

# Analyyttinen psykologia ja kliininen lähestymistapa

Teksti kuvaa analyytikon työn teoreettista kehystä ja työskentelytapaa sekä pohtii kliiniselle lähestymistavalle suotavaa asemaa. Näen analyytikon ja terapeutin työn niin, että ihmisiä ohjataan hoitamaan itse itseään – siis pitämään huolta itsestään ja kuuntelemaan ja kunnioittamaan omaa sisintään – sen jälkeen kun he ovat pystyneet tuomaan esiin ja kertomaan, mitä heidän tuskansa tai onnettomuutensa esittää.

---

## Kaj Noschis

**P**otilaalle tämä on yhtä tarpeellista kuin kirurgin vastaanotolle meno silloin kuin käsivarsi on katkennut. Sillä päätös mennä psykoterapeutin vastaanotolle tehdään silloin, kun menee huonosti tai kun ollaan eksesissä. Mutta onko analyytikon silti lähestyttävä potilaitaan kliinisesti?

Eräs ohjaajistani koulutukseni ajoilta piti siitä tiukasti kiinni, toinen taas ei välittänyt siitä. Olen vuosien mittaan muovannut oman vastaukseni tähän kysymykseen.

## Etymologia

Sana kliininen tulee kreikan sanasta klinè, joka tarkoittaa vuodetta. Kliininen lähestymistapa johdetaan termistä klinike tekne – kyky tai taito suhteessa vuoteen omana olevaan. Verbi klinein tarkoittaa olla makuulla, taivuttaa, taipua. Potilas on makuulla, hoitaja käyttää taitoaan, jotta sairas nousisi jaloilleen. Hoitaja tekee diagnoosin ja määrää rohdon. Nykyään lääketiede tarkoittaa 'kliinisellä' diagnoosin ja terapian opetusta ja toteuttamista. Diagnoosin laatimiseksi lääkärin on saatava taustatietoa potilaasta. Niinpä hän tutkii tätä ja esittää kysymyksiä. Lääkärin kokoamat tiedot ja tapa, jolla

hän yhdistää niitä toisiinsa määrää sekä diagnoosin tekoa että hoidon suuntaamista.

Psykoterapian tapauksessa kaikki riippuu siitä, miten potilas puhuu ja kertoo käyttäytymisestään ja tuntemuksistaan. Analyytikko kuuntelee. Analyytikon lausumat sanat voivat auttaa potilasta kuvaamaan ja näkemään oman tilanteensa uudella tai ainakin poikkeavalla tavalla. Mutta nimenomaan potilaan itsensä valitsevat sanat, niiden synnyttämät tunteet ja mielikuvat, nostavat hänet jaloilleen. Näin muodostuu tietoisien ja tiedostamattoman välinen yhteys. Potilas puhuu ja elpyy puheensa avulla.

Mikä merkitys näin ollen voidaan antaa ilmaukselle 'kliininen lähestymistapa' psykoterapiassa? Etymologisesti se herättää kuvan vuodepotilaasta, jota hoitaja auttaa nousemaan ylös. Mutta klinein tarkoittaa myös taivuttaa, taipua. Analyytikko voidaan nähdä tässä asennossa, taipuneena potilaan puoleen tai kumartuneena hänen edessään. Tällöin verbi klinein tarkoittaa psykoterapeutin asentoa ja kuuntelua, joka tavalla tai toisella edesauttaa potilaan puheen muuttumista parantavaksi voimaksi vahvistamalla tietoisien ja tiedostamattoman väliin siteen muodostumista. Tässä tapauksessa pikemminkin psykoterapeutin asenne voisi olla diagnoosin teon kohteena – tapa, jolla hän taipuu potilaan edessä.

Mutta voisimme myös ajatella, että psykoterapiassa molemmat, sekä potilas että analyytikko, ovat makuuasennossa. Että klinè, vuode, viittaa myös analyytikon asentoon. Potilas puhuu haluamallaan tai voimallaan tavalla; psykoterapeutti puolestaan on oppinut kuuntelemaan, sehän on hänen työnsä olennainen osa. Ne, joiden mielestä hoitaja-hoidettava -suhde on lääketieteessä ja psykoterapiassa tasavertainen, lienevät sitä mieltä, että kuuntelu on perustana psykoterapeutin laatimalle diagnoosille ja hänen valitsemalleen sanalliselle suunnalle, jotta se vastaisi hänen päättämänsä terapiaa.

