

SYÖMISHÄIRIÖISEN PSYKOTERAPIA-ASIAKKAAN ITSEREFLEKTIOTOIMINNOT ENSIMMÄISEN TERAPIAVUODEN AIKANA

Riitta Läärä

1. Johdanto

Psykoterapiassa usein keskeisenä tehtävänä on kehittää terapia-asiakkaan kykyä tunnistaa, arvioida säädellä omia ajatuksia, tunteita ja haluja. Psykoterapiassa tämä tehtävä koskee erityisesti niitä itsereflektion alueita, joilla sen rakentuminen on terapia-asiakkaan aiemmassa kehityshistoriassa estynyt tai jäänyt puutteelliseksi. Kognitiivis-konstruktivistisessa psykoterapiassa syömishäiriöitä on kuvattu minäkokemuksen ja sisäisen säätelyn ongelmaksi, jonka kehityksellinen tausta on turvattomassa varhaisessa kiintymyssuhteessa. Tässä tutkielmassa kuvaan anorektista

syömishäiriötä sairastavan terapia-asiakkaan kognitiivis-konstruktivistisessa psykoterapiassa ensimmäisen terapiavuoden aikana esiin tulleita itsereflektiotoimintoja ja niissä tapahtuneita muutoksia. Erityisesti pyrin kiinnittämään huomiota emotionaaliseen säätelyyn, johon liittyvät vaikeudet ovat huomattavan keskeisiä syömishäiriöissä.

John H. Flavell (1979) toi alun perin kehityspsykologian piiriin metakognition käsitteen, jolla viitataan niihin kognitiivisiin prosesseihin ja rakenteisiin, joiden avulla ihminen kykenee tarkastelemaan ja säätämään kognitioitaan. Metakognitiolla tarkoitetaan siis ”kognitioita omista kognitioista”. Psykoterapiassa on keskeisesti kyse mielen sisäisten prosessien tietoisesta, metakognitiivisesta tarkastelusta ja säätelystä. Näitä taitoja tunnistaa, arvioida ja säädellä omia ajatuksia, tunteita ja haluja voidaan yhtäältä pitää psykoterapeuttisen työskentelyn perusedellytyksinä. Mitä paremmin ja integroituneemmin sekä terapia-asiakas että terapeutti kykenevät tutkimaan ja tarkastelemaan sekä omia että toistensa mielen sisältöjä, sitä paremmat edellytykset terapeuttisella yhteistyöllä on ja sitä helpommin yhteistyö sujuu.

Toisaalta metakognitiivisten taitojen kehittäminen ja parantaminen on yksi keskeisiä tavoitteita psykoterapiassa. Sehän yleisesti ottaen voidaan määritellä sellaiseksi psykologiseksi hoitomuodoksi, jossa pyrkimyksenä on auttaa ihmisiä paremmin tunnistamaan, ymmärtämään ja hallitsemaan ajatuksiaan, tunteitaan ja käyttäytymistään.

Myös kognitiivis-konstruktivistisessa psykoterapiassa tietoisien, reflektiivien suhteen rakentaminen omaan kokemukseen on yksi psykoterapiaprosessin keskeisistä tavoitteista. Erityisesti psykoterapian tehtäväksi asettuu itsereflektion kehittäminen niillä alueilla, joilla sen muodostuminen on aikaisemman kehityshistorian kuluessa jäänyt puutteelliseksi (Guidano, 1991). Itsereflektioprosesseilla tarkoitetaan juuri sitä metakognitiivisten taitojen osa-alueita, jossa on kyse kyvystä olla tietoinen oman mielen sisäisistä prosesseista ja käsitellä niitä (Hakanen, 2007). Suomalaisessa konstruktivistisessa psykoterapiakirjallisuudessa käytetään itsereflektiosta myös refleksiivisyyden käsitettä (esim. Toskala & Hartikainen, 2005).

Tässä artikkelissa käsittelen anorektista syömishäiriötä sairastavan terapia-asiakkaan ensimmäisen terapiavuoden aikana psykoterapiaistunnoissa esiin tulleita itsereflektiotoimintoja. Lääketieteellisesti anoreksia nervosa eli laihuushäiriö määritellään sekä somaattisesti että psyykkisesti ilmeneväksi sairaustilaksi, jolle on tyypillistä ruumiinkuvan vääristyminen. Anoreksiasta kärsivä näkee itsensä liian lihavana riippumatta siitä, kuinka laiha hän todellisuudessa

on. Tämän vääristyneen omakuvansa takia hän rajoittaa syömistään sekä saattaa mm. pyrkiä liikkumaan kohtuuttomasti suhteessa ravinnosta saamansa energiaan, jotta laihtuisi entisestään tai pysyisi laihana.

Anorektiseen syömishäiriöön liittyy usein myös muuta psyykkistä problematiikkaa. On arvioitu, että jopa 75 prosentilla anorektisiksi diagnosoiduista on todettavissa muitakin psykiatrisia diagnooseja, kuten ahdistuneisuushäiriöitä, masentuneisuutta, pakko-oireisuutta sekä vaativan persoonallisuuden piirteitä (mm. Treasure, 2006).

Anorektisen häiriön diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksessa ovat seuraavat:

- paino on pudonnut ainakin 15 prosenttia alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI (Body Mass Index) on korkeintaan 17,5 kg/m²,
- painon lasku on aiheutettu syömättömyydellä, liiallisella liikkumisella, oksentamalla tai lääkkeiden avulla,
- ruumiinkuva on häiriintynyt niin, että laihuudestaan huolimatta henkilö on mielestään lihava ja pelkää lihomista.

Kognitiivis-konstruktivistisen psykoterapian näkökulmasta syömishäiriöoireiden taustalla olevaa psykopatologiaa kuvataan ja selitetään minuuden jatkuvuutta rakenteistavien ja ylläpitävien merkityksenantoprosessien avulla. Tästä näkökulmasta syömishäiriöissä on kyse minuutta ylläpitävistä, ei-adaptiivisista kokemuksellisen informaation prosessointitavoista.

Syömishäiriöitä onkin kuvattu ennen kaikkea minäkokemuksen ja sisäisen säätelyn ongelmaksi (Kuusinen, 2001; Bers, Blatt & Dolinsky, 2004). Syömishäiriöisen kokemusmaailmalle ominaista on epäjatkuvuus, epävakaus, ambivalenssi, jäsentymättömyys ja symboloimattomuus. Nämä piirteet luonnehtivat myös syömishäiriöisten henkilöiden metakognitiivista ja itsereflektiivistä prosessointia. Tyypillisesti syömishäiriöisillä on hyvin ristiriitainen suhde itseensä ja omiin kokemuksiinsa. Erityisesti anorektisesti häiriytyneitä luonnehtii yhtäältä korostunut minätietoisuus ja itsensä tarkkailu (Bers ym., 2004; Ringer & Crittenden, 2007) ja toisaalta ”pako itsensä tiedostamisesta” (*”escape from self-awareness”*), tavallista suurempi vaikeus lähestyä ja saada kosketusta oman mielen prosesseihin, tunteisiin ja tarpeisiin, arvioida itseä realistisesti, joustavasti ja integroituneesti ja ylipäättään kokea omassa minuudessaan jatkuvuutta.

Guidano (1991) on kuvannut syömishäiriöisen merkitysorganisaation, jota Toskala ja Hartikainen (2005) nimittävät yksilöitymisen ja itsetunnon merkitysorganisaatioksi. Tämä termi viittaa suoraan siihen vuorovaikutukselliseen problematiikkaan, jonka kautta syömishäiriöiden ajatellaan kehittyvän ennen kaikkea varhaisissa kiintymyssuhteissa.

Yksilöitymisen ja riittävän myönteisen itsetunnon lähtökohtana on minuuden eri puolien tunnistaminen ja niiden liittäminen osaksi itseä. Tämä mahdollistuu turvallisessa kiintymyssuhteessa sellaisessa vuorovaikutuksessa vanhempiin, jossa vanhemmat johdonmukaisesti ja ennustettavasti ottavat todesta ja validoivat lapsen yksilöllistä kokemusta, ovat aidosti kiinnostuneita ja kykenevät empaattisesti refleктоimaan lapsen yksilöllisyyden eri puolia.

Syömishäiriöille tyypillisten yksilöitymis- ja identiteetti-ongelmien kehityksellinen tausta on nähty sellaisissa merkittävässä kiintymys- ja vuorovaikutussuhteissa, joissa lapsi ei ole voinut kokea riittävästi empaattisesti refleктоivaa ja aitoa kiinnostusta yksilöllistä erityislaatuaan kohtaan (Toskala & Hartikainen, 2005).

Guidanon ja Liottin (1983) mukaan yksilöitymisongelmien kehityksellisenä taustana on ristiriitainen ja moniselitteinen kiintymyssuhde, jonka myötä lapselle kehittyy hämärä ja epäselvä kokemus itsestään. Kuitenkaan empiiriset tutkimukset syömishäiriöisten kiintymyssuhteista eivät ainakaan selkeästi näytä tukevan Guidanon ja Liottin oletusta nimenomaan ristiriitaisesta ja moniselitteisestä kiintymyssuhteesta syömishäiriöihin liittyvien yksilöitymisongelmien kehityksellisenä taustana. Sen sijaan on kertynyt vahva tutkimuksellinen näyttö siitä, että syömishäiriöiset henkilöt ovat lähes poikkeuksetta turvattomasti kiintyneitä (Ringer & Crittenden, 2007; Ward ym., 2000).

