

Sisäinen häpeä ja kognitiivinen psykoterapia

Jari Jakola

Tiivistelmä

Artikkelissa esitellään häpeäongelman taustaa, sen esiintymistä ja vaikutuksia terapiassa sekä hoitomahdollisuuksia. Häpeäongelmaa kuvataan kulttuurisesta, psykoanalyttisesta ja kognitiivisesta näkökulmasta. Sisäinen häpeä kuvataan vaikeasti esille tuotavana sekä terapiaa ja mahdollisesti muutakin hoitoa estävänä ja pitkittävänä ongelmana. Koska perinteiset kognitiiviset työtavat eivät näytä tuovan riittävää muutosta, kuvataan hoitomahdollisuutena sekä Vittorio Guidanon (1991) että Leslie Greenbergin ja työtoverien (1993) kehittämiä kokemuksellisia työtapoja ja niiden taustateorioita. Potilastapauksen avulla kuvataan käytännön kokemuksia häpeäongelmasta ja terapiaprosessista.

1. Johdanto

Työskennellessäni psykiatrian avohoidossa ovat häpeään liittyvät ongelmat ja teemat tulleet usein esiin joko avoimesti tai epäsuorasti. Psykkisiä ongelmia sinällään usein hävetään ja pidetään huonouden merkinä, mikä vaikeuttaa ja pitkittää niin hoitoon hakeutumista kuin hoitoa ja paranemista. Usein häpeä vaikuttaa olevan hyvin varhaista ja syvällä persoonallisuudessa piilevää. Tällöin ihmiseen itseän kohdistuva halveksunta, arvottomuus ja toivottomuus ovat hyvin sitkeitä ja vaikeita muuttaa. Seuraavassa esityksessä käytän termiä ”sisäinen häpeä” kuvaamaan henkilön kokemaa arvottomuutta ja huonoutta, mitä hänen on vaikea kertoa muille ja

jopa itse ajatella. ”Häpeäongelmalla” tarkoitan tämän sisäisen häpeän haitallisia vaikutuksia ihmisen psyykelle ja toimintakyvylle.

Häpeän tunteeseen yleensä kuvataan sisältyvän puutteellisuus ja epäkelpoisuus. Näitä on luonnollisesti hyvin vaikea näyttää ja kertoa toiselle ihmiselle. Tämä taas saattaa vaikuttaa terapiaprosessiin hyvinkin syvällisesti: kokeeko potilas olevansa terapian arvoinen; miten hoitosuhde muotoutuu sellaiseksi, että häpeää herättävistä asioista voi puhua; miten terapeutti ottaa vastaan häpeän tunteen sekä mitä voi tehdä häpeän tunteen aktivoimiseksi ja käsittelemiseksi turvallisesti. Häpeän tunteeseen liittyy usein myös avuttomuus, vahva tunne, että asioille ei voi tehdä mitään.

Claes Andersson kuvaa kirjoittamisprosessiin liittyviä avuttomuuden ja kelpaamattomuuden tunteita kirjassaan *Luova mieli* (2002). Hän käyttää lähteinään mm. Bodil Lindforsia, Rollo Mayta ja Otto Rankia. Pienen lapsen avuttomuuden tunteet ovat tärkeitä kaikessa inhimillisessä kasvussa ja luovuudessa. Kaikkea luovaa tekemistä hedelmöittää se, että vastakkaiset tunteet taistelevat keskenään, ja epävarmuus ja avuttomuus yhdistyvät rohkeuteen ja kaikkivoipaisuuteen. Tyhjiö, joka tekee luomistyön mahdolliseksi tai joka on sen edellytys ja moottori, on samalla se tila, jossa koemme mitä suurimman epävarmuuden, riittämättömyyden, surun ja mykkyuden. Se on tila tai ”mielentila”, josta jokaisella meistä on kokemusta. Se on hetki, jolloin ojensimme kätemme pyytäksemme toisen ihmisen hyväksyntää, mutta tämä evättiin meiltä. Se on syvän häpeän, kelpaamattomuuden ja pelon tila. Mutta se on myös ilon, toivon ja luovuuden alkulähde.