Mutta vaikka soisimmekin todella ratkaisevan merkityksen potilaan sanoille ja hyväksyisimme klinein-sanat toisen etymologisen merkityksen, niin kysymys diagnoosin merkityksestä ja terapian suuntauksesta ei ole vielä saanut vastausta. Onko mahdollista, että diagnoosi parantaa psykoterapeutin kuuntelua vai tekeekö se kuuntelusta valikoivan – etsimällä aineksia, jotka vahvistavat tai määrittävät diagnoosin? Sillä jos kuuntelu on tällä tavoin valikoiva, niin psykoterapeutti ei ole taipuneena potilaan puoleen. Onko se vielä kliininen asenne?

## Analyytikon asenne

Marie-Louise von Frantz määrittelee mielestäni hienosti jungilaisena analyytikkona omaksumansa analyysi-istunto -asetteen ja syyt siihen oheisessa haastattelukatkelmassa:

PP: Voisitteko sanoa muutaman sanan käytännöstänne analyytikkona?

MLvF: Ei ole mitään sääntöjä. Olla läsnä aidolla persoonallisuudellaan ilman väkinäistä kliinistä tekniikkaa tai tavoitetta – ilman mitään! Antaa tiedostamattoman tulla oppaaksi! Ponnistella unien ymmärtämiseksi, sen sijaan, että ne syrjäytettäisiin häkellyttävinä. Osoittaa potilaalle omalla esimerkillä, kuinka tiedostamattomaan voi luottaa.

PP: Te siis panette vähemmän painoa tekniikkaan ja kliinisiin näkökulmiin ja kohdistatte päähuomionne tiedostamatonta kohtaan?

MLvF: Asetan kyseenalaiseksi niiden analyytikoiden puolustusmekanismit, joilla ei ole tarpeeksi itseluottamusta kohdata potilas välittömästi. Tällaiset analyytikot tuntevat olonsa epämukavaksi tai heidän tunteensa on puutteellinen tai sitten he eivät pidä tarpeeksi potilaasta. He tuovat silloin esiin kaikenlaisia teoreettisia puolusteluja. (A woman's way 1990).

Marie-Louise von Franz, joka lienee Jungin lähimmistä työtovereista tunnetuin ansiokkaista teoreettisista kirjoituksistaan, näyttää vastauksista päätellen näkevän klinikè tekne'n – diagnoosin ja terapeutin indikaation merkityksessä – esteenä potilaan kuuntelulle ja suorastaan terapeutin itsepuolustuksena, terapeutin, joka ei suo tiedostamattomalle sille kuuluvaa asemaa.

Tässä on tarpeen muistuttaa eräästä jungilaisen analyytikon erikoispiirteestä. Hän luottaa tiedostamattomaan, ennen kaikkea omaansa, ja pyrkii välittämään tämän luottamuksen potilaisiinsa. Tämä lienee istuntojen 'opuksen' olennainen osa, sillä henkilöllä, joka tulee hakemaan apua, on vaikeuksia tiedostamattomansa kanssa; joko hän ei tunnista sen olemassaoloa tai hän pelkää tai halveksii sitä. Mutta jotta tiedostamaton olisi todellakin istuntojen keskipisteenä ja jotta sekä potilas että analyytikko pystyisivät kuulemaan sen, von Franzin mielestä potilaan sanoille ei saa pakottaa kehystä tai tulkintaa. Jung itse oli samoilla linjoilla sanoessaan analyytikosta, että tämän on koulutettava itsensä parhaalla mahdollisella tavalla, mutta ollessaan potilaan edessä hänen on hyvä "unohtaa kaikki" voidakseen vapaasti keskittyä potilaan kuunteluun (Jung 1954).

Mutta mitä tarkoittavat "unohtaa kaikki" tai "olla läsnä aitona persoonallisuutena"? Kehys on välttämättä olemassa, vaikkapa vain itsensä kuuntelemiseen. Siis toisen kuuntelu tarkoittaa hänen kuuntelemistaan samalla tavalla kuin omaa itseään. Se tarkoittaa potilaan olettamista alter egoksi. Analyttikko ja potilas sympatisoivat, etymologisesti he kärsivät yhdessä. Voisimme ehkä sanoa, että "aito persoonallisuus" on juuri tämä välittömyys suhteessa toiseen. Siinä käsitteet ja diagnoosi kuuluvat kuvaan vain siinä määrin kuin ne ovat osana analyttikon omaa sisäistä vuoropuhelua. Kliininen lähestymistapa olisi siis paikallaan vain jos se olisi analyttikolle henkilökohtaisesti tuttua – hänelle täysin luontevaa. Tapahtumien kulku itse istunnossa olisi tällöin käytännössä suurin piirtein seuraava.

