaa potilaassa häpeän tuntemuksia ja tällöin jo pelkästään mahdollisuus asioiden paljastumisesta voi johtaa siihen, ettei psykoterapiassa ole mahdollista saavuttaa luottamuksellista hoitosuhdetta. Younggren ja Harris (2008) viittaavat Bennettiin ja kollegoihin (2007) kertoessaan, että yksityisyyden tärkeydestä huolimatta siihen liittyy monia poikkeuksia, joista potilaan on tärkeää tietää (Younggren & Harris, 2008).

Younggren ja Harris (2008) toteavat, että on olemassa kaksi sääntöä, joiden mukaan yksityisyydensuojasta psykoterapiassa voidaan poiketa. Ensimmäisessä säännössä määritellään se, missä olosuhteissa terapeutti voi luovuttaa potilaasta luottamuksellista tietoa ilman potilaan suostumusta. Psykoterapeutti voi luovuttaa tietoa ilman potilaan suostumusta esimerkiksi väärinkäytöksistä, hän voi suojella potilasta väkivallalta tai terapeutti voi suojella potilaan mahdollisia tulevia uhreja, joita hän on uhkaillut esimerkiksi väkivallalla, hän voi myös kerätä maksamattomia terapialaskuja, sekä puolustaa itseään potilaan uhkaavalta käyttäytymiseltä. Toinen sääntö määrittelee sen, missä olosuhteissa psykoterapeutti voi luovuttaa ammatillisessa hoitosuhteessaan opittua tietoa potilaasta esimerkiksi oikeudenkäyntiä tai muuta lakiin liittyvää toimenpidettä varten (Younggren & Harris, 2008).

Miller ja Thelen (1987) viittaavat Shumaniin ja Weineriin (1982) kertoessaan tutkimuksesta, joka on todistanut sen, että yksilöt, jotka ovat olleet aikeissa hakeutua psykoterapiaan, ovat olleet hyvin tietoisia ja huolestuneita mahdollisista luottamuksellisuuden ongelmista. Esimerkiksi Lindenthal ja Thomas (1982) tekivät tutkimuksen, jossa haastateltiin kyselytutkimuksen avulla 76:ta psykiatrista potilasta, jotka olivat käyneet psykoterapiassa vähintään kolme kuukautta. Potilaista 21% kertoi, että pelko siitä, että heidän ongelmansa tulisivat julkisuuteen, oli aluksi estänyt heitä hakeutumasta terapiaan. Tutkimuksessa tuli toisaalta myös ilmi se, että potilaat olivat yliarvioineet merkittävästi todennäköisyyttä sen suhteen, että psykiatrit rikkoisivat yksityisyydensuojaa ja luottamuksellisuutta. Lisäksi 29% potilasta oli hoidon alussa halunnut varmistaa luottamuksellisuuden ja 54% ilmoitti, että olivat huolissaan luottamuksellisuuden toteutumisesta (Miller & Thelen, 1987).

Donner, VandeCreek, Gonsiorek ja Fisher (2008) kertovat artikkelissaan, että APA:n (2002) mukaan kaikki tieto, jota psykoterapeutti hoitosuhteessaan saa, on luottamuksellista. Yksityiskohdat, jotka voisivat paljastaa potilaan henkilöllisyyden, ovat eettisten sääntöjen suojelemaa

sekä joissain tapauksissa myös lain suojelemia. Donner ja kollegat (2008) kertovat, että esimerkiksi Millerin ja Thelenin (1986) tutkimuksessa valtaosa tutkimukseen osallistujista piti luottamuksellisuutta yleisenä sääntönä psykologian alalla työskenteleville. Heidän mukaansa osallistujat halusivat tietoa siitä, milloin luottamuksellisuutta voidaan rikkoa, eli mitä rajoituksia luottamuksellisuudella on. Vastaavasti osallistujat pitivät mahdollisena sitä, että voisivat rajoittaa henkilökohtaisia paljastuksia ja avautumista psykoterapiassa, jos riskinä voi olla se, että luottamuksellisuuden periaatetta voidaan rikkoa (Donner ym., 2008).