Claes Andersson (2002) lainaa Samuel Beckettin kirjoittamaa runoa häpeästä:

Always tried
 Always failed
 No matter
 Try again
 Fail again
 Fail better

Koska häpeäongelman hoitamisessa kyseessä ovat erityisen vaikeat ja pitkän ajan kuluessa kehittyneet tunneprosessit, hoitotyössä oli tarpeellista etsiä niihin soveltuvia

työtapoja. Kognitiivisen psykoterapian käytännöllisyys ja tavoitteellisuus voivat auttaa edellä kuvatun epävarmuuden ja avuttomuuden yli. Syvällä persoonallisuuden ytimessä olevia asioita on vaikea muuttaa, kognitiivisen psykoterapian perusmenetelmät sinällään eivät näytä vaikuttavan riittävästi. Kognitiivisen psykoterapian uudemmat kehityslinjat tarjoavat tähän vastauksia. Tunnekokemusten tutkiminen kokemuksellisilla menetelmillä auttaa käsittelemään irrationaalista häpeää ja löytämään keinoja sen hallitsemiseksi. Itseen liittyviä prosesseja on mahdollista muuttaa tunteiden kokemisen kautta. Tässä kirjoituksessa esitellään erityisesti eräitä kokemuksellisen kognitiivisen psykoterapian työtapoja häpeäongelmien hoidossa ja niiden teoreettista taustaa. Kuvaan myös potilastapauksen avulla käytännön kokemuksia em. menetelmien käytöstä.

2. Häpeä kulttuurisesta, psykoanalyttisesta ja kognitiivisesta näkökulmasta

Kulttuurin näkökulma

Yleisesti ottaen kaikkiin kulttuureihin sisältyy jossain muodossa kunniakäsitys: ”kasvojen säilyttäminen” on perinteisesti tärkeää. Kunnia ja häpeä ovat sosiaalisissa suhteissa erittäin tärkeitä käsitteitä. Juha Siltala (1994) tutki suomalaisten miesten elämäkertoja ja kuvaa useita erilaisia ilmiöitä liittyen kunnian ja häpeän vaikutuksiin suomalaisessa kulttuurissa. Hän tutkii suomalaisten miesten elämäkerta-aineiston pohjalta yhteiskunnallisten olojen vaikutusta yksilöön ja identiteettiin. Hän esittää, että nykyaikaiseen elämäntapaan liittyvä varhaishoivan katkonaisuus asettaa ihmiset alttiiksi sille, ettei lapsen tarpeisiin ole osattu tai ehditty eläytyä niin, että hän olisi kokenut itsensä tunnistetuksi (Siltala, 1994). Yksilöön vaikuttaa ”yksinpärjäämisen eetos”, minkä seurauksena muun muassa taloudellisten suhdanteiden vaikutukset henkilön mielessä selittyvät omaksi heikkoudeksi. Esimerkiksi laman aikainen suurtyöttömyys kääntyykin työttömien omaksi syyksi, saamattomuudeksi tai laiskuudeksi. Hän tiivistää yksinpärjäämisen eetoksen seuraukset: ”Jokainen on oman onnensa seppä. Kun identiteettityö on muuttunut yhä enemmän yksilön tehtäväksi sitä mukaa kuin identiteettiä turvaavat jatkuvuudet itsen

ulkopuolella ovat pettäneet, on myös vahvistunut modernin ihmisen taipumus hakea arvoa tai arvottomuutta kokonaan omasta luonnostaan.” (Siltala, 1994). Siltala kuvaa aiheensa mukaisesti erityisesti suomalaisia miehiä, mutta olen psykiatrisessa hoitotyössä myös naisten elämäntarinoissa tunnistanut samanlaisia elementtejä. Suomalaisiin ja suomalaiseen kulttuuriin sisältyviä häpeäilmiöitä ovat tutkineet myös Malinen (2003) ja Lindqvist (2003).

Maailman kirjallisuudesta löytyy paljon kuvauksia kulttuureihin sisältyvästä kunnian ja häpeän käsityksistä. Esimerkiksi Salman Rushdie kuvaa kirjassaan *Häpeä* (1983) pakistani-laista kulttuuria historiallisessa murroksessa ja häpeää kokevia sekä kokemattomia ihmisiä. Käsitettä hän kuvaa: ”Sharam, näin kuuluu sana. Jolle tämä surkea ”häpeä” on täysin vajavainen käänös. ... Lyhyt sana, mutta sisältää ensyklopedioittain vivahteita. Omar Khajjamin äidit eivät kieltäneet häneltä pelkästään häpeää, vaan myöskin kiusaantuneisuuden, hämmennyksen, säällisyyden, vaatimattomuuden, ujouden, tunteen että hänelle oli määrätty paikkansa maailmassa, sekä muut tunteen muunnelmat, joille englannissa ei ole vastineita.” (Rushdie 1983).

