

MOODIKARTAN KÄYTTÖ KOGNITIIVISESSA PSYKOTERAPIASSA

Sari Istukaissaari

Mervi Lakso

1. JOHDANTO

Kognitiivisen psykoterapian taustalla on useita teorioita, joissa pyritään eri tavoin kuvaamaan ja määrittämään minuutta. Vaikka teorit eivät ole yhtenäisiä, niin ihmisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta minäkokemuksen epäjatkuvuutta on yleisesti ottaen pidetty ongelmallisena. Psykoterapeutti kohtaa työssään usein potilaita, joilla ilmenee puutteita minän jatkuvuudessa siten, että minän eri puolet eivät ole tietoisia toisistaan. Potilas voi jossakin minätilassa kokonaan kadottaa kykynsä itsereflektioon tai itsekontrolliin (Leiman 2001, 382). Heillä voi myös olla vaikeutta muistaa tärkeitä elämänsä tapahtumia (esim. Arntz, Meeren & Wessel 2002).

Terapiatyössämme olemme kohdanneet tilanteita, joissa potilas kertoo vaikeista, traumaattisista kokemuksista ilman tunnekosketusta ja tunne-ilmaisua tai toisaalta voi seuraavassa hetkessä olla täysin tunteiden vallassa. Potilaan voi myös olla vaikea palauttaa mieleen edellisillä kerroilla käsitellyjä teemoja. Näistä tilanteista on virinnyt tarve löytää näkemystä tämän ilmiön ymmärtämiseen ja keinoja työskentelyn jatkamiseen terapiaprosessia edistävällä ja potilaan inhimillistä kärsimystä helpottavalla tavalla. Yhdysvaltalainen psykoterapeutti Jeffrey Young

työtovereineen (2003) on pyrkinyt integroimaan kognitiivisen, behavioraalisen, kokemuksellisen ja vuorovaikutteisen lähestymistavan tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoitamiseksi.

Arntzin johtama tutkimusryhmä (2006) on raportoinut hyviä tuloksia Youngin kehittämän skeemamoodityöskentelyn vaikuttavuudesta. Skeemamoodit eli moodit ovat ymmärrettävissä minätiloiksi ja niihin liittyviksi selviytymiskeinoiksi, jotka voivat esimerkiksi epävakailta potilailla muuttua hetkestä toiseen hyvinkin nopeasti (Holmberg & Karila 2001, 179).

Suomessa kognitiivisista psykoterapeuteista muun muassa Irma Karila (2006) on kuvannut hyviä kokemuksia moodikartan käyttämisestä kliinisessä työssä. Tarkastelemme tässä esseessä moodikartan käyttöä ja sen merkitystä kognitiivisessa psykoterapiassa. Miten moodikartta suuntaa terapiatyöskentelyä? Entä miten potilas voi sen käytöstä terapiaprosessissa hyötyä? Oletamme, että minätilojen nimeäminen yhteistyössä terapeutin kanssa sekä niiden eksternalisointi kirjoittamalla/piirtämällä ne ylös fläppitaululle ja omaan päiväkirjaan auttaa potilasta jäsentämään ja muistamaan paremmin käsiteltyjä asioita sekä tutkimaan omaa sisäistä kokemusta. Tarkastelun kohteena on tässä esseessä moodikartan käyttö kahdessa terapiaprosessissa, missä potilaan diagnoosina on toistuva keskivaikea masennus ja potilailla on myös epävakaita piirteitä.

2. SKEEMAN MÄÄRITELMÄ YOUNGIN MUKAAN

Youngin, Kloskon & Weishaarin (2003) skeemäkäsité viittaa oikeastaan skeeman alaluokkaan, johon kuuluvat varhaiset maladaptiiviset skeemat. Maladaptiivisilla skeemoilla tarkoitetaan lapsuudessa tai nuoruudessa syntyneitä, itseä ja muita koskevia, merkittävästi haitallisia tulkintatapoja. Skeemat syntyvät, kun yksilön emotionaalisia ydintarpeita ei kohdata lapsuudessa riittävästi. Young ym. (2003) on luokitellut kehitysteorioiden ja kliinisten havaintojen pohjalta viisi kehityksellistä tarvetta, joiden pitäisi tulla kohdatuiksi yksilön terveessä kehityksessä. *Liittyminen toisiin* sisältää tunteen turvallisuudesta, vakaudesta, hoivasta ja hyväksynnästä. Muita keskeisiä tarpeita ovat *autonomian kokeminen, vapaus ilmaista omia tarpeita ja tunteita, spontaanisuus ja leikki* sekä *realistiset rajat ja itsekontrolli*.

Maladaptiiviset skeemat aktivoituvat toistuvasti läpi elämän ja voivat Youngin mukaan persoonallisuushäiriöissä muodostaa identiteetin ytimen. Ihmisellä on voimakas tarve ylläpitää pysyvyydenkokemusta elämässään. Vaikka skeema aiheuttaa kärsimystä, se on tuttu ja turvallinen,

omaksuttu "perustotuus". Skeemat vaikuttavat merkittävästi siihen, miten ihminen ajattelee, tuntee ja toimii suhteessa toisiin. Paradoksaalisesti skeema johtaa yksilön ikään kuin toistamaan aikuisiällä hänelle vahingollisia lapsuudenkokemuksia. Maladaptiivinen eli itselle vahingollinen käyttäytyminen ei siten ole osa skeemaa, vaan kehittyy reaktiona skeemaan (Young ym. 2003).

2.1. Maladaptiiviset skeemat

Tässä esseetyössä skeeman käsitteellä viitataan jatkossa Youngin maladaptiiviseen skeemaan, missä yksilö ei kykene adaptiivisesti kohtaamaan näitä edellä mainittuja tarpeita. Maladaptiiviset skeemat (18 kpl) voidaan Youngin (2003, 12-21) mukaan ryhmitellä viiteen kategoriaan:

1. Irrallisuus ja hylkääminen
2. Heikentynyt autonomia ja suorituskyky
3. Heikentyneet rajat
4. Muut-suuntautuneisuus
5. Ylivarovaisuus ja estyneisyys

Irrallisuuteen ja hylkäämiseen liittyviin maladaptiivisiin skeemoihin sisältyy kokemus, ettei pysyvyyden, turvallisuuden, hoivan tai rakkauden tarpeita kohdata. Potilaat, joilla on tämän kategorian skeemoja, ovat usein vaikeimmin traumatisoituneita. Näiden potilaiden hoidossa terapiasuhteen rooli korostuu erityisesti.

Heikentynyt autonomia liittyy sellaisiin uskomuksiin itsestä ja maailmasta, jotka vaikeuttavat eriytymistä ja itsenäistä toimintaa. Näillä potilailla on vaikeutta muovata omaa identiteettiään ja elää itsenäistä elämää tai asettaa omia henkilökohtaisia päämääriä. Heidän on vaikea hallita aikuisilta edellytettäviä taitoja.

Potilailla, joiden skeemat liittyvät heikentyneiden rajojen kategoriaan, saattaa olla vaikeutta kunnioittaa toisten oikeuksia, tehdä yhteistyötä, sitoutua tai pitäytyä pitkän tähtäimen suunnitelmissa. He vaikuttavat usein itsekkäiltä, hemmotelluilta, vastuuttomilta tai narsistisilta. Aikuisina heiltä voi puuttua impulssikontrollia ja itsekuria.

Muut-suuntautuneisuuteen liittyy korostunut keskittyminen muiden tarpeiden huomioimiseen omien kustannuksella. Päämääränä on saada hyväksyntää, ylläpitää yhteenkuuluvuudentunnetta tai välttää kosta. Nämä potilaat eivät yleensä tunnista omia vihantunteitaan tai mieltymyksiään.

Ylivarovaisuus ja estyneisyys -kategorian skeemoihin liittyy spontaanien tunteiden ja impulssien tukahduttaminen. Nämä potilaat toimivat usein jäykkien, sisäistettyjen sääntöjen mukaan rentoutumisen, itseilmaisun ja onnellisuuden kustannuksella.

3. SKEEMATERAPIAMALLI (SFT)

Young kehitti skeematerapian erityisesti persoonallisuusproblematiikasta kärsivien potilaiden hoitamiseksi, koska perinteinen kognitiivisbehavioraalinen terapia osoittautui heidän kohdallaan riittämättömäksi. Hän laajensi perinteistä terapiamallia ja yhdisti siihen tekniikoita eri terapiakoulukunnista. Skeematerapian tavoite on löytää yhdessä potilaan kanssa adaptiivisia tapoja kohdata emotionaalisia ydintarpeita. Terapiassa terapeutti liittoutuu potilaan kanssa taistelemaan maladaptiivisia skeemoja vastaan käyttäen tukenaan kognitiivisia, kokemuksellisia, behavioraalisia ja vuorovaikutteisia strategioita. Kun potilas toistaa skeemansa mukaisia dysfunktionaalisia toimintamalleja, terapeutti empaattisesti konfrontoiden ohjaa häntä muutokseen. Terapiassa pyritään myös osittain tyydyttämään tarpeita, joita ei ole riittävästi kohdattu lapsuudessa (Young, Klosko & Weishaar 2003).

4. EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUDEN MÄÄRITELMÄ JA ALKUPERÄ

Persoonallisuuden epävakaudella tarkoitetaan laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja affekteihin liittyvää epävakautta ja huomattavaa impulsiivisuutta. Epävakaan persoonallisuuden taustalla voi olla emotionaalisesti intensiivinen, labiili synnynnäinen temperamentti. Kolme neljästä epävakaaksi diagnosoidusta potilaasta on naisia (Young ym. 2003). Häiriön yleisempään esiintymiseen naisilla ei kuitenkaan voida antaa yksiselitteistä selitystä. Joidenkin arvioiden mukaan 2-3 % väestöstä kärsii tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta. Biologisista seikoista ainakin häiriöt aivojen serotoniiniaineenvaihdunnassa ovat ilmeisesti yhteydessä epävakaassa persoonallisuudessa yleisesti esiintyviin piirteisiin (Eronen, Henriksson & Marttunen 2001, 376). Young ym. (2003) kuvaavat tunnistaneensa epävakaiden potilaiden taustalta tiettyjä

ympäristötekijöitä, jotka temperamentitekijöiden kanssa vuorovaikutteisesti altistavat epävakaan häiriön kehittymiselle. Lapsuuden kasvuympäristö on voinut olla turvaton ja epävakaata, mihin on voinut liittyä hyväksikäyttöä, pahoinpitelyä tai hylkäämistä. Se on usein ollut emotionaalisesti deprivoiniva, epäempathinen ja kylmä. Riskiä epävakaan häiriön kehittymiselle lisää rankaiseva ja torjuva ympäristö. Lisäksi tyypillistä on voinut olla lapsen tunteiden tukahduttaminen, jolloin perheessä on voinut vallita ääneen lausumatonkin sääntö: "Älä näytä, mitä tunnet tai pyydä mitä tarvitset, vaan ole sellainen kuin me haluamme sinun olevan" (Young ym. 2003).