Oliveran, Challún, Gómez Penedon sekä Roussosin (2017) tuoreessa tutkimuksessa haastateltiin 73:a argentiinalaista psykoterapian kesken lopettanutta henkilöä sekä niitä, joilla hoitajakso oli päättynyt. Haastattelut olivat puolistrukturoituja ja kestivät 60 minuuttia. Haastatteluissa kysyttiin myös negatiivisia näkökulmia psykoterapeuttisesta hoitosuhteesta. Osa haastateltavista esimerkiksi koki, etteivät he voineet kertoa terapeutille kaikkea, koska heistä tuntui, että terapeutti ei hyväksyisi heitä tai ne olivat samankaltaisia sellaisten asioiden suhteen, joita he olivat kertoneet ja joihin he olivat saaneet negatiivisen vastaanoton (Olivera ym., 2017).

Oliveran ja kollegoiden (2017) tutkimuksessa vähemmistö koki, että heidän terapeuttinen hoitosuhteensa heikkeni terapiassa koko ajan. Potilaista oli tuntunut, että heitä kritisoitiin tai heidät ikään kuin hylättiin hoitosuhteessa. Lisäksi he olisivat toivoneet enemmän palautetta terapeutilta. Harvat kokivat myös, että he olivat hoitosuhteessa pidättyneitä ilman mitään tarkkaa syytä ja eri mieltä siitä, miten terapeutit suhtautuivat hoitoon ja he kokivat, että terapeuttinen hoitosuhde ei ollut hyvä. Tutkimuksen aikana terapian lopettaneet henkilöt eivät ottaneet yhteyttä terapeuttiinsa, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tämän oli tarkoitus vähentää tutkimuksessa sitä, että potilaat ylliraportoisivat positiivisia kokemuksia ja aliraportoisivat negatiivisia (Olivera ym., 2017).

Olivera ja kollegat (2017) viittaavat tutkimusartikkelissaan Freudiin (1910) kertoessaan, että psykoterapian ei tulisi pelkästään tuottaa positiivista tulosta, vaan on yhtä tärkeää, että potilas havaitsee tuloksellisuuden. Lisäksi Freudin mukaan negatiivinen ajattelu terapiasta ja sen tuloksellisuudesta voi oikeasti johtaa siihen, ettei terapia toimi. Lisäksi potilas, joka kokee, ettei voi jakaa terapeutin kanssa kaikkia ajatuksiaan tai kokee, että terapeutti torjuu hänet, voi jakaa kokemuksiaan muiden ihmisten kanssa, joka voi puolestaan vaikuttaa psykoterapian maineeseen ja pitkällä aikavälillä terapian tuloksiin. Sen sijaan olisikin tärkeää, että terapeutti sopii potilaan kanssa yhdessä hoidon lopettamisesta myös silloin, kun potilas on kokenut terapian olleen epäonnistunutta (Olivera ym., 2017).

### 4.3 Terapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet

Psykoteraapeutin henkilökohtaisilla piirteillä sekä heidän käyttämillään metodeilla terapiassa voi olla vaikutusta psykoterapiaprosessiin ja tulokseen (Henry, Schacht, & Strupp, 1986). McLeod ja McLeod (2014, s. 8) kertovat kirjassaan Krausin ja kollegoiden (2011), Okiishin ja kollegoiden (2003) sekä Saxonin ja Barkhamin (2012) tutkimuksista, joiden mukaan terapian vaikuttavuudella ja terapeutin persoonallisuuden piirteillä on suuri yhteys. Kaikista tuloksellisimmat terapeutit saavat aikaan lähes kaikissa hoitamisissaan henkilöissä positiivista muutosta, kun taas puolestaan vähemmän tuloksellisimmat terapeutit saavat aikaan jopa negatiivisia vaikutuksia potilaissa. Terapeuttien välisiä eroja ei voida selittää esimerkiksi iän, sukupuolen tai kokemuksen avulla, vaan persoonallisuuden piirteiden avulla. Terapeutin ominaisuuksilla on merkitystä myös luottamuksellisuuden toteutumisen kannalta, koska jos terapeutti pitää tiettyä ammattiroolia yllä, ei psykoterapiassa päästä aitoon vuorovaikutukseen, joka puolestaan vaikuttaa potilaan luottamukseen terapeuttia kohtaan negatiivisesti. Psykoterapiassa ongelmaksi voi usein muotoutua se, kuinka olla aito ja hyödyntää samaan aikaan omia persoonallisuuden piirteitään potilaan hyötyä ajatellen (McLeod & McLeod, 2014, s. 8).