Sekä Wardin (2000) että Ringerin ja Crittendenin (2007) tutkimusten tulokset kuitenkin vahvistivat sitä käsitystä, että turvaton kiintymyssuhde, jossa lapsen minuuden eri puolet, tunteet ja tarpeet eivät tule nähdyiksi, kuulluiksi ja symboloiduiksi, johtaa helposti siihen, että lapsi alkaa myös itse suhtautua omaan kokemukseensa samalla tavoin, sen ohittaen. Syömishäiriöissä tyypillistä on vaikeus tavoittaa ja ottaa todesta oma välitön kokemus ja ohjautua sen mukaisesti. Välitön kokemus hämärtyy ja syntyy ristiriita sen ja tietoisesti symboloidun kokemuksen välille. Tällöin minäkokemus rakentuu ulkoisista määrittävistä ja toisten odotuksista, siitä tulee epävakaa ja tilannekohtainen. Tällaisessa minuudessa jatkuvaa on epäjatkuvuus, ja sisäinen säätely korvautuu

ulkoisella säätelyllä, syömishäiriöissä tyypillisesti syömistä koskevilla tiukoilla säännöillä. Myös metakognitiivisten taitojen kehittyminen jää näin puutteelliseksi.

Osa syömishäiriöiden epäjatkuvuuden psykopatologiaa on myös siihen sisältyvä itsehavainnoinnin tila- ja tilannesidonnaisuus. Tämä puolestaan liittyy syömishäiriöisen henkilön minäorganisaation haurauteen ja haavoittuvuuteen. Syömishäiriöinen henkilö joutuu herkästi epädaptiivisen ahdistuksen valtaan turvattomaksi kokemissaan tilanteissa tai hauraan ja haavoittuvan minäorganisaation tai minuuden tunteen aktivoituessa. Tällöin omien mielen sisäisten prosessien refleктоiva tarkastelu vaikeutuu huomattavasti tai estyy kokonaan, mikä on usein myös psykoterapiatilanteissa esiintyvä ilmiö ja mistä seuraa terapiatyöskentelyn kannalta erityisiä haasteita.

Anorektisen henkilön metakognitioiden kehityksellisten vajavuuksien ja vinoutumien lisäksi fysiologiseen nälkiintymistilaan sidoksissa olevat tekijät vielä korostavat niitä informaation prosessoinnin ongelmia, jotka alun perinkin ovat osa syömishäiriön psykopatologiaa (esim. tarkkaavuuden suuntaamisen ja keskittämisen vaikeudet, tarkkaavuuden valikoituneisuus ja vääristyneisyys, yksityiskohtiin kokonaisuuden kustannuksella keskittyvä informaation prosessoinnin tapa, ajattelun konkreettisuus ja jäykkyys; ks. esim. Shafran, Lee, Cooper, Palmer, & Fairburn, 2007; Gillberg, Råstam, & Wentz, 2007). Oman anorektisen ajattelun reflektointi ja vaihtoehdoisen ajattelun omaksuminen on aliravitulla terapia-asiakkaalla huomattavan vaikeaa ja hidasta, koska anoreksiaan liittyy yleisesti ottaen kognitiivisen tason laskua johtuen kehon ja aivojen nälkiintymistilasta.

Tunteiden säätely on osa itsereflektiota ja siinä on kyse kyvystä reflektoida omia tunnetiloja sekä nimetä tunteita tarkasti ja tunnistaa niiden syyt, tehtävät ja arvo (Hakanen, 2007; Linehan, 1993). Kliinisten havaintojen ja monien empiiristen tutkimusten mukaan erityisesti emotionaalisen säätelyn vaikeus on keskeistä syömishäiriöissä. Tunteiden säätelyn ongelma näkyy mm. tunteiden jäsentymättömyytenä ja epämääräisenä ja vähättelevänä tapana puhua niistä (Kuusinen, 2001). Corstorphine (2006) kirjoittaa syömishäiriöisten henkilöiden poikkeuksellisesta emotionaalisesta haavoittuvuudesta, joka usein yhdistyy tunteiden säätelyn vaikeuksiin. Hän havaitsi tutkimuksessaan myös syömishäiriöistä kärsiville olevan ominaista käyttää ruminoivaa eli ”märehtivää” emotionaalisen informaation prosessoinnin tapaa, joka on aikaisemmin liitetty lähinnä depression. Bydlovski ym. (2005) toteavat yhteenvetona syömishäiriöisten potilaiden kykenevän integroimaan ja prosessoimaan emotioitaan puutteellisesti.

Erityisesti anorektisesti häiriytyneitä on kuvattu aleksityymisiksi (Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993). Aleksityymisyys ilmenee vaikeuksina tunnistaa tunnetiloja, erottaa emootioita fyysisistä tuntemuksista ja kuvata omia tunteita, sekä taipumuksena konkreettiseen ja ulkokohtaiseen ajatteluun (Gilboa-Schechtman, Avnon, Eynat Zubery, & Jexzmien, 2006; Taylor ym., 1996). Anoreksiasta kärsivien on havaittu olevan puutteellisesti tietoisia tunteistaan tai turvautuvan defensiivisesti erilaisiin strategioihin välttääkseen kokemasta tunteita (Corstorphine, 2006).

Emootioiden prosessoinnin vaikeudet onkin viime aikoina alettu nähdä syömishäiriöiden ydinpatologiana myös perinteisen kognitiivisen ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian piirissä. Tähän liittyen on esitetty, että syömishäiriöiden hoidossa nimenomaan emotionaalisen tietoisuuden ja tunteiden säätelyn normalisoituminen olisi häiriytyneen syömisen korjaantumisen ohella toinen keskeinen paranemisen kriteeri (Corstorphine, 2006). Kognitiivis-konstruktivistisessa psykoterapiastrategiassa on perinteisesti korostunut emotionaalinen kokeminen sekä potilaan tunnekokemusten validointi ja reflektointi. Erityisen keskeistä tämä on syömishäiriöisten terapia-asiakkaiden psykoterapioissa, joissa tavoitellaan ennen kaikkea minäidentiteetin vahvistamista ja paremman kokemuksen saamista tunteisiin (Mäntymaa, 2007). Toisaalta tässä on erityishaaste syömishäiriöisen potilaan ollessa kyseessä, sillä kuten Charpantier (2007) toteaa, tunnetyöskentely on monille anorektikoille vaivalloista, ja usein joudutaan aloittamaan aivan alusta, tunteiden nimeämisestä ja tunnistamisesta.

Semerari ym. (2003) ovat kehittäneet arviointiasteikon (MAS) psykoterapia-asiakkaiden metakognitiivisten profiilien ja niissä terapian aikana tapahtuneiden muutosten arvioimiseksi. Heidän julkaisemassaan tutkimuksessa MAS-asteikkoa on käytetty persoonallisuushäiriöisten psykoterapia-asiakkaiden metakognitioissa pitkien psykoterapioiden aikana tapahtuneiden muutosten kuvaamiseen ja arviointiin. Semerarin ym. oletuksena on, että eri mielenterveyshäiriöissä asiakkaiden itsereflektoinnin vahvuus- ja heikkousalueet ja niiden muutokset psykoterapian aikana ovat erilaisia. He myös kiinnittävät erikseen huomiota itsereflektoinnissa onnistumiseen ja epäonnistumiseen. Tähän liittyen he olettavat, että psykoterapiaprosessin tuloksellisuus voi näkyä itsereflektiotoiminnoissa onnistumisten lisääntymisenä, epäonnistumisten vähenemisenä tai molemman suuntaisena muutoksena.

Edellä kuvatuista lähtökohdista käsin tässä työssä tarkastellaan sitä, minkälaisia muutoksia nuoren anorektisesti häiriytyneen terapia-asiakkaan itsereflektoinnissa tapahtui ensimmäisen terapiavuoden

aikana. Tiedossani ei ole aikaisempia tutkimuksia, joissa olisi tutkittu nimenomaan syömishäiriöisten terapia-asiakkaiden itsereflektoinnin muutoksia. Pysin tarkastelemaan terapian vaikuttavuutta sekä onnistuneessa että epäonnistuneessa itsereflektoinnissa tapahtuneiden muutosten kautta. Koska erityisesti anorektisissa häiriöissä suhde omiin tunteisiin on niin keskeinen, haluan selvittää myös terapia-asiakkaan tunteidensäätelyssä tapahtuneita muutoksia.

Tarkennetut tutkimuskysymykset ovat:

1. Muuttuiko syömishäiriöisen terapia-asiakkaan suhde omiin psyykkisiin prosesseihinsa refleksiivisemmäksi ja integroituneemmaksi ensimmäisen terapiavuoden aikana?
2. Vähenivätkö itsereflektoinnissa epäonnistumiset ensimmäisen terapiavuoden aikana?
3. Minkälaisia muutoksia terapia-asiakkaan tunteidensäätelyssä tapahtui ensimmäisen terapiavuoden aikana, ja minkälaisessa yhteydessä nämä muutokset olivat muihin itsereflektoinnissa tapahtuneisiin muutoksiin?