5. PERSOONALISUUSHÄIRIÖN ASETTAMAT HAASTEET TERAPIATYÖSKENTELYLLE

Yhteistyösuhteen kehittäminen terapiassa on usein persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille ongelmallista, koska potilaiden on vaikea muodostaa turvallista ja luottamuksellista suhdetta terapeuttiin. Ongelmat heijastavat potilaiden ihmissuhdeongelmia myös terapian ulkopuolella. Ongelmien alkuperä on jo lapsuudenaikaisten vuorovaikutussuhteiden häiriintymisessä. Potilaiden ongelmat ovat epämääräisiä, laaja-alaisia ja pitkittyneitä. Heillä ei ole välttämättä kosketusta omiin kognitioihinsa tai tunteisiinsa ja he pyrkivät välttämään vaikeita tunteita monin tavoin. Potilaiden ajattelu on usein jäykkää ja heidän on vaikea uskoa muutoksen mahdollisuuteen. Ongelmat ja itseä vahingoittava käytös ovat tulleet keskeiseksi osaksi heidän identiteettiään ja niistä luopuminen tuntuu kuin "osa itseä kuolisi" (Young ym. 2003) Youngin kehittämä skeemamoodityöskentely voi auttaa terapiassa eteenpäin, jos potilas on hyvin välttelevä tai ylikompensoiva eikä tavoita skeemojaan (haavoittuvuuttaan) emotionaalisesti.

6. MUISTAMISEN VAIKEUS - DISSOSIAATIOTAKO

Nykytiedon valossa varhaiset kokemukset ja kiintymyssuhteet muovaavat hermoverkkojen ja muistin organisoitumista ja vaikuttavat sen myötä yksilön psyykkisiin havainto- ja tulkintaprosesseihin. Youngin (2003) mukaan negatiivisten tunteiden välttäminen kehittyvä väliseellisen oppimisen tavoin reagoitina, jota vahvistaa negatiivisena koetun tunnetilan lievittyminen. Lapsuusmuistot toimivat potilailla usein ärsykkeinä, jotka laukaisevat vaikeiden tunteiden välttämisen reaktion. Sitä on vaikea muuttaa, koska se on toiminut heillä selviytymiskeinona

jo lapsuudesta asti. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivät potilaat pyrkivät välttämään vaikeita tunteita herättäviä muistoja ja mielikuvia sekä yleensä syvällistä itsensä tarkastelua.

Arntz, Meeren & Wessel (2002) ovat tutkimuksessaan havainneet, että vaikeus palauttaa mieleen yksityiskohtaisia muistikuvia elämänhistoriasta liittyy erityisesti kliiniseen depression (MDD), ei niinkään persoonallisuuden epävakauteen sinänsä. Tulos ei kuitenkaan sulje pois sitä kliinisessä työssä havaittua asiaa, että epävakaat potilaat ovat haluttomia kertomaan yksityiskohtaisesti kipeitä lapsuusmuistojaan. Onkin Arntzin ym. (2002) mukaan mahdollista, että he ovat epätarkkoja, jos heidän tulee raportoida juuri kaikkein kipeimpiä ja traumaattisimpia lapsuusmuistojaan. Lisäksi epävakauteen liittyy usein depressiota tai muita komorbida oireistoa, joka voi selittää yhteyttä epävakaan persoonallisuuden ja yleistävän muistamisen (tuottaa yleisen kuvauksen, ei spesifiä tapahtumaa) välillä. Tästä syystä ei voida täysin kumota tutkimustuloksia (Jones, Heard, Startup, Swales, Williams & Jones, 1999), joiden mukaan epävakailla potilailla on vaikeutta muistaa negatiivisiin tunnesanoihin liittyviä spesifejä oman elämän tapahtumia. Spesifien muistojen mieleenpalauttamisen vaikeus saattaa liittyä heidän taipumukseensa dissosioida ja auttaa heitä välttämään episodista informaatiota, joka aktivoisi negatiivisen tunteen.

Terapian jatkuessa aina kun lähestyimme tunteita herätteleviä asioita ja teemoja, potilas alkoi haukotella huomattavan korostuneesti vaivautuneena, oli hämmentynyt.. ikään kuin kadoksissa itseltäänkin. Verbaalisesti hän vetosi siihen, ettei voi muistaa lapsuudestaan yhtäkään muistikuvaa. Ja terapian alkuvaiheessa asiakas saattoi perua käyntejä eri syihin vedoten, kun edellisellä istunnolla oltiin päästy hivenen lähemmäs tunteita herätteleviä teemoja, tai joissa tunnereaktiota oli ohimenevästi häivähtänyt myös istunnon aikana.

Dissosiaatio voi olla lievimmillään tavallista tarkkaavuuden hetkellistä herpaantumista ja pahimmillaan vaikeutta luoda integroitua, eheää tietoista kokemusta havainnoista, muistoista, tunteista, käyttäytymisestä ja identiteetistä. Yksi dissosiaation patologisimpia muotoja on psykogeeninen amnesia, mihin liittyy huomattava vaikeus muistaa oman elämän tapahtumia (Jones ym. 1999).

Traumateorioissa dissosiaatio nähdään lapsuuden selviytymiskeinona vaikeista tilanteista. Tämä lapsena käyttökelpoinen keino voi muuttua häiritseväksi tai haitalliseksi aikuisiällä. Traumaan liittyvässä dissosiaatiossa tuskalliseen kokemukseen liittyvät tunteet ja muistot on eristetty tietoisuudesta. (Suokas-Cunliffe 2003, 111). On huomioitava kuitenkin, ettei dissosiaatio välttämättä aina edellytä traumaattisia kokemuksia. Lisäksi nykyisin on vielä liian vähän tietoa

dissosiaation mekanismeista, jotta oman elämän spesifien muistojen mieleenpalauttamisen vaikeutta voitaisiin pitää yksinomaan dissosiatiivisenä kokemuksena (Jones ym. 1999).

7. SKEEMAMOODIN KÄSITE

Epävakailla potilailla voi olla lähes kaikki 18 skeemaa, joiden yhtäaikainen työstäminen olisi vaikeaa. Skeemamoodin käsitteellä Young (2003, 271) tarkoittaa parhaillaan aktiivisina olevia skeemoja, jotka voivat olla adaptiivisia tai maladaptiivisia. Moodit ovat ymmärrettävissä minätiloiksi ja niihin liittyviksi selviytymiskeinoiksi, jotka voivat esimerkiksi epävakailla potilailla muuttua hetkestä toiseen hyvinkin nopeasti (Holmberg & Karila 2001, 179). Moodeja on neljää päätyyppiä: lapsimoodit, maladaptiiviset selviytymismoodit, maladaptiiviset vanhempimoodit ja terveen aikuisen moodi. Jokainen moodi on yhteydessä tiettyihin skeemoihin (paitsi terve aikuinen ja luonnollinen lapsi) tai sisältää tiettyjä selviytymiskeinoja. Potilailla, joilla on epävakaa tai narsistinen persoonallisuushäiriö, moodit ovat suhteellisen huonosti yhteydessä toisiinsa ja henkilö saattaa kokea vain yhden moodin kerrallaan. Yksi skeematerapian tärkeä päämäärä on opettaa potilaille, kuinka he voivat vahvistaa Terveen aikuisen moodejaan, jotta he voivat oppia ohjaamaan, hoivaamaan tai neutralisoimaan dysfunktionaalisia moodeja tai neuvottelemaan niiden kanssa.

7.1. Skeemamoodit dissosiatiivisina minätiloina

Youngin (2003, 40-43) mukaan dysfunktionaalinen skeemamoodi voidaan nähdä sellaisena minän puolena, johon kuuluu tiettyjä skeemoja tai skeema-operaatioita, jotka eivät ole täysin integroituneet minän muihin puoliin. Dysfunktionaalisen skeemamoodin voidaan ajatella sijaitsevan dissosiaatiojatkumon jossakin tietyssä pisteessä. Kun yksilö on tietoinen useammasta kuin yhdestä moodista samanaikaisesti, dissosiaation aste on alhaisempi. Korkein dissosiaation aste esiintyy dissosiatiivisessa identiteettihäiriössä (tai jakautuneessa persoonallisuushäiriössä). Näissä tapauksissa potilas ei ehkä edes tiedä toisen moodin olemassaolosta. Epävakaan henkilön moodien dissosiaation aste on lievempi kuin dissosiatiivisessa identiteettihäiriössä, mutta korkeampi kuin täysin terveellä henkilöllä. Myös psyykkisesti eheämpi yksilö omaa tunnistettavia moodeja, mutta tunne yhtenäisestä identiteetistä säilyy. Hän voi siten reagoida vetäytymällä, vihaisuudella tai surullisuudella muuttuviin tilanteisiin, mutta nämä moodit eroavat epävakaan moodeista siten, että ne eivät ole niin dissosioituneita toisistaan. Terve yksilö kykenee kokemaan useita moodeja

samanaikaisesti ja ne ovat joustavampia ja avoimempia muutoksille kuin epävakaa henkilön moodit.

8. MOODIEN PÄÄTYYPIT

8.1. Lapsimoodit

Lapsimoodit esiintyvät selvimmin epävakailta potilailta. Niitä ovat *hylätty lapsi (yksi versio haavoittuvasta lapsesta) sekä vihainen ja impulsiivinen lapsi*. Lapsimoodit ovat myötäsintyisiä ja edustavat ihmisten synnynnäistä emotionaalista vaihtelua. Lapsuudenaikaiset tapahtumat voivat ehkäistä tai edistää lapsimoodia, mutta jokaisella ihmisellä on synnynnäinen kapasiteetti ilmaista jokaista neljää moodia.

Haavoittuvan lapsen moodissa potilas saattaa vaikuttaa pelokkaalta, surulliselta, kuormittuneelta tai avuttomalta ikään kuin lapsi, joka tarvitsisi vanhempien huolenpitoa selviytyäkseen. Hän hakee epätoivoisesti vanhempaa ja on valmis sietämään lähes mitä tahansa saadakseen sellaisen. ”Haavoittumisen” spesifinen luonne riippuu taustalla olevasta skeemasta, joita ovat usein hylkääminen tai epävakaisuus, epäluottamus tai hyväksikäyttö sekä tunneprivatio ja puutteellisuus. Muita haavoittuvan lapsen moodiin yhteydessä olevia skeemoja voivat olla esim. sosiaalinen eristäytyminen, riippuvuus tai kyvyttömyys, herkkyys joutua vaaraan ja minän kehittymättömyys. Koska monet skeemat ovat osa haavoittuvan lapsen moodia, haavoittuvan lapsen moodiin keskitytään skeematyöskentelyssä erityisen paljon.

Vihaisen lapsen moodissa potilas raivostuu reaktiona kokemaansa epäreiluun kohteluun tai tarpeidensa tyydyttämättä jäämiseen liittyen omiin skeemoihinsa kuten mm. hylkääminen, epäluottamus tai hyväksikäyttö, tunneprivatio ja alistuminen. Skeeman aktivoituessa potilas tuntee olevansa hylätty, hyväksikäytetty, alistettu tai deprivoitu ja hän voi esim. huutaa tai hänellä voi olla väkivaltaisia impulsseja tai fantasioita.

Impulsiivinen/kuriton lapsi toimii impulsiivisesti täyttääkseen tarpeensa ja saadakseen mielihyvää noudattamatta rajoja tai huomioimatta toisia. Frustraationsietokyky on matala. Tässä moodissa henkilö voi vaikuttaa hemmotellulta, vihaiselta, huolettomalta, laiskalta, kärsimättömältä,

tarkkaamattomalta tai kontrolloimattomalta. Moodiin yhteydessä oleviin skeemoihin kuuluvat tekojen oikeutus, grandiositeetti sekä riittämätön itsekontrolli/itsekuri.