### Potilaan kertomus

Potilas kertoo tunteistaan. Analyttikko ottaa osaa (sympatisoi) kuuntelullaan, sillä hän pystyy yhdistämään kuulemansa johonkin itse tuntemaansa tapahtumaan; hän muistaa kuinka hän itse on kokenut vastaanvanlaisen tilanteen ja erityisesti kuinka tietyn näkökohdan saavuttaminen oli auttanut häntä näkemään oman tilanteensa toisessa valossa. Tarkemmin sanottuna kyseessä on häntä itseänsä koskeva kertomus, jonka hän on pystynyt ilmaisemaan, johon hän on päässyt ottamaan osaa ja joka on muuttanut hänen tapansa nähdä oma tilanteensa. Jatkossa tähän näkökannan muuttamiseen liittyvistä teoreettisista määrittelyistä on tullut välineitä, joiden tuntemisen ja käytön analyttikko on oppinut koulutuksessaan. Hän voi näin ollen nojautua niihin kuuntelussaan, mutta niiden ensisijainen viite on analyttikon oma kokemus; tämä nimenomaan tekee mahdolliseksi sympatisoida potilaan kanssa ja pysyä kärsivällisenä (be patient), sillä hän osaa oman kokemuksensa perusteella odottaa. Juuri tällaisessa tilanteessa analyttikon muutamat sanat voivat joskus toimia laukaisijana: potilaan kertomus omasta elämäntilanteestaan saavuttaa kriittisen pisteen ja saa uuden valaistuksen. On ehkä hyödyllistä lisätä, että en usko että analyttikon on varta vasten huomautettava potilaalle, että tämän elämäntilanne on hänelle tuttu. Mielestäni sen pitää tulla esiin vain potilaan kuuntelemisen herkkyydessä.

Kuitenkin saattaa käydä niin, että potilaan ker-

tomus ja hänen käyttäytymisensä tuovat ilmi oireita, joihin analyttikko koulutuksensa aikana on oppinut liittämään psykiatrisen nimikkeeseen. Mikäli analyttikko tuo ilmi diagnoosinsa, jonka hän implisiittisesti muodostaa, siitä tulee osa tarinaa, jota potilas rakentaa vapautuakseen tilanteesta, jossa hän on kuin "nurkkaan ajettuna". Mutta potilaan ollessa tietoinen psykiatrisesta nimikkeestä tarinan muokkaaminen "itsensä näkemiseksi myös toisella tavalla" monimutkaistuu, sillä potilas, joka jo kärsii, leimautuu nyt vielä lisäksi kollektiivisella tasolla epänormaalksi. Siis kliininen lähestymistapa hankaloittaa analyttikonkin tehtävää – ainakin jos hän todella kuuntelee potilasta. Sillä jos hän toteaa jossain vaiheessa potilaan kuuntelua, että tämän kertomuksen ja käyttäytymisen osatekijöiden kokonaisuus viittaa johonkin psykiatriseen nimikkeeseen, tämä asia ei vaikuta samalla tavalla potilaan kuuntelun laatuun eikä sillä ole sama vaikutus kuin edempänä mainituilla välineillä. Analyttikon välineet ja hänen oma kokemuksensa niistä auttavat häntä sympatisoimaan potilaan kanssa ja pysymään odottavalla kannalla (olemaan kärsivällinen) kunnes potilas havahtuu tuntemuksissaan. Psykiatrisen oireiston tunnistaminen puolestaan muodostuu analyttikolle ylimääräiseksi tekijäksi, joka on silloin sisällytettävä potilaan kertomuksen kuunteluun. Näin siksi, että myös analyttikon kokemusten mukaan psykiatrisesti leimattuna olemisen on lähinnä hankalaa.

Kliinisen lähestymistavan – jossa siis pyritään rakentamaan diagnoosi ja terapiasuunnitelma – omaksuneen analyttikon mielestä oireiden tunnistaminen jossain vaiheessa voi vain vahvistaa tietyn patologian. Tällöin analyttikon kuuntelu (valmius) on pikemminkin hypoteettisen oireiston todistamista tai vahvistamista kuin odotusta ja vivahdeherkkyyttä potilaan tiedottomasta nousevia ilmiöitä kohtaan. Diagnoosia seuraa terapiasuunnitelma. Mutta, tällöin analyttikko voi tuskin säilyttää roolinsa tiedostamattoman oppaana. Diagnoosin ja terapiasuunnitelman omaava terapeutti tietää minne hän on menossa. Tietoisuus ohjaa.