2. Aineisto ja menetelmät

2.1. Terapia-asiakas

Terapia-asiakas, josta tässä käytän nimeä Jaana, on 24-vuotias yliopisto-opiskelija. Hänellä on lapsuusiästä lähtien ollut psyykkisiä vaikeuksia, jotka ovat ilmenneet mm. kouluun menoon, yksinjäämiseen ja sairastumiseen liittyvinä voimakkaina pelkotiloina, paniikkikohtauksina ja masennusoireiluna. Myöhemmin Jaanan ahdistuneisuus on liittynyt ennen kaikkea sosiaalisiin tilanteisiin. Mm. välttämiskäyttäytymisen ja pakko-oireiden vuoksi Jaanan koulunkäynti ja opiskelu on merkittävästi vaikeutunut, vaikkakin koulumenestys arvosanoilla mitaten on ollut koko peruskoulu- ja lukioajan erittäin hyvä. Lukion ensimmäisellä luokalla ollessaan Jaana alkoi tarkkailla painoaan ja laihduttaa. Hän on siitä pitäen noudattanut tarkasti suunniteltua, vähäenergistä ruokavaliota ja ollut lukioikäisestä alkaen huomattavasti alipainoinen.

Jaanan ammattikorkeakouluopintojen keskeydyttyä ensimmäisenä opiskeluvuonna ylioppilaaksi pääsyn jälkeen hän ensimmäisen kerran haki vaikeuksiinsa ammatillista apua, joka jäi kuitenkin muutamaan keskustelukäyntiin mielenterveystoimistossa Jaanan muutettua toiselle paikkakunnalle aloittamaan yliopisto-opintoja. Ensimmäisenä lukuvuonna yliopistossa Jaanan opinnot eivät edistyneet tavanomaisella tavalla ja hän oli lähes koko lukuvuoden sairauslomalla. Hän ei voimakkaan itseinhon, häpeän ja ahdistuksen vuoksi kyennyt osallistumaan juuri lainkaan luentoihin tai ryhmämuotoisiin opintoihin vaan suoritti pelkästään tenttejä. Hän kärsi myös hankalista keskittymisvaikeuksista. Hän oli hakeutunut YTHS:öön, jossa hänellä oli

vuoden ajan harvajaksoinen hoitokontakti psykiatriin. Tämä ohjasi Jaanan psykoterapiaan, joka aloitettiin kaksi kertaa viikossa toteutuvana toisen opiskeluvuoden syyslukukauden alkaessa.

Terapian alkaessa Jaanan diagnoosina oli keskivaikea masennus ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Myös kaikki ICD-10:n mukaiset anoreksia nervosaan kriteerit täyttyivät painoindeksin ollessa 15,6 kg/m².

Jaana itse kuvasi vaikeimmiksi ongelmikseen itsenhon, epätoivoisen itsensä muihin vertaamisen, ruuan ja ulkonäön ylenmääräisen, pakonomaisen ja lukkiutuvan ajattelemisen sekä tunteiden tunnistamisen vaikeuden. Hän eli sosiaalisesti varsin eristyneesti ja hänen kanssakäymisensä muiden ihmisten kanssa käytännöllisesti katsoen rajoittui poikaystävänsä ja hänen oman perheensä jäseniin. Näiden lisäksi Jaanalla oli jonkin verran internet-tuttuja, ja hän oli mukana useammassa irc-tyyppisessä yhteisössä. Jaana koki usein ylivoimaiseksi kasvokkaiset kontaktit muihin ihmisiin. Pelkästään samassa huoneessa oleminen toisten ihmisten, esim. opiskelutovereiden kanssa, herätti hänessä lähes sietämätöntä ahdistusta ja häpeää, koska hän koki olevansa sekä ulkonäkönsä että persoonallisuutensa puolesta kelpaamaton. Ennen kaikkea tämän vuoksi hän koki olevansa kyvytön opiskelemaan.

Terapian alussa Jaanan kognitiivisen ja emotionaalisen prosessoinnin tapaa, sisäisiä toimintamalleja, keskeisiä skeemoja ja niihin liittyviä moodeja kartoitettiin ja arvioitiin Youngin ja työtovereineen kehittämällä skeema- ja moodilomakkeilla. Asiakkaan persoonallisuuden merkitysorganisaatioita arvioitiin Picardin (2003) tutkimusryhmineen kehittämällä kyselylomakkeella. Jaanalla osoittautui olevan voimakkaita hylätyksi ja hyväksikäytetyksi tulemisen odotuksia. Jaana koki itsensä monella tavoin kyvyttömäksi, suojattomaksi ja epäonnistuneeksi ja häpesi itseään. Hän kuvasi itseään kietoutuneeksi perheensä vaikeuksiin ja koki itsensä erillistymättömäksi vanhemmistaan, erityisesti äidistään, jonka odotuksiin hän ei kyennyt kohevansa vastaamaan. Jaanalla oli yhtäältä vahva taipumus alistua ja toisaalta hän kuvasi käyttäytyvänsä läheisiään kohtaan vaativasti, huomionhakuiseksi ja kiukkuisesti. Enimmäkseen hän kuitenkin suojautui eristäytymällä ja katkaisemalla yhteytensä niin omiin tarpeisiinsa ja tunteisiinsa kuin muihin ihmisiinkin.

Jaana kuvasi lapsuudenkotinsa ilmapiiriä ”välittäväksi mutta väsyneeksi”, äitiään perheelleen omistautuvaksi, ylisuojelevaksi ja helläksi, toisaalta tunkeutuvaksi, dominoivaksi ja katkeraksi, isäänsä etäiseksi ja tunteitaan ilmaisemattomaksi, sisäänpäin kääntyneeksi ja uupuneen oloiseksi. Myös äidillä oli Jaanan käsityksen mukaan taipumusta masennukseen. Merkittäväksi vaiheeksi perheen elämässä Jaana kuvasi muutamaa vuotta itseään vanhemman sisarensa sairastumista psykoottisesti Jaanan juuri tullessa teini-ikäiseksi. Jaana koki jääneensä selviytymään yksin nuoruusiän haasteista ja joutuneensa usein tukemaan ja lohduttamaan sisaren tilannetta surevaa äitiään. Jaanan terapian alkaessa hänen sisarensa oli juuri joutunut psykiatriseen osastohoitoon.

Picardin merkitysorganisaation arviointiasteikolla arvioituna Jaanan merkitysorganisaatio oli tyyppiltään vahvasti syömishäiriöinen. Syömishäiriöiseen merkitysorganisaatioon liittyvien osioiden summapistemäärä oli hänellä terapian alkaessa 81, kun maksimipistemäärä tällä asteikolla on 85.

2.2. Tutkimusaineisto

Tutkimusta varten on koottu äänitallenteet yhden terapia-asiakkaan 45 minuutin mittaisista psykoterapiaistunnoista ensimmäisen terapiavuoden ajalta. Tässä raportoitava aineisto koostuu viidestä äänitallenteesta, joiden valintakriteerinä oli istuntojen ajallinen sijoittuminen ensimmäiseen terapiavuoteen. Ensimmäinen tässä analysoitu äänitallenne oli ensimmäisen terapiavuoden järjestyksessä viides istunto, jolloin varsinainen terapiatyöskentely alkoi. Vastaavasti viimeinen eli viides tallenne äänitettiin noin 11 kuukautta myöhemmin. Kolme muuta tallennetta on poimittu

ensimmäisen terapiavuoden ajalta niin, että niiden väliin jäävä aika oli jokseenkin samanpituisen eli noin kaksi kuukautta. Tässä analysoitujen istuntotallenteiden ajankohdat ovat 3, 13, 24, 38 ja 50 viikkoa terapian alusta.

Kaikki tallenteet on translitteroitu mahdollisimman tarkasti. Translitteroidusta tekstistä on asiakkaan puheesta poimittu kaikki ne ilmaisut, joissa asiakas on viitannut omiin psyykkisiin toimintoihinsa joko oma-aloitteisesti tai vastauksena terapeutin kysymykseen, joka on koskenut asiakkaan psyykkisiä toimintoja.

2.3. Metacognitive Assessment Scale (MAS)

Olen analysoinut tutkimusaineistossa esiintyviä itsereflektiivisiä toimintoja Semerarin ym. (2003) kehittämällä metakognitiivisen toiminnan arviointiasteikolla (MAS), joka on kehitetty nimenomaan psykoterapiapotilaiden metakognitiivisten profiilien evaluointiin. MAS perustuu oletukseen metakognitiivisen toiminnan modulaarisesta rakenteesta. Metakognitiivisen toiminnan ajatellaan koostuvan toisistaan riippumattomista osatoiminnoista: itsereflektiosta eli oman mielen ymmärtämisestä (*understanding one's own mind*), toisten mielen ymmärtämisestä (*understanding others' mind*) ja mielen tilojen säätelyyn liittyvästä hallinnasta (*mastery*). MAS koostuu kolmesta, kyseisten osatoimintojen arviointiin rakennetusta asteikosta. Tässä tutkimuksessa on käytetty itsereflektiivisten toimintojen (IR) arviointiasteikkoa.

Itsereflektiiviset toiminnot luokitetaan MAS:ssa viiteen tasoluokkaan (Hakanen 2007):

1. Perusluonteinen taso (luokat IR1, SR1ei, IR2 ja IR2ei)
2. Eritteleminen (luokat IR3, IR3ei, IR4 ja IR4ei)
3. Representaatioluonteen ymmärtäminen (luokat IR5, IR5ei, IR6 ja IR6ei)
4. Muuttujien välisten suhteiden selittäminen (luokat IR7 ja IR7ei)
5. Integraatio (luokat IR8, IR8ei, IR9 ja IR9ei)

MAS:n itsereflektiivisten toimintojen arviointiasteikko perustuu oletukseen näiden toimintojen hierarkkisesta rakentumisesta. Asteikossa alempien tasojen luokkiin sijoittuvien toimintojen ajatellaan sisältyvän implisiittisinä ylempien tasojen luokkiin sijoittuviin itsereflektiivisiin toimintoihin.

