

Terapiasuhteen ongelmat epävakaaan persoonallisuus-häiriön psykoterapiassa - epäonnistumisen vai hyvän hoitotuloksen merkkejä

Jyri Tamminen

1. Lähtökohdat ja kysymyksenasettelu

Kiinnostukseni otsikon ilmiöön juontaa nuorisopsykiatrisesta työstäni vaikeasti traumatisoituneiden nuorten kanssa. He saattavat lyhyessä ajassa, jopa yhden terapiakäynnin aikana, dramaattisesti pyytää apua, näyttää välinpitämättömiltä, ilmoittaa haluavansa lopettaa haitallisen terapian ja kertoa pelkäävänsä vahingoittavansa läheisiään. Terapeutin aktiivista interventiota on tällöin vaikeaa erottaa passiivisesta ajautumisesta asiakkaan pyörremyrskymäisten kriisien imuun. Tällaisen istunnon jälkeen terapeuttina tuntee itsensä samanaikaisesti tärkeäksi ja arvostetuksi, mutta myös uhatuksi ja halveksituksi. Tilanne tuntuu ajoittain analogiselta tuholaisentorjujaan, joka myrkyttää taloa termiittien varalta, vaikka talo on samanaikaisesti ilmiliekeissä. Lukijalle ei tulle yllätyksenä, että kyseisiä potilaita käsitteellistetään hoidossa ”rajatilapotilaina”.

Termi ”rajatila” on ajatuksia herättävä. Yhtäältä ”raja” sanana assosioituu mielestäni kuvaavasti siihen veitsenterällä kävelemistä muistuttavaan dialektiikkaan, jota näiden

potilaiden eläminen, oleminen ja oireilu on – samoin kuin heidän hoitamisensa. Toisaalta termin alkuperä kuvaa epäilyttävää ja leimaavaa suhtautumistamme tähän potilasryhmään. Adolf Stern käytti käsitettä ensimmäistä kertaa vuonna 1938 kuvaamaan potilasryhmää, joka ei ollut neuroottista tai psykoottista *eikä hyötynyt psykoterapeuttisesta hoidosta*. Ajatus vaikeahoitaisuudesta on siis ollut kyseisen potilasryhmän määrittäjä alusta alkaen. Psykiatrian käyttämässä käsitteistössä rajatilapotilaat myös ”splittaavat”, ”ajeeraavat” ja ”manipuloivat”. Osastoyhteisöissä ajatellaan myös monesti, että osastohenkilökunnan vuorovaikutus- ja organisaatio-ongelmat ovat heijastusta potilaiden, erityisesti rajatilapotilaiden patologiasta. Psykoottisuuden poisrajaaminen määritelmässä on myös tarkoittanut hieman provosoivasti ilmaisten sitä, että he eivät ole ”kunnolla hulluja”, jolloin on lähellä ajatus, että rajatilapotilaat eivät käyttäydy itselleen ja muille vahingollisella tavalla irrationaalisesti ”hulluuttaan” vaan intentionaalisesti – ehkä ”ilkeyttään”. Rajatilapotilaille on siis lastattu taakka, jonka keskeinen sisältö kuvaa heidän hoitohenkilökunnalle aiheuttamaansa harmia ja kärsimystä lähes yhtä paljon kuin heidän omaa kärsimystään.

Käyttämämme kieli ohjaa suhtautumistamme todellisuuteen ja sille antamiimme merkityksiin, tässä tapauksessa siis rajatilapotilaisiin. ”Rajatila” käsitteen kohdalla voi pahimmillaan käydä niin, että kyseessä ei ole niinkään potilaan ymmärtämistä auttava käsitteellistys, vaan empatiaa haittaava leima. DSM-IV ja ICD-10 -järjestelmiä käytettäessä ymmärtämisen mahdollisuutta vähentää kuvaileva diagnostiikka, jolloin ei pohdita etiologiaa, vaan kuvataan ja luokitellaan ilmiötä. Tämä lisää luonnollisesti diagnoosin käsitevaliditeettia, mutta voi vähentää potilaan hoitamista ja ymmärtämistä helpottavaa ajattelua. Ongelmat myös tulevat määritellyksi *potilaan pysyvinä ominaisuuksina* – potilas on epäluuloinen, epävakaa jne. Käyttäytymistavoista tulee historiattomia ominaisuuksia, verbeistä substantiiveja ja prosesseista entiteettejä. Jos etiologia unohtuu, vaarana on tahaton implisiittinen ajatus siitä, että ne ovat *potilaan ominaisuuksia, joista hän on jotenkin vastuussa*. Linehanin (1993a) mukaan manipuloivaksi arvioidun rajatilapotilaan tilanne on analoginen sille, että sanoisimme suuresta palovammasta kärsivää tuskaisaa potilasta ”kipuilevaksi” ja olettaisimme olevan hänen vallassaan lopettaa irrationaalinen kipuilu. Kummassakaan tapauksessa potilaan tuska ei selity potilaan, vaan hänen kohtaamiensa vammojen kautta, joihin hän pyrkii saamaan helpotusta ja hoivaa ainoilla tilanteessaan osaamillaan keinoilla. On helppo ajatella, mikä vaikutus palovamman hoitoon olisi sillä, jos se tulkittaisiin kipuiluksi. Joskus näin käy vaikeasti traumatisoituneen potilaan kanssa, jos hänet diagnosoidaan rajatilapersoonallisuudeksi. Tämän rajatilakäsitteen historiallisen painolastin vuoksi käytän

jatkossa kielellisesti hieman kömpelöä käsitettä *epävakaata persoonallisuushäiriö* tai lyhennettä EVP.

EVP-potilaiden kanssa työtä tehneet tietävät äärimmäisen kuormittavuuden, joka heidän hoitamiseensa liittyy, ja jota kuvasin esseen ensimmäisessä kappaleessa. Aloin pohtia, löytyisikö käsitejärjestelmää, joka mahdollistaisi näiden potilaiden hoitamiseen liittyvien ilmiöiden kuvaamisen siten, että ymmärrystä ja empatiaa olisi mahdollista kohdistaa sekä terapeuttiin, joka yrittää parhaansa mukaan hoitaa potilastaan että potilaaseen, joka kärsii suunnattomasti eikä pysty hallitsemaan elämäänsä. Minkälainen käsitejärjestelmä voisi olla toteava, arvottomaton ja voisi auttaa terapeuttia ”havainnoimaan, ilman että uppoudumme tunnekokemukseen ja kokemaan reagoimatta kokemukseen”, kuten Linehan (1993b) neuvoo psykoedukaatiomateriaalissaan EVP-potilaita? Minkälainen käsitteellistäminen johdattelisi terapeutin ja potilaan yhdessä kamppailemaan yhteisten vaikeuksien voittamiseksi? Millainen käsitteellistäminen auttaisi terapeuttia ottamaan refleksiivisen, omasta narsismistaan vapaan metatason perspektiivin tilanteeseen? Tältä pohjalta olen asettanut artikkelini peruskysymyksen seuraavasti: Miten voidaan ymmärtää terapeutin ja epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän potilaan vuorovaikutuksessa äkillisesti tapahtuvia rajuja muutoksia ja niihin liittyviä vaikeuksia?

Artikkeli jakautuu kolmeen osaan. Ensimmäisessä osassa pyrin hahmottelemaan epävakaata persoonallisuutta ja traumatisoitumista psykiatrisen diagnostiikan ja tunteensäätelyn sekä jonkin verran aivojen toiminnan näkökulmasta. Toisessa osassa pyrin kuvaamaan EVP-oireilua kiintymyssuhdeteorian, varhaiseen traumatisoitumisen ja tunteensäätelyn biologian näkökulmasta. Kolmannessa osassa yritän käsitteellistää EVP-potilaan ja terapeutin vuorovaikutusta Youngin (2003) kehittämän skeematerapian moodimallin ja kiintymyssuhdeteorian avulla.

Valotan artikkelin kysymyksiä terapiakatkelmilla, jotka ovat ”Lisan”, 20-vuotiaan EVP:stä kärsivän potilaan terapian toiselta vuodelta. Hänen historiansa on erittäin traumaattinen. Varhaislapsuudessa kiintymyshahmot laiminlöivät häntä ja olivat väkivaltaisia sekä toistuvasti seksuaalisesti riistäviä. Nuoruusiässä hän koki toistuvia traumoja. Hänen terapiassaan kohtasin jatkuvasti tuntemuksia, joita kuvasin johdantokappaleessa. Vuorovaikutuksessa toistuivat jatkuvasti äärimmäiset muutokset, joita minun oli äärimmäisen vaikea ymmärtää, ja joissa koin olevani usein kaksoissidosmaisessa ansassa maalattuna nurkkaan ilman ulospääsyä. Tätä kuvaa seuraava terapiakatelma

Terapeutti: *niin, miten... olisin kiinnostunut, miten juuri sä kuvaat tuota olotilaa, kaosaahdistusta, miten, missä se tuntuu, jotta voitaisiin...*

Lisa: *(keskeyttää raivostuneena) mä olen aivan vittu kyllästynyt kertomaan, kuvaamaan ja analysoimaan itseäni. Mä haluan, että joskus joku kertoisi mulle, mikä mulla on, miten mä selviän, (äänensävy muuttuu lapsenomaiseksi) auttais, en mä itse tiedä mikä mulla on, siks mä olen täällä, ei kukaan voi auttaa mua... (itkee) mikä mulla on, voi. (ilme vihastuu)*

T: *mulle syntyy kuva, että sä olet tällä hetkellä todella vihainen mulle, ja, voin tietysti olla ihan väärässä, mutta vaikuttaa, että se on sulle tosi vaikea kokemus, ja*

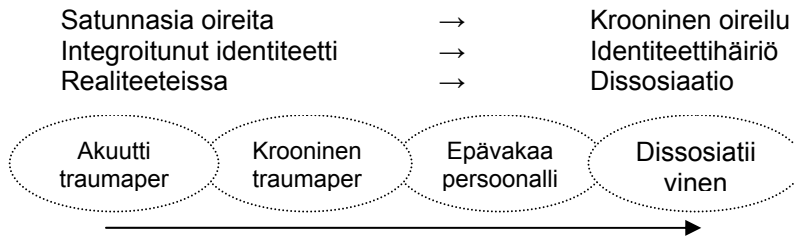
L: *Vitut olen vihainen. Turha tässä on mitään kertoa tai puhua, ku sä kuitenkin tiedät paremmin miltä musta tuntuu. Tää on hyödytöntä, sä et koskaan halua kuunnella miten mä koen, mitä hyötyä, kun sä aina tiedät paremmin mun asiat kun mä itse. Sä vaan puhut, et ikinä kuuntele mitä mulla olis sanottavana.*

2. Epävakaata persoonallisuutta kroonistuneena traumaperäisenä häiriönä

Kuvaileva diagnostinen käsitteellistys on tietysti jonkinlainen karkea lähtökohta potilaan oireilun hahmottamiselle. Verrattuna dimensionaaliseen diagnosointiin kategorinen diagnoosijärjestelmä sinällään pitää sisällään ongelmia, joihin tämän artikkelin puitteissa ei voi puuttua (Allen 2001). Monien psykiatristen diagnoosien ympärille on kuitenkin hahmottumassa osittain uniikki tai ainakin tyypillinen etiologiansa. B-klusterin eli dramaattisen spektrin persoonallisuushäiriöiden etiologiassa yhtenä yhdistävänä tekijänä ovat vaikeat ja toistuvat traumakokemukset. Tutkimuksissa on havaittu, että EVP-potilaista 70-90% on kokenut toistuvaa, vakavaa ja varhaista traumatisoitumista (Allen 2001). Esim. Hermanin ym. (1989) tutkimuksessa verrattiin eri persoonallisuushäiriödiagnoosin saaneita potilasryhmiä. Alle 6-vuotiaana tapahtunutta vakavaa psyykkistä kaltoinkohtelua ja vakavaa seksuaalista traumatisoitumista (mm. hyväksikäyttö) löytyi lähes yksinomaan EVP-potilailta.