Struppin, Wallachin sekä Woganin (1964) tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat, jotka kokivat, että heillä on terapeutin kunnioitus ja kiinnostus itseä kohtaan, pitivät hoitoaan onnistuneena ja myös heidän terapeuttinsa olivat samaa mieltä hoidon onnistumisesta. Terapeutin ominaisuuksista myös tietynlainen lämpö, luonnollisuus sekä se, että terapeutti ei ole liian muodollinen ja jäykkä, koettiin tärkeiksi ja merkittäviksi hoidon onnistumisen kannalta. Huonoina terapeutin ominaisuuksina pidettiin tunnekyllymyötä, etäisyyttä, muodollisuutta ja liikaa passiivisuutta. Psykoterapia oli epäonnistunutta myös sellaisilla potilailla, jotka eivät olleet koko hoidon aikana varmoja siitä, mitä terapeutti heistä oikeastaan ajattelee (Strupp ym., 1964).

On tehty myös tutkimuksia siitä, vaikuttaako terapeutin persoonallisuuden piirteet psykoterapeuttisen viitekehyksen valintaan (Keinan ym., 1989). Esimerkiksi Cummingsin ja Lucchesen (1978) tutkimuksessa terapeutin persoonallisuuden piirteitä pidetään melko vähässä roolissa sen suhteen, minkä terapeuttisen viitekehyksen hän valitsee (Cummings & Lucchese, 1978). Kuitenkin useat tutkimukset ovat löytäneet positiivisen yhteyden terapeutin persoonallisuuden piirteiden ja terapeuttisen viitekehyksen valinnan suhteen. Keinan (1989) kertoo artikkelissaan esimerkiksi Pattersonin ja kollegoiden (1971) tutkimuksesta, jossa haastateltiin kolmeatoista psykoterapeuttia ja tutkimuksessa tuli muun muassa ilmi se, että käyttäytymisteoreettisen viitekehyksen valinta olisi yhteydessä esimerkiksi terapeutin itseluottamukseen, aktiivisuuteen ja

ulospäinsuuntautuneisuuteen (Keinan ym., 1989). Tutkimustulokset aiheesta eivät ole mielestäni kuitenkaan kovin kattavia ja lisäksi Pattersonin ja kollegoiden (1978) tutkimuksessa otos on ollut hyvin pieni, joten tutkimustulos ei ole yleistettävissä.

Spilkenin, Jacobsin, Mullerin, ja Knitzerin (1969) tutkimuksessa mitattiin erilaisten terapeutisten piirteiden tärkeyttä psykologin, sosiaalityöntekijän sekä psykiatrin työssä. Tutkimuksessa oli laaja aineisto, johon sisältyi 54 psykiatria, 77 psykologia sekä 78 sosiaalityöntekijää. Tutkimuksessa saatiin selville kaksi keskeistä havaintoa. Ensimmäisen havainnon mukaan terapeutisista ominaisuuksista kaikista arvostetuimpia olivat empatia, luotettavuus, kiinnostus sekä aitous. Toisen havainnon mukaan siihen, mitä ominaisuuksia terapeutissa arvostettiin, vaikutti se, minkä koulutuksen terapeutit olivat saaneet (Spilken ym., 1969). Kuten aiemmin todettua, empatia sekä aitous ovat erittäin arvostettuja piirteitä juuri psykoterapeutin ammatissa ja keskeisiä edellytyksiä myös luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumisen kannalta.

## 5 Tulosten tarkastelua ja pohdinta

Tavoitteena tässä kandidaatin tutkielmassa oli tutkia sitä, kuinka luottamuksellinen hoitosuhde rakentuu, mitkä ovat tärkeimpiä edellytyksiä luottamuksen toteutumiselle hoitosuhteessa sekä millaisia henkilökohtaisia piirteitä psykoterapeutilta vaaditaan. Lisäksi kuvailin psykoanalyttisen ja kognitiivisen psykoterapian käsitteet ja niiden eroavaisuuksia. Suurin eroavaisuus tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella psykoanalyttisen ja kognitiivisen terapian välillä on terapeutin aktiivisuus ja rooli hoitosuhteessa, sillä kognitiivisessa suuntauksessa terapeutti on huomattavasti aktiivisempi ja hänellä on enemmän pohtiva ja kyselevä ote, kuin psykoanalyttisella terapeutilla. Tutkimusten perusteella voidaan myös todeta, että terapiasuuntauksella ei ole kovin suurta merkitystä psykoterapian vaikuttavuuden kannalta. Terapiasuuntauksesta riippumatta luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumiseen vaikuttavat pitkälti samat asiat.