Luonnollinen lapsi tuntee olevansa rakastettu ja tyydytetty. Tämä moodi ei ole yhteydessä varhaisiin maladaptiivisiin skeemoihin, koska lapsen ydintarpeet on adekvaatisti kohdattu.

8.2. Maladaptiiviset selvitysmoodit

Maladaptiiviset selviytymismoodit edustavat lapsen pyrkimystä sopeutua elämään tyydyttämättä jääneiden emotionaalisten tarpeiden kanssa haitallisessa ympäristössä. Nämä moodit olivat adaptiivisia, kun potilas oli lapsi, mutta ne ovat usein maladaptiivisia laajemmin aikuisten maailmassa. Niitä on kolme eri tyyppiä: *Mukautuva antautuja*, *eristäytynyt suojautuja* ja *ylikompensoija*.

Mukautunut antautuja alistuu skeemaan selviytymiskeinona totteleminen ja tukeutuminen. Potilas voi olla passiivinen ja riippuvainen. Pyrkimyksenä on välttää kaltoin kohtelua ja konflikteja. Hän tekee mitä muut haluavat, alistuu ja hakee hyväksyntää.

Eristäytynyt suojautuja välttää skeemaa. Moodi on kuin muuri, jonka sisällä haavoittuvammat moodit piileskelevät. Pyrkimyksenä on vaikeiden tunteiden sulkeminen pois, jotta välttyy omaan haavoittuvuuteen liittyvältä tuskalta. Tässä moodissa potilaat saattavat tuntea olonsa välinpitämättömäksi tai tyhjäksi. He voivat ottaa kyynisen asenteen välttyäkseen tunteilta suhteessa ihmisiin tai tekoihin. Käyttäytymisen puolella voi esiintyä vetäytymistä, rajatonta itsenäisyyttä, itseä rauhoittavia addiktioita, fantasioita, pakonomaista levottomuutta ja ärsykkeiden etsintää. Moodi on erityisesti epävakaille potilaalle tyypillinen ja sitä on vaikea muuttaa. Se oli epävakaudesta kärsiville lapsena adaptiivinen strategia ympäristössä, mikä oli liian traumaattinen ja sen takia oli mielekästä etäännyttää itsensä siitä ja omista tunteistaan. Myöhemmin olisi ollut adaptiivista luopua tästä moodista ja tulla avoimemmaksi maailmalle sekä omille tunteille jälleen, mutta moodi on heillä automatisoitunut reaktio, eivätkä he tiedä, miten päästää siitä irti.

Ylikompensoijan selviytymiskeinoja ovat vastahyökkäys ja kontrollointi. Ylikompensointi voi olla myös semiadaptiivista, esim. työnarkomania. Tässä moodissa potilas toimii kuin skeemalle vastakkainen tilanne olisi totta. Esim. jos on kyse puutteellisuusskeemasta, hän pyrkii

näyttäytymään täydellisenä ja ylivertaisena ja jos hän tuntee syyllisyyttä, hän syyllistää muita. Potilas voi olla myös passiivis-aggressiivinen tai äärimmäisen kohtelias, mutta samalla suunnitella kostoja. Toiset ovat obsessiivisiä säilyttäen tarkan järjestyksen ja tiukan itsekontrollin suunnittelun, rutiinin ja varautumisen kautta.

8.3. Dysfunktionaaliset vanhempimoodit

Dysfunktionaaliset vanhempimoodit ovat sisäistettyjä vanhempien hahmoja potilaan varhaishistoriasta. Näissä moodeissa, potilaista tulee ikään kuin omia vanhempiaan ja he kohtelevat itseään niin kuin vanhemmat kohtelivat heitä lapsena. Usein puhetyyliä myöden he ajattelevat, tuntevat ja toimivat niin kuin vanhemmat heidän ollessaan lapsi. Dysfunktionaalisia vanhempi moodeja on kahta tyyppiä (vaikka osalla potilaista voi esiintyä muitakin).

Rankaiseva tai kriittinen vanhempi rankaisee vihaisesti, kritisoi tai estää lasta ilmaisemasta tarpeita tai tekemästä virheitä. Rankaisevan vanhemman moodissa potilas rankaisee itseään. Usein moodi vaihtelee edestakaisin rankaisevan vanhemman ja haavoittuvan lapsen välillä. Tyypillisesti tähän moodiin yhteydessä olevat skeemat ovat rankaisevuus ja puutteellisuus.

Vaativa vanhempi painostaa lasta vastaamaan epärealistisiin odotuksiin. Potilas kokee, että pitäisi olla täydellinen ja on väärin olla erehtyväinen tai spontaani. Tähän moodiin yhteydessä olevia skeemoja ovat tiukat standardit ja uhrautuminen. Vaativa vanhempi ei ole välttämättä rankaiseva, sillä usein lapsi tunnistaa vanhemman pettymyksen ja kokee häpeää. Usein samalla potilaalla on kuitenkin sekä rankaisevan että vaativan vanhemman moodit.

8.4. Terveen aikuisen moodi

Tämä moodi on terve, aikuinen osa itseä. *Terve aikuinen* auttaa kohtaamaan lapsen emotionaaliset perustarpeet. Terveen aikuisen vahvistaminen ja rakentaminen potilaassa työskentelemään muiden moodien kanssa on moodityöskentelyn päämäärä. Useimmilla potilailla on jo jossain määrin tämä moodi olemassa, mutta sen toiminnan taso vaihtelee ja on heikompi vaikeammissa persoonallisuushäiriöissä. Terve aikuinen hoitaa, vahvistaa ja suojelee Haavoittuvaa lasta, asettaa

rajoja Vihaiselle tai Impulsiiviselle lapselle ja vastustaa tai hillitsee maladaptiivisia selviytymismoodeja tai vanhempimoodeja.

9. EPÄVAKAAN POTILAAN HOIDON PÄÄMÄÄRÄT

Hoidon tavoitteena on se, että potilas vähitellen sisäistää Terveen aikuisen moodin. Terapiasuhteen kautta terapeutista tulee terveen aikuisen moodimalli, joka empaattisesti kohtaa Hylätyn lapsen ja huolehtii hänestä sekä tekee oikeutetuksi tunteet ja tarpeet samalla asettaen ne reaalielämän kehyksiin. Terapeutti auttaa Hylättyä lasta antamaan ja vastaanottamaan rakkautta. Hän taistelee Rankaisevaa vanhempaa vastaan, kehuu ja antaa anteeksi. Terapeutti asettaa rajat Vihaisen ja Impulsiivisen lapsen käyttäytymiselle ja auttaa häntä ilmaisemaan tunteitaan rakentavilla tavoilla ymmärtäen niiden taustalla olevia tarpeita. Hän rohkaisee ja asteittain korvaa Eristäytyvän suojautujan Terveellä aikuisella. On aina oleellista tunnistaa, missä moodissa potilas kulloinkin on ja työskennellä sen mukaisesti. Potilas etsii aina saatavilla olevaa vanhempaa, mutta tähän on löydettävä tasapaino potilaan tarpeiden ja terapeutin yksityisyyden ja jaksamisen välille eli terapeutin rooliin kuuluu koetun vanhemmuuden puutteiden osittainen korvaaminen potilaalle (limited reparenting). Youngin mukaan rakentavin tapa kohdata potilas, on nähdä hänet Haavoittuvana lapsena, jollaisia he psykologisesti katsoen ovat. Vaarallisinta hoidon kannalta on mennä Rankaisevan vanhemman moodiin ja olla potilasta kohtaan vihainen, kriittinen ja hylkäävä. Työskentely on intensiivistä ja usein laukaisee terapeutin omia skeemoja. Potilaan kunnioitus ja aito välittäminen on tärkeää (Young, Klosko & Weishaar 2003).

9.1. Haavoittuvan lapsen kohtaaminen

Terapian vaiheet heijastelevat Youngin (2003) mukaan lapsen kehitystä. Moodityöskentelyn tuloksellisuus liittyy siihen, miten onnistutaan ohittamaan maladaptiiviset selviytymismoodit ja saavuttamaan Haavoittuvan lapsen moodi, jolla on eniten perusskeemoja ja joka tarvitsee eniten terapeutista tukea. Näin päästään työskentelemään kokemuksellisesti sen pienen lapsen tunteiden, muistojen, tarpeiden ja uskomusten kanssa, jolla ei ole ehkä aikanaan ollut turvallista aikuista lähellä silloin, kun olisi häntä tarvinnut. Usein tarvitaan aikaa, vastarinnan tutkimista, empaattista konfrontaatiota ja harjoittelua, jotta potilas lähtee tähän työskentelyyn. On perusteltava, miten ainut mahdollisuus paranemiseen on löytää, tunnistaa ja kokea vaikeat tunteet ja pyrkiä hoitamaan niitä.

Terapeutti pyrkii luomaan ympäristön, joka on turvallinen, huolehtiva, anteeksiantava ja itseilmaisuuksiin rohkaiseva, myös vihantunteiden ilmaisemiseen kannustava. Hän pyrkii vakuuttamaan potilaan siitä, että todellakin haluaa hänen olevan oma itsensä, ilmaisevan omia tunteitaan ja kertovan toiveitaan. Kun potilas kykenee ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan Hylätyn lapsen moodissa, hänen ei niinkään tarvitse mennä Vihaisen tai Impulsiivisen lapsen moodiin ilmaistakseen niitä. Ei myöskään Eristäytyvän suojautujan moodiin sulkeakseen ne pois eikä Rankaisevan vanhemman moodiin, koska terapeutti hyväksyy itseilmaisun ja korvaa Rankaisevan vanhempilahmon hyväksyvällä moodilla.

Menetelminä voidaan käyttää mielikuvatyöskentelyä ja moodien keskinäisiä dialogeja esim. tuoliteknikoiden avulla. Terapeutti mallittaa Terveen aikuisen moodia, jos potilas ei kykene siihen itse; myöhemmin potilas esittää moodia dialogissa itse. Potilailta ei edellytetä tätä, jos terapia on vasta alussa eikä luottamusta ole tai jos potilaat ovat hauraampia (vaikeasti epävakaita) tai vaikeasti traumatisoituneita. Yleensä potilas kokee suurta helpotusta sen jälkeen, kun on uskaltanut kokemuksellisesti kohtaamaan emotionalisempia puolia itsestään (Young ym. 2003).

9.2. Vihaisen lapsen kohtaaminen

Vihaisen lapsen kanssa työskenneltäessä terapeutti antaa potilaan alkuun ilmaista vihaansa täysillä ja terapeutti pyytää potilasta kertomaan enemmän siitä, miksi potilas on hänelle vihainen. Sitten terapeutti empatisoi potilaan tunteen ja sen taustalla olevan skeeman, esim. ”tiedän, että olet minulle vihainen, mutta luulen, että sisimmässäsi olet loukkaantunut...”, tavoitteena tavoittaa Hylätyn lapsen moodi. Kolmanneksi, kun potilas on rauhoittunut, tutkitaan yhdessä, oliko kyse väärinymmärryksestä vai oliko viha oikeutettua. Jos siinä on vähänkin oikeutusta, terapeutti pyytää anteeksi. Myöhemmin voidaan myös tehdä assertiivisuusharjoituksia, missä vihaa ilmaistaan rakentavilla tavoilla. Kokemuksellisissa työtavoissa potilaita kannustetaan ilmaisemaan vihaa lapsuuden merkityksellisiä ihmisiä kohtaan tilanteissa, missä heitä on kohdeltu epäoikeudenmukaisesti. Kognitiivisiin työtapoihin kuuluu, että potilaalle kerrotaan vihantunteen tärkeydestä ja merkityksestä, samoin hänelle opetetaan realiteetintestausta tilanteisiin, missä hänen ajattelunsa on liian mustavalkoista ja itsekontrollin keinoja impulsiivisuuden vähentämiseksi (Young, Klosko & Weishaar 2003).