Psykoanalyttinen näkökulma

Pentti Ikonen ja Eero Rechartt (1994) esittelevät ja painottavat nykyaikaista tulkintaa häpeän tärkeydestä psykoanalyysissä. He kuvaavat psykoanalyysin historiassa perinteisen käsityksen olleen ”ettei häpeä tarvitse erityishuomiota eikä omaa teoriaansa, koska se liittyy erottamattomana osana minän ja yliminän ja minäihanteiden välisiin suhteisiin.” ”Häpeää on pidetty psykoseksuaalisen teorian, strukturaalisen teorian, objektisuhdenäkökulmien ja narsismin sivuteemana (Ikonen ja Rechartt 1994).” Heidän esittelynsä mukaan 1980-luvulla ns. uuden aallon kirjallisuus korostaa häpeän alituista läsnäolevuutta ja sen käsittelyn välttämättömyyttä psykoanalyttisessa kliinisessä työssä.

Ikosen ja Recharttin (1994) mukaan häpeästä muodostuu kuva, jossa seuraavat asiat ovat keskeisiä:

1. *Havaittuna oleminen vastavuoroisuuden tavoittelun yhteydessä.*

Ihminen voi tavoitella vastavuoroisuutta kaikilla psykoseksuaalisen kehityksen tasoilla: monin eri tavoin toisia lähestyen, itseään ilmaisten ja toisia tarkaten – ja samalla tuntee itsensä havaituksi. Myös kontrolloimattomuus ja pidäkkeettömyys tai vaikka vain innokkuus voivat saada ihmisen tuntemaan, että hänen vastavuoroisuuden tavoittelunsa näkyy niistä.

2. Itsen kokeminen kelpaamattomaksi edellä sanotuissa tilanteissa.

Epäonnistuminen vastavuoroisuuden tavoittelussa.

3. Kääntyminen itseä ja häpeään liittyvää toista tai toisia vastaan.

Itseä vastaan kääntyminen näkyy esimerkiksi itsetunnon romahtamisena ja minän lamaantumisenä. Näistä voi seurata identiteetistä luopuminen tai symbioottiseen tilaan hakeutuminen. Toisia vastaan kääntyminen näkyy häpeäraivona, toisten häpäisyinä tai mitätöimisinä (Ikonen ja Rechartt 1994).

Ikonen ja Recharttin (1994) mukaan häpeän erityisluonteen ymmärtämistä hämärtää se, että kirjallisuudessa häpeä yhdistetään kaikenlaiseen epäonnistumiseen. Ikonen ja Rechartt (1994) yhdistävät häpeän nimenomaan vastavuoroisuuden tavoittamisen epäonnistumiseen. ”Kun vastavuoroisuuden löytäminen epäonnistuu, koskee epäonnistuminen koko hänen olemustaan. Häpeässä koko toiselle ilmaistu olemus paljastuu vääräksi. Tämän paljastumislousteensa häpeä säilyttää kaikissa yhteyksissä, se on olennainen osa häpeää.” Tästä seuraa, että häpeän olennaisia seurauksia ovat itsen piilottaminen sekä korostunut toisten tarkkailu (Ikonen ja Rechartt 1994).

Ikonen ja Rechartt (1994) kuvaavat kliinisissä esimerkeissä häpeän johdannaisina piiloutumista ja vetäytymistä, häpeälamaannusta sekä häpeän ilmenemistä konversioina, kompulsioina ja fobioina. Näissä esimerkeissä on paljon samoja piirteitä, mitä paniikkihäiriöön liitetään. Heidän tutkielmassaan on myös mielenkiintoinen maininta huumorin osuudesta helpottavana keinona häpeän kanssa työskennellessä (Ikonen ja Rechartt 1994).

2.3. Kognitiivinen näkökulma

Yksilön kehityksen aikana hänen ymmärryksensä ja tietoisuutensa omasta itsestä kehittyy. Tämä minärepresentaatioiden kehitys on sekä psyyken kannalta keskeistä että ilmeisen monimutkainen ja pitkäkestoinen prosessi. Samaan aikaan kehittyy myös ymmärrys ja tietoisuus ulkoisesta maailmasta ja erityisesti suhteista toisiin ihmisiin. Yksilön kehittämisessä siis kulkee yhtä matkaa minärepresentaatioiden sekä kiintymyssuhteiden kehitys. Näiden myötä kehittyvät ja muotoutuvat itsen liittyvät tunteet (Guidano 1991). Tässä näyttää olevan paljon yhtäläisyyksiä psykoanalyttiseen näkemykseen vastavuoroisuuden merkityksestä.