EVP-oireilun luonne on posttraumaattisten häiriöiden kaltaista ja sen vakavuus vaihtelee usein potilaan yleisen elämäntilannekuormituksen mukaan. Esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön DSM-IV kriteerioireina ovat ”traumaattisen tapahtuman dissosiativinen uudelleen eläminen” ja ”tuntemukset, jotka heijastelevat ikään kuin traumaattisen tapahtuman

toistumista”. EVP:n kriteeristöissä puolestaan ovat mm. ”kiihkeät yritykset välttää todelliselta tai kuvitellulta hylkäämiseltä” ja ”hetkellinen stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai dissosiativinen oireilu” (DSM - IV). Siten mm. Allen (2001) ja osin Linehan (1993a) esittävät, että EVP voitaisiin nähdä *kroonistuneena, kompleksisena posttraumaattisena häiriönä*. Tätä voitaisiin havainnollistaa jatkumona (kuva 1).



Kuvio 1. Traumaperäinen stressihäiriö. EVP ja DID

Vakavan psyykkisen oireilun traumaetiologiaa tutkittaessa erotetaan toisistaan yleensä 1-tyyppin ja 2-tyyppin traumat, eli kertaluonteiset vaikeat tapahtumat ja jatkuva altistuminen toistuville traumoille. Traumatyyppin merkitys oireilun vakavuudelle ja kestolle on erittäin suuri, sillä 2-tyyppin trauma aiheuttaa huomattavasti vaikeampaa oireilua. EVP- ja DID-potilaiden etiologiassa on todettu nimenomaan 2-tyyppin traumatisoitumista (Allen 2001).

Näitä häiriöitä voidaan modernien aivotutkimusten valossa tarkastella myös kroonisina psykosomaattisina sairauksina, sillä toistuva traumatisoituminen aiheuttaa muutoksia aivojen toiminnassa. Psykofysiologisesta vaaraan varautumisesta tulee aivojen normaali olotila. Aivotasolla muutokset näkyvät mm. vaaraan varautumiseen liittyvissä LC-NE (locus coeruleus-norepinephrine) ja HPA(hypothalamic-pituitary-adrenal) –aivojärjestelmissä, joiden toiminta muuttuu pysyvästi siten, että sairastuneen aivot toimivat jatkuvasti kuten terveellä akuutissa vaaratilanteessa. Toistuvien traumojen kohottaman kortisolitason on havaittu aiheuttavan mm. hippokampuksen ja amygdalan kutistumista ja siten muistitoimintojen häiriintymistä, jolloin myös tunteiden säätelyjärjestelmä häiriintyy (Allen 2001). Schmahl ym. (2003) on osoittanut, että EVP-potilaiden aivovasteet hylätyksi joutumiselle ovat samankaltaiset kuin akuutista traumaperäisestä häiriössä kärsivän potilaan. EVP-potilaiden aivokuvantamisesta löytyi myös samankaltaisuuksia emoistaan erotettujen reesusapinoiden kanssa. Edellä kuvattu aivotason psykosomaattinen näkökulma on Allenin mukaan hoidollisesti merkittävä psykoedukaation väline, joka selittää potilaalle itselleen usein täysin käsittämättömän käyttäytymisen itsestään pysymistä hänen muutosyrityksistään huolimatta

(Allen 2001). Samoin psykosomaattinen malli lisää myös terapeutin välineitä ymmärtää potilaan äkillisiä mielialan ja käyttäytymisen muutoksia.

Käyttäytymisen ja kokemisen tasolla aivojen toiminnalliset muutokset näkyvät mm. jatkuvana ylivireystilana, tunkeutuvina mielikuvina, katastrofitulkintoina, liioiteltuina reaktiona ärsykkeisiin ja eriateisena paranoiana ja herkkyytenä nähdä alkuperäiseen traumaan viittaavia varoitusmerkkejä joka puolella (Allen 2001). Näin voi käydä esim. terapiatilanteessa:

Terapian 31. käynnillä Lisa sai psykoottisia oireita, kun sovitusti viikkojen valmistelun jälkeen aloimme kuvata istuntoa työnohjaustani varten. Käy ilmi, että hänet toistuvasti raiskannut isäpuoli oli kuvannut raiskauksia videokameralla. Myöhemmin terapiassa Lisa kuvaa traumaan etäisesti liittyvien havaintojen laukaisemia dissosiaatio-oireita ”*automaattivideoiksi, jotka käynnistyvät mun päässä*”.

Vakavan kiintymyssuhdetrauman kokeneen potilaan muistijärjestelmien toiminta häiriintyy. Hän ei pysty aktiivisesti tavoittamaan elämänsä tapahtumia (elämäkertamuisti), mutta laukaisevan ärsykkeen voimasta ne voivat tunkeutuen palautua mieleen yhtä intensiivisinä kuin tapahtuisivat juuri nyt (proseduraalinen muisti). Koska uhrin muistamista alkaa hallita proseduraalinen muistijärjestelmä ja elämäkertamuistin toiminta hajoaa, ei hänelle rakennu ehjää kertomusta omasta elämästään. Psykologisella tasolla tästä seuraa traumamuiston lohkoutuminen itsen ulkopuolelle ja siten oman kokemuksen integroitumattomuus, jolloin myös oma minuus pirstaloituu. Psykkisten rakenteiden sirpaleisuuden johdosta aiemmat traumaattiset elämykset aktivoituvat arkisista laukaisevista havainnoista, jolloin kokemuksen kronologia häiriintyy. Samalla vaurioituu agenttisuuden kokemus omasta elämästä. EVP-potilaat kokevat mahdottomaksi suunnitella elämäänsä, koska he eivät pysty hallitsemaan edes lähimenneisyyden tapahtumien mieleen ilmaantumista (Allen 2001; Fonagy 2005; Liotti 2000; Young 2003). Hoidossa tämä tekee erittäin vaikeaksi monien kognitiivisen psykoterapiatekniikoiden käytön, koska muistiongelmien vuoksi mm. kotitehtävien toteutumista on vaikea arvioida jälkikäteen:

Lisan, jonka WAISilla mitattu älykkyysosamäärä oli 132, oli vaikea jäsentää kulunutta viikkoa. Elämänsä hän muisti yksittäisinä episodeina, joiden muistamista hän ei osannut hallita, vaan ne tunkeutuivat mieleen tahdosta riippumatta, kuten Lisan päiväkirjaotteessa:

”Olen kyllästynyt seuraamaan omaa elämääni sivusta. En jaksa olla enää minä ja se ongelmatapaus, jonka elämää seuran. En halua tapahtua, haluan tehdä. Minä vain

odotan, milloin joku tunnepommi räjähtää, ja miten siihen reagoin, luovutanko, pakenenko, panenko hanttiin. Haluaisin voida suunnitella, mutta minä en pysty.”

2.1. Kiintymyssuhdetrauman etiologinen merkitys EVP:n kehittymiseen

Tutkimusten perusteella näyttää siltä, ettei samanasteinen varhaislapsuutta myöhäisempi 2-tyypin traumatisoituminen aiheuta kaikille yhtä vaikeaa psykopatologiaa. Samoin on olemassa EVP-potilaita, joiden historiasta ei löydy ulkoisesti traumatisoivilta näyttäviä tapahtumia. 1990-luvun loppupuolella on alkanut yleistyä näkemys siitä, että oleellinen trauman vaurioittavuuden ero on siinä, onko kyse kiintymyssuhteesta syntyneestä **kiintymyssuhdetraumasta** vai muusta traumasta. Keskeinen tutkimuslöydös on nimittäin ollut se, että EVP-potilaiden traumatisoituminen on vaikeampaa ja varhaisempaa kuin muilla potilasryhmillä ja tyypillisesti nimenomaan kiintymyssuhteen kohteen aiheuttamaa. EVP-potilaille tyypillisiä traumoja ovat heitteillejättö, seksuaalinen hyväksikäyttö, perheväkivalta ja piittaamaton tai julma vanhemmuus (Stone 1990, Allen 2001). Vaikuttaa myös siltä, että erilaiset persoona- ja ympäristökohtaiset suojaavat tekijät saattavat ehkäistä vakavan häiriön kehittymistä. Mm. Belskyn (1993) tutkimuksessa todettiin, että 2-tyypin traumaattisen historian omaavia lapsia saattaa suojata II-akselin psyykkiseltä häiriöltä yhdenkin kunnollisen kiintymyssuhteen olemassaolo. Suojaavana suhteena oli toiminut esim. hyvä suhde terveeseen isovanhempaan tai onnistunut psykoterapia lapsuudessa. Tämä korostaa ehjän kiintymyssuhteen merkitystä.

Kiintymyssuhdetrauman uhrien psykopatologia on vaikeampaa kuin muiden traumauhrien. Kiintymyssuhdetrauma heikentää yksilön kykyä työstää itselleen uhkaavia kokemuksia mentaalisesti. Traumatisoiva kiintymysobjekti on yleensä myös keskivertovanhempaa kyvyttömämpi suojaamaan lastaan uusilta perheen ulkopuolisilta traumoilta, joten kiintymyssuhdetrauman uhreilla on moninkertainen riski myöhempään uuteen traumatisoitumiseen (Allen 2001, Linehan 1993b). Myös potilaiden oma kyky suojautua estyy, sillä esim. hyväksikäytetyillä lapsilla on 7-kertainen riski joutua raiskatuiksi aikuisina. (Allen 2001).