9.3. Rankaisevan vanhemman kohtaaminen

Työskentelyn tuloksellisuutta tutkittaessa on havaittu, että terapeutit ovat käyttäneet toisen vuoden terapiasta usein Rankaiseva vanhempi-moodin työstämiseen, koska se on resistentti muutokselle, mutta sen voittamisen jälkeen edistystä tulee usein nopeasti. Rankaiseva vanhempi moodin työstämisessä terapiasuhte on keskeinen, samoin kokemukselliset työtavat, missä terapeutti auttaa potilasta vastustamaan Rankaisevaa vanhempaa mielikuvaharjoituksissa ja rooliharjoituksissa. Terapeutti opastaa potilaalle, että kyse on normaalista tunteista ja tarpeista, eikä pahuudesta. Kun potilaat tekevät elämässään virheitä, terapeutti ohjaa potilasta korvaamaan itserankaisun jollakin rakentavammalla tavalla. Tavoitteena on, että potilas näkisi rehellisesti virheensä, kokisi adekvaattia katumusta, korvaisi aiheuttamansa vahingon, tutkisi rakentavampia tapoja toimia tulevaisuudessa ja ennen kaikkea antaisi anteeksi itselleen (Young, Klosko & Weishaar 2003).

Viimeisenä terapiassa tulee autonomiavaihe, jossa tavoitteena on potilaan auttaminen yleistämään moodityöskentely terapian ulkopuolisiin elämäntilanteisiin. Tunnistaessaan tyydyttämättä jääneet tarpeensa, voi potilas huomioida, miksi on elämässään hakeutunut ihmissuhteisiin, joissa tilanne on jatkunut ennallaan. Tämän sijaan jatkossa olisi tavoitteena pyrkiä yhteyteen ihmisten kanssa emotionaalisisella tasolla ja solmia suhteita, joissa on mahdollista tulla tarpeineen kohdatuksi. Terapeutti auttaa potilasta löytämään omia luonnollisia taipumuksiaan ja seuraamaan niitä jokapäiväisessä elämässään ja esim. ammatinvalintaan ja harrastuksiin liittyvissä ratkaisuisaan (Young ym. 2003).

10. MOODIKARTAN KÄYTTÖ EPÄVAKAITA PIIRTEITÄ OMAAVAN POTILAAN KOGNITIIVISESSA PSYKOTERAPIASSA

10.1. TERAPIAPOTILAIDEN TAUSTAA

Tässä työssä on tarkasteltu kahta terapiaprosessia. Molemmat terapiat olivat pitkäkestoisia, keskimäärin 2-2,5 vuotta. Suoria lainauksia terapiakäynneistä on käytetty tässä työssä potilaiden luvalla. Terapiatyöskentelyn perusotteena oli tunnesuuntautunut (Greenberg & Paivio 1997) viitekehys, mutta terapiaprosessin rakenne muovautui myös youngilaisen ajattelun pohjalta, keskeisenä osana moodikartan käyttö ja moodityöskentely.

10.1.1. Sonja

Sonja tuli terapiaan jatkohoitona psykiatriselle sairaalahoitajaksolle. Sairaalaan tullessaan hän oli masentunut, apaattinen ja puhumaton. Toimintakyky oli hetkellisesti täysin kadoksissa eikä hän kyennyt edes pukeutumaan omin avuin. Laukaisevana tekijänä oli vaativa toimenkuva ensimmäisessä työpaikassa. Sairaalassa toipuminen lähti käyntiin nopeasti. Diagnoosina oli hänen tullessaan terapiaan toistuva keskivaikea masennus. Varsin pian esille kuitenkin tuli myös epävakaita piirteitä. Sonjan elämä oli terapian ensimmäisen vuoden ajan kaoottista ja ailahtelevaa sisältäen labiileja, kriisintäyteisiä ihmissuhteita, joissa kokemus vaihteli ihannoinnista pettymykseen. Hänen reagointinsa oli tunnevaltaista, hylkäämistä ennakoivaa ja sitä välttämään pyrkivää. Yksin oleminen oli Sonjalle vaikeaa. Hän tunnisti hyvin omia riippuvaisia piirteitään sekä kykenemättömyyttään kokea erillisyyttä suhteessa kumppaniin. Terapiassa tavoitteiksi muotoutuivat vähitellen oman identiteetin ja itsetunnon vahvistaminen mukaan lukien omien tarpeiden ja tunteiden tunnistaminen ja ilmaiseminen.

Sonja on lapsuudenperheensä lapsista vanhin. Hän kertoo äitinsä kasvaneen itse traumaattisissa oloissa. Sonja koki äitinsä lapsuudessa ja nuoruudessa kontrolloivana, kriittisenä ja arvaamattomana. Mukana oli henkistä väkivaltaa ja toistuvaa fyysistä kuritusta. Virheistä ja vahingoista rangaistiin. Hellyydenosoituksia ei äidin puolelta ollut. Äiti huolehti perustarpeet huolellisesti, joskin kaavamaisesti ja omilla ehdoillaan. Sonja muistaa alistuneensa ja myötäilleensä äitiä. Sonjan oli terapiassa aluksi hyvin vaikea arvostella äitiä tai ilmaista kielteisiä tunteita suhteessa äitiin. Isä oli Sonjan kuvaamana kiltti, äitiä myötäilevä. Huumorilla pyrki suhtautumaan äidin kiukutteluun. Isää kuvasi "nallekarhuksi, jota haluaisi suojella pahalta maailmalta". Oli paljon isän kainalossa, isän suosikkityttö. Mukana oli isän miellyttämistä viehättämällä. Isän kainalossa oli turvallinen olo. Samaa turvaa hakenut myöhemmin miesystävän kainalosta.

10.1.2. Niina

Niina aloitti terapian diagnoosinaan keskivaikea masennus. Jo terapiaprosessin alkuvaiheessa istunnoilla alkaa näkyä Niinan elämän paikoin hallitsematon kaaos ja epävakaa reagoiminen tunteiden osalta. Alkuun erityisesti tunteiden nimeäminen ja tunnistaminen on työlästä Niinalle. Tunnereagointi on yleisesti kulloisenkin tilanteen vakavuuteen nähden vaisua tai epäadekvaattia. Masennus oli hänelle pelkkää väsymyksen tunnetta, tämän lisäksi Niina terapian alussa lähes poikkeuksetta pyrki pakenemaan "muistamattomuuden" taakse, kun sivusimme todella merkityksellisiä asioita elämänsä historiastaan. Lapsuudestaan hän ei kyennyt juurikaan palauttamaan muistikuvia ja hän kieltäytyi mielikuvaharjoitteista, koska ei muista mitään. Niinan äidillä on ollut vaikea masennus siihen aikaan kun Niina syntyi. Niina kasvoi jo varhain vanhimpana lapsena huolehtimaan pienemmistä sisaruksistaan ja poti huonoa omaatuntoa, kun "jätti" sisarukset oman onnensa nojaan astuessaan omaan elämään varsin varhaisessa vaiheessa. Äitiin liittyen Niina ei kyennyt saamaan alkuun istunnoilla juuri minkäänlaista tunnetta pintaan, kotitöiden tekemisellä muistelee saaneensa jonkinasteista huomiota äidiltään. Isällä oli alkoholiongelma ja mustasukkaisuutta parisuhteessa. Niina koki olleensa "isin" tyttö. Niina muistelee mielellään yhteisiä hetkiä isän kanssa, joka oli kiltti ja huumorintajuinen. Terapiassakaan

Niina ei kykene luomaan mielikuvaa isästä, jossa tulisi esiin väkivaltaisuuttaan ja riidanhaluisuuttaan. Niina ilmoitti, ettei halua tietoisesti luopua isästä, joka on hänelle "kaikki mitä on". Väkivalta- ja riitatilanteissa Niina oli oman pelon voittaen rynnännyt väliin, halunnut vain tilanteen rauhoittuvan. Niinan elämän varrelta ei juurikaan pysty löytämään pysyviä, turvallisia ihmissuhteita.

11. EPÄVAKAAN POTILAAN MOODIT

Epävakautta omaavat potilaat voivat vaihtaa nopeasti yhdestä affektiivisestä tilasta toiseen eikä skeemojen kautta voida selittää tällaista nopeaa vaihtelua. Yleensä ihmiset kykenevät kokemaan useita moodeja yhtäaikaisesti, mutta kun epävakaa potilas on yhdessä moodissa, pääsyä muihin moodeihin ei tunnu olevan eli moodit ovat lähes täysin dissosioituneita. Epävakailla potilailla on Youngin (2003) mukaan tyypillisesti neljä perusmoodia: *Hylätty lapsi (yksi versio haavoittuvasta lapsesta)*, *Vihainen lapsi*, *Rankaiseva vanhempi* ja *Eristäytynyt suojautuja*.

Hylätty lapsi on se osa potilasta, joka tuntee tuskan ja kauhun liittyen useimpiin skeemoihin kuten hylkäämiseen, hyväksikäyttöön, vaille jäämiseen, puutteellisuuteen ja alistamiseen. Hylätyn lapsen moodissa potilas saattaa olla hauras ja lapsenomainen, surullinen, hätäntynyt, pelokas, vaille jäänyt ja ”hukassa” tai viattoman ja riippuvaisen oloinen. Hän on avuton ja yksin, etsien vanhempiahmoa, joka huolehtisi hänestä. Potilas saattaa idealisoida hoitajia ja hänellä on fantasioita siitä, että tulee pelastetuksi. Epätoivoinen hylätyksi tulemisen välttäminen ja välillä heidän hylätyksi tulemisen pelko voivat saada paranoidisia sävyjä. Terveemmillä potilailla hylätyn lapsen moodi voi liikkua yli 4-vuotiaan tasolla, mutta epävakailla potilailla se on alle 3-vuotiaan tasolla, jolloin objektipysyvyys puuttuu ja potilaan ajattelu on sidoksissa kulloiseenkin hetkeen, tunteiden ilmaisu on toiminnallista, ei niinkään sanallista, lisäksi tunteet ovat säätelämättömiä ja puhtaita.

Vihaisen lapsen moodissa potilaat ilmaisevat kiukkuaan sopimattomilla tavoilla eli he voivat tulla raivoisiksi, vaativiksi, kontrolloiviksi, halveksiviksi tai väkivaltaisiksi. He voivat vaikuttaa manipulatiivisilta, mutta käytös sisältää epätoivoisen yrityksen saada emotionaaliset perustarpeet tyydytetyksi. Vihaisen ja Impulsiivisen lapsen moodissa epävakaat potilaat ovat yleensä suhteellisen harvoin, kun eivät enää voi itselleen mitään. Yleensä Eristäytynyt suojautuja ja Rankaiseva vanhempi –moodit toimivat pitääkseen tunteet ja tarpeet torjuttuina, mutta ajan mittaan sisäinen paine kasvaa liian suureksi.