Guidanon ja Liottin (1983) mukaan asenne itseä ja omaa persoonallista identiteettiä kohtaan on keskeistä. ”Meissä olevaa sisäistä yksilöllistä organisaatiota, mikä erityisellä tavalla säätelee hallinnan kykyämme, voi ymmärtää omaan itseemme kohdistuvan asenteen pohjalta”. Häpeä ilmentää ongelmia tässä asenteessa itseä kohtaan. Guidano ja Liotti (1983) kuvaavat, että persoonallisuudessa on erittäin hyvin muutoksilta suojatut ydinrakenteet ja vyöhyke erilaisia toimintoja huolehtimassa tästä suojaamisesta. He sijoittavat suojavyöhykkeeseen itseä koskevat representationaaliset mallit (persoonallinen identiteetti), joihin kuuluvat itse-identiteetti ja itsearvostus (self-esteem) (Guidano ja Liotti 1983).

Guidano (1991) esittää ontologisen ymmärryksen kannalta keskeiseksi alkuoletukseksi yksilön pyrkimyksen kohti hyväksyttävää itsekuvaa, ”striving for acceptable self-image”. Myöhemmässä yksilön kehityksessä ja kokemuksessa tulkinnat henkilökohtaisten merkitysten kautta ovat ensisijaisempia kuin kokemukset. Tätä prosessointia varten yksilölle kehittyy persoonallinen merkitysorganisaatio, jonka tehtävänä on tuottaa sisäistä jatkuvuutta ja yhtenäisyyttä (Guidano 1991).

Minärepresentaatiot ja kiintymyssuhteet muotoutuvat siis henkilökohtaisiksi merkitysorganisaatioiksi. Esittelen lyhyesti häpeäongelman kannalta mielenkiintoisia näkökohtia merkitysorganisaatioista. Guidanon työtovereineen (1983 ja 1991) käyttämien nimien lisäksi kuvaan myös Antero Toskalan (1991) kehittämät suomenkieliset nimet. Depressiivisessä (menetyksen ja vaillejäämisen)

merkitysorganisaatiossa sisäinen kausaaliattributio ”minussa on jotain viallista, koska jään vaille” näyttää sisältävän erityisesti häpeään liittyvää ainesta. Guidanon ja Liottin (1983) mukaan ”Toisaalta suhteellisen puutteellinen yhteys ja huolenpito vanhempiin tuottaa henkilölle ei-rakastettavan omakuvan, ja tämä saa heidät tuntemaan itsensä arvottomiksi, voimattomiksi ja tällaisiksi kohtalon määrääminä. Ja toisaalta erillisyyden kokemus tuottaa heille mielikuvan, että voivat luottaa vain itseensä sekä ohjaa heitä attribuomaan omalle vastuulleen epäonnistumiset, joita väistämättä tulee heille tuntemattomassa todellisuudessa.” (Guidano ja Liotti 1983)

”On tärkeää korostaa, että masentuneet potilaat näkevät itsensä henkilöiksi, jotka jollain tavalla ansaitsevat kohtalonsa (somehow deserving their ”destiny”), tulla hylätyiksi, väheksytyiksi ja menettämään. Tämä erottaa heidät selvästi ahdistuneista tai foobisista potilaista, jotka pelkäävät hylkäystä tai paranoidisista, jotka ajattelevat, että toiset ovat ilkeitä ja paljastavat pahan luontonsa hylkäämällä tai vainoamalla heitä, ”hyviä ihmisiä.” (Guidano ja Liotti 1983).

Yksi valaiseva esimerkki Laaksosen ja Heikkilän kirjassa *Matka masennuksesta minuuteen* (2001) on seuraava kuvaus: ”Vähitellen hänestä alkoi tuntua, että hänellä ei ole edes oikeutta olla olemassa, jos hän ei tee tarpeeksi tunnollisesti kotitöitä... Marialle olivat tuttuja vain hiljaiset tunteet, kuten hylätyksi tulemisen pelko, syyllisyys ja häpeä.” Kirjassa kerrotaan erityisesti syyllisyyden tunteista, mutta kuvataan em. olemassaolon oikeuden kyseenalaistamista tavalla, minkä liitän Guidanon ja Liottin (1983) mainitsemaan ”kohtalon ansaitsemiseen”.