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan luottamuksellisuus rakentuu hieman eri tavalla psykoanalyttisessa ja kognitiivisessa psykoterapiassa sen takia, että terapeutin rooli on hieman erilainen näissä suuntauksissa. Enckellin (2015, s. 32-35) mukaan vapaa assosiaatio on psykoanalyttisen terapian keskiössä, jonka takia terapeutin on oltava hyvin neutraali ja noudatettava abstinenssiperiaatetta melko tarkasti. Coreyn (2015, s. 72) mukaan abstinenssiperiaate ei ole kuitenkaan psykoanalyttisessä terapiassa yhtä vahva, kuin perinteisessä psykoanalyysissa, jossa terapeutti on hyvin passiivinen. Kuusisen (2008, s. 40-41) mukaan kognitiivisessa psykoterapiassa puolestaan terapeutin rooli on aktiivinen ja terapeutilla on kyselevä sekä ihmettelevä ote. Tutkiva yhteistyösuhde on kognitiivisen psykoterapian perustana, jossa on tärkeää luoda potilaalle turvallisuuden tunne sekä osoittaa empatiaa tätä kohtaan, jolloin luottamus vahvistuu (Kuusinen, 2008, s. 40-41).

Esimerkiksi Janzenin ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumiseen vaikuttaa olennaisesti se, että hoitosuhteessa saavutetaan sellainen turvallisuuden taso, jossa on mahdollista paljastaa terapeutille myös vaikeita ja arkoja asioita. Tämä puolestaan lisää hoitosuhteen luottamusta entisestään (Janzen ym., 2008). Kirjallisuuden ja tutkimusten mukaan luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumiseen vaikuttaa psykoterapian sisäiset tekijät kuten henkilökemia ja ilmapiiri, mutta myös ulkoiset tekijät, kuten hoitosopimuksen määrittely ja terapian aika sekä paikka. Esimerkiksi Lindenthal ja Thomaksen (1982) tutkimuksessa tuli ilmi se, että psykoterapiaan hakeutuvat ovat usein huolissaan salassapitovelvollisuudesta ja sen toteutumisesta, joka voi estää heitä hakeutumasta psykoterapiaan tai voi olla esteenä täydelle luottamuksellisuuden syntymiselle. Haastateltavia Lindenthalin ja

Thomaksen (1982) tutkimuksessa oli 76, jonka takia tutkimusta voidaan mielestäni pitää luotettavana.

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan terapeutin henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on kuitenkin erittäin vaikuttava merkitys sen suhteen, kuinka luottamus pääsee terapiasuhteessa rakentumaan. On selvää, ettei kaikille sovi samanlainen terapeutti ja henkilökemioiden täytyy kohdata. Esimerkiksi Struppin, Wallachin, ja Woganin (1964) kyselytutkimuksessa, jossa haastateltiin 44:ää psykoterapian lopettanutta potilasta, tuli ilmi se, että terapeutin henkilökohtaisilla ominaisuuksilla ja luonteenpiirteillä on paljonkin merkitystä psykoterapian toimivuuden kannalta. Tutkimuksen mukaan liian muodollisina pidetyille psykoterapeuteille on vaikeampi avautua, ja heihin voi olla vaikeampi luottaa. Myös tietynlaista kylmyyttä pidettiin huonona ominaisuutena. Myös esimerkiksi Spilkenin, Jacobsin, Mullerin, ja Knitzerin (1969) laajassa tutkimuksessa saatiin selville samankaltaisia tuloksia. Spilkenin ja kollegoiden (1969) tutkimuksessa korostettiin terapeutin henkilökohtaisia ominaisuuksia ja niistä erityisesti lämpöä, aitoutta ja empatiaa. Tutkimusten mukaan etenkin psykoterapeutin aitous ja empaattisuus potilasta kohtaan herättävät potilaassa luottamusta, joka on olennaista terapian toimivuuden kannalta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että luottamus on psykoterapian kontekstissa monimutkainen käsite. Sillä tarkoitetaan sellaista hoitosuhdetta, jossa voi tuoda esille kaikki itseä vaivaavat asiat, sekä luottamusta siihen, ettei terapeutti tuomitse mistään. Luottamuksellinen hoitosuhde on myös luottamista siihen, että hoitosuhteen tiedot eivät tule ilmi ulkopuolisille. Lisäksi siihen kuuluu terapian kokeminen vaikuttavaksi ja toimivaksi ja luottamus sen suhteen, että psykoterapian avulla saa apua omiin mielenterveysongelmiinsa. Ilman luottamusta psykoterapia ei toimi, mutta siihen vaaditaan sekä terapeutin että potilaan panostusta molemmiin puolin. Luottamuksellisuuden rakentuminen vaatii aitoa, lämmintä sekä empaattista vuorovaikutusta, jossa potilas kokee tulleensa kuulluksi.