MAS-asteikkoa käytettäessä kiinnitetään huomiota paitsi metakognitiivisissa toiminnoissa onnistumisiin myös niissä epäonnistumisiin, joille on asteikossa omat luokkansa jokaisella itsereflektiivisen toiminnan tasolla. Seuraavassa on esimerkki sekä onnistuneesta että epäonnistuneesta itsereflektiosta ja niiden luokittamisesta:

”Mua pelotti ja hävetti mennä siihen tapaamiseen” (IR4)

”Mä reagoin siellä taas ties mihin kaikkiin asioihin, enkä mä ymmärrä mitä mun mielessä taas oikein tapahtu.” (IR2ei)

Luokitusyksikkönä oli asiakkaan puheesta hahmotettava itsereflektiivisen toiminnan itsenäinen kokonaisuus. Erityisesti perusluonteisen tason itsereflektiivisyyteen luokituvat ilmaisut olivat tyypillisesti lyhyitä, yhdestä lauseesta koostuvia:

” Sen koin ihan myönteiseksi.” (IR 1)

Itsereflektion hierarkkisesti korkeamman tason toimintoihin luokituvat ilmaisukokonaisuudet asiakkaan puheessa puolestaan koostuivat pidemmistä ja kompleksisemmista erittelyistä, jotka saattoivat sisältää myös perusluonteisempia ja yksinkertaisempia psyykkisten toimintojen tunnistamisia ja kuvauksia. Tällaiset kokonaisuudet aineistossa on luokitettu vain yhden, hierarkkisesti korkeimman itsereflektiivisten toimintojen luokan mukaan:

” Matkalla sinne ajattelin monta kertaa, että jos kääntyis takas, koska aloin taas kuvitteleen että kaikki kattoo jotenki, että mä oon epäonnistunu ja surkee. Taas pistin siis omia ajatuksiani toisten ihmisten päähän ja sit kun mä huomasin sen, niin lopulta tulin siitä ittelleni vihasekskin.” (IR 7)

2.4. MAS-asteikon käyttö

Jokaisesta tämän tutkimusaineiston viidestä terapiaistunnosta poimittiin ja koodattiin kaikki asiakkaan itsereflektioon liittyvät maininnat. Seuraavassa kuvaan MAS-asteikon itsereflektio-luokkien sisältöjä tutkimusaineistoon sisältyvien esimerkkikatkelmien avulla.

Perusluonteisen tason luokan koodia IR1 käytetään kun asiakas epämääräisesti ja yleisellä tasolla viittaa oman mielensä toimintoihin:

A:” *Tätä mää oon oikeestaan jollain tavalla toivonukki.*” (IR1)

IR1 koodataan silloin, kun asiakas ei tavoita psyykkisiä prosessejaan edes yleisellä tasolla:

A:” *On kyllä vaikeeta tuoda esiin oikeen mitään mitä mielessä ois, kaikki on sellasta tasasta mössöön vaan...* ” (IR1ei)

Luokka IR2 valitaan, jos asiakas viittaa epämääräisesti tai yleisellä tasolla havaintoihinsa vuorovaikutuksesta omien ja toisten ihmisten mielentilojen välillä, kuten esimerkiksi siihen, että muilla ihmisillä on vaikutusta hänen psyykkisiin toimintoihinsa tai käyttäytymiseensä:

A:” *Ne ryhmätilanteet ahdistaa mua ihan liikaa.*” (IR2)

Jos asiakas kuitenkin ilmaisee kokevansa oman mielensä tilat ulkoisina, ei-representationaalisina tosiasioina tai välittömästi toisten ihmisten mielentiloista riippuvina, ilmaisu koodataan epäonnistumisluokkaan IR2ei:

A:” *Yleensä muitten ihmisten iloisuus tuottaa mulle niin surkean olotilan että mun on pakko vaan vetäytyä .*” (IR2ei)

Erittelemisen tason luokat valitaan silloin, jos asiakkaan kertomuksesta ilmenee, että hän kykenee havaitsemaan ja erittelemään kognitiivisia toimintojaan (IR3) ja tunnetilojaan (IR4). Ilmauksessa on ilmentävä kognitio- tai tunneprosessin kohde, jotta se voidaan koodata luokkiin IR3 tai IR4. Jos asiakas ei tunnista mihin tai keihin hänen ajatuksensa tai tunteensa kohdistuvat, käytetään koodeja IR3ei ja IR4ei:

A:” *Mä kuvittelen, että se vois muuttua kauheen kiusalliseksi tää uus tuttavuus.*” (IR3)

A:” *Kun tuntuu, ettei edes muista kunnolla, mitä tässä on ollu...*” (IR3ei)

A:” *Kyllä mua huolestuttaa ja pelottaa esimerkiksi osteoporoosin mahdollisuus.*” (IR4)

A:” *Niin, kun ne saattaa vaihdella hyvin nopeestikin, äkistikin ne mielialat...ja sitä on vaikeeta kuvata...(vaihtaa aihetta)*” (IR4ei)

Representaatioluonteen ymmärtäminen – tason luokkaan IR5 sijoitetaan ilmaukset, jotka viittaavat siihen, että asiakas ymmärtää ja tunnistaa omien sisäisten representaatioidensa subjektiivisuuden ja sen myötä niiden eroavuuden ulkoisista realiteeteista tai toisten ihmisten käsityksistä. Esimerkiksi omien käsitysten ja mielipiteiden kyseenalaistaminen koodataan tähän luokkaan Jos uskomukset ovat irrationaalisia, ne koodataan luokkaan IR5ei.

A:” Kyllä mä uskon, että tähän asiaan on mahdollista suhtautua ihan eri tavalla, ja varmaan monet ihmiset suhtautuukin.” (IR 5)

A:” Mä tiedän, että jos mä lähtisin kaupungille ilman meikkiä, niin se herättäs kyllä huomiota. Mä en oo nähny kenelläkään niin paha ihoo kun mulla on.” (IR5ei)

Kun asiakas tunnistaa, että hänen odotuksillaan ajatuksillaan ja haluillaan on vain rajallinen vaikutus tapahtumiin, käytetään koodia IR6:

A:”Mä tiedän kyllä, etten mä yleensä saa Mikalta mitään vahvistusta niille kielteisille ajatuksilleni vaikka kuinka yrittäsin.” (IR6)

Tyypillisiä epäonnistumisia tässä luokassa on maaginen ajattelu ja oletus siitä, että ajatus saa saman aikaan kuin teko. Tällaisia ilmauksia ei tässä tutkimusaineistossa ollut yhtään.

Muuttujien välisten suhteiden selittämisen tason koodia IR7 käytetään kun asiakas tunnistaa oman käyttäytymisensä sisäiset motiivit ja toimintaansa vaikuttavat yksinkertaiset syy-seuraus-suhteet. Vastaavasti silloin, kun tällainen tunnistaminen ei onnistu, koodataan IR7ei. Seuraavassa on esimerkit molemmista koodeista:

A:” Sillon mä huomasin, ettei se oo välttämättä helpompaa kenellekään muullekaan ja siitä mä sit rohkastuin, saatoin sanoo sille tytölle että ois kiva jutella mutta en keksi oikeen mitään kun oon niin jännittynyt jotenkin.” (IR7)

A: ” ...ja siinä laiturilla odotellessa tuli sellanen tosi vahva itseinho ja halusin vaan mennä johonki piiloon.”

T: ” Miksiköhän siinä niin kävi?”

A: ” No sillä hetkellä tuli mieleen kun kotona ollessa...nääh nyt on näitä asioita, joita mä vaan yritän työntää pois päästäni...kotona ollessa ne on koko ajan aika pinnalla... en mä kyllä nyt saa minkäänlaista otetta niistä...” (IR7ei)

Integraatiotaso on itsereflektiotoimintojen korkein aste. Kun asiakas kykenee luomaan kokonaisvaltaisen ja koostuneen kuvan mielensä tilasta ja eri osatekijöiden suhteista

kertomuksessaan, käytetään koodia IR8. Luokan IR9 valinta edellyttää, että kuvaus sisältää paitsi eheän kertomuksen myös johdonmukaisen ajallisen vertailun mielen tilojen ja ihmissuhteiden muutoksista. Tämä koodi liittyy tyypillisesti vertailuun ”ennen – nyt”. Integraation epäonnistuessa kuvaus mielen tilasta on vaikeaselkoinen ja sirpaleinen, ja se saattaa sisältää tunnetilojen ja ajatusten äkillistä muuttumista vastakkaisiksi (IR8ei). Jos kertomus on hämmentävä, yhteys tapahtumien ja mielen tilojen välillä ei ole selkeästi ymmärrettävä, ja vuorovaikutussuhteiden kuvauksessa roolit vaihtuvat kaoottisesti, koodataan IR9ei.