Edellä kuvatut havainnot ovat johtaneet tarkastelemaan vakavien traumojen eri kiintymyssuhdetyylin omaaville ihmisille aiheuttamia erilaisia oireita ja varhaisten traumakokemusten yhteyksiä tietyn kiintymyssuhdetyypin syntyyn. Kiintymyssuhdeteorian

kautta saattaa myös löytyä yläkäsite, jonka avulla voidaan ymmärtää varhaisen trauman aiheuttamaa psykologista vauriota sekä toisaalta sitä, että on olemassa jonkin verran ”objektiivisesti traumahistoriattomia” EVP-potilaita, joilla on saattanut olla ulkoisesti näkyvän traumatapahtuman sijaan psyykkisesti vaurioitava kiintymyssuhde hoitajiinsa. EVP-oireita selittävä käsite ei siis olisikaan traumakokemus sinänsä, vaan traumakokemuksen vaikutuksesta vaurioitunut kiintymyssuhde, tunteensäätely ja minuus. Tällöin voitaisiin ymmärtää ”traumahistoriattomia” EVP-potilaita kiintymyssuhdehäiriön näkökulmasta. Kiintymyssuhdetarkastelun etuna on myös se, että eri psykoterapiakoulukuntien näkemysten ja menetelmien käsitteellistäminen onnistuu integratiivisesti (Liotti 2000).

3. Kiintymyssuhdeteorian näkökulmia traumatisoitumiseen

Seuraavassa tuon yleisestä kiintymyssuhdeteoriasta esille muutamia aihepiirin kannalta keskeisiä elementtejä esittelemättä koko teoriaa. Kiintymyssuhdeteoria kuvaa läheisyyteen ja autonomiaan liittyvien sisäisten toimintamallien kehittymistä varhaisissa kiintymyssuhteissa. Tällöin lapsi mukautuu vuorovaikutustapaan, jolla parhaiten säilyttää turvan ja suhteen hoitajaan siten, että tutkiva käyttäytyminen on samalla mahdollista (Kuusinen 2000). Kiintymyssuhdeteoria on etiologinen ja evoluutioteoriaan pohjaava teoria, jonka mukaan kiintymyssuhteen mahdollistama ihmisten yhteistoiminta on ollut keskeinen tekijä ihmislajin eloonjäämiselle ja yksilön ensimmäisinä elinvuosina se on välittömän henkiinjäämisen edellytys. Siten kiintymyssuhteella on vahvat rakenteelliset perusteet aivoissamme. Esim. lapsen aivojen on todettu aktivoituvan samalla tavalla kivusta kuin perheestä eroon joutumisesta. Muilla kädellisillä havaitaan sama ilmiö laumasta erilleen joutuessaan (Cassidy 1999). Mm. näiden havaintojen perusteella voidaan puhua motivaatiojärjestelmistä biologispohjaisina, synnynnäisinä toimintatendensseinä, jotka ovat olemassa aivoissamme geneettisesti välittyneinä. Motivaatiojärjestelmiä ovat esim. seksuaalisuus, hoiva ja aggressio (Bradley 2000). Keskeisimpiä motivaatiojärjestelmiä kiintymyssuhdetyylin kannalta ovat kuitenkin kiintymyssuhdejärjestelmä, motivaatio tutkia ja leikkiä sekä akuutilta vaaralta suojautumista ohjaava puolustusjärjestelmä. Motivaatiojärjestelmät muodostavat aivoihimme erilaisia emootioita, joiden jäsentyminen aivojen korkeammille alueille tuottaa motivaation toimia tietyllä tavalla (Bradley 2000). Vaaralta suojautumisen motivaatiojärjestelmä on

kaikkein biologisesti välittynein sisältäen perinnöllisiä automaattisia toimintatapoja. Tällöin käyttäytymistä *tapahtuu* ihmiselläkin ilman tietoisuutta tai tahdonalaista kognitiivista ohjausta (Damasio 2002).

Kiintymyssuhdetyylit ovat varhaislapsuudessa kehittyviä skemaattisia malleja siitä, ”miten hoitajani reagoi hätääni tai haluuni tutkia”. Lapsi siis pyrkii löytämään optimaalisen tavan tyydyttää tasapainoisesti sekä kiintymyksen että tutkimisen biologista tarvetta ja vaaran uhatessa tarvettaan saada turvaa ja tunteensäätelyapua hoitajaltaan. Vastavuoroisessa suhteessa useimmat lapset löytävät jäsentyneen, hoitajan reaktioihin parhaiten sopivan tavan olla turvallisuutta tuottavassa vuorovaikutuksessa ja tutkia ympäristöä. Tästä syntyy kognitiivis-affektiivinen skeema, joka organisoii ihmissuhteiden havaitsemista, kokemista sekä niistä saatua informaatiota ja sen tulkintasääntöjä. Myöhemmin nämä skeemat ja säännöt yleistyvät koskemaan läheisten ihmissuhteiden kulun ennakoiteja. Valtaosalla lapsista syntyvä skeema on turvallinen kiintymyssuhde. Turvattomiin kiintymyssuhdetyyleihin (välittelevä ja ahdistunut) liittyy emotionaalisia ongelmia, mutta ne kuitenkin tarjoavat jäsentyneen vuorovaikutusmallin tilanteesta, jossa turvallisuuden ja huolenpidon tarve aktivoituu (Kuusinen 2003).

4. Jäsentymättömän kiintymyssuhde ja EVP

Jäsentymättömällä kiintymyssuhteella (disorganised attachment) tarkoitetaan kiintymyssuhdetyyliä, jossa lapselle ei synny koherenttia, pysyvää ja jäsentynyttä kiintymyssuhdemallia, vaan useita yhteen sopimattomia integroitumattomia malleja. Ainsworthin vierastilannekokeessa jäsentymättömän kiintymyssuhteen omaavan lapsen toiminnassa havaitaan mm seuraavia ilmiöitä:

1. Lapsi käyttäytyy ristiriitaisesti: esim. ensin lähestyy innostuneesti hoitajaansa, mutta hoitajan lähestymistä seuraa pelko tai jähmettyminen. Nämä ristiriitaiset käyttäytymiset ilmenevät lähes samanaikaisesti tai nopeasti peräkkäin.
2. Motorisesti normaalisti kehittyneet lapset käyttäytyvät psykofyysisesti poikkeavasti.
3. Lapsella on pelonilmeitä lähestyessään vanhempansa.
4. Lapsen tunneilmaisut muuttuvat nopeasti ja äärimmäisesti.
5. Lapsi dissosioi eikä ole läsnä vuorovaikutuksessa.

Aikuisten kiintymyssuhdehaastattelussa (Adult Attachment Interview) jäsentymätön kiintymyssuhde näkyy tyypillisimmin menetyskokemuksista puhuttaessa. Tällöin ihmisellä on selviä vaikeuksia keskustelun tai ajattelun koherenssissa, vaikka muista aiheista puhuessaan hän onkin koostunut. Voi syntyä hetkellisiä psykoosimaisia episodeja, aikaorientaation hämärtymistä ja ajatushäiriöistä logiikkaa – siis samanlaista oireilua kuin traumaperäisessä stressihäiriössä. Potilas esim. puhuu menneestä traumasta kuin se tapahtuisi nyt (Cassidy ym. 1999).

Terapeutti: Sanoit, että ansaitset joskus pahoja tapahtumia. Hetki siten puhuttiin itsestä huolehtimisesta ja sen vaikeudesta. Miten nää asiat on näkynyt sun elämässä viime aikoina...

Lisa: Lapsena muistan monesti, että kun mä halusin turvaa, lohdutusta, niin äiti, se ei ollut läsnä. Nyt jos kuvittelen tai näen unta, ajattelen, äiti on joku vahakasvoinen, teatterinaamio, sellainen venetsialainen, päässä ja työntää kylmiä seipäitä mun läpi. Pave, vaikka raiskaakin, niin siinä on jotakin lämpöä. Äiti on kylmä, vahanaamio. Äiti. Koulussa kun kerroin, että kiusataan opettaja lukitsi mut opettajanhuoneen ulkopuolelle. Ne vain pisteli kynillä. Miksei kukaan tee mitään. Mun vain annetaan maata tässä ovea vasten.

Valtaosalla EVP-potilaista on jäsentymätön kiintymyssuhde tai pakottava ja välttelevä kiintymyssuhde (coercive/resistant) ja luokitus työstämätön trauma (lack of resolution of trauma) (Fonagy 2005a). Toisin sanoen vaikeasta, kroonistuneesta traumatyyppisestä häiriöstä kärsiviä yhdistää se, että heille ei ole muodostunut sisäistä, jäsentynyttä kiintymyssuhdetyyliä. Kiintymyssuhteen ja EVP:n yhteydestä on myös lapsuudesta alkanutta seurauutkimusta (Fonagy 2005a, Liotti 2002).

4.1. Vaurioitunut metakognitio ja jäsentymätön kiintymyssuhde

Fonagy ym. (2005a) ovat tutkimuksillaan osoittaneet, että jäsentymätön kiintymyssuhdetyyli siirtyy helposti sukupolvelta toiselle. Heidän näkemyksensä mukaan keskeinen tekijä tällaisten vanhempien ja lapsien vuorovaikutuksessa on se, että lapsi kokee hoitajansa syystä tai toisesta äärimmäisen pelottavana, jolloin lapsen aivoissa aktivoituvat samanaikaisesti samasta ärsykkeestä vaaralta suojautumiseen ja kiintymykseen liittyvät motivaatiojärjestelmät. Keskeisiä välittäviä mekanismeja on heidän mukaansa kaksi:

1. Vakavat, varhaiset ja toistuvat traumaattiset tapahtumat, esim. laiminlyönti, väkivalta, heitteillejätto, seksuaalinen hyväksikäyttö, henkinen väkivalta, pakottaminen ja emotionaalinen deprivatio (Fonagy 2000).
2. Traumatisoivan ympäristön lisäksi vanhemmilla on puutteellinen kyky omien ja lapsensa mielentilojen arviointiin. Vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa heidän mielessään aktivoituvat usein omat traumat (Liotti 2000).