Sonjalla on ollut joskus hyvin voimakkaita vihanpurkauksia, jolloin hän on saattanut mm. heitellä tavaroita. Pariin otteeseen hän on käynyt käsiksi avopuolisoonsa. Tämän puolen näkeminen osana itseä on hänelle vaikeaa. Sonjan on myös terapian alkuvaiheessa vaikeaa, lähes mahdotonta olla vihainen vanhemmilleen kokemastaan kaltoinkohtelusta, jonka hän kokee ansainneensa. Hänen on vaikea hyväksyä vihan- tai suruntunteitaan ja niiden ilmaiseminen johtaa herkästi Rankaisevan/Kriittisen vanhemman aktivoitumiseen:

Sonja: On niin outoa ajatella itteensä vihasena. En sillä lailla oo ollu koskaan oikeen kunnolla vihanen...mun viha kestää muutaman sekunnin...oikeen niinku viha. Sitte se jotenki niin kummasti siirtyy ittehen...että itte on tehny jotenki väärin...

Rankaisevan vanhempimoodin funktio on rankaista itseä, kun on tehnyt jotakin ”väärin”, kuten ilmaissut omia tunteita tai tarpeita. Moodi on sisäistys yhden tai molempien vanhempien raivosta, vihasta, hyväksikäytöstä tai alistamisesta. Moodia ilmentää itseinho, itsekritiikki, viiltely, suuicidaaliset fantasiat ja muu itsetuhoinen käyttäytyminen. Tämä on moodeista ”epätervein” ja tuhoisin pitkällä tähtäimellä. Terapeutin laaja-alaisempi tavoite on auttaa potilasta torjumaan rankaisevat sisäistetyt viestit ja rakentamaan itsearvostustaan. Terapeutti tukee hylätyn lapsen tarpeita ja oikeuksia ja pyrkii kumoamaan ja korvaamaan rankaisevan vanhemman.

Usein epävakaat potilaat ovat suurimman osan ajastaan *eristäytyneen suojautujan* moodissa. He sulkevat pois tarpeensa ja tunteensa sekä irrottautuvat tunnetasolla ihmisistä. He voivat käyttäytyä myötäilevästi välttyäkseen rankaisulta. He voivat näyttäytyä ”normaaleina”, ”hyvinä” potilaina ja monet terapeutit voivat erehdyksessä vahvistaa tätä moodia, mutta potilaat eivät kuitenkaan ole aitoja, vaan käyttäytyvät lähinnä terapeutin hyväksyntää hakien eikä merkittävää edistymistä tapahdu. Moodissa voi esiintyä depersonalisaatiota, tyhjyydentunnetta, ikävystyneisyyttä, päihteidenkäyttöä, ahmimista, viiltelyä, psykosomatisointia tai robottimaista kohteliaisuutta. Terapeutin tehtävänä on auttaa potilasta ilmaisemaan tunteitaan, kun ne ovat tulossa pintaan, jotta hän voisi saada yhteyden muihin ihmisiin ja kykenisi ilmaisemaan tarpeitaan. Epävakaat potilaat jumiutuvat usein kehiin, missä he saattavat ilmaista ensin tarpeitaan Haavoittuvan lapsen moodissa, sitten he siirtyvät Rankaisevan vanhemman moodiin ja rankaisevat itseään tarpeen ilmaisemisesta, minkä jälkeen he siirtyvät Eristäytyvän suojautujan moodiin välttyäkseen rankaisemisen tuottamalta kivulta.

Sonjan terapia on jatkunut vuoden ajan. Eristäytyvän suojautujan ohittaminen on ollut vaikeaa. Sonja on uskaltanut tuntea jo kiukkua äitiään kohtaan ja on voinut ajatella, ettei olekaan ollut niin

paha lapsi, että olisi ansainnut kaltoinkohtelun. Vaikeinta Sonjalle on kuitenkin käsitellä vaille jäämistään, hylätyksi tulemisen kokemusta erityisesti kokea ja ilmaista surun tunnetta. Vaativa/kriittinen vanhempi ottaa herkästi vallan.

Terapeutti: Sanoit, että se surun tunne tulee jotenki aina voimakkaimpana tai päällimmäisenä? sekin on hyvä, jos sitä tunnetta ei turruta, sitä surua.

Sonja: Se on niin kumminki...se on heikkoutta...omaa heikkoutta...

T: Sä ajattelet, että suru olis heikkoutta?

S: Niinhän se on.

T: Voisko se suru olla normaali reaktio siihen, jos on menettänyt jotain?

S: Mut sit se menee itsekkyydeksi...omaa sääliä...itsesääliä. Siinon kans yks, mitä en ollenkaa huoli itteeni.

T: Sä ajattelet, et suru on yhtä kuin itsesääli?

S: (haukottelee ja venyttelee) hyi olkoon...

T: Onko se sitte niin, kun viimeksi puhuttiin siitä, ettet ollenkaan hyväksyis sitä haavottuvaa puolta itteen? Eikä sun äiti olisi hyväksynyt sitä haavottuvaa puolta itseensä...

S: Sitä (äitiä) hävettää, jos muksu on...porajaa tai on jotenkin sellanen...se ei tiedä mitä se tekis ja kuinka päin se olis...Niinku en mäkään osaa...jos joku porajaa, en tiedä, mitä teen. Järjellä tiedän, et pitäis jotenki lohduttaa, mut silti on sellanen kädetön olo. Äiti tapas ottaa sellasen asenteen, että "mitä sä tuolla lailla paat"? (haukottelee)

Sonja tunnistaa itsessään Eristäytyvän suojautujan moodin:

Sonja: Se on se, mihinkä mä oon yrittäny pyrkiä...se turruttaminen...ei se auta. Se on täälläki tullu... ja nykki välillä.

Terapeutti: Nykki välillä...?...jos tuntuu, ettei oikein kestäisi tai jaksaisi? Se on ihan normaali ihmisen reaktio. Sekin on totta, et se ei vie sillä tavalla eteenpäin, vaan tuo sellasen hetkellisesti ikään kuin tasasen olon...

S: Mutta se tuloo pahempana tai samantasosena takasi...

Niina tuntee olonsa tyhjäksi, olo on harmaa. Käyttäytymisen tasolla on rajatonta itsenäisyyttä, vetäytymistä väsymyksen taakse ja muistamattomuutta. Traumaattisen lapsuuden johdosta hän etäännyttää itseään mielikuvien, muistojen ja tunteiden tasolla asioista.

Niina: Hmmm... jotenkin mulla on ... olo... mä en osaa just tällä hetkellä haluta yhtään mitään. En omaa aikaa, en yhteistä aikaa puolison kanssa. En ... mä en osaa odottaa yhtään mitään.

Terapeutti: Miltä se olo tuntuu ?

N: ei mulla oo tunteita ... mä vaan meen päivästä eteenpäin ... hetkestä eteenpäin...tekemällä ne ... siis rutiininomaisesti vien tätä elämää eteenpäin. En mä ajattele mitään!

T: Entä nyt kun sanot sen ääneen.. ikään kuin katselisit kauempaa ihmistä, joka tekee rutiinit eikä ajattele ja tunne mitään ... mitä se sinussa herättää kun mietit nyt sitä ?

N: tyhjää..... harmaata....mä en nyt... en mä nää... en mä osaa sanoa.

T: Jos ajattelet tunteita, onko sellainen tila, jossa sä reagoit tuntien vihaa jotainkohtaan, pelkoa, surua, pettymystä... Liittykö mikään näistä tai jokin muu tuohon olotilaan?

N: Ei oikeestaan ... aika välinpitämätön .. niinkö itseasiassa oikeesti.....

T: Järkikö kuitenkin sanoo, ettei ole hyvä olla... Ettei näin pitäis olla..?

N: Nii-i, järki tai tunne. Järki toisaalta vähän sanoo puolison sanoin, että pitääks elämässä olla minkäänlaista iloa... Tulee sellainen kynninen ja pessimistinen olo, koska mä en koe ... en halua olla samanlainen enkä koekaan olevani kumminkaan...

12. MOODINÄKÖKULMAN SISÄLTYTTÄMINEN TERAPIAAN

Moodinäkökulman liittäminen osaksi terapiatyöskentelyä on aina yhteistyöprosessi. Monet epävakautta omaavat potilaat tulevat terapiaan elämäntilanteessa, joka on monin tavoin kriisintäyteinen ja kaoottinen. Terapiaistuntojen keskiössä ovat siten usein alkuvaiheessa akuutit kriisit ja niistä selviytyminen. Myös omien tapausesimerkkien pohjalta arvioituna vaaditaan pidempiaikainen, jopa vuoden työskentely vakauttavalla ja hoivaavalla otteella, ennen kuin riittävä allianssi on muodostunut ja potilas on valmis keskittymään pohtimaan minätilojaan. Lisäksi on tavallista, että työskentelyn kuluessa tulee poukkoilua kriisi- ja suvantovaiheiden välillä. Terapeutti opettaa potilaalle selviytymiskeinoja mielialojen hallintaan ja hylätyksi tulemisen kokemukseen liittyvän ahdistuksen lievittämiseen. Mitä vakavampia potilaan oireet ovat, sitä aikaisemmin keinoja on syytä opettaa, joskin monet potilaat eivät hyväksy niitä ja pitävät niitä kylmän mekaanisina

ennen kuin luottamuksellinen terapiasuhte on luotu. Hyviä keinoja löytyy mm. dialektisesta käyttäytymisterapiasta (DBT) (Linehan 1993, Kåver & Nilsson 2004).

13. MOODITYÖSKENTELEN VAIHEET

Young (2003) on eritellyt skeematyöskentelyn kolme päävaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa on tärkeää suhteen luominen ja emotionaalinen säätely. Aluksi terapiassa pyritään *tunnistamaan ja nimeämään* potilaan moodit. Terapiassa tutkitaan *moodien alkuperää* ja selvitetään, mikä niiden *adaptiivinen arvo* on ollut lapsuudessa ja nuoruudessa. Terapeutti auttaa potilasta ymmärtämään ja empatisoimaan omia moodejaan. Hän johdattaa potilasta kysymyksillään tutkimaan moodien alkuperää ja tarkoitusta esim. kysymällä ”Mikä on varhaisin muistosi siitä, kun tunsit näin?”, ”Miksi arvelet kehittäneesi tämän moodin lapsena?” tai ”Miten moodi vaikuttaa elämässäsi tällä hetkellä?”. Maladaptiiviset moodit pyritään myös *linkittämään nykyisiin ongelmiin ja oireisiin*. On tärkeää osoittaa potilaille, miten moodit luovat ongelmia nykyelämässä, sillä se auttaa hahmottamaan hoidon tavoitteet ja motivoimaan muutokseen. Terapian yksi tavoite on osoittaa, mitä hyvää seuraa siitä, että hellittää tai luopuu jostakin moodista, joka estää jonkin toisen moodin saavuttamista.