Näissä terapiaistunnoissa integraatiotason itsereflektiota esiintyi tutkimusasiakkaan puheessa vain muutaman kerran. Alla on kaksi tutkimusaineistosta poimittua esimerkkiä:

T: ” Mikäs sun kokemus on siitä, että miten ne kriisit syntyvät? Mikä se sun osuus niissä on? ”

A: ” Yleensä ne syntyvät niin, että teen tai sanon tai jätän tekemättä jotakin...en anna tarpeeksi huomiota Mikalle tai oon liikaa omissa ajatuksissani tai jotain vastaavaa. Siitä se sitten lähtee liikkeelle, Mika alkaa kysellä mikä mulla on ja sit mä syyllistyn tai ärsyynyn tai ahdistun ja vähitellen me molemmat sit nostetaan siinä keskustelussa suunnilleen kaikki mahdollinen negatiivinen mikä meidän suhteessa tulee esille ja sit mulle tulee sellanen kokemus että mut on ajettu nurkkaan. Mun on sillon hirveen vaikeaa alkaa käsitteellä enää oikein mitään asiaa tai jatkaa puhumista enää oikein mitään. Sillon mä toivon jotain muutosta tähän meidän tilanteeseen vaikka sillon tuntuu myös siltä etten pysty enää kuvitteleenkaan mitään yhteistä tulevaisuutta. Sit kun se tilanne helpottaa, ne ajatukset jää taustalle taas.” (IR8)

A: ” Heinäkuun olin kotona, siis vanhempien luona käymässä. Ja jos vertaa edelliseen vuoteen siellä, niin kyllä tää nyt meni paljon kivuttomammin. ”

T: ” Mmm... Mistähän siinä oli kysymys, että nyt meni kivuttomammin? ”

A: ” Kyllä se varmasti osittain liittyy siihen siskon tilanteeseen. Oli hirveen mukavaa nähdä siskossa sellasta positiivista muutosta sitten edellisen käynnin kesäkuussa, se on nyt muuttunu niin paljon elävämpään suuntaan. Ja kun se siskon olo heijastuu niin vahvasti koko ilmapiiriin siellä kotona. Oli hirveen hieno huomata ne hetket kun se oikeesti osotti omia toiveitaan ja ilmas omia halujaan ilman että äiti päsmäröi siinä. Siitä tuli niin tyytyväinen olo kun huomasi että sisko pysty antaan vastusta äidilleki jo...Ja kyl siihen, varmasti vaikutti paljon myös se, etten itte ollu enää niin ahdistunu ja että oon oppinu näkeä itsessäni jotain hyvääkin. En menny sillä tavalla mukaan niihin äidin juttuihin ja yrittäny vaan suojella äitiä ja olla mieliksi...Niin, vaikka kyllä mulla oli omat notkahdukseni tossa loman aikana, mut kuitenkin kun ajattelen sitä jälkepäin kokonaisuutena, niin se tuntuu paljon onnistuneemmalta ja rentouttavammalta kun edellinen kesä.” (IR9)

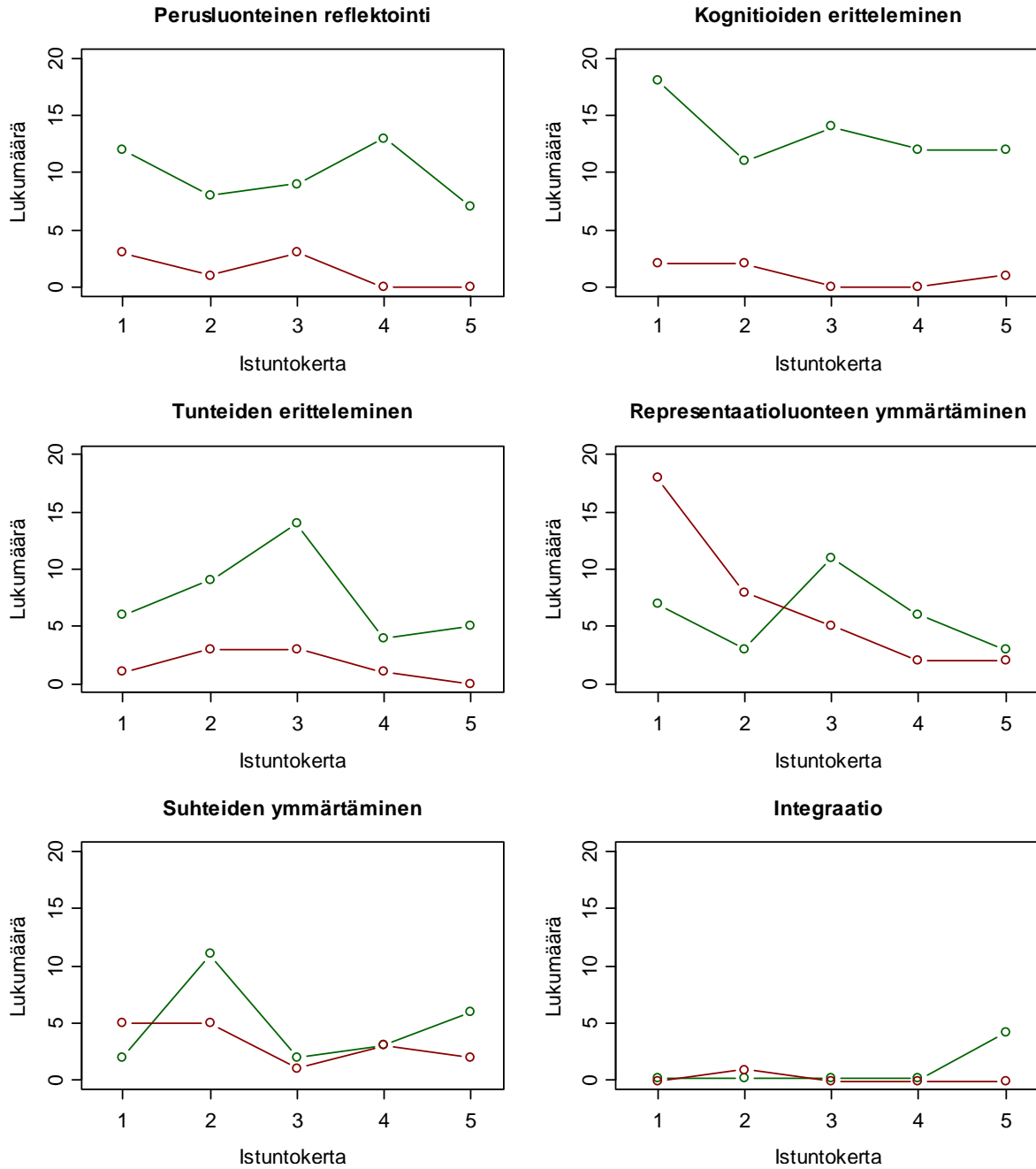
3. Tulokset

Tallennettujen istuntojen havainnot kuvataan itsereflektiotasoin eritellen kullakin tasolla onnistuneiden ja epäonnistuneiden itsereflektioiden frekvenssit. Lisäksi erittelemisen tason reflektioista on kuvattu erikseen kognitioiden ja tunteiden erittelemisen.

Kuviossa 1 (s. 15) on esitetty kunkin itsereflektiotason merkintöjen kokonaismäärät tutkimusaineistossa ja merkintöjen jakautuminen erikseen onnistuneiden ja epäonnistuneiden itsereflektioiden osalta kullakin tallennetulla istuntokerralla.

Kuviosta voidaan havaita, että tutkimusjakson aikana terapia-asiakkaan itsereflektioinneista suurin osa oli perusluonteisen tai erittelemisen tasoisia. Erityisesti kognitioiden erittelemisen osuus on suhteellisen suuri, mikä sopii hyvin tutkimuskirjallisuudesta hahmottuvaan kuvaan anorektiselle syömishäiriölle ominaisesta kognitiivisen säätelyn keskeisyydestä ja analyttisestä, yksityiskohtiin keskittyvästä kognitiivisesta tyylistä.

Kokonaisuutena tarkastellen itsereflektioinneissa ei tapahtunut merkittävää muutosta tutkimusjakson aikana. Viitteitä jonkinasteista siirtymästä työskentelyyn korkeammilla itsereflektion tasoilla on nähtävissä siinä mielessä, että yhtäältä perusluonteisten itsereflektioiden lukumäärä väheni tutkimusjakson aikana ja toisaalta viimeisessä tallenteessa esiintyi ensimmäisen kerran koko tutkimusjakson aikana kokonaisvaltaisesti integroivaa oman mielen tarkastelua. Muutoin kokonaiskuvaa tapahtuneiden muutosten osalta luonnehtii vaihtelevuus. Ainoa jokseenkin johdonmukainen ja selvä kehityssuunta koskee epäonnistuneiden itsereflektiotoimintojen lukumäärän laskua ensimmäisen terapiavuoden aikana. Erityisen selvästi tämä epäonnistumisten väheneminen on nähtävissä representaatioluonteen ymmärtämistä koskevalla itsereflektioinnin tasolla, jolla onnistuneiden ja epäonnistuneiden reflektointien keskinäinen suhde muuttui onnistumisvaltaiseksi 3. tallenteesta (terapia oli kestänyt tuolloin 9 kk) lähtien. Irrationaalisten ja dysfunktionaalisten uskomusten määrässä tapahtui selkeä väheneminen, joka oli erityisen voimakas tutkimusjakson alussa.



Kuvio 1. Onnistuneiden (vihreä) ja epäonnistuneiden (punainen) itsereflektioiden lukumäärät tallennetuilla terapiaistuntokerroilla.

Terapia-asiakkaan suhde tunteisiinsa oli näiden tulosten valossa ennakko-oletusten mukainen siinä mielessä, että yleisesti ottaen erittelyn tasolla tunteiden reflektointia esiintyi vähemmän kuin kognitioiden tarkastelua. Tunteiden erittely näyttää lisääntyneen tutkimusjakson alkupuolella ja sitten jälleen vähenevän tutkimusjakson loppupuolella. Palaan tämän tuloksen pohdintaan vielä jäljempänä.