Taidosta arvioida omia ja muiden mielentiloja Liotti käyttää termiä metakognitio. Semerari ym. (2003) määrittelevät Wellsiä ja Purdonia (1999) mukailleen metakognitiokyvyn käsitteen ”kyvyksi havainnoida, arvioida, tulkita ja säädellä oman informaationkäsittelyn (kognitioiden ja emootioiden) sisältöjä ja prosesseja.” Terve metakognitio sisältävää seuraavia piirteitä:

- Kyky erottaa havainnon ulkoinen olemus ja todellinen merkitys
- Kyky muodostaa ”mielen teoria” (”theory of mind”, eli ajatus siitä, että jokaisella on mieli joka ei ole sama kuin ulkoinen käyttäytyminen)
- Kyky havainnoida omia ajatuksia, tunteita ja kieltä
- Kyky reflektoida mielentiloja
- Formaalisten operaatioiden suorittaminen
- Kyky kiinnittää adekvaatisti huomiota ulkoisiin ärsykkeisiin ilman, että ajautuu vastoin omaa tahtoaan päiväunelmointiin (Liotti 2000).

Puutteellisesta metakognitiivisesta taidosta on seurauksena myös puutteellinen kyky arvioida toisen ajatuksia, vaikuttimia, tunteita ja tarpeita. Fonagy (2005a) puolestaan käyttää lähes samassa merkityksessä mentalisaatiokyky-käsitettä, jolla hän tarkoittaa mm. ihmisen kykyä arvioida muiden mielentilaa ja oman toiminnan muiden mielentilaan aiheuttamia vaikutuksia. EVP-potilailla se on vakavasti vaurioitunut (Semerari ym. 2003).

Puutteellisen mentalisaatiokyvyn omaava vanhempi ei pysty arvioimaan lapsen mielentilaa, vaan jatkuvasti antaa lapselle palautetta hänen käyttäytymisestään sen seurauksien perusteella, teleologisesti. Esim. maitolasin vahingossa kaatavaa lasta mentalisaatiokyvytön äiti tai isä haukkuu pitäen tätä ilkeänä ja pahana teon perusteella sen sijaan, että näkisi lapsen yrittäneen opetella juomaan maitoa lasista ja rohkaisisi lasta opettelemaan syömisen motoriikkaa. Teko, tarkoitus ja persoona jäävät eriyttämättä (Kuusinen 2003). Lapsen kehitystä koskevan tiedon valossa seurauksena on se, että lapsen oma käsitys mielestään ei kehity, koska sitä kuvaavat ja rakentavat empaattiset ”peilit” puuttuvat.

Lisa: muistan kuinka kaipasin niinku peilejä, jotka kertois, millainen olen, kaipaan vieläkin. Se että joku tekee mulle pahaa, on parempi, ku et jos on neutraali. Pahan tekeminen mulle kertoo jotain kuitenkin musta.

Fonagy on myös esittänyt ajatuksen, jonka mukaan äitinsä pahoinpitelemä lapsi alkaa defensiivisesti kieltäytyä näkemästä äitiään ”pahana”, koska on riippuvainen hänestä. Tämä johtaa myös osaltaan mentalisaatiokyvyn kehittymättömyyteen ja syy-seuraussuhteiden hämärtymiseen, mitä traumatisoijat voivat edesauttaa tarkoituksellisesti:

Lisa: Mä olen aina ajatellut, kun Pave mut raiskas, että miehet on sellaisia, että ne ei voi omia himojaan vastustaa. Jotenkin sieltä opin, ja Pavekin niin puhui, että on naisen tehtävä huolehtia, että mies ei kiihotu, et jos kiihottaa miestä on oma vika jos tulee raiskatuks, on paha, ansaitsee. Ajattelin ja vähä vieläkin, et kaikki miehet on sellaisia, se on luonnonlaki. Sit joskus testaan vaikka täälläkin pari kertaa, jos on joku mies joka ei ehkä oo niin, tai on jotenkin turvallisempi, et no mitä se vaikka tekee, jos pukeutuu vaikka vähiin vaatteisiin. Niin on huomannut, et ehkä kaikki miehet ei olekaan sellasii, et nekin jotkut ehkä voi itseä hallita.

Terapeutti: No mitä tuo uusi ajatus kertoo siitä, et kenen syy on se, että sulle on tehty väkivaltaa, sut on raiskattu. Kuka sen teki, ja on siitä vastuussa.

L: Kummaa, kai ihan oikeesti just nyt tuntuu siltä, et se ei ois kokonaan mun vika.

Tutkimusnäyttö metakognitiokyvyn merkityksestä on varsin vaikuttava. Esim. 97 % koehenkilöistä, joilla oli sekä vaikeita traumakokemuksia että alhainen mentalisaatiokyky, sai EVP-diagnoosin. Vastaavasti ryhmässä, jolla oli hyvä mentalisaatiokyky ja vastaavia vakavia traumakokemuksia, vain 17% täytti EVP:n kriteerit (Fonagy 2000). Toisessa tutkimuksessa seurattiin 17,5 vuoden ajan lapsia, joille oli tehty vierastilannekoe. Vierastilanteen jäsentymättömän kiintymyssuhteen ja 17-vuotiaana tehdyn dissosiaatio-oirekyselyn korrelaatio oli .42 (Cassidy ym. 1999). Tutkimukset osoittavat selkeästi kiintymyssuhteen ja metakognitiokyvyn yhteyden persoonallisuus- tai dissosiaatiohäiriön kehittymiselle.

4.2. Jäsentymättömän kiintymyssuhteen kehittyminen: konflikti kiintymyssuhde- ja puolustusjärjestelmien välillä

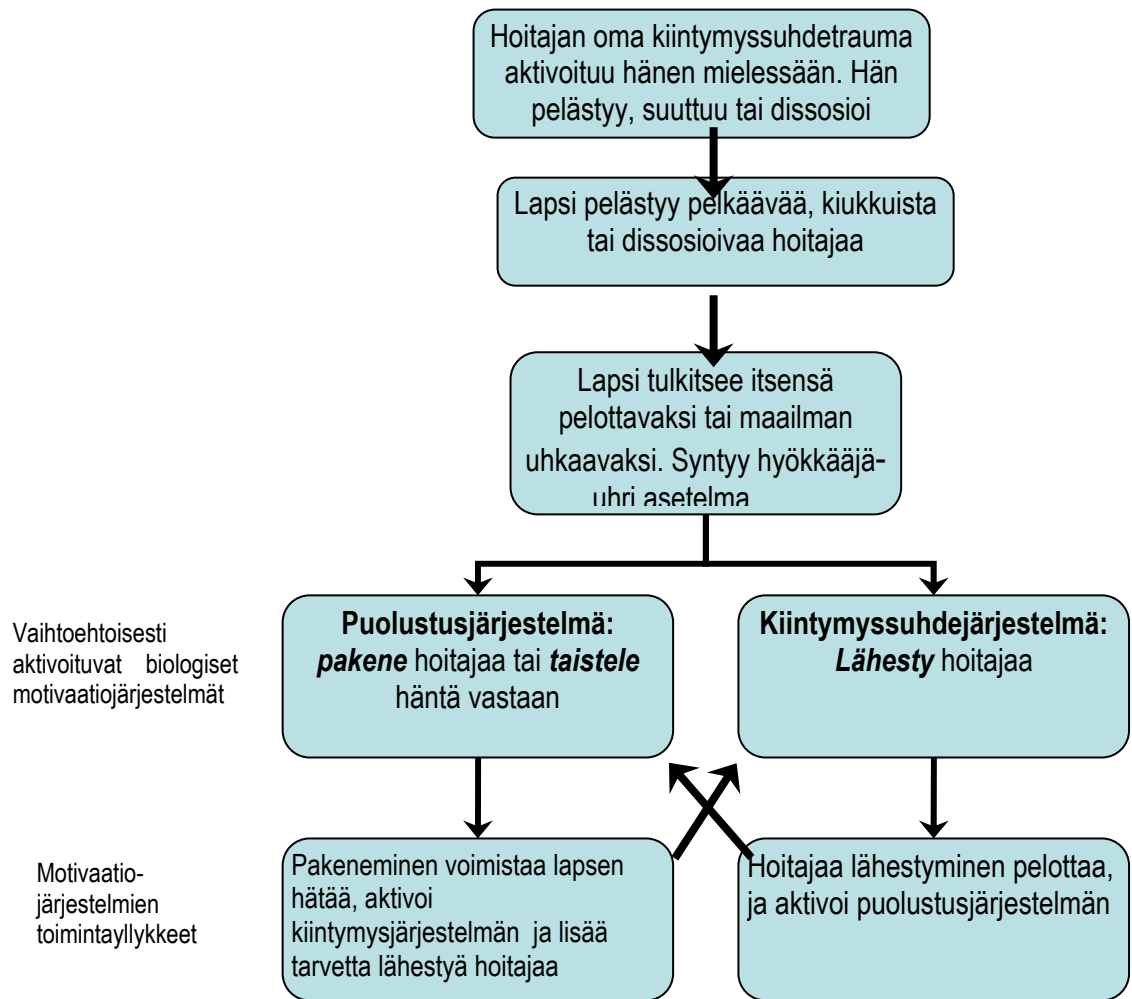
Liotti (2000, 2002 ja 2005) ja Fonagy (2005a ja b) korostavat erityisesti lapsen ensisijaisen hoitajan omien ratkaisemattomien kiintymyssuhdetraumakokemusten merkitystä jäsentymättömän kiintymyssuhteen kehittämisessä. Kun nämä traumat aktivoituvat lastaan hoitavan vanhemman mielessä, syntyy lasta järkyttävää sanatonta viestintää: vanhemman

dissosioitumista, lamaantumista, raivon- ja kauhunilmeitä. Lapsen mielessä nämä hoitajan ilmeet selittyvät vain sillä, että lapsi itse on raivostuttava, pelottava tai inhottava. Tämä luonnollisesti pelottaa lasta. Liottin (2000, 2002 ja 2005) hypoteesi on, että tällaisessa tilanteessa lapsessa aktivoituu yhtä aikaa kaksi biologista motivaatiojärjestelmää:

- evoluutionäkökulmasta varhaisempi, alempien aivoalueiden toimintaan liittyvä puolustusjärjestelmä, jonka perinnöllisiä automaattisia toimintatendenssejä ovat pako, taistelu, alistuminen tai lamaantuminen (fight, flight, submission, freeze)
- kiintymyssuhdejärjestelmä, joka saa lapsen hakemaan hoitajan läheisyyttä.

Näiden järjestelmien yhtäaikainen aktivaatio saa aikaiseksi sietämättömän, ambivalentin olotilan ja kaksoissidosmaisen tilanteen: sama henkilö (hoitaja) on sekä suuren kauhun että lohdutuksen lähde. Kiintymyssuhteen aktivoituminen alkaa ennustaa lapselle huolenpidon sijaan kaoottista oloa ja hätää. Lapsen omat negatiiviset tunteet toimivat laukaisijoina, jotka ennakoivat mm. hylätyksi tulemistä, kaoottista oloa, hallitsematonta ahdistusta eikä hänelle siten kehity kunnollista kykyä tunteiden säätelyyn.