Anorektisessa (yksilöitymisen ja itsetunnon) merkitysorganisaatiossa itselähtöisyyden ja yksilöllisyyden edustamisen prosessit ongelmallistuvat. Siihen liittyy korostunut itsensä näkeminen muiden silmien kautta. Ongelmallisia tunteita ovat häpeä, arvottomuus ja epävarmuus. Anoreksiaa sairastavilla ”näkeminen muiden silmien kautta” voi lähinnä olla oma mielikuva toisten näkemästä, heidän on kuitenkin ilmeisen vaikea ottaa vastaan suoraa palautetta, vaikkapa vain luottaa taulukoihin normaalipainosta. He kamppailevat pääosin omien sisäisten malliensa kanssa. Ulkopuolinen kommentti tai arvostelu saattaa kyllä osua herkkään kohtaan, esimerkki anoreksiaa sairastaneen tytön kertomuksesta: ”Mä olin jotain 5-vuotias, kun setä ihmetteli mummun syntäreillä, miten noin pieni tyttö syö kakkua saman

verran kuin aikuisetkin. Ja sen yhden kerran jälkeen siitä on muistutettu aina, häpeään asti ja paljon ylikin.” (Hakala 2000).

Edellä esitetty teoria kognitiivisen psykoterapian taustaksi ei suinkaan ole ainoa, mutta nähdäkseni tarjoaa hyödyllisen suunnan häpeäongelman tutkimiseksi ja hoitamiseksi. Toisaalta mielestäni se on monin tavoin liitettävissä esimerkiksi Greenbergin, Ricen ja Elliottin (1993) teoreettisiin lähtökohtiin. Näitä sekä eräitä käyttökelpoisilta vaikuttavia Jeffrey Youngin, Kloskon ja Weishaarin (2003) näkemyksiä esitellään seuraavassa työtapojen yhteydessä.

3. Kokemuksellisen kognitiivisen työtavan teoreettista taustaa

Guidano kuvaa teoksessaan *The Self in process* (1991) perinteisten kognitiivisten työtapojen ongelmia. Tiivistetysti hän arvioi, että useimmiten päädytään taivuttelemaan potilasta rationaalsiin ratkaisuihin ja terapeutti toimii ikään kuin ”valaistunut tietäjä”, ”paholaisen asianajaja” tai ”piilovaikuttaja”. Vaihtoehtona hän esittää terapian teon pohjaksi kahta peruseriaa:

- 1. Muutos ei vaikuta mahdolliselta ilman tunnetta.*
- 2. Muutoksen rakenne ja laatu pääosin riippuvat itsetiedostamisen (self-awareness) tasosta ja laadusta, millä henkilö toteuttaa uudelleenorganisoinnin prosessia.*

Terapian toteuttamiseksi Guidano (1991) esittää kolme käytännön tavoitetta: Ensimmäiseksi luodaan mahdollisuudet terapoitavalle tehdä käytännön välittömien kokemusten uudelleen organisointia. Perusmuodossaan tämä on asiakkaiden auttamista itsehavainnointitekniikoilla tekemään eron välittömien havaintojen ja omien tietoisien uskomusten ja asenteiden välillä sekä tämän jälkeen uudelleen rakentamaan sisäisen koherenssin malleja (Guidano 1991).

Toiseksi, jotta edellä esitetty strategia tehoaisi, asiakkaan on asteittain koettava tunnesisältöisiä tilanteita, jotka lisääntyvästi tuottavat painetta uudelleen organisoinnin suuntaan.

Kolmanneksi terapiasuhde toimii kontekstina missä terapeutin on mahdollista saada aikaan em. tilanteita ja ohjata uudelleen organisointiprosessia (Guidano 1991).

Guidano (1991) nimittää tätä ei-rationaaliseksi prosessikeskeiseksi kognitiiviseksi terapiaksi (nonrationalistic, process-oriented cognitive therapy). Nimitys on aika kankea ja koska hänkin viittaa tästä kirjoittaessaan Greenbergin ja työtoverien (1993) teksteihin, käytän yhtenäisyyden ja yksinkertaisuuden vuoksi termiä kokemukselliset terapiamenetelmät.