Seuraavassa tarkastelen vielä hieman tarkemmin terapia-asiakkaan itsereflektiotoimintoja kullakin itsereflektiotasolla erikseen.

3.1. Perusluonteiset itsereflektiot

Perusluonteisten itsereflektiotoimintojen määrä asiakkaan puheessa pysyi jokseenkin samalla tasolla koko ensimmäisen terapiavuoden ajan. Suurin osa näistä oli IR1-luokkaan sijoittuvia tai sisällöltään diffuuseja viittauksia asiakkaan mielen toimintoihin, useimmiten yleisluontoisesti määriteltyjä mielensisäisiä tunnelmia, joita asiakas ei kyennyt pyydettyään tarkemmin kuvaamaan tai erittelemään. Tämä määrittelemättömyys vielä korostui varsinkin terapian alkupuolella esiintyneessä asiakkaan tavassa puhua itsestään passiivisessa kolmannessa persoonassa:

A: ”Kyllä siellä sitten ihan viihtyi..”,

A: ”Siinä seurassa tuli jotenki tosi paha olo...”,

A: ”Ei siinä pystynyt ajatteleen mitään...”

Tyypillisesti tällaista yleisluontoista ja jäsentymätöntä oman mielen sisältöjen havainnointia esiintyi erityisesti terapiatuntien alussa, jolloin asiakas usein oli poikkeuksellisen jännittynyt, ja hänen oli vaikea symbolisoida omaa kokemustaan. Seuraava katkelma on kuvaava esimerkki siitä puhumisen tavasta, joka oli varsin tyypillinen asiakkaalle terapiaistuntoja aloiteltaessa lähes koko ensimmäisen vuoden ajan:

A: ”No, mitenkä tää on taas niin vaikeeta mulle? Kun mulla on se tilanne päässä, mutta mä en osaa pistää sanoja oikeeseen järjestykseen...mulla on taas vaan ihan omituinen olo.”

Epäonnistumisia perusluonteisen tason itsereflektiotoiminnoissa oli tämän asiakkaan puheessa kaiken kaikkiaan vähän. Lähes poikkeuksetta kyse oli asiakkaan kokemuksista siitä, että hänen mielensä tyhjentyi kokonaan ajatuksista tai tunteista tai hän ei kyennyt tavoittamaan mitään siitä mitä hänen mielessään oli. Muutamia IR2ei-luokkaan sijoittuvia viittauksia ”täytyy”-ajattelusta tai muihin ihmisiin projisoiduista ”pakoista” tuli esiin puhuttaessa äidistä, poikaystävästä ja yleensä sosiaalisista tilanteista.

3.2. Eritteleminen

Suurin osa tutkimusasiakkaan oman mielen havainnointia ja arviointia koskevasta puheesta näissä tutkimustallenteissa oli yksittäisten ajatusten ja tunnetilojen erittelyä. Kognitioiden erittelyä esiintyi suhteellisen tasaisesti koko terapian ajan, sen sijaan tunteiden erittelyssä esiintyi enemmän vaihtelua.

Tunteiden ja kognitioiden reflektoinnin määrällinen keskinäinen suhde säilyi samansuuntaisena koko tutkimusjakson ajan. Poikkeuksen muodostaa aineiston järjestyksessä kolmas istunto. Tämä oli työskentelyotteeltaan tunnesuuntautuneempi kuin muut tutkimusaineistoon sisältyvät istunnot, mikä selittää kyseisen istunnon poikkeamista yleisestä linjasta.

Asiakas puhui erittäin harvoin spontaanisti tunteistaan. Useimmiten asiakkaan spontaani erittelevä puhe koski hänen ajatuksiaan, kuvitelmiaan, tietoisia pyrkimyksiään ja muita kognitioitaan. Kun hän terapiaistunnoissa muisteli ja kuvasi sitä mitä hänen mielessään erilaisissa tilanteissa oli liikkunut, hänen kuvauksensa keskittyivät ja usein rajoittuivat kokonaan kognitiivisiin sisältöihin, joiden havainnoinnissa hän saattoi usein pitäytyä senkin jälkeen kun olin pyytänyt häntä kuvaamaan tunteitaan:

T: ” No miltä se äidin kritiikki sua kohtaan susta tuntu?”

A: ” Musta tuntu siltä, että se huomaa kaiken ja sanoo kaikesta.”

Yleisesti ottaen kognitioiden ja tunteiden tunnistamisessa ja erittelyssä tapahtuneet epäonnistumiset harvenivat tai vähenivät ensimmäisen terapiavuoden mittaan, tunteiden osalta ehkä vielä kognitiivisia toimintoja johdonmukaisemminkin. Tunteiden erittelyn osalta epäonnistumiset tällä itsereflektoinnin tasolla vähenivät sitä kautta, että asiakas alkoi löytää eritellympiä kuvauksia ja sanoja tunteilleen ja tunnistaa paremmin sitä, mihin hänen tunteensa oikeastaan kohdistuivat.

Kuvion 1 välittämiä lukuja tarkastellessa on hyvä muistaa, että viittauksia ajatuksiin ja tunteisiin esiintyy myös kaikissa muissa, erittelemisen tasoa hierarkkisesti alempien ja ylempien itsereflektiotoimintojen luokissa

3.3 *Representationaalisen tason muutokset*

Tämä on se itsereflektiotoimintojen taso, jolla voi selkeästi katsoa tapahtuneen muutoksia ensimmäisen terapiavuoden aikana. Terapia-asiakas saavutti refleksiivistä suhdetta omiin uskomuksiinsa ja käsityksiinsä, alkoi ymmärtää niiden representationaalista luonnetta paremmin ja kykeni vähitellen tarkastelemaan niitä myös kriittisesti ja kyseenalaistaen. Sisällöllisesti niissä oli kyse yhtäältä vuorovaikutukseen tai sosiaalisiin tilanteisiin ja toisaalta asiakkaan ulkonäköön liittyvistä uskomuksista (vrt. minäskeemat). Terapian alussa monet näistä, erityisesti ulkonäköön liittyvistä, käsityksistä tuntuivat olevan hyvin jäykkiä ja ehdottomia, ja sisälsivät jyrkkiä dikotomisiasetelmia. Seuraava esimerkkikatkelma on terapian alkuvaiheesta tilanteesta, jossa terapia-asiakas pohtii harkitsemansa kalliin kosmeettisen laserhoitotoimenpiteen merkitystä itsearvostuksensa kannalta:

A: Mä tuntisin itteni niin paljon voimakkaammaks ja vahvemmaks, jos voisin olla tyytyväinen ulkokuoreeni.

T: Niin... kuulostaa siltä että sä uskot että se sun kasvojen laserointi ratkasis sitten monta asiaa, ja sä ajattelet että sun ois sen toimenpiteen jälkeen helpompi olla ittes kanssa..

A: Niin..vaikka voishan se olla että mä sitten ottasin jonkin toisen ominaisuuden.

T: Niin minäkin ajattelisin että siinä voisi käydä. Mitä mieltä sä oot sellasesta ajatuksesta, että tää pulma oliskin sun mielessä eikä sun ihossa?

A: Ei. Kyllä se on mun ihossa kiinni.

T: Niin, sä uskot että se on.

A: On se. Se helpottas mun oloa kyllä...Mun on vaikee nähdä jonakin psyykkisenä ongelmana sitä mitä mä nään peilissä.”

Näihin ulkonäköön liittyviin skeemaattisiin uskomuksiin asiakkaan on kaikkein vaikeinta ollut rakentaa refleksiivistä suhdetta ja nähdä niiden subjektiivista uskomusluonnetta.

3.4 *Suhteiden ymmärtäminen*

Sellaista oman mielen sisäisten prosessien reflektointia, jossa terapia-asiakas tarkasteli näiden tapahtumien sisäisiä syy-yhteyksiä tai motivaatiotekijöitä, esiintyi tallenteissa kaiken kaikkiaan

suhteellisen vähän ja epäonnistuneiden itsereflektioiden osuus pysyi koko tutkimusjakson ajan suhteellisen korkeana. Yleisesti ottaen kuitenkin tähän luokkaan kuuluvissa itsereflektioissa onnistumiset hieman lisääntyivät ja epäonnistumiset hieman vähenivät.

Istunnossa numero 2 mielensisäisten prosessien seuraantojen ja motivaatiotekijöiden tarkastelua ja tarkasteluyrityksiä oli enemmän kuin muissa tallennetuissa istunnoissa. Se, että terapia-asiakas tässä siirtyi työskentelemään pidemmäksi aikaa istuntoa metakognitiivisesti korkeammalle tasolle kuin ennen ja jälkeen tämän istunnon, saattoi johtua tämän istunnon sisällöllisestä aihealueesta. Tässä istunnossa keskityttiin koko istunnon ajan tarkastelemaan terapia-asiakkaan kokemuksia opiskelijatapaamisesta, jossa hän oli tutustunut toiseen opiskelijaan. Syömiseen tai ulkonäköön liittyvät teemat, joihin liittyviä sisäisiä prosessejaan asiakkaan oli huomattavasti vaikeampi reflektoiden tarkastella, jäivät tällä kertaa hyvin vähälle käsittelylle. Sosiaalisen jännittämisen teema oli kaiken kaikkiaan aihe, johon liittyviin kokemuksiinsa terapia-asiakas kykeni ensimmäisen terapiavuoden aikana vähitellen rakentamaan refleksiivisempää ja agenttisempää suhdetta.