Toisaalta potilas voi kertoa sellaista, josta analyttikolla ei ole henkilökohtaisesti kokemusta. Johdonmukaisesti tällöin analyttikon ja potilaan välillä oleva, väistämättä pitempi välimatka, on vaikeus analyysin itsensä kannalta. Kuitenkin, siinä määrin kuin analyttikko tunnistaa tämän tilanteen ja erityisesti ottaa huomioon omat pelkonsa potilaan tilanteen edustaman tuntemattoman edessä, potilaan kuuntelu ei välttämättä kärsi

siitä. Näin esimerkiksi analyttikko voi ymmärtää oman kärsimättömyytensä pelkojensa ilmaisuna. Analyttikon tarkkaavaisuuden avulla tiedostamaton voi pysyä oppaana jopa tällaisessa yhteydessä ja auttaa potilasta etenemään luottamuksen rakentamisessa tiedostamattomaansa, mikä pysyy joka tapauksessa analyysin päämääränä.

On ehkä lopuksi tärkeää muistuttaa, että on tietenkin olemassa potilaita, joiden kertomukset ja käyttäytyminen osoittavat analyttikolle – mutta tässäkin tapauksessa analyttikkoon itseensä verrattuna – että kyseessä ovat henkilöt, joiden tiedostamaton on niin etusijalla, että se pulpahtaa arkielämässä esiin jatkuvasti, eikä ainoastaan joissakin krikoistilanteissa. Paradoksaalisesti tällöin analyttikon tehtävä ”tiedostamattoman erikoisasiantuntijana” on taivuttaa potilas olemaan välittämättä siitä niin paljon – laskemaan tiedostamattoman paikka vaatimattomammalle sijalle – ja oppimaan kuuntelemaan tietoisuuttaan. Väittely analyysin sopivuudesta ainoastaan ”neuroottisen rakenteen” omaaville henkilöille tai myös ”psykoottisen rakenteen” omaaville henkilöille täyttää edelleen psykoterapialehtien sivuja. Ottaen huomioon tapani käsitellä kliinistä lähestymistapaa, pidän ydinkysymyksenä potilaan kuuntelua, josta seuraa analyttikon asenne. Mutta kyseenalaistan kliinisen lähestymistavan hyödyllisyyttä näissäkin tilanteissa, sillä se ei auta luomaan kärsivällisyyden ja luottamuksen ilmapiiriä, vaikka tällöin potilas luokin tarinan, jossa tietoisuus vahvistuu tiedostamattoman kustannuksella. Näissäkin tapauksissa potilaan omien sanojen tulisi nostaa hänet vuoteeltaan. Psykiatrisen nimikkeen vaarana on tällöinkin vain vahvistaa potilaan – samoin kuin analyttikon – pelkoja ja kärsimättömyyttä. Lisään tähän kuitenkin, että omassa praktiikassanikin on tapauksia, joissa joudun turvautumaan kliiniseen lähestymistapaan. Kun lääkäri tai sairausvakuutus pyytää diagnoosia (sekä mahdollisesti terapia-indikaatioita) niin nämä kategoriat luultavasti on synteettisin tapa antaa pyydetty arvio. Mutta nykyisin, jopa kollegojeni kanssa käymissäni keskusteluissa, epäilen useimpien psykiatristen luokittelujen hyödyllisyyttä. Ne kahlitsevat potilasta ja analyttikkoa paljon enemmän kuin jos ne vain rajoittuisivat – olemassaolon mukaisesti – kuvaamaan potilaan tilannetta.

### Tarinan merkitys

Minkälaisen taulun voi näinollen piirtää ”analyysi-

kuurista” tai psykoterapiasta? Praktiikassani omaksumani näkökanta, joka on kuunteluni kehys, on ”kuunnella tarinaa, jonka henkilö kertoo itseltään”. Tämän kertomuksen merkitys on siinä, että se muodostaa kehyksen kertojan elämälle. Sillä, että tarina on objektiivisesti totuudenmukainen, ei ole keskeistä merkitystä, vaikka potilas joskus onkin siitä huolissaan. Ratkaisevaa on analyttiseltä kannalta katsottuna, että henkilö löytää tai ei löydä elämälleen merkitystä tämän kertomuksen kautta.