Käytännön työskentelyä varten Greenbergin ja kumppaneiden teoksessa *Facilitating Emotional Change* (1993) kuvataan useita ongelma-alueita ja niihin sopivia ratkaisuja. Yhtenä tällaisena he ovat kuvanneet nimenomaan häpeään liittyvän työtavan ja sen perustelut.

Kirjan yhtenä yleisenä tavoitteena on sijoittaa kokemuksellinen terapiasuuntaus teoreettiseen viitekehykseen ja olla manuaali tietynlaisiin terapiainterventioihin. Teoreettista viitekehystä kehittäessään Greenbergillä ja kumppaneilla (1993) on tavoitteena kokemuksellinen teoria ihmisen psyyken toiminnasta. Tähän liittyy heidän mukaansa tavoite ylittää väärä dikotomia tunteiden ja järjen ”vastakkaisuudesta.” Tunne on ydinosa ihmisen itseä ja muodostaa yhteyksiä itsen ja ympäristön välille sekä organisoii itsekokemusta. Tunnekokemus on monimutkainen synteesi monentyypisistä ja monista lähteistä tulevasta informaatiosta. Tavallaan tunteet ovat äärimmäisellä tavalla mielen, ruumiin, ympäristön, kulttuurin ja käyttäytymisen kohtauspaiikka.” (Greenberg et al 1993).

Terapian yleiset edellytykset liittyvät tietynlaisen hoitoympäristön luomiseen. Olennaista tällöin on hoitosuhteen kehittäminen tietoisesti. Terapeutin tehtävä on vaativa: olla empaattisesti virittynyt potilaan aaltopituudelle ja aktiivisesti toimiva. Tavoitteena on herättää uutta tietoisuutta, kokemusta ja merkitysten konstruointia, *ei* antaa oivalluksia tai muuttaa kognitioita. ”... to stimulate new awareness, experiencing, and meaning construction, *not* to provide insight or to modify cognition.” (Greenberg et al 1993). Greenberg ja kumppanit (1993) pyrkivät toimivan hoitosuhteen pohjalta toteuttamaan kuhunkin tiettyyn emotionaalisen

ongelmaan ja sen ratkaisemiseen sopivia tehtäviä. ”Olemme havainneet, että tietyn tyyppiset tunnepohjaiset ongelmat esiintyvät säännöllisesti terapia-asiakkaiden piirissä. Näillä ongelmilla on tehtävän omainen luonne siinä mielessä, että potilaat tekevät jatkuvasti aktiivisia yrityksiä ratkaista niitä. Olemme sitä mieltä, että jos terapeutti kykenee tunnistamaan, milloin potilas on jatkuvasti tällaisessa tilassa, että ponnistelee jonkin affektiivisen ongelman ratkaisun kanssa, niin hänen tulee tietää milloin ja miten vaikuttaa asiaan sopivimmalla tavalla. Täten interventio edellyttää tunnistamista ja ratkaisujen edesauttamista kussakin tunnepohjaisessa tehtävässä, mikä potilaalla kulloinkin on työstettävänä.” (Greenberg et al 1993)

Tarkentaessaan terapeutista työskentelyä varten aihetta, Greenberg kumppaneineen (1993) painottaa häpeäongelmien syvyyttä ja sitkeyttä: järjellinen tieto itsestä kiinnostaa potilaita, mutta ei tuota kovinkaan syviä tai pysyviä muutoksia. Avain on ihmisen ytimessä, itseen liittyvissä tunne-skeemoissa (self-relevant emotion schemes). Tunneskeemoilla he tarkoittavat ”tiedostamattomia mielen rakenteita tai osakokonaisuuksia, jotka yksilön omaksuman informaation pohjalta vaikuttavat siihen, mitä havaitaan ja koetaan, sekä antavat rungon toiminnallemme. Ne ovat meidän ydinkeinojamme organisoida kokemuksiamme ja toimintojamme. Ne muuttuvat mukautumalla (accommodating) uusiin kokemuksiin. Terapiassa kohteena ovat hyvinvointiimme vaikuttavat skeemat, jotka representoivat emotionaalista kokemusta itsestä maailmassa (represent self-in-the-world emotional experience). Juuri nämä itse-maailmassa kognitiiviset / affektiiviset / motivationaaliset / sosiaaliset toimintarakenteet, joihin jatkossa viittaamme tunneskeemoina. (It is these self-in-the-world integrative cognitive/affective/motivational/relational action structures that we henceforth refer to as emotion schemes.)” (Greenberg et al 1993).