3.5. Integraatio

Integraatioluokat IR8 ja IR9 edustavat itsereflektiotoimintojen korkeinta tasoa. Tämäntasoista itsereflektointia alkoi ilmaantua terapia-asiakkaan puheeseen ajallisesti vasta viimeisessä tallenteessa eli ajankohtana, jolloin terapia oli kestänyt lähes vuoden. Ajallisesti aikaisemmista tallenteista terapia-asiakkaan puheesta on löydettävissä ainoastaan yksi, joskin epäonnistunut, yritys rakentaa reflektiivinen, eri osatekijöiden suhteita kokonaisvaltaisesti tarkasteleva mielen sisältöjen kuvaus. Myöskään terapeutin avoimet kysymykset, pyynnöt kertoa omasta elämänhistoriasta tai kuvata esimerkiksi jotakin muutosprosessia eivät ensimmäisen terapiavuoden aikana tuntuneet avaavan asiakkaalle mahdollisuutta tällaiseen integroivaan tarkasteluun, jota jossakin määrin alkoi esiintyä kyseisen terapia-asiakkaan puheessa vasta toisen terapiavuoden aikana. Ajallisesti ja sisällöllisesti integroivien kokonaisvaltaisten narratiivien vähyyttä voi myös osin selittää terapia-asiakkaalle ominainen, kokonaisuusien sijasta yksityiskohtiin keskittyvä kognitiivinen tyyli. Toinen mahdollinen selittäjä voisi olla pitkäaikaisen sosiaalisten tilanteiden pelon kautta asiakkaalle rakentunut ”sosiaalisen jännittäjän identiteetti” ja siihen liittyvä kielellisen kommunikoinnin niukkuus vuorovaikutustilanteissa, terapiatilanteet mukaan lukien.

4. Pohdinta

Tässä tutkielmassani halusin kuvata laihuushäiriöisen terapia-asiakkaan ensimmäisen terapiavuoden aikana psykoterapiaistunnoissa esiintyneitä itsereflektiotoimintoja ja niissä tapahtuneita muutoksia. Aineistona käytin viittä translitteroitua terapiaistuntoa, jotka on äänitallennettu noin kahden kuukauden välein ensimmäisen terapiavuoden aikana. Analysoin aineiston Semerarin ym. (2003) kehittämän *Metacognition Assesment Scalen* eli MAS-arviointimenetelmän *Itsereflektio*-asteikon mukaan.

Itsereflektioprosesseilla olen viitannut metakognitiivisten taitojen osa-alueeseen, jossa on kyse kyvystä olla tietoinen oman mielen sisäisistä prosesseista ja käsitellä niitä (Hakanen 2007). Samoihin prosesseihin olen viitannut myös refleksiivisyyden käsitteellä, joka on suomalaisessa konstruktivistisessä psykoterapiakirjallisuudessa vakiintunut termi (esim. Toskala & Hartikainen, 2005).

Tutkimuksissa on todettu, että anorektisesti häiriytyneille on tyypillistä ambivalentti minätietoisuus ja tavallista suurempi vaikeus lähestyä ja saada kosketusta oman mielen prosesseihin, usein erityisesti tunteisiin. Syömishäiriöisten itsehavainnointia luonnehtii myös tila- ja tilannesidonnaisuus, joka liittyy minäorganisaation haurauteen ja vaikeuteen kokea minuudessa jatkuvuutta. Kaiken kaikkiaan anorektisiin syömishäiriöihin liittyy usein merkittäviä metakognitiivisen prosessoinnin puutteita (Shafran ym., 2007; Gillberg ym., 2007).

Tutkielmani tärkeimpänä kysymyksenä oli se, muuttuiko syömishäiriöisen terapia-asiakkaan suhde omiin psyykkisiin prosesseihinsa refleksiivisemmäksi ja integroituneemmaksi ensimmäisen terapiavuoden aikana. Kokonaisuutena ottaen tulokseni viittaavat siihen, että johdonmukaista tämänsuuntaista muutosta ei tutkimusjakson aikana tapahtunut. Hakanen (2007) tähdentää sitä, että itsereflektioprosessien muutoksia tarkasteltaessa on välttämätöntä kiinnittää huomiota myös siihen, millä itsereflektion hierarkkisella tasolla asiakas toimii. Viitteitä jonkinasteista siirtymästä työskentelyyn korkeammilla itsereflektion tasoilla tutkimusjakson aikana oli omalla asiakkaallani nähtävissä yhtäältä perusluonteisten itsereflektioiden lukumäärän vähenemisenä ja toisaalta kokonaisvaltaisesti oman mielen integroivan tarkastelun onnistumisena aivan tutkimusjakson loppupuolella. Muutoin kokonaiskuvaa tapahtuneiden muutosten osalta luonnehti vaihtelevuus, mikä sinänsä sopii kuvaan syömishäiriöisen henkilön itsehavainnoinnin ja minuuskokemuksen tila- ja tilannesidonnaisuudesta ja epäjatkuvuudesta.

Semerari ym. (2003) olettavat, että itsereflektiotoiminnot profiloituvat häiriökohtaisesti. Sekä Semerarin tutkimusryhmän pilottitutkimukset että tiedossani olevat suomalaiset, itsereflektion muutoksiin keskittyvät tapaustarkastelut (Alander, 2007; Hakanen, 2007) ovat kohdistuneet persoonallisuudeltaan ja tunne-elämältään epävakaisiin terapia-asiakkaisiin. Anorektisten terapia-asiakkaiden osalta vastaavia tutkimuksia ei ole tiedossani, joten tekemiäni tutkimushavaintoja ei ole mahdollista verrata samaan häiriöryhmään liittyviin vastaaviin tutkimustuloksiin. Oman tutkimusasiakkaani itsereflektiotoimintoja koskevissa tuloksissa näyttää kuitenkin olevan yhtymäkohtia Alanderin (2007) löydöksiin siinä suhteessa, että kokonaisuutena ottaen selkeästä itsereflektiotoimintojen paranemisesta ei tässäkään tutkimuksessa saatu näyttöä eikä edes selkeitä viitteitä. Hakasen (2007) kahden vuoden mittaisen terapiajakson kattavassa tutkimuksessa havaittiin jo ensimmäisen terapiavuoden aikana positiivinen muutos tutkimusasiakkaan kyvyssä tunnistaa käsitystensä representationaalista luonnetta. Vastaava muutos näytti tapahtuneen oman terapia-asiakkaani metakognitiivisessa prosessoinnissa. Ensimmäisen terapiavuoden aikana asiakkaani saavutti refleksiivistä suhdetta omiin uskomuksiinsa ja käsityksiinsä, alkoi ymmärtää niiden representationaalista luonnetta paremmin ja kykeni vähitellen tarkastelemaan niitä myös kriittisesti ja kyseenalaistaen. Sisällöllisesti näissä oli kyse yhtäältä vuorovaikutukseen tai sosiaalisiin tilanteisiin ja toisaalta asiakkaan ulkonäköön liittyvistä uskomuksista. Tähän kysymykseen palaan tuonnempana.

Toinen tutkimuskysymykseni koski sitä, vähenivätkö epäonnistumiset terapia-asiakkaan itsereflektoinnissa ensimmäisen terapiavuoden aikana. Semerarin ym. (2003) oletushan oli, että psykoterapian tuloksellisuus voisi näkyä paitsi itsereflektiotoimintojen onnistumisten lisääntymisenä, myös niiden epäonnistumisten vähenemisenä. Omassa tutkimuksessani epäonnistuneiden itsereflektiotoimintojen lukumäärän lasku ensimmäisen terapiavuoden aikana oli ainoa jokseenkin johdonmukaiselta näyttänyt muutos. Tulokseni siis tältä osin näyttivät tukevan Semerarin ym. (2003) oletusta. Varsinkin irrationaalisten ja dysfunktionaalisten uskomusten määrässä tapahtui selkeä väheneminen, joka oli erityisen voimakas tutkimusjakson alkupuolella. Tällaista uskomustason muutosta on kuitenkin mielestäni syytä pitää vain rajallisena eikä missään tapauksessa riittävänä psykoterapian tuloksellisuuden indikaattorina, koska se tavoittaa kuitenkin vain suhteellisen pintapuolisen osan syömishäiriöihin liittyvästä psyykkisestä problematiikasta.

Kuten johdannossa jo mainitsin, syömishäiriöiden hoidossa nimenomaan emotionaalisen tietoisuuden ja tunteiden säätely on psykoterapiatutkimuksen piirissä yleisesti alettu nähdä

syömishäiriöiden ydinpatologiana, jonka normalisoituminen on häiriytyneen syömisen korjaantumisen ohella haluttu asettaa keskeiseksi hoidon tuloksellisuuden kriteeriksi (Corstorphine, 2006; Roth & Fonagy, 2005). Tutkielmani kolmas kysymys liittyikin tähän tematiikkaan, jonka osalta halusin selvittää sekä sitä, minkälaisia muutoksia terapia-asiakkaan tunteiden säätelyssä tapahtui ensimmäisen terapiavuoden aikana että sitä, minkälaisessa yhteydessä nämä muutokset olivat muihin itsereflektoinnissa tapahtuneisiin muutoksiin. Tunteiden säätely on tässä tutkielmassa ymmärretty itsereflektion osaksi, jossa on kyse kyvystä reflektoida omia tunnetiloja sekä nimetä tunteita tarkasti ja tunnistaa niiden syyt, tehtävät ja arvo (Hakanen, 2007; Linehan, 1993).