Noidankehämäistä positioiden vaihtelua voi kuvata seuraavasti:



Kuvio 2. Jäsentymättömän kiintymyssuhteen kehittyminen varhaisessa vuorovaikutuksessa.

Tällöin äidin ja hänen lapsensa välisestä vuorovaikutuksesta lapsen mieleen syntyvä vuorovaikutusmalli on sirpaloitunut, integroitumaton ja siinä on tyypillisesti seuraavia kolmia positioita:

**Minä (Lapsi)**

Uhri (jota hoitaja pelottaa)
 Uhri (jokin ulkoinen uhka)
 Hyökkääjä (joka pelottaa hoitajaa)
 Uhri (ulkoinen uhka)
 Pelastaja (rauhottaa hoitajaa)

Kiintymyshahmo (Hoitaja)

↔ Hyökkääjä
 ↔ pelastaja (rauhottaa lasta)
 ↔ uhri (pelästyy lasta)
 ↔ uhri (ulkoinen uhka)
 ↔ uhri (ulkoinen uhka, mutta lapsi rauhoittaa hoitajan)

Kuvio 3. Liottin kolmiomalli jäsentymättömän kiintymyssuhteen kehityksestä varhaisessa vuorovaikutuksessa.

Kolmiomallissa lapsen kokemuksessa äiti vaihtelee nopeasti pelastajan ja uhrin positiossa ja lapsi on vastavuoroisesti uhrina ja hyökkääjänä. Positionvaihdot voivat olla sekuntien mittaisia lapsen biologisen aktivaation mukaan. Syntyy integroimaton edustus ihmissuhteesta (Liotti 2002, 2005). Fonagyn mukaan kehitystä pahentavat ja sen ”sementoivat” äidin puutteellinen mentalisaatiokyky, jonka seurauksena lapsen sirpaleinen kokemusmaailma jää edelleen integroitumatta. Hänelle jää mieleensä sirpaleisia, lokeroituneita kokemuksia itsestään pahana ja pelottavana tai omnipotenttina pelastajana. Myöhemmin elämässä kiintymyssuhdemekanismien biologinen aktivoituminen palauttaa nämä jäsentymättömät kokemukset kaoottisena ja uhkaavana. Puutteellinen mentalisaatio- ja metakognitiokyky estää niiden jäsentymisen, mistä seuraa lisäksi se, että yhdessä tilanteessa opitut metakognitiiviset taidot eivät yleisty muihin vastaaviin tilanteisiin. Syntyy erilaisia minäpositioita, jotka ovat usein lähes täysin lokeroituneita. Aivojen toiminta on amygdalan, ei aivokuoren välittämää, kuten EVP-häiriön traumamallin perusteella trauman aivomuutoksista tiedetään. Lapsi alkaa epätoivoisesti vältellä negatiivisia emootioita, koska hänellä ei ole turvallista suhdetta, jossa voisi oppia keinoja tunteiden säätelyyn (Fonagy 2000, 2005a; Allen 2001).

Yllä kuvattu kolmiomalli ymmärretään siis kiintymyssuhde- ja puolustautumismotivaatiojärjestelmien yhtäaikaisena, ambivalenttina aktivaationa. Sen avulla voidaan yhdestä näkökulmasta ymmärtää EVP:n kehittymisen mahdollisuus silloinkin, kun objektiivisesti arvioituna vakavalta vaikuttavaa traumaa ei ole havaittavissa potilaan elämänselityksessä. Liottin mukaan jäsentymättömän kiintymyssuhdetyyli selittää osaltaan suuren osan EVP-potilaan DSM-IV:ssä kuvatuista oireista. Aktivoituessaan se aiheuttaa pelkoa hylätyksi tulemisesta ja epätoivoisia yrityksiä sen estämiseksi. Sirpaloitunut kiintymyssuhdetyyli johtaa epävakaaseen

identiteettiin ja kokemukseen itsestä. Se voi ilmetä dramaattisesti ihailusta vihaamiseen vaihtelevaan suhtautumiseen muihin sekä itsetuhoisuutena (minä hyökkääjänä, joka ansaitsee rangaistuksen). Ajoittainen paranoia juontaa asetelmaan, jossa kiintymyssuhteen aktivoituessa epäedullisessa vuorovaikutustilanteessa EVP-potilas konstruoi itsensä uhriksi ja muut hyökkääjiksi. Kiintymyssuhteen aktivoituminen poikkeuksellisen vaativassa sosiaalisessa tilanteessa saattaa aiheuttaa minäkuvan keskenään ristiriitaisten eri puolien samanaikaisen aktivoitumisen, mikä voisi selittää dissosiaatio-oireilun pakona mahdottomasta mentaalista tilasta (Liotti 2000, 2002).

Liottin malli on integroitavissa moneen psykoterapiateoriaan (Liotti 2002). Batemanin ja Fonagyn (2003) mentalization-based treatment, Youngin ym. (2003) skeematerapia, Linehanin näkemys EVP:stä tunteiden säätelyjärjestelmän häiriönä ja monet modernit psykodynaamiset teorit ovat ymmärrettävissä Liottin näkökulmasta. Seuraavassa luvussa kuvaan esimerkkinä Jeffrey Youngin kehittämän, kognitiiviseen psykoterapiaan pohjaavan mooditerapian käsitteellistämistä rinnan Liottin mallin kanssa. Tarkoitukseni on niiden avulla tarkastella jäsentymättömän kiintymyssuhteen ilmenemistä terapiassa ja demonstroida, kuinka käsitteellistäminen auttaa terapeutin työtä.

5. Jäsentymättömän kiintymyssuhteen aktivoituminen terapiassa

Toimiessaan terapiasuhde mahdollistaa kiintymyssuhdejärjestelmän aktivoitumisen potilaassa. Mitä parempi (tiivimpi, läheisempi) suhde, sitä enemmän siihen liittyy uhkaa jäsentymättömän kiintymyssuhdetyylin omaavalle potilaalle. Perinteisen kognitiivisen terapian tutkivan yhteistyön vuorovaikutusideaali ei onnistu tällaisen potilaan kanssa, koska potilaan vuorovaikutusskeemoissa ei ole mallia tasa-arvoisesta, turvallisesta yhteistyösuhteesta, vaan vuorovaikutussuhteiden arkkityypit ovat esimerkiksi hyväksikäyttö- (hyökkääjä-uhri) ja kilpailutyyppejä tai seksuaalisia ja näiden motivaatiojärjestelmien ohjaamia. Kun kiintymyssuhde aktivoituu terapiassa, syntyy potilaan ja terapeutin välille kolmion mukaisia vuorovaikutustilanteita (Liotti 2005):

Potilas		Terapeutti
Uhri (jota terapeutti pelottaa)	↔	Hyökkääjä
Uhri (jokin muu uhka)	↔	Pelastaja (joka rauhoittaa potilasta)
Hyökkääjä (joka pelottaa terapeuttia)	↔	Uhri (joka pelästyy potilasta)
Uhri (ulkoinen uhka)	↔	Uhri (ulkoinen uhka, terapeutinkin avuton)
Pelastaja (joka rauhoittaa terapeuttiä)	↔	Uhri (ulkoinen uhka, mutta potilas pelastaa)

Tällöin terapeutin normaali, kognitiivisen terapian mallin mukainen toiminta voi ajaa suoraan kohti vakavaa allianssikatkoa, koska se todentaa potilaan mielessä hänen skeemansa mukaisia vuorovaikutusmalleja. Liottin keskeinen teesi on paradoksi: mitä parempi terapiasuhde on kyseessä, sitä varmemmin siinä tulee ongelmia. Tämä johtuu siitä, että hyvässä hoitosuhteessa aktivoituu kiintymyssuhdejärjestelmä, mistä EVP-potilasta hoidettaessa seuraa ajautuminen kuvattuihin kolmiovuorovaikutuskehiin (Liotti 2005). Fonagy kuvaa tilannetta siten, että EVP-potilaan mielessä esimerkiksi terapeutti ei ole ”ikään kuin” hylkäävä tai pahoinpitelevä vanhempi, vaan terapian tietyllä hetkellä hän on metakognitiivisesti vaurioituneen potilaan mielessä hyväksikäyttävä vanhempi (Fonagy 2005a). Fysiologisesta näkökulmasta voidaan jälleen ajatella potilaan aivojen toimivan vain limbisen järjestelmän tasolla tai muistijärjestelmäkielellä proseduraalisen muistin aktivoitumisen varassa. Seuraava katkelma kuvaa hyvin tällaista vuorovaikutusta, jossa Lisa asettaa – ”manipuloi” - terapeutin täysin erilaisiin, mielensä sisältöä kuvaaviin positioihin muutaman minuutin kuluessa ja jota terapeutti ei osaa hallita. Tyypillisesti tämä näyttää olevan seurausta Lisan mielessä aktivoituneesta hylkäämisuhasta. Samalla katkelma kuvaa hyvin metakognitiivisia puutteita, jotka estävät Lisaa arvioimasta oman käyttäytymisensä vaikutusta toiseen:

Lisa: Mitä mieltä sä olet tukihenkilöjutusta, jota ne sossut tarjoaa? Mua huolestuttaa se, että mun pieni mieleni ei pysty erottamaan välittämisen eri muotoja, että mikä on sellaista ammatillista välittämistä, milloin joku välittää oikeasti, mutta olis tärkeää, että tuolla arjessa sais apua. Mitä mieltä sä olet siitä tukihenkilöstä?

Terapeutti: musta kuulostaa että sulla on ristiriitainen olo sen suhteen. Toisaalta sä haluat sitä, toisaalta se on uhkaavaa ja pelottavaa, ihan kun sä pelkäisit sitä, et jos se ei välitäkään oikeasti, vaan työn vuoksi.

L: Mut mitä sä ajattelet?