Analyysin tai terapian tehtävänä on rakentaa toinen tarina potilaan kertoman tarinan rinnalle. Tällöin on muistutettava analyysin kuluessa tilanteista, jotka avaavat potilaan silmät huomaamaan, että hänen tarinallaan on rinnakkaistarinoita. Hän tietää sen jo lukemiensa kirjojen, näkemiensä elokuvien ja kuulemiensa tarinoiden kautta, mutta se voi saada erikoisen hohdon silloin kun unet tai muut tiedostamattoman ”spontaanit tuotteet” voidaan rinnastaa sivistyshistoriamme myytteihin tai satuihin. Nämä vertailukohtat kreikkalaisten jumalien tai satujen sankarien ja potilaan tilanteen välillä ovat luonteeltaan sellaisia, että potilas saa uusia näkökulmia elämäänsä. Ne jopa saattavat kytkeä hänet täysin odottamattomalla tavalla kulttuurimme luovan taiteen muotoihin, jotka antavat hänelle samalla tilaisuuden ruokkia sisäistä vuoropuheluaan. Teoriassa tämä pitää tietenkin myös paikkansa jokaisen kristillisen perintömme tuottaman kuvan ja kertomuksen suhteen. Mutta useat meistä ovat ehkä liikaa kristillisen moraalien kahlitsemia, eikä näillä kuvilla siten voi olla tätä elävöittävää vaikutusta. Uskon, että on helpompaa tuntee tämä rinnastus historiamme, elämäkertamme ja klassisen mytologian kertomusten välillä. James Hillman (1972) kehittää tätä argumenttia teoksessaan ”The myth of Analysis”, huomauttamalla muun muassa, että – jopa kliiniseltä näkökannalta katsottuna – nämä kertomukset ovat antoisia sellaisella tavalla, johon psykiatrisen nosografia ei pysty. Lisäisin, että mytologian ja satujen kliininen rikkaus on niin suuri, ettei se estä vaan jopa auttaa analyttikkoa potilaan kuuntelussa ja olemaan kärsivällinen (be patient) hänen kanssaan:

”Klassinen mytologia sellaisena kun se on säilynyt meidän aikoihimme asti antaa meille asioihin tietyn sisäisen näkemyksen, joka on välttämätön sielun kärsimysten ymmärtämiselle. Se on kokoelma vahvasti toisiinsa liittyviä tarinaperheitä, äärettömän yksityiskohtaisia, mutta vailla kaavamaista järjestelmää, tarkasteltiinpa tarinoita irrallisina tai ryhmissä. Psykopatologia myös on perhe, joka

muodostuu toisiinsa liittyvistä ongelmista, jotka voidaan täsmällisesti eritellä, mutta joita ei voida systematisoida. Jumalat, kuten sielun tuskat, sulautuvat toisiinsa. Klassinen mytologia saisi meidät lupomaan itsepäisestä halustamme löytää lokero jokaiselle vaikeudelle, nimike jokaiselle lokerolle ja prognoosi jokaiselle nimikkeelle. Mytologia osoittaa meille, että jokaisessa vastoinikäymisessä on kyse useasta jumalasta, jolloin jokainen vastoinikäyminen voidaan kuvitella usealla tavalla. Taistelunhalua esimerkiksi voivat ohjata Ares, Afroditen ja Athenan taistelijaominaisuudet tai Herkules. Ja kuinka näiden taisteluiden psyykinen tyyli onkaan erilainen! Jopa maito ja imettäminen, joita voisi pitää tyypillisenä Suurelle Äidille, tulevat esiin ensiarvoisina niin Zeuksen kuin Dionysoksenkin tarinoissa.” (Hillman 1972).

Hillman johdattaa meidät palauttamaan kliinisen lähestymistavan kunniaan – ja tässä kohdin se soti argumenttiani vastaan. Toisaalta kliinisen lähestymistavan sisältö ei muodostuisi enää psykiatrisesta nosografiasta, vaan todellakin kreikkalaisesta mytologiasta. Mikäli viitekehystenä on mytologia, analyttikko ei enää pyri vahvistamaan diagnoosia ja siis terapiasuunnitelmaa. Hän turvautuu potilaansa tarinan ”rinnakkaistarinoihin”, jotka muistuttavat häntä mahdollisten kehityskaarien moninaisuudesta (taaten näin avoimena pysyvän kuuntelun) ja toisaalta vakuuttavat häntä (ja rauhoittavat potilasta) siitä, että potilaan tarina on osa laajempaa kollektiivista tarinaa.