14. MOODIEN ESITTELEMINEEN POTILAALLE

Terapeutti kuvaa skeemamoodeja potilaalle. Jos moodit selittää henkilökohtaisella tavalla, useimmat potilaat liittyvät ne helposti itseensä. Young (2003) kertoo moodeista potilaalleen seuraavasti:

"Anna minun kertoa sinulle hieman siitä tavasta, jolla näemme ongelmiasi ja kerro sopiiko se sinuun. Kirjaan ylös puolestasi, yritä seurata minua. Idea on siinä, että ihmisillä, joilla on senkaltaisia ongelmia kuin sinulla, on itsessään erilaisia puolia, jotka ikään kuin aktivoituvat eri aikoina. Yhtä puolta kutsun Hylätyksi lapseksi. Hylätty lapsi on se puoli, joka tuntee olevansa hukassa, yksin ja ettei kukaan välitä hänestä. Voisiko se sopia sinuun?"

"Seuraavaa puolta kutsun Rankaisevaksi vanhemmaksi. Se on se puoli sinussa, joka mitätöi sinua ja hyökkää sinua vastaan haluten rangaista sinua kuten "olen paha, "olen huono". Kuulostaako lainkaan sopivan sinuun?"

"Milloin se puoli tulee esiin?" Teetkö silloin jotain keskeyttääksesi ajatuksesi?"

"Kolmatta puolta kutsutaan Eristäytyväksi suojautujaksi. Se puoli yrittää estää sinua tuntemasta näitä muita asioita. Se yrittää sulkea tunteet pois, paeta, juoda ja/tai ajatella muita asioita."

"Viimeistä puolta kutsun Vihaiseksi lapseksi. Se osa tuntee, että on tullut kohdelluksi kaltoin eivätkä ihmiset ole olleet hänelle kilttejä..."

Moodeista puhutaan kuin ne olisivat henkilöitä. Se on terapeuttisesti tehokasta, koska se auttaa potilaita ottamaan etäisyyttä ja observoimaan jokaista moodia. Niillä ei kuitenkaan tarkoiteta kirjaimellisesti eri persoonia. Jotkut potilaat voivat vastustaa moodi-ideaa. Jos niin käy, terapeutti ei väitä vastaan, vaan alkaa käyttää enemmän muita ilmaisuja, esim. "surullinen puoli sinussa", ja "itsekriittinen puoli sinussa" jne. Kirja Avaa tunnelukkosasi antaa potilaalle tietoa skeemoista ja niiden kokemisesta sekä selviytymiskeinoista (Young, Klosko & Weishaar 2007).

15. MOODIKARTAN LAATIMINEN

Moodien tunnistamiseksi ja nimeämiseksi terapeutti observoi potilaan ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä ja huomioi niissä tapahtuvat muutokset. Tämä voi viedä aikaa useampia käyntejä. Terapeutti kuuntelee potilaan tapaa kuvata käyntien ulkopuolisia tapahtumia. Terapeutin tulisi olla varovainen varmistaakseen, että moodi on tarkasti tunnistettu ennen kuin se nimetään. Siksi terapeutin tulisi koota riittävästi evidenssiä ja esimerkkejä, jotka kuvastavat moodia. Yleensä potilas kykenee tunnistamaan moodin itsellään, joten ei ole syytä painostaa potilasta hyväksymään moodia, jota hän ei näe itsellään olevan. Myös moodien nimeämisessä potilaalla on tärkeä rooli ja ne nimetään yhteistyössä siten, että ne parhaalla mahdollisella tavalla tavoittavat potilaan yksilölliset ajatukset, tunteet ja käyttäytymisen. Moodit käydään yhdessä läpi yksi kerrallaan, jotta saadaan kiinni potilaan käyttämät spesifit strategiat. Esim. Mukautuva antautuja voi nimetä itsensä Kiltiksi tytöksi, Haavoittuva lapsi voidaan nimetä Yksinäiseksi tai Hylätyksi lapseksi ja Eristäytynyt

suojaajia voidaan nimetä Työnarkomaaniksi, Muuriksi tai Elämyshakuisiksi. Kun moodit on nimetty, monet potilaat osaavat kysyttäessä kertoa, missä moodissa ovat juuri sillä hetkellä, jolloin he voivat moodin kautta kuvata omaa sisäistä kokemusta tai affektiivista tilaa. (Young, Klosko & Weishaar 2003). Terapeutin on identifioinnin lisäksi pyrittävä selkiyttämään, mitkä tekijät esimerkiksi potilaan ympäristössä aktivoivat kunkin moodin (Holmberg & Karila 2001, 182.) Young on kehittänyt potilaan skeemojen ja moodien tunnistamisen tueksi myös kyselylomakkeita (esim. YSQ, YPI, YRAI, YCI ja YAMI).

Moodinkartan laatiminen fläppitaululle on luonteva tapa rakentaa ja tutkia eri minätilojen kokonaisuutta vuorovaikutteisesti potilaan kanssa:

Niinan moodikartan tekemisen vaiheet:

Terapeutti: Kokosin etukäteen paperille vanhoja muistiinmerkitöjä siitä mitä ollaan käyty läpi. Eli näitä eri puolia mitä sinun persoonassa on löydetty tähän mennessä. Sain paperille tällaisia ”pallukoita”, joita löytyy useampi ja osalla ei ole vielä oikein nimeäkään. Ja nämä on sellaisia asioita mitä itse olet nimennyt itsestäsi, kun mietit miten toimit eri tilanteissa. Eli täältä löytyy se mikä on ollut paljon läsnä eli ”Väsänyt Niina”. Laitoin lainausmerkkeihin, että se on sinun masentunut olo.

Se astuu kehiin kun tällainen ”Suorittaja Niina” ei jaksakaan enää ”puunata” siellä kotitöitä ja luotsata sitä perhettä reippaana eteenpäin. Ja sä kuvasit joskus sitä tilaa ikään kuin maanisdepressiiviseksi. Touhu ja väsy vuorottelee.

Sitten täällä on se sinun nimeämä Kotipsykologi-Niina, siinä roolissa neuvot, ohjaat ja kuuntelet ja se on täällä vähän samassa lohkossa kuin ”Suorittaja”. Tätä olet lähinnä suhteessa niihin ystäviin ja mielestäni myös omiin lapsiin.

Sitten tässä on se yksi iso alue tyhjänä vielä. Harmaa olo; kuvaat oloasi tyhjäksi ja olemme puhuneet siitä useaan otteeseen istunnoilla ja yhden istunnon lopussa tavoitit sen, että olit sängyssä yksin valveilla ja muut nukkui, että mitä sä siinä olotilassa kaipaat. Sinä kaipasit hellyyttä, huolenpitoa ja varauksetta, ettei se päätyisi seksiin. Se oli sinun vastauksesi. Siihen olen nimen kohtaan vielä laittanut kysymysmerkin. Mikä kuvaisi tätä Niinaa, jolla on tällainen olotila, ettei oikein tunteita tavoita itsessään ja jotenkin tulee yksinäisyyden tunne vahvana. Muistatko tämän ?

Niina: Joo muistan.

T: Osaatko nimetä tätä puolta sinussa kuvaavalla sanalla. Kotipsykologi oli hyvin kuvaava, mutta mikä kuvaisi tätä tyhjyyttä ja avuttomuutta.

N: Mietin, että se voisi liittyä sinne lapsuuteen, samaa tunnetta johon ei ole saanut äidiltään tukea, kun ajattelet, että oma äiti on ollut masentunut, eikä ole pystynyt antamaan sellaista läheisyyttä ja hellyyttä...

Niina huokaa ja selaa adjektiivilistaa...

Niina: Katton täältä ... musertunut /lohduton.

Terapeutti: Se sopii siihen...Onko sulla nyt ollut tällaista oloa, kun sanoit, että on ollut vähän välinpitämätön olo. Ajattelit silloin, ettei mikään oikein kannata eikä oikein jaksa mitään.

N: Kyllä mulla aika likelle tuon tyyppinen olo oli pari viikkoa sitten että tota, silloin oli olo, että voisi aivan hyvin tai ei voisi aivan hyvin... vaan kaipaisi ja haluaisi sellaista, että pääsisi sinne .. siis suoraa sanottuna sairaalaan moneksi kuukaudeksi ettei tarvitsisi vastata kenestäkään ja ei tarvitsisi esittää mitään. Että pääsisin pakoon kaikkee.. että nyt on siis pikkuisen hellittänyt (herkistyy).

16. MOODIKARTAN MERKITYS EPÄVAKAITA PIIRTEITÄ OMAAVAN POTILAAN HOIDOSSA

Suomessa mm. PsT, psykoterapeutti Irma Karila on käyttänyt psykoterapiatyössään moodikarttaa ja pyysimme häntä kertomaan kokemuksistaan. Hän on havainnut mm. seuraavaa:

"Omat havaintoni tähän mennessä: Moodikartta auttaa identifioimaan eri puolia itsestä ja muistamaan paremmin myös muut puolet itsestä vaikka yksi puoli onkin aktivoituneena, eli auttaa eri puolien integroitumista. Myös potilaan on mahdollista tarkastella omia olojaan ikään kuin ulkopuolelta kuin astuisi askeleen etäämmälle ja katsoisi itseään sieltä käsin. Olen huomannut myös että potilaat voivat muistaa moodikartan piirtämisen niin, että myöhemmin jonkin toisen ongelmatilanteen käsittelyn yhteydessä he viittaavat sormellaan/kädellään siihen paikkaan ilmassa missä ko. moodi oli kartalla (fläppitaululla siihen piirrettynä), eli moodikartta toimii silloin heidän mielessään tunnistamisen/käsitteellistämisen välineenä" (Karila 2006).

Potilaalle voi olla yllätys itselleenkin tunnistaa itsestään niin monia eri minätiloja ja nähdä ne kaikki fläppitaululle jäseneltynä. Näin konkreettisesti muodossa hän voi kuitenkin tavoittaa eri puolet itsestään paremmin kuin pelkästään keskustelun kautta läpi käytyinä.

Sonjan terapia oli jatkunut yli puoli vuotta, kun terapiakäynnillä eriteltiin fläppitaululle Sonjan erilaisia minätiloja ja etsittiin niille nimiä (kuva 1). Terapeutin ehdotusten ja omien ajatustensa pohjalta Sonja löysi niitä useita:

<p><i>Vihainen lapsi</i></p> <p><i>Pelokas lapsi (osa Hylätystä lapsesta, pelokas ja yksin, herkästi aktivoituva)</i></p> <p><i>Hyväuskoinen (idealisoiva) lapsi</i></p> <p><i>Huomiota kaipaava lapsi (sisältäen Flirttaavan minätilan)</i></p> <p><i>Rankaiseva/Vaativa vanhempi</i></p> <p><i>Eristäytyvä suojautuja</i></p> <p><i>Terve aikuinen.</i></p>

Kuvio 1. Sonjan moodit

Sonja arvioi näiden minätilojen vaihtelevan välillä nopeastikin. Samassa yhteydessä koottiin myös Sonjan selviytymis/kompensaatiokeinoja, joista tunnisti mm. vetäytymisen, suorittamisen ja myötäilemisen/miellyttämisen.

Käynnin loppuvaiheessa Sonja katselee fläppitaululle hämmentyneenä:

Sonja: " Noin monta eri puolta..."

Niinan terapiassa yhdessä laaditun moodikartan läpikäymisen jälkeen moodikarttaa täydennettiin vielä yhdessä. Terapeutti kuvasi potilaan aiemmin esille tuomia tyhjiä olotiloja ja niiden pohjalta Niina tunnisti vielä yhden minätilan, jonka hän nimesi Avuttomaksi vauvaksi. Tämän moodin tunnistamisen kautta päästiin ensimmäistä kertaa muistamattomuuden taakse kohtaamaan sitä pientä lasta, jonka tarpeet ovat jääneet tyydyttämättä.