Tässä tutkielmassa saatua tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi psykoterapeuttien koulutusvalinnassa ja koulutuksessa ylipäätään. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan myös todeta, että terapeutin henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on suuri merkitys terapian toimivuuden ja luottamuksellisuuden toteutumisen kannalta, jonka vuoksi tätä tietoa voisi käytännössä hyödyntää esimerkiksi jo siinä vaiheessa, kun psykoterapiakoulutukseen valitaan henkilöitä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tietoa voitaisiin hyödyntää myös psykoterapeuttien koulutuk-



sessä ottamalla huomioon luottamuksellisuuden vaikuttavia tekijöitä sekä korostamalla terapisuhteen tärkeyttä. Kirjallisuuskatsaus mahdollisti aiheeseen laajan perehtymisen ja sen avulla aiheeseen sai useita eri näkökulmia. Kirjallisuuskatsaus ei kuitenkaan mahdollistanut aiheeseen syvempää perehtymistä eikä luottamuksellisuuden liittyviä yksilöllisiä tekijöitä voitu ottaa huomioon yksittäisten tutkimusten perusteella. Aion jatkaa aiheestani pro- gradu tutkielmaan, jossa tulen perehtymään yksityiskohtaisemmin esimerkiksi yksilötasolla luottamuksellisuuden vaikuttaviin tekijöihin.

## 6 Lähteet

Aaltonen, A., Chydenius, E., Hosia, K., Korpela, P., Lahti, P., Marttila, A... & Toskala, A. (1996). Teoksessa Pylkkänen, K., Pöllänen, R., & Upanne, M. (toim.), *Psykoteraapia suomessa*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Antikainen, R., & Ranta, M. (2008). *Kohti vastavuoroisuutta: Psykoterapeuttinen hoitosuhde* (s.). Helsinki: Duodecim.

Appelbaum, S. A. (1988). *Psychoanalytic therapy: A subset of healing* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0085334

Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0085885

Buhari, 'Bunmi, MBBS (IL), FWACP. (2013). Therapeutic relationships and professional boundaries. *Ife Psychologia*, 21(3), 162-168.

Cartwright, C. (2011). *Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy* Wiley-Blackwell. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00030.x

Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Demorest, A., Azarian, K., Muenz, L., & Chittams, J. (1996). *Varieties of transference patterns in psychotherapy* American Psychological Association. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1213

Cummings, N. A., & Lucchese, G. (1978). *Adoption of a psychological orientation: The role of the inadvertent* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0086022

Corey, G. (2015). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10. uud. p.). Belmont, CA: Brooks/Cole Cengage Learning.

Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). *Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders*. United States: Wiley. doi:10.1002/jclp.22147

- Donner, M. B., VandeCreek, L., Gonsiorek, J. C., & Fisher, C. B. (2008). *Balancing confidentiality: Protecting privacy and protecting the public* American Psychological Association. doi:10.1037/0735-7028.39.3.369
- Dowd, E. T. & Leahy, R. L. (2002). *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*. New York: Springer Publishing Company.
- Enckell, H. (2015). Psykoanalyysi ja psykoanalyttiset terapiat. Teoksessa Huttunen, M. O., Kalska, H., & Aaltonen, J. (toim.), *Psykoterapiat* (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 26-50.
- Fitzpatrick, O. M., Whelen, M. L., Falkenström, F., & Strunk, D. R. (2020). *Who benefits the most from cognitive change in cognitive therapy of depression? A study of interpersonal factors* American Psychological Association. doi:10.1037/ccp0000463; 10.1037/ccp0000463.supp (Supplemental)
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). *The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis* Educational Publishing Foundation. doi:10.1037/pst0000172
- Fragiadaki, E. & Triliva, S. (2014). *The therapist's experience of therapeutic relationship at the time of termination*. Teoksessa Fenton, P. T. (toim.), *Psychoanalytic theory: Perspectives, techniques and social implications*. New York: Nova Science Publishers, Inc. 185-205
- Freeman, A. (2004). *Cognition and psychotherapy: Second edition*. New York: Springer Publishing Company.
- Hakanen, A. (2008). Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Kähkönen, S., & Karila, I., & Holmberg, N. (toim). *Kognitiivinen psykoterapia*. (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 14-38.
- Hayes, J. A., Nelson, D. L. B., & Fauth, J. (2015). *Countertransference in successful and unsuccessful cases of psychotherapy* Educational Publishing Foundation. doi:10.1037/a0038827
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). *Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome* American Psychological Association. doi:10.1037/0022-006X.54.1.27

- Holmberg, N. & Kähkönen, S. (2015). Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Teoksessa Huttunen, M. O., Kalska, H., & Aaltonen, J. (toim.), *Psykoterapiat* (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 52-81.
- Ivey, G. (2000). *A listening-formulating model for psychoanalytic psychotherapy* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0087743
- Janzen, J., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2008). *Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact* Educational Publishing Foundation. doi:10.1037/a0013310
- Jensen, K., & Kelley, J. M. (2016). The therapeutic relationship in psychological and physical treatments, and their placebo controls. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 132-145. doi:10.1037/cns0000057
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M, Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksistä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25 (4), 291-301. Haettu 15.5.2020 osoitteesta <http://elektra.helsinki.fi.pc124152 oulu.fi:8080/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>
- Keinan, G., Almagor, M., & Ben-Porath, Y. (1989). *A reevaluation of the relationship between psychotherapeutic orientation and perceived personality characteristics* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0085422
- Kuusinen, K-L. (2008). Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa Kähkönen, S., & Karila, I., & Holmberg, N. (toim). *Kognitiivinen psykoterapia*. (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 39-49.
- Langs, R. (1998). *Ground rules in psychotherapy and counselling*. London: Routledge.
- Laughton-Brown, H. (2010). Trust in the therapeutic relationship: Psychodynamic contributions to counselling psychology practice. *Counselling Psychology Review*, 25(2), 6-12.
- Levy, K. N., & Johnson, B. N. (2019). *Attachment and psychotherapy: Implications from empirical research* Educational Publishing Foundation. doi:10.1037/cap0000162
- Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O., & Stenius, J. (2015). *Psykoterapeuttinen hoitosuhde* (1. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 205-214.

Lindberg, M. (2015). Hoitosuhteen käytännöistä. Teoksessa Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O., & Stenius, J. *Psykoterapeuttinen hoitosuhde* (1. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 70-86.

Lindberg, M. & Mustonen, K. (2015). Transferenssista ja vastatransferenssista. Teoksessa Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O., & Stenius, J. *Psykoterapeuttinen hoitosuhde* (1. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 45-55.

Luukkonen, P. (2003). *Psykoanalyttinen psykoterapia vs. kognitiivinen psykoterapia: Historiallinen ja vertaileva tarkastelu*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Makover, R. B. (2017). *Basics of psychotherapy: A practical guide to improving clinical success*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association Publishing.