T: (aluksi kierrellen) ... *Välittämisestä vai ...*

L: *ei kun tukihenkilöstä.*

T: *Voihan se olla tärkeää, että olisi joku ihminen joka auttaa sua arjessa.*

L: *(keskeyttää) Vittu sä et ymmärtänyt, saatana. Jos mä otan sen tukihenkilön, niin se on tän koko terapia-ajan mitätöimistä, kaiken sen työn mitä ollaan yli vuoden aikana tehty. Se olis sitä että... voi, ja sä olisit antanut mun tehdä sen, voi vittu. Näistä ei ole mitään hyötyä näistä käynneistä, sä olet niin vitun tyhmä että sä et tajuu ymmärrä mua saatana, et vitunko välii, heitä mut ulos vaan täältä saatanan paska.*

T: *Mä olen nyt vähän hämmentynyt, sä olet ilmeisesti loukkaantunut siitä, etten osannut tarjota jotain sellaista mitä tarvitsit, koska en ymmärtänyt mitä pyysit.*

L: *Jos mä pyydän suoraan jotain ja tulen torjutuksi, niin mä tunnen oloni niin naurettavaksi pelleksi, niin turhaksi, niin hylkiöksi, että mun täytyy yrittää kuolla tai rangaista itseä. Ja mä pelkään että mulle suututaan, jos pyydän jotain. En ole koskaan nähnyt sua vihaisena, pelkään, et mitä sä teet, huudat, lyötkö, vai hylkäätkö, sanot ettei tarvi tulla enää tänne. Sen takia **en täälläkään koskaan uskalla sanoa mitään sellaista mikä voisi sua ärsyttää.***

T: *Niin kuin aiemmin olen luvannut, niin mä olen täällä käytettävissä sovittuna aikoina, vaikka mitä olisi tapahtunut viime käynnillä*

L: *Tää on mulle elintärkeää, mutta en voi sanoa sitä itselle. No nyt taisin sanoa*

5.1. Skeematerapian moodimalli

Young, Klosko ja Weishaar (2003) ovat kuvanneet näitä terapiasuhteen vaihtuvia ja aktivoituvia positioita **moodin** käsitteellä. Tässä mallissa epävakaa persoonallisuudesta kärsivän potilaan intensiivisen affektiiviset ja äkillisesti vaihtelevat mielentilat eli moodit nähdään laukaisevasta ärsykkeestä aktivoituvina vuorovaikutusskeemojen ja selviytymiskeinojen yhteenliittymänä, jotka ovat syntyneet varhaisessa traumatisoivassa vuorovaikutuksessa. Ne ovat toiminta- ja havaintotapoja, jotka ovat auttaneet puutteelliseen vanhemmuuteen sopeutumisessa, mutta myöhemmin elämän normaaliolosuhteissa ne haittaavat elämää. Young jakaa moodit lapsimooideihin, jotka ovat kehittyneet lapsena oman traumatilanteeseen reagointitavan urautumisena ja vanhempimooideihin jotka ovat rakentuneet mentalisaatiokyvyttömän vanhemman toimintatavan sisäistymisen kautta. Ne voidaan ymmärtää traumatisoivan ympäristön aiheuttamiksi sopeutumisstrategioiksi ja sellaisina traumaoireiksi.

Young ja muut (2003) ovat terapiatyöskentelyä varten nimenneet EVP-potilaan oireilulle keskeisimmät moodit metaforisesti niiden syntyä kuvaavalla tavalla *hylätyn lapsen* (abandoned child), *vihaisesti tarvitsevan lapsen* (angry child), *suojautujan* (detached

protector) ja *rankaisevan vanhemman* (punitive parent) moodeiksi. Youngin mukaan erilaiset oppimiskokemuksissa kehittyneet havainnot aktivoivat moodeja eri elämäntilanteissa. Terapiavuorovaikutuksen herättämät tunteet ovat usein laukaisevia tekijöitä. Moodikäsitteellistämisen kautta terapeutin on helpompi ymmärtää ja sietää potilaan häneen kohdistamia ristiriitaisia tunteita ja käyttäytymismuotoja. Edelleen terapeutin on helpompi toimia johdonmukaisemmin ja tarkoituksenmukaisemmin, kun hän pyrkii tunnistamaan potilaassa kulloinkin aktiivisen moodin ja käyttämään sille spesifiä interventiostrategiaa Young ym. (2003).

Tämän artikkelin teemoja integroiden *moodit ovat nähtävissä eri näkökulmista a) alati aktivoituvina vuorovaikutusmalleina b) jäsentymättömänä kiintymyssuhdetyylinä c) proseduraalisen muistin toimintana ja d) traumaperäisenä oireiluna*. Mielestäni ne ovat luokittelua ja kuvausta siitä, millaisina vuorovaikutuskonstruktioina varhaiset traumat ja vauriot elävät jäsentymättömän kiintymyssuhteen omaavan potilaan nykypäivässä proseduraalisen muistijärjestelmän aktivoituessa.

Kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta mooditerapia tarjoaa mahdollisuuden luoda rakennetta, järjestystä ja ymmärrystä jäsentymättömästä kiintymyssuhteesta kärsivän potilaan kaoottiseen maailmaan. Kun jäsenitys ja ymmärrys alkaa ensin rakentua terapeutin mieleen, näkee hän potilaansa kokemustavassa jäsenytyneisyyttä. Tämän kokemuksen terapeutti siirtää potilaalle terapiavuorovaikutuksen kautta. EVP-potilaan keskeisimpien patologisten moodien (Young ym. 2003) tiivistetyt ominaisuudet, hoitostrategiat ja kyseiseen moodiin liittyvät terapeuttiin kohdistuvat erityishaasteet on esitetty seuraavissa taulukoissa 1-4.

Taulukko 1. Hylätty lapsi. *Hylkäämisen merkityksen ympärille keskittyvä moodi*.

Moodin ominaisuudet	Hoitostrategioita	Haaste terapeutille
<ul style="list-style-type: none"> • suru, pelko, epätoivo • kokemus siitä, ettei ole rakastettu • eksyksissä • etsii epätoivoisesti vanhempaa • avuton, yksin • pelko, että tarvitsevuuden ilmaiseminen johtaa hylkäämiseen tai rangaistukseen • ei rauhoittavaa mielikuvaa turvallisesta ihmisestä 	<p>Vuorovaikutukselliset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tarpeiden ja neg. tunteiden ilmaisu terapiassa ei johda hylkäämiseen <p>Elämykselliset ja behavioraaliset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assertiivisuuden opettelu • terapeutti tai terve aikuinen suojelevat mielikuvaharjoituksissa <p>Kognitiiviset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukaatio ihmisen oikeutetuista tarpeista • pot. mukana kulkevat muistutuskortit 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas voi kokea emootiot liian vahvasti ja menettää niiden hallinnan. • terapeutti voi vahingossa estää potilasta olemasta ko. moodissa

Taulukko 2. Vihainen lapsi- moodi. Epätoivoisia yrityksiä perustarpeiden tyydyttämiseksi

Moodin ominaisuudet	Hoitostrategioita	Haaste terapeutille
<ul style="list-style-type: none"> EVP potilaat vähiten tässä moodissa ilmaisemattomat tarpeet → triggeri → epädatiivinen kiukun ilmaisu impulsiivisuus ”manipulatiivisuus holtittomuus kuin hemmoteltu lapsi 	<p>Vuorovaikutukselliset:</p> <ul style="list-style-type: none"> emootioiden ilmaisu turvallisessa terapiassa terapeutti ilmaisee empatiaa kiukun alla olevia tarpeita, muttei käyttäytymistä kohtaan <p>Kognitiiviset:</p> <ul style="list-style-type: none"> tunteiden ja käyttäytymisen realiteettitestaus assertiivisuuden ja aggression erottelun opettelu <p>Elämykselliset ja behavioraaliset:</p> <ul style="list-style-type: none"> mielikuvatyoškentelyssä kiukun ja tarpeiden ilmaisu sen alkuperäisille kohteille 	<p>Terapeutin omien vuorovaikutuskeemojen aktivoituminen potilaan kiukusta voi johtaa niiden mukaiseen käyttäytymiseen potilasta kohtaan terapeutin toiminnan sijaan.</p>

Taulukko 3. Rankaiseva vanhempi-moodi. Sisäistys vanhempien destruktiivisesta käyttäytymisestä

Moodin ominaisuudet	Hoitostrategioita	Haaste terapeutille
<ul style="list-style-type: none"> vanhemman lapsen kohdistaman aggressiivisen käyttäytymisen sisäistys itsen mitätöinti itseinho parasuisidaalisuus 	<p>Vuorovaikutukselliset:</p> <ul style="list-style-type: none"> terapeutti tarjoaa korjaavan kokemuksen huolehtimisesta ja empatiasta <p>Elämykselliset</p> <ul style="list-style-type: none"> terapeutti vastustaa rankaisevaa vanhempaa mielikuvissa assertiivisuuden harjoittelu <p>Kognitiiviset</p> <ul style="list-style-type: none"> psykoedukaatio ihmisen oikeutetuista tarpeista kotitehtävissä tutkitaan, miten normaalit ihmiset, jos potilas ilmaisee omat tarpeensa asiallisesti 	<ul style="list-style-type: none"> potilas pelkää rankaisevaa vanhempaa enemmän kuin terapeutti osaa arvioida terapeutti ei ole riittävän selkeä tuomitessaan rankaisevan vanhemman

Taulukko 4. Suojautuja-moodi *pyrkii estämään muiden moodien aktivoitumista*

Moodin ominaisuudet	Hoitostrategioita	Haaste terapeutille
<ul style="list-style-type: none"> etäinen, tunteeton tai dissosioiva moodi ei kosketusta tunteisiin päihteen käyttö Linehanin kuvaama näennäinen pärjääminen 	<ul style="list-style-type: none"> psykoedukaatio tunteista ja ihmissuhteista tarjotaan turvallinen terapiasuhte olla haavoittuva tunteensätelyn opettaminen ja harjoittelu moodin nimeäminen ja sen syntyhistorian etsiminen 	<ul style="list-style-type: none"> terapeutit usein luulevat, että kyseessä on potilaan terve puoli ja rohkaisevat ko. moodia.

6. Youngin ja Liottin mallien integroiminen tapausesimerkin valossa

Liottin ja Youngin mallit ovat mielestäni varsin yhteismitallisia, sillä Youngin moodit voidaan jäsentää myös Liottin kolmion positioina. Nähdäkseni *lapsimoodit* voidaan tyypillisesti käsitteellistää Liottin kolmiomallin *uhrin* position käyttäytymis- ja

kokemismalliksi, joskin vihaisen lapsen moodissa potilas voi olla hyökkääjä, joka yrittää pakottaa terapeutin pelastajan rooliin. Vanhempimoodit voidaan hahmottaa Liottin mallin mukaan hyökkääjän tai pelastajan positioksi. Positiot voivat olla samassa moodissa elävässä elämässä epäselviä ja dimensionaalisia, eivätkä luonnollisesti ole todellisuudessa selvärajaisia kuten teoreettisessa mallissa.

Taulukko 5. Moodit ja Liottin kolmiomalli rinnakkaistarkastelussa.