Terapeutti: Ajattelin tässä kun puhuit siitä harmaasta tyhjästä olostä, niin sitä vois kuvata tämä lohduton olotila, joka seuraa siitä kun sun nämä Vauva-Niinan tarpeet ei tyydyty.. niin sitten tulee tämän lohduton .. lässähtää kaikki. Kyllähän vauva vaatii ja vaatii .. ja jos kukaan ei tule vastaamaan tulee vasta myöhässä, niin se pikkuhiljaa alkaa käpertyä itseensä, tulee lohduton olo eikä se vauva kohta vaadikaan enää mitään.

Niina: Niin.

Niina tunnistaa itsessään myös terveen aikuisen puolen:

Terapeutti : (Moodikarttaa katsoen) Puuttuuko siitä jokin olennainen toimintatyöli, tämä vauva tuli jotenkin yhtäkkiä tähän ja se oli hyvä ja uusi näkökulma ja huomio.

Niina: Joo, tuota niin ..niin ... kyllä siitä varmaan puuttuu, jollain lailla kun olen ollut sellaisessa työssä kuin esim .. mulla on ollut mielekäs työ.. niin.. niin kotona on mennyt paremmin silloin.

T: Mikä sitä kuvastaisi .. sulla on ollut sellainen fiilinki, on mielekäs tehdä työtä eli miten nimeät sen Niinan ?

N: Se on se sellainen onnellinen, normaali Niina, joka mä haluaisin olla enemmän (naurahtaa).

Jatkotyöskentelynä moodikartta annettiin Niinalle kotiin. Tehtävänä oli tarkkailla sitä, miten eri minätilat arjessa vaihtelevat. Erityisesti korostettiin Avuttoman Vauva-Niinan tarvitsevyyden huomioimista. Tähän liittyen sitten edettiin käytännönläheisiin välitehtäviin. Tärkeimpänä nähtiin Niinan uskaltautuminen keskusteluihin äidin kanssa. Tätä kautta armahtavaisuus itseä kohtaan äitinä lisääntyi, mikä oli tärkeää siihen nähden, että terapiaan tullessa Niina kantoa vahvaa syyllisyyttä puutteistaan äitinä.

Sonjan terapiassa moodikartalle tehdyn jäsentelyn avulla voitiin käsitellä omaa voimakasta pelkoreagointia esimerkiksi tilanteessa, missä Sonja teki virheen ja sai moitteita vanhemmalta naishenkilöltä. Moodikartta auttoi Sonjaa tarkastelemaan etäämmältä omaa tunnekokemusta ja hakemaan sille ymmärrystä omista varhaisemmista kokemuksista.

Terapeutti: Kun sä jaoit sitä lääkettä ja se potilas sanoi, että väärä lääke ja sä lähdit tarkistamaan, niin mikä se tunne oli siinä...

Sonja: Ajatus oli, että ei voi olla totta! No se hoitaja vielä huomasi sen, niin hävetti aivan jumalattomasti..ja se oli tosi kiukkunen se hoitaja...

T: Miten hän ilmaisi sen?

S: (kiukkusella äänellä) "Eksä tiedä, että nämä pitää kattoo kunnolla" Mä sanoin, että kyllä mä tiedän...

T: Mmm...Ajattelit, että ei voi olla totta ja hävetti...oliko siinä jotain muuta tunnetta?

S: Pelotti...

T: Pelotti, hävetti...

S: Itketti aivan älyttömästi...

S: Mua peljätti aivan hirvittävästi, mun teki mieli lähteä juosten pakoon itku kurkus...se pelko oli kaikkein hirvittävin...ajattelin, uskallanko enää ollenkaa luottaa itseeni ja ...pian mulla ei oo enää töitäkää, kun mä alkaan nolottelemaan... Se helpotti vähä vasta, kun pääsi Jarin syliin...

T: Mitä luulet, olisko siinä voinu tulla tunnetta jostakin vanhasta pelottavasta tilanteesta, kun kotona rangaistiin vahingoista ja virheistä...Ne on sinänsä tavallisia tunteita tuossa tilanteessa, mistä kerroit, mutta niiden voimakkuus oli...

S: Kyllä mä ainakin kiersin kaukaa sen hoitajan...kyllä mä varmaan olisin peljästyne sillonki, jos se ei oli huomannut se hoitaja, mutta ku siitä tuli aiva kauhia olo, kun se alkoi mätköttämään...tuntui jo, että se syöksyy pian päälle...on tyhmää peljätä, että joku syöksyy päälle tuollasessa tilanteessa...

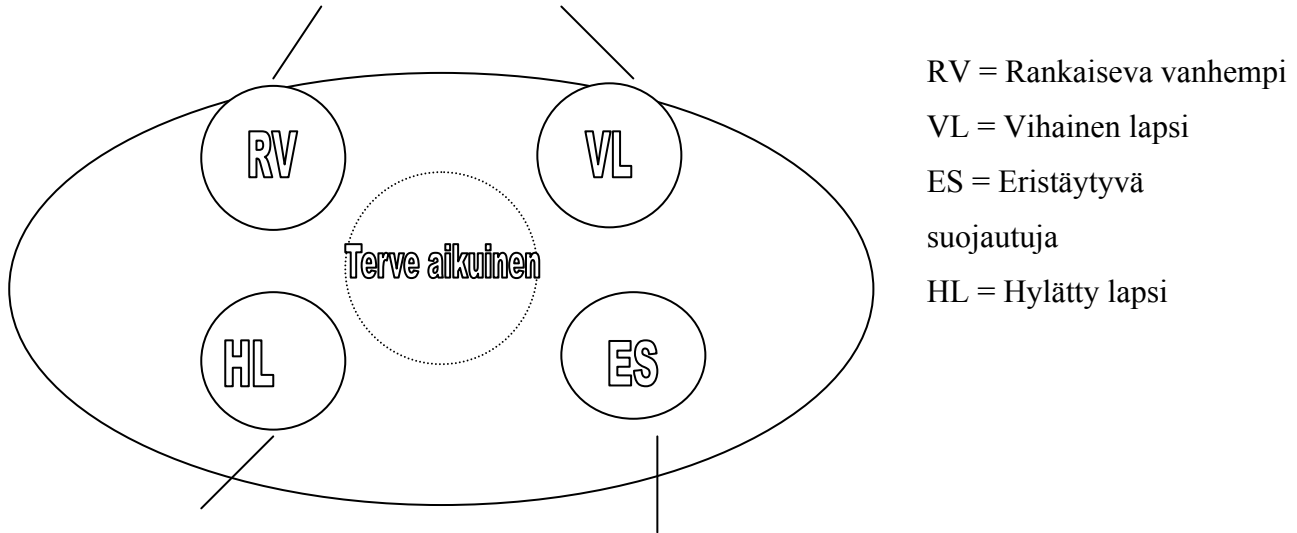
T: Voisko se olla tuo pelokas lapsi, joka aktivoituu, jos se tulee noin voimakkaana se kokemus...

S: Se on kyllä vaikia...siinä ei kyllä paljoa mikää siinä vaihees auta, kun se pääsee päälle oikein kunnolla...se tarvitsee naisen, joka on kiukkunen ja että oon tehnyt virheen...tai sitten sille toiselle sattuu jotaki ja se on vihanen, niin mua alkaa peljättää...

Nähdäksemme potilas voi kuvata moodejaan myös piirtämällä eri minätilansa symbolisina kuvina/kuvauksina, jolloin tullaan lähelle Mardi Horowitzin (1970) ajattelua. Hänen mukaansa kuvien luominen on ajattelun muoto. Tällä hän tarkoittaa sitä, että kun terapeutti kannustaa luomaan kuvaa, hän pyytää potilasta samalla ajattelemaan. Terapiassa ajattelu yleensä keskittyy potilaan elämänalueisiin ja käyttäytymisen malleihin, joiden kohdalla hänen on vaikea ajatella selvästi tai joiden ajattelemista hän mieluummin välttelisi niihin liittyvien tunteiden takia. Siten tämänkaltainen ajattelun muoto edesauttaa käsitteellistä ja emotionaalista muutosta. Kuvien luominen voi tietynyyppisenä ajattelun muotona olla reitti emotionaalisen konfliktin, itsen tai objektisuhteiden häiriöiden tai epävakauden ilmaisemiseen. Yleensä potilas käy itsekseenkin, ilman terapeutin tulkintoja, läpi kuviaan ja työstää niitä käsitteellisesti ja emotionaalisesti. Onkin hyvin todennäköistä, että tiettyyn rajaan asti hän kykenee niiden avulla observoimaan selvemmin omia impulssejaan, tunteitaan, piirteitään, motiivejaan ja käyttäytymismallejaan.

Myös PsT, psykoterapeutti Jukka Vapaavuori (2004) on havainnut terapiatyössään, että kartoilla voi tehdä itsestään näkyväksi eri puolia. Tästä esimerkkinä hän on esittänyt "laivavertauksen" (kuvio 2). Epävakaan moodit vaihtelevat ikään kuin, jos laivassa olisi useita merimiehiä, joista joku aina

tarttuu ruoriin. Merimiesten välillä kommunikaatiota ei ole. Tarvitaan Terve aikuinen kapteeniksi. Hänen tehtävänsä on kommunikoida muiden kanssa, reflektoida ja päättää suunnasta.



Kuvio 2. Moodikartta laivamallina

Myös terapian välitavoitteita voidaan pohtia moodikartan avulla:

Terapeutti: Mitä ajattelisit nyt näistä syksyn tavoitteista tai asioista, mitä haluaisit käsitellä... olisiko se tuo vaativa puoli vai...jotain muuta, mikä on pinnassa enemmän?

Sonja: Ei oo oikein mitää pinnassa, mä oon vain älyttömän tyytyväinen siihen, että mä en oo vielä kää masentunut uudestaan, vaikka se on välillä niin lähellä, ettei se oo tullu päälle

T: Mmm...

S: Ehkä se on se vaativa puoli...ku se on se, joka yrittää sieltä tulla ja tehdä sitä masennusta...

16.1. Moodikartasta saatava hyöty potilaan kokemana

Sonja arvioi hyötyneensä moodikartan käytöstä. Hän kokee sen auttaneen keskittymistään ja asioiden muistamista. Lisäksi hän tunnistaa kyyneensä sen kautta jäsentämään ahdistavaa mielen sisäistä kaaosta.

Terapeutti: Miten sä ajattelet, että miten se moodityöskentely, että on mietitty niitä sun eri puolia ja koottu niitä fläppitaululle, on vaikuttanut, onko siitä ollut jotain hyötyä...?

Sonja: Sä tarkoitat nyt niitä Pelokas lapsi ja Aikuinen ja...

T: Joo.

S: Nyt kysyt ihmiseltä, joka tykkäs kouluski kalvosulkeisista ja siitä, että asiat on selvästi allekkain järjestykses ranskalaisilla viivoilla...pystyy keskittymään ja ne jää mieleen...

T: Jää paremmin mieleen...oliko jotain muuta vielä sellasta, joka hyödytti?