Terapiassa tärkeä fokus suhteessa näihin emotionaalisiin skeemoihin on, että potilas tulee tietoiseksi niistä ja tarpeen mukaan ongelmallinen skeema(t) voidaan rakentaa uudelleen toimivammaksi. Tavoitteena on, että tunnereaktiot toimivat opastajina tehtäessä valintoja tai toimintoja eivätkä pakota ihmistä johonkin (Greenberg et al 1993).

Vertailun vuoksi lyhyesti esittely Jeffrey Youngin ja kumppaneiden (2003) muotoilemasta skeema-käsitteestä ja terapiasta. Youngin määritelmä varhaisesta epaadaptiivisesta skeemasta on, että siihen liittyy:

- laajalle tunkeutuva teema tai käyttäytymiskuvio (a broad, pervasive theme or pattern)
- koostuu muistoista, tunteista, kognitioista ja ruumiin tuntemuksista
- koskee itseä ja itsen suhdetta toisiin
- muotoutunut elämän kuluessa
- huomattavassa määrin haitallinen (dysfunctional to a significant degree)

Lyhyesti sanottuna varhaiset maladaptiiviset skeemat ovat itselle vahingollisia emotionaalisia ja kognitiivisia malleja, jotka alkavat varhain kehityksemme aikana ja toistuvat läpi elämän. ”Briefly, early maladaptive schemas are self-defeating emotional and cognitive patterns that begin early in our development and repeat throughout life” (Young et al. 2003). Tässä yhteydessä minusta on käytännöllisintä käsitellä varhaisia epaadaptiivisia skeemoja tunneskeemojen huonosti toimivina osina.

Greenbergin ja kumppaneiden (1993) mukaan emotionaalisten skeemojen muuttamisessa terapian tehtävät ovat seuraavat: Ensinnäkin terapiasuhteen turvallisuus vähentää ahdistusta ja lisää prosessointikapasiteettia. Toiseksi havaintojen fokuksen ohjaaminen tarjoaa potilaalle uutta tietoa tilanteista, mitä hän ei aikaisemman kokemusten konstruointitavan mukaan ole huomannut. Kolmanneksi skemaattisen emotionaalisen muistin sekä episodisen muistin stimulointi ja herättäminen (evocation) antaa uutta tietoa symbolisaatiota varten (ei-tietoisen tiedon kerääminen). Neljänneksi rohkaistaan suoraan kontaktiin aikaisemmin ahdistusta herättäneisiin ja vältettyihin asioihin uuden tiedon keräämiseksi. Viidenneksi aktiiviseen kokemuksellisuuteen suuntautunut terapia antaa tilaisuuden kokeilla tiettyjä asioita ja kerätä uusia kokemuksia. Kuudenneksi terapeutin kanssa uudet interpersoonalliset kokemukset voivat olla relevantteja ja vaikuttaa ydinrakenteisiin (Greenberg et al 1993).

Uusia skeemoja muodostetaan terapiassa syntetisoimalla vanhoja ja uusia kokemuksia. Tietoisuus tekee skemaattiset osat saavutettaviksi, antaa uutta informaatiota ja mahdollistaa uuden organisoinnin (Greenberg et al 1993).

Greenberg ja kumppanit (1993) esittelevät kahden tuolin tekniikan häpeäongelman ja siihen liittyvän self-splitin hoitamiseksi. Self-splittiä he kuvaavat yhdeksi tavanomaiseksi tavaksi, miten organismi häiritsee omia adaptiivisia funktioitaan. Tämä tapahtuu sisäistämällä sosiaalisia standardeja, asenteita ja ajattelu- sekä toimintatapoja siten, että ne ovat ristiriidassa omien perustarpeiden, tavoitteiden tai tärkeiden asioiden (concerns) kanssa. Erityisen tärkeä kohta ongelmien muodostumisessa on, että joissakin tilanteissa voi aktivoitua vastakkaisia skemaattisia rakenteita, mikä tuottaa hämmennystä ja kamppailua. Tähän liittyvät ongelmat omien tarpeiden tunnistamisessa, mutta erityisesti epäonnistuminen standardien ja arvojen täyttämässä johtaa kielteiseen itsearvioon ja oman arvostuksen laskuun. Jos em. konflikteissa dominoivia ovat kielteiset arvostus-skeemat, niin yksilö voi joutua lamaannukseen ja siitä seuraa ahdistusta, masennusta, itse-arvostuksen menetystä ja muita oireita (Greenberg et al 1993).