Potilaan moodi Youngin mukaan	Positio potilaan mielessä Liottin kolmiomallissa		
	Potilas	Terapeutti	Maailma / muut
hylätty lapsi	uhri	pelastaja	hyökkääjä
vihainen lapsi	uhri	uhri, jota potilas yrittää ”manipuloida” pelastajaksi vetoamalla	hyökkääjä
	hyökkääjä	uhri, jota potilas yrittää ”manipuloida” pelastajaksi aggressiolla	uhri
	uhri	pelastaja	hyökkääjä
rankaiseva vanhempi	uhri	hyökkääjä	pelastaja
etäännyttävä suojelija	moodin tarkoitus estää kiintymyssuhdejärjestelmän aktivoituminen		

Seuraavassa yritän tarkastella joitakin Lisan terapiassa ilmenneitä vuorovaikutustilanteita Youngin moodikäsitteiden ja Liottin kolmion avulla.

Terapiakatkkelma I

Terapeutti uhrina, Lisa hyökkääjänä

Terapeutti *Niin, miten, olisin kiinnostunut, miten juuri sä kuvaat tuota olotilaa, kaaosahdistusta (Lisan käyttämä sana), miten, missä se tuntuu, jotta voitaisiin...*

Lisa
vihaisen
lapsen
moodissa *(keskeyttää raivostuneena) Mä olen aivan vittu kyllästynyt kertomaan, kuvaamaan ja analysoimaan itseäni. Mä haluan, että joskus joku kertois mulle, mikä mulla on... jos halutaan painottaa niin koko sana isolla*

Lisan moodi vaihtuu hylätyn lapsen moodiksi eli Lisa ottaa uhrin position ja tarjoaa terapeutille pelastajan roolia.

Lisa hylätyn lapsen moodissa
 Terapeutti pelastajana

...miten mä selviän, (lapsenomaisesti) kuka auttais, en mä itse tiedä mikä mulla on, siks mä olen täällä, ei kukaan voi auttaa mua. (itkee) mikä mulla on.

Olen täällä vain sua varten, että voimme yhdessä päästä eteenpäin noiden asioiden kanssa, joita just kuvaat.

Keskustelu jatkui 10 minuuttia terapeutisena yhteistyönä, kunnes seuraavan katkelman aikana rankaisevan vanhemman moodi aktivoituu. Sen uhrina on aluksi Lisa, terapeutti yrittää ottaa pelastajan roolia, mutta lopulta Lisasta ja terapeutista tulee molemmista uhreja ylivoimaiselle hyökkäjälle.

Terapeutti

Toi äskeinen oli tosi hienosti kiteytetty. Onkos sulla siellä repussa mukana se päiväkirja, voisit sille lomakkeelle vaikka sen laittaa.

Lisa rankaisevan vanhemman moodissa

Joo. Tosi hyvä idea. (etsii repusta, ei löydä) Missä se on. (raivostuu) vittu, mä oon yks (mumisee vihaisesti, ei saa selvää) mä en löydä, vittu vittu vittu mä en kestä, mä oon hyödytön haitta saatana taakka.

Terapeutti

Ei se haittaa, voidaan ottaa uusi kopio, jos tarvit. Musta näyttää että olet vihainen, mut en osaa arvata, kenelle. Osaatko auttaa mua siinä kertomalla.

Lisa rankaisevan vanhemman moodissa

(Halveksivalla äänensävyllä) Mä oon niin naiivi, taas mä kuvittelin et joku vois haluta auttaa mua, typerää, heikkoa, naurettavaa, haaveilua tälläselä vastenmieliseltä.

Terapeutti

Ovatko nuo mielestäsi sinun omia ajatuksia itsestäsi.

Lisa

Ihan sama, ei tällasta voi kukaan, ei sillä o väliä.

Terapeutti konfrontoi moodin kuvausta Lisasta ollen kuitenkin Lisan puolella, mikä vaientaa rankaisevan vanhemman moodin. Hylätyn lapsen moodi aktivoituu. Terapeutti on pelastaja, rankaisevasta vanhemmasta tulee uhri

Terapeutti

En usko että nuo olivat omia sanojasi. Kuka on mennyt sanomaan sua typeräksi tai vastenmieliseksi. Se ei pidä paikkaansa. Mä en näe sua lainkaan sellaisena. Haluaisin sanoa sille pari valittua sanaa.

Lisa hylätyn lapsen moodissa

Äiti ja täti haukkui mut aina lyttyyn. Ne ei koskaan kuullut mua, aina haukkui. Poliisikaan ei tehny mitään.

Terapiakatkkelma II

Lisa on hylätyn lapsen moodissa, hän ja terapeutti ovat molemmat uhreja ylivoimaiselle uhalle

Lisa (surullisesti) *Tästä terapiasta ei ole mitään hyötyä, tää on täysin turhaa.*
 hylätyn lapsen *Tarvisin.*
 moodissa

Lisasta tulee hyökkääjä vihaisen lapsen moodin aktivoituessa. Terapeutista tulee uhri.

Lisa vihaisen (vihaisena) *Mä voisin yhtä hyvin puhua kotona mun kissalle, tai vittu lapsen huonekasville. Sä olet oikeesti hyödyttömämpi kuin huonekasvi mun moodissa voinnille. Sä oot vittu turhempi kuin joku vitun ruukkukasvi.*

Terapeutti yrittää defensiivisesti siirtää keskustelun kognitiivisen terapian ”vastavuoroisen empirismin” vuorovaikutusihanteen tasolle, onnistumatta. Myöhemmin terapiassa käy ilmi, että terapeutti samalla toteutti Lisan lapsuuden traumatisoivaa vuorovaikutusmallia: oikeutettu kiukku pyrittiin usein ”ohittamaan”.

Terapeutti *Minkälaisia ajatuksia ja tunteita ajattelet tuollaisen puheen (defensiivisesti) minussa herättävän.*

Lisa *Älä keskeytä.*
 vihaisen lapsen moodissa

Terapeutti *Mutta taas tällaisena harjoituksena, harjoitellaan vähän tässä ja (yrittää nyt: mitä ajattelet, että tuo herätti minussa? metakommunikoida)*

Lisa *En mä, ei ei suostu. Ei kai mitään, jotain ihmetystä, hämmästyttä, (hämmäntyneenä) et mikä hullu tos on.*

Terapeutti *Tää on varmaankin jotain mun omia omituisuuksia, mutta tunnistin itsessäni kyllä jotain loukkaantumisen tunnetta. Kuulostaako se sinusta...*

Lisan seuraava reaktio kuvaa syviä metakognitiivisia puutteita, joita hänen problematiikkaansa liittyy. Hänen on mahdotonta nähdä oman käyttäytymisensä vaikutusta toisen ihmisen tunnetilaan. Liottilaisittain käsitteellistettynä hän ottaa selvästi pelastajan position, jonka tehtävänä on pelastaa uhriksi joutunut terapeutti Vihaisen lapsen raivolta.

Lisa *Ei ei ei... (hätäntyneenä) et sä, ei voi, ei mun ollut tarkoitus loukata, miten, ei mä en ymmärrä. Miten sä voit loukkaantua tosta, ei mun ollut tarkoitus, ethän vain, en.*

Metakommunikointi terapiasuhteesta laukaisee tilanteen ja vuorovaikutusmallit ”murtuvat”. Lisäksi Lisa käyttää ”tupakalle menemistä” alkeellisena tunteensäätelyn keinona.

Terapeutti *Mulle syntyy kuva, että tässä vaikka vuosi ollaan tunnettu, sinun on aika vaikea arvioida, mitä sun käyttäytyminen mussa vois herättää. On siinä kieltämättä vähän mun loukkaantumista siitä, että olen parhaani yrittänyt, eikä. Mut enemmän mä kyllä koen sellaista surua tai avuttomuutta siitä, että haluaisin auttaa sinua enemmän kuin osaan. Pelkäätkö sä ehkä nyt miten mä reagoin?*

Lisa rauhallisesti *Mennään tupakalle. Varmaan sitä että, et kestäks sä, tää paikka sitä kaikkea raivoa, joka on mun sisälle kertynyt siitä miten mulle on tehty.*

7. Pohdinta: jäsentymättömyyteen jäsenystä

Edellisessä katkelmassa kuvattu käsitteellistäminen ei sinänsä tuo mitään yhtä dramaattista antia terapian suunnitteluun tai terapiatekniikkaan, mutta nähdäkseni monia sellaisia pieniä etuja, joita artikkelin kysymyksenasettelussa kaipasin. Ensinnäkin se auttaa yhdessä EVP-potilaan hoidossa keskeisimmässä ja samalla vaikeimmassa asiassa: terapeutin on helpompi säilyttää positiivinen suhtautuminen potilaaseensa ja kuitenkin samalla tarkastella tilannetta metapositiona, ”objektiivisesti”. Empatiaa auttaa Youngin käsitteiden luomat mielikuvat metaforina. On helpompi suhtautua positiivisesti ”vihaiseen lapseen”, joka tahtoo aikuisen huomiota, kuin ”manipuloivaan ja ajeeraavaan” potilaaseen. Young (2003), Linehan (1993a) ja Fonagy (2005a) kehottavat suuntaamaan empatian potilaan käyttäytymisen taustalla olevaan tunteeseen, mutta samanaikaisesti konfrontoimaan käyttäytymisen destruktiivisia puolia. Terapeuttiaan haukkuvaan potilaaseen oli ainakin minun helpompi säilyttää empaattinen suhtautuminen, kun ymmärrän johtuvan potilaan puutteellisesta kyvystä arvioida minun mieleni sisäisiä tapahtumia ja hänen oman käyttäytymisensä vaikutusta minuun. Samalla säilyi kykyä kommentoida potilaan käyttäytymistä ja omia ajatuksiani.