Omien tunteiden reflektoinnin osalta tutkimusasiakkaani metakognitiivisissa taidoissa näytti ensimmäisen terapiavuoden aikana tapahtuneen se muutos, että tunteiden tunnistamisessa ja erittelyssä tapahtuneet epäonnistumiset vähenivät. Terapia-asiakkaani alkoi löytää eritellympiä kuvauksia ja sanoja tunteilleen ja tunnistaa paremmin myös sitä, mihin hänen tunteensa kohdistuivat. Asiakkaani alkoi myös vähitellen saada uudenlaista jäsennystä omille tunteilleen, ymmärtää niiden merkitystä ja antaa niille aiempaa enemmän arvoa. Näitä muutoksia, joita asiakkaani suhteessa emootioihinsa jo ensimmäisen terapiavuoden aikana tapahtui – ja jotka ilmenevät myös terapiatuntien äänitallenteissa – tutkielmassani käytetty MAS-asteikko tavoittaa vain osittain. MAS-asteikkohan on kehitetty nimenomaisesti *itsereflektiivisten prosessointitapojen* analysointiin, jollaisena sen avulla ei voida tavoittaa eikä saada näkyviin sellaisia sisällöllisiä emotionaalisen prosessoinnin muutoksia, joilla on keskeistä merkitystä syömishäiriöihin liittyvässä psyykkisessä problematiikassa. Esimerkiksi sen, että asiakkaani jo ensimmäisen terapiavuoden päättyessä kykeni tunnistamaan ja refleктоimaan useampia erilaisia tunteita erilaisine vivahteineen verrattuna terapian alkuvaiheiden kapea-alaiseen tunnekirjoon, pelkkiin prosessointitapojen esiintymisfrekvenssien laskemiseen perustuva MAS- mittari tavoittaa vain osittain. Psykkisen eheytyksen kannalta olennainen tunteiden uudelleenstrukturoituminen ja integroituminen tulevat myös hyvin ohuesti tavoitetuksi MAS-asteikolla, joka ei myöskään tavoita eroa primaaristen ja sekundaaristen sekä adaptiivisten ja epäadaptiivisten tunteiden välillä. Näiden tunteiden (keskinäisten suhteiden) uudelleen strukturoituminen on tärkeä terapeutin muutos, jollaisen orastamisesta on löydettävissä merkkejä asiakkaani ensimmäisen terapiavuoden loppupuolen istuntotallenteista.

Yksi keskeinen havainto omassa tutkielmassani koski tutkimusasiakkaani itsereflektiotoimintojen tason vaihtelevuutta ajankohdasta toiseen. Vaikka varhaisimman ja viimeisimmän tallennetun

terapiaistunnon välillä on havaittavissa selkeä ero siinä, millä metakognitiivisella tasolla asiakkaani kykenee niissä toimimaan, näiden istuntojen väliin sijoittuvissa tallenteissa ei tässä suhteessa ole havaittavissa johdonmukaista kehityssuuntaa. Jouduin käytännön syistä rajoittamaan tutkimusaineiston vain viiteen istuntotallenteeseen. Tällaisessa asetelmassa tilannekohtaisia ym. satunnaisia vaihteluja on vaikea erottaa systemaattisemmasta muutoksesta. Toisaalta havaituissa vaihteluissa voi olla kyse myös syömishäiriöisille tyypillisestä psyykkisestä epäjatkuvuudesta ja ambivalenssista.

Syömishäiriöihin liittyvä minuuskokemuksen ja yleensäkin psyykkisten prosessien epäjatkuvuus, epävakaas ja ristiriitaisuus muodostuvat haasteiksi näiden häiriöiden psykoterapeuttiselle hoitamiselle. Psykoterapian näkökulmasta syömishäiriötä pidetään yleisesti minuuden häiriönä, jolloin syömisoireet nähdään yrityksenä rakentaa ja ylläpitää omaa minuutta sekä säädellä tunteita. Häiriytynyt syömiskäyttäytyminen kohentaa ainakin tilapäisesti mielialaa tai toimii dissosiativisena tunteidensäätelyn strategiana, jonka avulla voimakkaita tunnetilojen vaihteluita voidaan välttää (Goss & Gilbert, 2007). Oireilun adaptiivisen funktion vuoksi oireista luopumisesta tulee usein vaikea, hidas ja ambivalentin suhtautumisen läpäisemä prosessi.

Erityisesti anorektisten häiriöiden psykoterapioissa edistymisen hitaus on tyypillistä, mihin oireilun ja hoitomotivaation ambivalenttiuden lisäksi liittyvät monet psykofysiologiseen tilaan yhteydessä olevat informaation, myös metakognitiivisen informaation prosessoinnin vaikeudet. Näissä suhteissa oman tutkielmani tulokset sopivat syömishäiriöiden psykoterapiaa koskevan tutkimuksen pohjalta rakentuvaan kuvaan laihuushäiriöiden hitaasta paranemisesta.

Epilogi

Tätä kirjoittaessani terapia-asiakkaani toinen vuosi psykoterapiassa on päättymässä. Nykyisin hän kykenee tunnistamaan, sietämään ja säätelämään tunteitaan aiempaa paremmin, mikä on merkinnyt mm. sitä että hän on kyennyt olemaan sekä opiskeluun että vapaa-aikaan liittyvissä sosiaalisissa tilanteissa liiallisesti ahdistumatta ja menettämättä toimintakykyään. Hän on ensimmäistä kertaa sitten lukiovuosiensa kesätyössä, joka nykyisellään sisältää runsaasti sosiaalisia vuorovaikutustilanteita. Hän muutti kesän alussa asumaan yhteen poikaystävänsä kanssa ja on hakeutumassa omaa kiinnostustaan ja edellytyksiään nykyistä paremmin vastaavalle koulutusallalle. Asiakkaani suhde ruokaan ja syömiseen sekä syömisen säätely on tullut joustavammaksi ja

enemmän omista tarpeista lähteväksi kuin aikaisemmin. Mikään anorektisen syömishäiriön diagnostisista kriteereistä ei hänen kohdallaan enää täyty. Tämä tapaustutkimus on tehty ja raportoitu hänen luvallaan.

Lähteet

- Alander, E. (2007). ” Sanat eivät riitä kertomaan” – dissosioivan potilaan itsereflektio ensimmäisenä terapiavuotena. Lopputyö. Kognitiivisen psykoterapian vaativan erityistason koulutus 2005–2007. Psykoterapian opetus- ja tutkimuskliniikka, Jyväskylän yliopisto ja Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry.
- Bers, S. A., Blatt, S. J., & Dolinsky, A. (2004). The sense of self in anorexia-nervosa patients: A psychoanalytically informed method for studying self representation. *Psychoanalytic Study of the Child* 59, 294–315.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. & Consoli, S.M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 37, 321–329.
- Charpantier, P. (2007). Syömishäiriöt. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila . & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia* (ss. 271–292). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behavioral therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review* 14, 448-461.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist* 34, 906-911.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Eynat Zubery, E. & Jeczmiën, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety* 23, 331–339.

- Gillberg, I.C., Råstam, M. & Wentz, E. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after the onset of eating disorder. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology* 29, 170-178.
- Goss, K. & Gilbert, P. (2007). Eating disorders, shame and pride. A cognitive-behavioural functional analysis. Teoksessa P. Gilbert. & J..Miles. (toim.) *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (ss. 219- 255). East Sussex: Routledge.
- Guidano, V. (1991). *The Self in Process*. New York: The Guilford Press.
- Guidano, V. & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Hakanen, A. (2007). Epävakaan persoonallisuuden eheytyminen itsereflektion muutosprosessin valossa. Teoksessa A. Hakanen, A.– M. Kokko (toim.) *Näkökulmia psykoterapiatyöhön – kognitiivis-konstruktivistista psykoterapiaa teoriassa ja käytännössä* (ss. 214-238). Keuruu: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.
- Kuusinen, K-L. (2001). Syömishäiriöt. Teoksessa S.Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia* (ss. 210–224). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Mäntymaa, K. (2007). Tunteiden säätely obsessiivisessa ja syömishäiriöisessä merkitysorganisaatiossa. Teoksessa A. Hakanen & A.-M. Kokko (toim.) *Näkökulmia psykoterapiatyöhön – kognitiivis-konstruktivistista psykoterapiaa teoriassa ja käytännössä* (ss. 239-257). Keuruu: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.
- Picardi A. (2003). First steps in the assessment of cognitive-emotional organization within the framework of Guidano's model of the Self. *Psychotherapy & Psychosomatics* 72,363-365.
- Ringer, F. & Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review* 15, 119-130.

- Roth A. & Fonagy P. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Shafraan, R., Lee, M., Cooper, Z., Palmer, R.L. & Fairburn, C.G. (2007). Attentional bias in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40, 369–380.
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* 34, 54-58.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone F., Nicolo G., Procacci M. & Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 238-261.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M., & Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 41, 561–568.
- Toskala A. & Hartikainen K. (2005). *Minuuden rakentuminen. Psykkinen kehitys ja kognitiivis-konstruktiiivinen psykoterapia*. Keuruu: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.
- Treasure J. (2006). Where do eating disorders lie on the diagnostic spectrum and what does it mean? *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 27-31.
- Ward, W.A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedittini, M. & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders* 28, 370–376.