Argumenttia kääntäen kliinistä lähestymistapaa voitaisiin pitää tarinoiden kokoelmana. Vaikka tavallaan näin on psykiatriassa; samalla nämä tarinat ovat vaikeammin hyväksyttäviä tarinoita. Selitys psykiatristen ja mytologisten tarinoiden eroon löytyy niiden historiallisessa alkuperässä. Mytologia on luultavasti syntynyt aikojen alussa rauhoittamaan ihmisiä epävarman kohtalon edessä vuoropuheluna, jota ihminen saattoi ylläpitää itseään mahtavampien voimien kanssa, joita hän ei voinut kieltää (myrskyt ja muut luonnon vaarat). Psykiatria, siinä muodossa kuin läntisessä maailmassa se nykyisin käsitetään – taudin nimityksiä vastaavien oirekokonaisuuksien kuvailuna – puolestaan on peräisin 19:nneen vuosisadan alusta. Se syntyi psykiatrien kynästä rauhoittamaan nimenomaan psykiatreja järjettömien ilmiöiden edessä. Hillman muistuttaa sitä paitsi, että tämä luokitteleva psykiatria syntyi hyvin nuorten lääkäreiden (melkein kaikki alle 30 vuotiaita) sukupolven kuvailevista ponnistuksista erottaa normaali epänormaalista, tietäen keten voi saada järkinsä ja kuinka.

Juuri poikkeavuus normista ja siitä mahdollisesti seuraava syrjäyttäminen alkavat pelottaa potilasta. ”Hullun kirjoissa” oleva suljetaan pois yhteiskunnasta monin tavoin, mikä vielä vahvistaa tätä syrjäyttämisen tunnetta. Tänäpäin kohtamme saman pelon, melkein kahta vuosisataa painavampana, joka tuntuu nojautuessamme nyt kliiniseen lähestymistapaan. Myös analyttikko tuntee sen painon. Niinpä sen sijaan, että analyttikon korvat avautuisivat kuunteluun, diagnoosi ja terapiasuunnitelma sulkevat ne. Hieman poleemisena yhteenvetona von Franzin sanomaa voidaan yleistää väittämällä, että koko nykyisin käytössä oleva psykiatrisen nosologia voidaan nähdä historiallisesti nuorten lääkäreiden puolustusrakennelmana – haluna luokitella ”epänormaali” – ja näin osoittaa oma välimatkansa siihen. Psykiatrisen luokittelu voi siis rauhoittaa psykiatria, mutta harvoin potilasta.

Hillmania vielä lainatakseni:

”Emme ole etsimässä uutta myyttisiin kuviin perustuvaa patografiaa(...) Pyrkimyksenä on pikemminkin ajatella uudelleen, tai paremminkin, hahmottaa uudelleen psykopatologia tutkimalla käyttäytymistä myyttisestä näkökulmasta ja kuuntelemalla kertomuksia kuin ne olisivat satuja. Kun sanomme potilaalle ”Kertokaapa minulle siitä”, tämä tarkoittaa kertomuksen vastaanottamista satuna. Siis ’kliinisen aineiston’ pitämistä satuna, tai ehkä tapauksen harkitsemista uudelleen tapauksena (”Fall”ina), termin alkuperäismerkityksessä: tapa, jolla asiat putoavat, cadere, ehkä taivaista, ei-diagnostisoidun elämän sattumien mukaisesti.” (Hillman 1972).

## Analyysin kulun malli

Jung kuvailee useissa kirjoituksissaan analyysin kehitystä eikä aina samalla tavoin. Seuraavassa määritelmässä hän erottaa analyttisessä terapiassa neljä vaihetta (Jung 1953). Ensimmäinen vaihe on catharsis eli tunnustaminen, jossa ihminen keventyy ja ”puhdistautuu” kantamastaan taakasta. Toinen vaihe on selvittäminen, jossa siteet tiedostamattomiin prosesseihin tuodaan päivänvaloon ja jossa älyllisyys tietoisuuden oppaana uhrautuu tiedostamattoman hyväksi. Kolmas vaihe on kasvatus, jossa sananmukaisesti (e-duco) kasvatetaan uusia mahdollisuuksia. Neljäs vaihe on potilaan kokema muutos.