S: Ne saa sillä lailla rajattua päässä. Pysty paremmin työskentelemään, kun ne pystyy lokeroimaan...kun ne oli isona mölttinä, ne ahdisti eikä tienny mikä vaivaa...lähde ny selvittelemään roskakasaa jokkon samas pöntös, ku jos ne on lajiteltu...aluksi ei osaa mitää tunnistaa mihkää suuntaan - ne on vain ahdistuksen alla.

Sonjan näkökulmasta jokin muu on kuitenkin ollut vielä tärkeämpää:

S: Mutta kyllä se on ollu tärkeintä, et on saanu puhua ja että sä oot kyselly ja sillä lailla on itte alkanu hoksata asioita...

Niina koki terapian loppuarviossaan moodikartan tekemisen yhdeksi apuvälineeksi keskustelemisen lomaan. Hänelle oli ajoittain terapiaprosessin aikana vaikeaa, verbaalisesti löytää termejä kuvaamaan tyyliään toimia, tuntea ja ajatella. Kartan avulla saimme käyttöömmme uusia käsitteitä, joiden merkityksen kumpikin ymmärsi. Hän koki moodikartan luomisen konkreettisesti selkiyttäneen ajatteluaan omiin toimintatyyleihinsä liittyen. Toisaalta hän oli huojentunut, että kartasta löytyi tervettä tapaa reagoida ja toimia eri tilanteissa. Hämmäntävää hänelle oli huomata oma Vauva-Niina moodi ja sen tarvitsevuus, koska hän yhdisti sen moodin piirteitä vahvasti henkilöihin elämässään, joita ei voinut sietää. Hänelle syntyi oivallus löytää itsestään tapaa reagoida "innoamallaan" tavalla. Hän alkoikin miettiä oman asennemuutostyön tarpeita suhteessa läheisiinsä. Kaikkein merkityksellisintä Niinalle oli terapian päättyessä työskentelymme jatkuvuus ja luottamus.

Niina koki terapian omana aikanaan, jolloin sai puhua ja hänen tarpeitaan kuunneltiin ja ymmärrettiin.

17. POHDINTA

*"se menee ohi.... kohta se menee ohi...kyllä se menee ohi...
eikä tarvitse muistaa.....jotenkin taas jatkan..."*

*se menee ohi..
takaisin minun sisääni "*

(nimim. Blank, tukiasema.net)

Epävakaisten potilaiden kognitiiviset hoitomenetelmät ovat kehittyneet viimeisen 20 vuoden aikana huomioon ottaen paremmin heidän erityispiirteitään sekä epävakaan terapiatyöskentelylle asettamia haasteita, jotka heijastelevat varhaisten vuorovaikutuskokemusten häiriöitä. Psykoterapian yksi erityishaaste on tavoittaa potilaan minän eri puolet, jotka voivat olla dissosioituneita toisistaan. Yhdysvaltalaisen psykoterapeutin Jeffrey Youngin (2003) kehittämässä työskentelymallissa potilaan skeemamoodit ovat ymmärrettävissä minätiloiksi ja niihin liittyviksi selviytymiskeinoiksi, jotka voivat epävakailla potilailla muuttua nopeasti hetkestä toiseen. Kognitiivisen psykoterapian perusperiaatteisiin kuuluu tutkiva yhteistyösuhte terapeuttin ja potilaan välillä. Epävakaan potilaan kanssa sen luominen voi olla haasteellista.

Työskentelymme perustui greenbergiläiseen viitekehykseen, missä korostui lisäksi moodinäkökulma ja moodikartan käyttö työvälineenä osana kognitiivista, tunnekeskeistä psykoterapiaa. Tässä työssä Sonjalla ja Niinalla oli epävakaista piirteitä, mutta ei puhdasta epävakaan persoonallisuuden kuvaa. Heillä oli kykyä asettua terapiaan ja pohtivaan yhteistyösuhteeseen. Sitä edelsi kuitenkin molemmilla potilailla noin vuoden kestävä kaoottisempi ja kriisintäyteisempi vaihe, minä aikana terapeutin allianssi vähitellen rakentui ja yhteistyösuhte lujittui. Moodityöskentelyyn siirtyminen heti terapian alkuvaiheessa olisi voinut tuntua potilaista kylmältä ja mekaaniselta.

Mitä hyötyä moodikartan laatimisesta sitten voi olla ja mikä merkitys sillä oli Sonjan ja Niinan kognitiivisessa psykoterapiassa? Minätilojen eksternalisointi kirjoittamalla ne fläppitaululle ja omaan päiväkirjaan auttoi heitä jäsentämään ja muistamaan paremmin käsiteltyjä asioita. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivät potilaat pyrkivät välttämään vaikeita tunteita herättäviä muistoja ja mielikuvia sekä yleensä syvällistä itsensä tarkastelua.

Epävakaalla potilaalla voi olla sekä dissosiaatioon että depression liittyvää muistamisen vaikeutta. Näyttö depression vaikutuksista muistitoimintoihin on osoitettu useissa tutkimuksissa, mutta dissosiaation mekanismeista tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa (Young, Klosko & Weishaar 2003; Arntz, Meeren & Wessel 2002; Jones, Heard, Startup, Swales, Williams & Jones, 1999).

Youngin tuotannossa ei ole suoraa viittausta fläpille laaditun moodikartan käytöstä, mutta se on havaittu käytännön kliinisessä työssä hyväksi apuvälineeksi. Omassa potilastyössämme saimme sen käytöstä rohkaisevia kokemuksia osana kognitiivista psykoterapiaa. Moodikartan laatiminen fläppitaululle on luonteva tapa rakentaa ja tutkia eri minätilojen kokonaisuutta vuorovaikutteisesti potilaan kanssa. Näin terapian tavoitteista tulee näkyviä ja niitä voidaan yhdessä tarkastella sen sijaan, että ne olisivat terapeutin omaa teoreettista tietoa ja sellaisena ikään kuin hänen yksityistä omaisuuttaan. Sonjan ja Niinan oli terapiakäynneillä vaikea nostaa esille yhtä tiettyä ongelmaa työstettäväksi mielen sisäisen kaaoksen takia, jolloin moodikartan avulla voitiin tarvittaessa yhdessä pohtia terapian välitavoitteita.

Moodikartan avulla voidaan ilmaista niitä minän puolia, jotka ovat integroitumattomia suhteessa jo eheytyneempiin puoliin. Moodikartta oli konkreettinen apuväline siinä terapiaprosessin vaiheessa, missä Niinalle ei löytynyt väylää itsetutkiskeluun. Hänellä ei ollut siihen sanoja, ei muistikuvia lapsuudesta eikä kosketusta tunteisiin. Minätilojen nimeämisen ja tutkimisen kautta Niina alkoi hyväksyä tarvitsevuuttaan ja löytää sille oikeutusta elämänhistoriastaan.

Sonjan oli vaikea identifioida itsessään etenkin vihaista, vaille jäänyttä ja huomiota kaipaavaa (flirttaavaa) minätilaa. Kun minätilat oli nimetty ja koottu fläppitaululle, niihin oli helpompi palata myös jatkossa ja pohtia ihmissuhteita niiden kautta. Näin Sonjan ei-kielellinen, tunnevaltainen kokemus saatiin kielellisen käsittelyn piiriin ja ahdistuksen taustalla olevien tunteiden oivaltaminen ja niiden parempi säätely tuli mahdolliseksi ilman välitöntä toimintayllykettä. Keskeisellä sijalla oli ymmärryksen luominen oman kehityshistorian kautta. Eri puolet itsestä alkoivat vähitellen tulla hyväksytyimmäksi osaksi omaa itseä.

Moodikarttaa voidaan luovasti hyödyntää erilaisten mielensisäisten tilojen kuvaajana ja jäsentäjänä. On aina oleellista tunnistaa, missä moodissa potilas kulloinkin on ja työskennellä sen mukaisesti. Moodikartta voidaan jo istuntojen alussa laittaa seinälle työskentelyn tueksi. Potilas voi sen avulla nimetä sen hetkisen minätilansa tai sen kautta voidaan nimetä potilaan kuvaamissa tilanteissa aktivoituneita affektiivisiä tiloja. Sonjan terapiassa moodikartalle tehdyn jäsentelyn avulla voitiin käsitellä omaa voimakasta pelkoreagointia. Moodikartta auttoi Sonjaa tarkastelemaan etäämmältä omaa tunnekokemusta ja hakemaan sille ymmärrystä omista varhaisemmista kokemuksista.

Moodikartta kannattaa kopioida myös omaan terapiapäiväkirjaan, jolloin sen voi palauttaa mieleen istuntojen ulkopuolella ja havainnoida sen avulla omia moodeja tai tehdä moodien kuvauksiin myös tarvittavia lisäyksiä tai korjauksia. Tiettyyn rajaan asti potilas voi kyetä moodien avulla observoimaan selvemmin omia tunteitaan, motiivejaan ja käyttäytymismallejaan.

Arviomme mukaan potilaiden erilaisten puolten tarkastelu hyväksyvässä, varhaisempien kokemusten kautta niitä ymmärtävässä, ilmapiirissä tuki niiden integroitumista osaksi omaa minää. Sonjan ja Niinan mukaan tärkeintä terapiassa oli se, että sai puhua ja tulla kuulluksi. Moodikartta toimii nähdäksemme moodityöskentelyn hyvänä tukena läpi terapiaprosessin, mutta terapian tuloksellisuus perustuu lopulta terapiasuhteeseen sekä siihen, miten työskentely tavoittaa potilaan kokemuksellisen tason.

18. LÄHTEET

- Arntz, A., Meeren, M. & Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 40, 1063-1068.
- Eronen, M., Henriksson, M. & Marttunen, M (2001) Persoonallisuushäiriöt ja käyttäytymisen häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (s. 376). Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Archive General Psychiatry*, 63, 649-658.

- Greenberg, L.S. & Paivio, S. (1997) Working with emotions in psychotherapy. New York: The Guilford Press.
- Holmberg, N. & Karila, I. (2001) Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg, (toim.) Kognitiivinen psykoterapia (s. 158-188). Helsinki: Duodecim.
- Horowitz, M. J. (1970) Image formation and cognition. New York: Appleton Century Crofts.
- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G. & Jones, R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 29 (6), 1397-1404.
- Karila, I. (2006). Tiedonanto sähköpostin välityksellä 6.5.2006.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2004) Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita.
- Leiman, M. (2001) Kognitiivis-analyttinen näkökulma. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila, & N. Holmberg, (toim.) Kognitiivinen psykoterapia (s. 158-188). Helsinki: Duodecim.
- Suokas-Cunliffe, A. (2003) Lapsuuden kompleksisen trauman jäljet aikuisuudessa. Teoksessa P. Saarinen, H. Lahti & R. Partimaa (toim.) Traumakeskuksen loppuraportti 1999-2002: Matkalla eheäksi ja eläväksi (s. 106-129). Oulu: Kalevan kirjapaino.
- Vapaavuori, J. (2004) Metaforat kognitiivisessa psykoterapiassa. Kognitiivisen psykoterapian koulutus (YET), Seinäjoki 25.11.2004.
- Young, J.E. & Klosko, J. S. (2007) Avaa tunnelukkos. Suomentaja Jyrki Tuulari. Helsinki: Kansanvalistusseura (alkuteos julk. 1993).
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M.E. (2003) Schema therapy: a practitioner's guide. New York: The Guilford Press.