Marlo, H., & Kline, J. S. (1998). *Synchronicity and psychotherapy: Unconscious communication in the psychotherapeutic relationship* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0087805

Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). *The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome* American Psychological Association. doi:10.1037/a0015169

Martínez, E., & Flórez, I. (2015). *Meaning-centered psychotherapy: A socratic clinical practice*. Springer Nature. doi:10.1007/s10879-014-9281-0

McLeod, J., & McLeod, J. (2014). *Personal and professional development for counsellors, psychotherapists and mental health practitioners*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Meehan, K. B., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2012). Construct validity of a measure of affective communication in psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 29(2), 145-165. doi:10.1037/a0027450

Merkle, W. (2014). The therapeutic contract of psychotherapy. Schultz, H. (2014). Psychoanalytic models of the mind. Teoksessa Gerlach, A., & Elzer, M. (2014). *Psychoanalytic psychotherapy: A handbook*. London: Routledge. 151-162.

Miller, D. J., & Thelen, M. H. (1987). *Confidentiality in psychotherapy: History, issues, and research* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0085770

- Miranda, R. & Andersen, S. (2007). *The therapeutic relationship: Implications for cognition and transference*. Teoksessa P. Gilbert & R. Leahy (toim.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge. 63-89.
- Navon, S. (2015). *The dual-dialectical conceptualization in psychotherapy* Association for the Advancement of Psychotherapy. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.1.53
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Olivera, J., Challú, L., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2017). Client–therapist agreement in the termination process and its association with therapeutic relationship. *Psychotherapy, 54*(1), 88-101. doi:10.1037/pst0000099
- Peschken, W. E., & Johnson, M. E. (1997). Therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 7*(4), 439-447.
- Pirkola, S. (2015). Psykoterapiaa kaikille, mutta miten? Teoksessa Huttunen, M. O., Kalska, H., & Aaltonen, J. (toim.), *Psykoterapiat* (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 408-416.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). *Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0088487
- Schultz, H. (2014). Psychoanalytic models of the mind. Teoksessa Gerlach, A., & Elzer, M. (2014). *Psychoanalytic psychotherapy: A handbook*. London: Routledge. 1-11.
- Sinkkonen, J. (2004). Kiintymyssuhdeteoria; tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 120(15):1866-73*. Haettu 2.4.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo94437>
- Smith, D. L. (1999). *Approaching psychoanalysis: An introductory course*. London: Routledge.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. (2016). Hyvä ammatinharjoittaminen. Haettu 15.4.2020 osoitteesta <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen>

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja valvontavirasto Valvira. (2018). Potilasasiakirjat psykoterapiassa. Haettu 15.4.2020 osoitteesta [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat/potilasasiakirjat\\_psykoterapiassa](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat/potilasasiakirjat_psykoterapiassa)

Spilken, A. Z., Jacobs, M. A., Muller, J. J., & Knitzer, J. (1969). *Personality characteristics of therapists: Description of relevant variables and examination of conscious preferences* American Psychological Association. doi:10.1037/h0027593

Stenius, J., Lindberg, M., & Louhenranta, O. (2015). Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O., & Stenius, J. *Psykoterapeuttinen hoitosuhde* (1. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 151-165.

Strupp, H. H., Wallach, M. S., & Wogan, M. (1964). *Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists* American Psychological Association. doi:10.1037/h0093869

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2006). Konsensuslausuma; Psykoterapia. Haettu 27.1.2020 osoitteesta <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf>

Suomen Psykologiliitto Ry. Psykoterapia; Tietoa psykoterapiasta. Haettu 25.1.2020 osoitteesta [https://www.psyli.fi/psykoterapeuttiluettelo/tietoa\\_psykoterapiasta](https://www.psyli.fi/psykoterapeuttiluettelo/tietoa_psykoterapiasta)

Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2020). *The impact of patients' and therapists' views of the therapeutic alliance on treatment outcome in psychotherapy*. Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins. doi:10.1097/NMD.0000000000001111

Westerling, T. W. I., II, Drinkwater, R., Laws, H., Stevens, H., Ortega, S., Goodman, D., . . . Drill, R. L. (2019). *Patient attachment and therapist countertransference in psychodynamic psychotherapy* Educational Publishing Foundation. doi:10.1037/pap0000215

Wogan, M., & Norcross, J. C. (1985). *Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility* Division of Psychotherapy (29), American Psychological Association. doi:10.1037/h0088528

Yip, J., Ehrhardt, K., Black, H., & Walker, D. O. (2018). *Attachment theory at work: A review and directions for future research* John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/job.2204

Younggren, J. N., & Harris, E. A. (2008). *Can you keep a secret? confidentiality in psychotherapy* John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/jclp.20480