Usein analyysin kulkua koskeva kuvaus puhuu polusta, jossa etapit vastaavat itsensä tuntemisen kehitysasteita. Kyseessä on lineaarinen reitti, jossa mahdollisesti on kohtia, joissa edistymisen on hidasta, jopa paikoillaan polkemista ja ehkä "takaiskujen" vaara. Kaikesta huolimatta se on tie, joka etenee ja jopa kohoaa. Näin voi myös ymmärtää Jungin ilmaiset neljä vaihetta. Vaiheilla on silti myös synkronisempi olemassaolo, jota Jung myös korostaa sanoessaan, että "päämäärä on tärkeä ainoastaan ajatuksena" (Jung 1954). Analyysit, jotka sopivat esitettäväksi lineaarisesti, julkaistaan mielihyvin; ne ovat tavallaan mallina analyytikolle. En ole praktiikassani kuitenkaan kohdannut sellaisia tapauksia, ellei sitten anneta runsaasti tilaa "takaiskuille" tai "muutamalle vielä ratkaistavalle vaikeudelle". Näin lineaarinen malli vaikuttaa todennäköisesti analytikkoon samoin kuin psykiatriset kategoriat – se pikemminkin kahlitsee kuin vapauttaa.

Eletty aika (kehomme ja elämämme) on sekä lineaarista että syklistä: etenemme fyysisen ja älyllisen kehityksen tiellä samalla kun syömmme ja nukumme toistuvain väliajoin. Kokemukseni vahvistama analyysimalli lähenee paljon enemmän tätä lineaarista ja syklistä liikettä.

Mircea Eliade (1949) kehittää aiheita historiallisesta ajasta – kristillisyyden aika – ja syklistä ajasta – antiikin Kreikan ja vanhempien uskontojen aika. Kreikkalaisille rakas myytti Ikuisesta paluusta on ristiriidassa ajan peruuttamattomuuden kanssa ja jopa kumoaa sen. Toistuvuuden seurauksena jokainen hetki ja jokainen tilanne nähdään paikoillaan olevina. Kristinusko puolestaan on "langenneen ihmisen" uskonto, jossa ihminen elää ainoassa inkarnaatiossaan lopullista vapaudusta varten. Länsimainen nykyajan ihminen samaistetaan historiaan ja kehitykseen, jotka edellyttävät toistuvuuden ja syklistyyden hylkäämistä malleina – muuttumattoman paratiisin kadotusta. Palaamme putoamiseen (Fall), mutta tällä kertaa henkilötarinana, tapauksena. Kristinusko on paratiisista pudonneen yksittäisen henkilön uskonto. Mutta jos tämä henkilö saadaan pohtimaan menneisyyttään, hänet voidaan saada yhdistämään sen klassisen mytologian kertomuksiin. Niinpä hän ikuisen paluun myytin mukaisesti haluaa astua pois lineaarisesta ajasta. Tiedostamatonta kunnioittava psykologia, useiden muuten merkitystä vaille jäävien kokemusten vahvistamana, tunnustaa tämän siteen syklisteen aikaan. Putoamista ei tällöin nähdä enää henkilökohtaisena epäonnena, vaan myyttinä, "yhtenä monista kertomuksista".

Malli, joka on samalla syklinen ja lineaarinen on jo tyydyttävämpi psykologisesti. Se antaa myös mahdollisuuden vastata usein kuultuun kysymykseen: "En edisty lainkaan, minusta tuntuu, että joudun kerta kerran jälkeen puurtamaan samojen kysymysten, epäilyjen ja vaikeuksien parissa. Mitä voin tehdä?" Voidaan vastata: "Uskoakseni tätä on elämä. Voimme kuitenkin pohtia vastauksiemme mielekkyyttä".

## Päätös

Jos ihminen tuntee tietynä hetkenä tarvetta aloittaa analyysi, on paljon vaikeampaa tietää milloin lopettaa se. Jotkut lopettavat siinä vaiheessa kun heillä on se tunne, että oltuaan hyvin vilkasta, vuoropuhelu analyytikon kanssa tyrehtyy. Mielenkiinto on siirtynyt muualle. Tämä voidaan nähdä ihan suotavana kriteerinä kuten yleensä tilanteet, joissa potilas tuntee luottamusta itseensä: että juuri hänen omat sanansa ovat auttaneet hänet jaloilleen ja että hän tästä lähtien kulkee jatkaen vuoropuhelua tiedostamattomansa kanssa. Tällöin kärsimyskin, joka oli saanut hänet ottamaan yhteyttä analytikkoon, on hävinnyt. Mutta ajan mittaan potilaan ja analyytikon välille syntyy voimakas side, jota tietysti on vaikea katkaista. Juuri tämä puoli asiasta tekee lopettamisesta vaikean. Emme myöskään elämässämme halua lopettaa tärkeinä pitamiämme suhteita. Kaikesta huolimatta myös elämä pakottaa meidät eroihin, jolloin asteittain onnistumme kertomaan itsellemme tarinan, joka tekee erosta siedettävän. Uskon, että analyysissa käy samoin. Erosta tulee viimeinen kertomus, joka potilaan on rakennettava ja joka saa hänet hyväksymään hänelle hyvin tärkeän ihmiskontaktin loppumisen. Analyytikon itsensä on koettava usein tämä tilanne ja kehitettävä usein tämä kertomus; kyseessä on hänen ammatinsa eräs vaikeus, vaikka suurena tyytyväisyyden aiheena onkin se, että potilas on pystynyt rakentamaan luottamussuhteen oman tiedostamattomansa kanssa. On selvää, että on olemassa useita tapauksia, joissa analyysi katkeaa ilman että potilas ja analytikko tuntevat luottamussuhteen kehittyneen potilaan ja tämän tiedostamattoman välillä. Tämä aihe ansaitsisi varmaankin kehittelyä.