Tällä Liottin ja Fonagyn ajatteluun pohjaavalla käsitteellistämistavalla on myös suora terapiatekniikkaan liittyvä sovellusarvonsa. Metakognitiivisten taitojen harjoittelu esimerkiksi terapiasuhteessa tässä ja nyt tapahtuvista asioista metakommunikoimalla, mielikuva- ja rooliharjoitusten avulla yms. tulee terapian keskeiseksi tekniikaksi ja

tavoitteeksi. Fonagy korostaa osuvasti nykyhetkessä toimimisen, terapiasuhteeseen kohdistuvan hoidon ja metaperspektiivin säilyttämisen merkitystä: ”Voidakseni yhtään auttaa näitä potilaita minun on oltava se, jona potilas minua juuri sillä *hetkellä* tarvitsee. Kuitenkin tiedän, että jos minusta tulee *se* – potilaan projisoima minänsä sietämätön puoli – ei minusta voi olla hänelle mitään hyötyä. Tavoitteeni terapeuttina on tasapainoilla näiden vaatimusten välissä: yritän samanaikaisesti vastaanottaa potilaan minulle tarjoaman roolin, ja toisaalta pyrkiä pitämään omassa mielessäni mahdollisimman selvän ja objektiivisen kuvan potilaan mielestä” (Fonagy 2005a). Tässä hän on nähdäkseni hyvin lähellä Youngin ym. (2003) vanhemmoinnin (reparenting) terapiatekniikkaa. Potilaan elämän kauhujen on annettava elää terapiahuoneessa, jotta häntä voidaan auttaa niiden hallitsemisessa ja opettaa säätelemään itse tunteitaan. EVP-potilaan elämän ongelmat elävät terapiahuoneessa proseduraalisen muistijärjestelmän varassa. Siten interventiokin on kohdistettava reaaliajassa, ”tässä ja nyt” juuri kyseisen hetken emotionaaliseen ongelmaan, koska potilaan metakognitiokyky ei liitä asioiden abstraktiin integrointiin ”siellä ja silloin”.

Skeematerapian yhtenä keskeisenä terapiatekniikkana ovat mielikuvaharjoitukset, joiden käyttöä Young (2003) ei kovin yksityiskohtaisesti teoreettiselta kannalta perustele. Aiemmin kuvattu tieto muistijärjestelmien toiminnasta, traumaoireilun tunkeutuvasta luonteesta ja kiintymyssuhdeteoriasta auttaa ymmärtämään mielikuvaharjoittelun teoreettista pohjaa. Jäsentymättömän potilaan psyykkiset rakenteet eivät voi muuttua metakognitiokykyä vaativien tekniikoiden varassa. Sen sijaan terapiassa on käytettävä kokemuksellisia menetelmiä, jotka muuttavat traumaattisten kiintymyssuhdeskeemojen emotiokomponentteja ja kehittävät metakognitiokykyä. Aivotasolla muutoksen on kohdistuttava korteksin ohella trauman vaurioittamaan limbiseen järjestelmään. Samoin Allenin (2001) traumamalli ja aivojen biologian huomioiminen yhdessä Liottin kolmiomallin kanssa auttaa terapeuttia ymmärtämään eri moodien ajoittain satunnaiselta tai käsittämättömältä tuntuvaan aktivoitumista terapiakäynnillä.

Liottin (2000) mukaan ymmärrys jäsentymättömän kiintymyssuhteen roolista EVP-potilaan ihmissuhteissa ohjaa terapeuttia tarkkailemaan eri motivaatiojärjestelmien aktivoitumista terapiaistunnossa. Esim. välttelevästi tai ahdistuneesti kiintyneen potilaan terapiassa kiintymyssuhdejärjestelmän aktivoituminen ennustaa hyvää terapeutista vuorovaikutushetkeä. Jäsentymättömän potilaan kohdalla se on lähes varma merkki edessä olevasta vaikeasta vuorovaikutustilanteesta. Terapeutin havaitessa kiintymyssuhde- tai puolustusjärjestelmän aktivoitumisen terapian tietyllä hetkellä häntä auttaa prosessin

ymmärtämisessä Liottin malli, joka myös tuo lisäymmärrystä Youngin mooditeorian mukaisiin vuorovaikutuskuvioihin. Kunkin tällaisen hetken vaatiman intervention valinnassa puolestaan auttaa Youngin (2003) mainitsema selkeys, joka syntyy moodivaihdosten analysoimisesta terapiatilanteessa ja siitä, että kullekin moodille on omat spesifit interventiotekniikkansa. Moodikäsitteen jakaminen potilaan kanssa hänen kielelleen sopivin sanoin auttaa osoittamaan empaattisesti potilaan toimintatapojen olevan hänelle itselleen vahingollisia - konfrontoimatta potilasta itseään. Terapeutti voi olla hänen puolellaan vahingollista moodia vastaan.

Liotti (1998, 2000, 2002) pitää oman kolmiomallinsa perusteella erittäin tärkeänä sitä, että EVP-potilaan hoidossa on potilaan kanssa tekemisissä tiimi. Tällöin patologisten vuorovaikutuskuvioiden aktivoituessa terapiassa on olemassa toinen turvallinen hoidollinen ympäristö ja hoitava henkilö potilaalle turvana. Se vähentää terapiasuhteeseen kohdistuvia ääriodotuksia ja kuormituksia. Tälle Liottin ajatukselle perustuva hoitokäytäntö on mm. Linehanin (1993a, 1999) dialektis-behavioraalisisessa terapiassa ja Batemanin ja Fonagyn (2003) mentalisaatioperusteisessa psykoterapiassa, joissa yhdistetään yksilö- ja ryhmäterapia. Suomalaisen terveydenhuollon resurssitodellisuudessa tämä harvoin on realistinen vaihtoehto, mutta jo terapeutisesta hoidosta informoitu potilasta tapaava lääkäri tai sosiaalityöntekijä auttaneet terapiasuhteen latautuneisuuden vähentämisessä.

Terapeutin oman jaksamisen kannalta mallit ovat mielestäni hyödyllisiä. Ne mahdollistavat terapeutin ja terapian vaikeiden kokemusten ymmärtämisen syyttämättä potilasta, ja lisäävät hallinnan tunnetta tuomalla jäsenyneitä interventiotyökaluja. Terapeutin oman hallinnan tunteen lisääntyminen ongelmien edessä toimii hoitavana elementtinä, sillä onhan EVP-potilaan kiintymyssuhdemallin synnyssä yhtenä merkittävänä tekijänä ollut havainto hoitajastaan avuttomana, vihaisena ja arvaamattomana potilaan vaikeiden tunteiden kanssa. Potilaalle uusi ja korjaava kokemus on sekin, että hoitava henkilö on mentalisaatiokykyinen ja kykenee näkemään hänet ihmisenä, jolla on oma merkityksellinen mieli, ajatukset ja tunteet. Sekä potilasta että terapeutia helpottaa se, ettei terapiasuhteen ongelmia nähdä terapeutin ja terapian epäonnistumisena, vaan seurauksena hyvästä terapiasuhteesta traumaattisen kiintymyssuhteen omaavan potilaan kanssa ja askeleena kohti hoitotulosta. Lisäksi Fonagy, Liotti, Linehan ja Allen korostavat kaikki sitä, että jäsentymättömän EVP-potilaan kyvyttömyyttä selviytyä arjen sosiaalisista paineista ei voi koskaan yliarvioida. Siten hoitotavoitteisiin pyrittäessä on edettävä pienin askelin ja iloittava jokaisesta askeleesta eteenpäin. Youngin ja Liottin mallien näkökulmasta tulee tärkeäksi terapeutin aitouden

merkitys ja rehellisen kommunikaation tärkeys. Tästä Youngin käyttää analogiaa, jonka mukaan joskus on pyrittävä toimimaan vuorovaikutuksessa ”ei niin kuin hyvä terapeutti toimisi, vaan kuten hyvä vanhempi toimisi” (Young 2004).

8. Lähteet:

- Allen G. (2001) Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. Chichester, Guilford.
- Bateman A ja Fonagy P. (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder - Mentalization-Based Treatment. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Belsky J. (1993) Etiology of Child maltreatment: a developmental-ecological analysis. Psychological Bulletin, 413-434.
- Bradley S. (2000) Affect regulation and development of psychopathology. New York, Guilford.
- Cassidy J. ja Shaver P. (1999) Handbook of Attachment. New York, Guilford
- Damasio A. (2000) Tapahtumisen tunne. Miten tietoisuus syntyy. Helsinki, Terra Cognita
- DSM-IV, diagnostiset kriteerit. Suomen psykiatriyhdistys Ry (1997)
- Fonagy P. (2005a) Pathological Attachments and Therapeutic Action: A transgenerational model of personality disorder. <http://www.psychematters.com/papers/fonagy3.htm> Tulostettu 20.1.2005a.
- Fonagy P. (2005b) Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders. <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/fonagy-2.htm> Tulostettu 22.1.2005b.
- Fonagy P. Target M. Gergerly G. (2000) Attachment and Borderline personality Disorder: a theory and some evidence. Psychiatric clinics of North America (s.103-122).
- Fonagy P. (2004) Multiple voices versus metacognition. An attachment theory perspective. Teoksessa V. Sinason (toim) Attachment, trauma and multiplicity (s.71-85) Hove, Brunner- Routledge.
- Herman J, Perry J ja van der Kolk. (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 490-495.
- Holmes J. (2004) The search for secure base. Attachment theory and psychotherapy. Hove, Brunner-Routledge.

- Kuusinen K. Kiintymyssuhdeteoria ja psykoterapia. (2003)
Luento kognitiivisen psykoterapian YET-koulutuksessa, Tikkurila 25-26.3. 2003
- Kuusinen K. (2000) Terapiasuhde ja emotionaalinen säätely kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta. Teoksessa kognitiivinen psykoterapia ja kiintymyssuhdeteoria. (s.1-27) Jyväskylä, Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Linehan M. (1993a) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder New York, Guilford
- Linehan M. (1993b) Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, Guilford.
- Liotti G. (1998) Metacognition and motivational systems: a cognitive-evolutionary approach to treatment of difficult patients. Teoksessa P. McGorry ja C. Perris (toim.) Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders.(s.334-245) New York, Wiley.
- Liotti G. (2000) Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary psychology. Teoksessa P. Gilbert ja K. Bailey. (toim.) Genes on the couch. Explorations in evolutionary psychotherapy. (s 232-256) Hove, Brunner- Routledge.
- Liotti G. (2002) The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: a cognitive evolutionary approach. Journal of cognitive psychotherapy, 349-366.
- Liotti G. (2005) Attachment and metacognition in borderline patients.
<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probsiter/liotti-2.htm> . Tulostettu 21.2.2005.
- Schmahl C. Vermetten E. Elzinga B. Bremner J. (2003) Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. Psychiatry Research, 193-198.
- Semerari A. Carcione A. Dimaggio G. Falcone M. Nicolo G. Procacci M. ja Alleva G.(2003) How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. Clinical psychology and psychotherapy, 238-261.
- Sinason V. (2004) Attachment, trauma and multiplicity. Hove, Brunner- Routledge.
- Stone, J. (1990) The Fate of Borderline Patients. New York, Guilford.
- Young J. Klosko J. Weishaar M. (2003) Schema therapy. New York: Guildford Press.
- Young J. (2004), Schema Therapy: Conceptual Model, Helsinki 21.4.-23.4.2004, luento kognitiivisen psykoterapian YET-koulutuksessa, luentomateriaali.
- Young J. www.schematherapy.com.