Viimeisessä kirjassaan (Mary Catherine Bateson kirjoitti isänsä kirjan loppuun) Gregory Bateson (1987) esittää mielenkiintoisen väitteen: tietoisuus,

## artikkelit

taide ja uskonto ovat kolme ihmisen keksimää menetelmää maailmasta vyöryvän liiallisen informaation kohtaamiseksi. Jos asetamme, hieman psykologisemmin ja vähemmän kyberneettisesti, "informaatiomäärän" sijalle "tiedostamattoman", voimme sanoa, että – hyvin yleisesti ajatellen – elämä on "coming to terms" (sopimukseen pääsemistä) meitä paljon vahvempien voimien kanssa, yksilöllisesti ja jopa kollektiivisesti. Tarinoiden kertominen kuuluu taiteelle ja uskonnolle ja myös tietoisuudelle. Ehkä on mahdollista yhdistää juuri tässä valossa tietoisuus tiedostamattomaan.

Kirjoitus on saapunut toimitukseen 23.8. 1994 ja hyväksytty 2. 3. 1995.

## Lähteet

- A woman's way. A conversation with Marie-Louise von Franz (1990). *Psychological Perspectives* 22, 102-121.
- Bateson, G. & Bateson, M. C. (1987) *Angels fear*. New York: MacMillan.
- Eliade, M. (1949) *Le mythe de l'éternel retour: archétypes et répétition*. Paris: Gallimard.
- Jung, C. G. (1953) *La guérison psychologique*. Genève: Georg.
- Jung, C. G. (1954) *Medicine and Psychotherapy*. Teoksessa *The practice of Psychotherapy, Collected Works, Vol. 16*. Princeton: Princeton University Press.
- Hillman, J. (1972) *The myth of Analysis*. Evanston: Northwestern University Press

Filosofinen aikakauslehti

# niin & näin

4 kertaa vuodessa.

**Vielä rajoitetusti saatavilla irtonumeroja**

**2/94**

- Martin Heidegger: *Tekniikan kysyminen ja Paluu* • Terry Eagletonin haastattelu • Sokrates: *Sofisteja vastaan* • Deleuze & Guattari filosofiasta • Kuusi totuutta totuudesta: keskiaika, Heidegger, hermeneutiikka, Gramsci, Foucault ja Putnam • Ajattelun säilyttäminen • Poliitiikan paluu vuosisadan alkuun • jne •

**3/94**

- Jonathan Rée: *Englantilainen filosofia 1950-luvulla* • Nihilismin historia • Friedrich Nietzsche: *Traagisen ajattelun synty ja Sokrateen ongelma* • Lukion filosofian uudet oppikirjat • Tutkijat – kykloopeja vai kojootteja? • Kasvatuksen kadonnut lupaus • Psykoanalyysin ihmiskäsitys • jne •

**1/95**

- Venäläinen "eksistentiaalisismi" • Venäläinen fenomenologia • Venäläinen apokalyptis • Tapaus Meier • Neuvostomarksimi ja dialektiikka • Onko venäjällä filosofiaa? • Hegel • *Sofian maailma* • Russellin haaste • Tutkijat ja Suomen henkinen tila • jne •

**Tulossa**

- G.H. von Wrightin haastattelu • Hermeneutiikka • Spinoza • Oikeusfilosofia • Leibniz • Martin Heideggerin *Der Spiegel*-haastattelu • Espanjalainen filosofia • Rousseau • Urheilun ihmiskäsitys ja etiikka •

**Tilaa nyt**

Vuosikerta 130 mk (4 numeroa). Irtonumerot 36 mk.  
Tilausosoite: niin & näin, PL 730, 33101 Tre. Puhelintilaukset: 931-345 2760. Faksi: 931-345 2960. Sähköposti: fitowa@uta.fi