Terapeuttisen intervention tavoitteena on auttaa potilasta dialogiin itsen vastakkaisten puolien kanssa, kunnes ydinkonflikti tulee esiin itsen kokemuksellisen ja arvioivan puolen välillä. Tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan molemmat puolet ja saamaan ne psykologiseen yhteyteen ilmaisemalla suoraan ajatuksia ja tunteita toisilleen, kunnes ratkaisu on saatu aikaan. Aikaisemmin henkilö on pitänyt nämä puolet erillään konflikteja välttääkseen ja tilanne on pysynyt ratkaisemattomana (Greenberg et al 1993). Itse ymmärrän tämän terapian tavoitteen sisältävän itsereflektion parantamisen ja itsen uudelleen organisoimisen Guidanon (1991) tarkoittamassa mielessä. Potilas ymmärtää eri puolia itsessään ja pystyy käymään terapeuttista dialogia sisäisesti.

Young kumppaneineen (2003) käyttää persoonallisuushäiriöiden hoidossa erilaisia kokemuksellisia työtapoja, mm. mielikuvaharjoituksia ja skeemadialogeja. Häpeäongelman hoidossa nämä vaikuttavat myös käyttökelpoisilta. ”Skeemadialogit ovat nimensä mukaisesti työtapo, missä potilas käy keskustelua omien skeemojensa

tai skeemamoodiensa kesken. ... Potilaat oppivat vastustamaan skeeman virittämiä tunteita ja voimistamaan omia terveitä puoliaan.” (Holmberg ja Karila 2001).

Youngin kumppaneineen (2003) kuvamalle skeematerapialle ja Greenbergin ja kumppaneiden (1993) tunnefokusoidulle terapialle näyttää olevan yhteistä käsitys, että tunnereaktion aktivointi ei sinällään saa aikaan muutosta. Molemmissa annetaan paljon painoa toimivalle terapeutiselle työskentelysuhteelle (hoitosuhteelle), jonka avulla saadaan aikaan ”empaattinen dialogi”, jonka avulla viedään vähitellen eteenpäin tunneaktivaation prosessia kokemuksellisilla tekniikoilla, voitetaan välttämistä, keskeytetään virheikäyttäytymistä ja edistetään emotionaalista korjaustyötä (Young et al. 2003).

Young kumppaneineen (2003) kuvaa omalla työtavallaan olevan tiettyjä teoreettisia ja käytännöllisiä eroja Greenbergin ja kumppaneiden (1993) työtapoihin. Tunnefokusoitu terapia antaa etusijan affektille, kun taas skeematerapiassa affekti, kognitio ja käyttäytyminen ovat tasa-arvoisia. Toinen ero on tunnefokusoidun terapian lähestymistavassa tunneskeemojen tarkastelu monimutkaisena hierarkkisen järjestelmänä. Sen pohjalta tunneskeema on määritelty monimutkaisemmin ja työtavan valintaprosessi on tarkemmin kuvattu. Skeematerapiassa malli on niukempi (parsimonious), siihen sisältyy rajallinen määrä ongelmallisia skeemoja, joille kullekin on suositeltava työtapansa (Young et al. 2003). Tämän kirjoituksen puitteissa ei ole mahdollista vertailla yksityiskohtaisesti Greenbergin ja Youngin malleja. Molemmat näyttävät tavoittelevan Guidanon (1991) edellä esittämiä periaatteita ja tavoitteita. Seuraavassa luvussa esittelemässäni käytännön työskentelyssä edellä painotettu kokemuksellisuus, dialogisuus ja itsereflektion kehittyminen ovat olleet ohjaavia käsitteitä.

4. Kokemuksellinen kognitiivinen työtapa tapausesimerkin valossa

Samaan aikaan hoidossani on ollut potilaita, joilla on tiettyjä yhteisiä piirteitä epäilemäni häpeäongelman lisäksi. Rouva A:lle ja esimerkiksi neiti B:lle oli mm. yhteistä, että he olivat akateemisesti koulutettuja, mutta opintojen

loppuunsaattamisessa oli vaikeuksia. He tulivat hoitoon masennusdiagnoosilla ja sen hoito oli pitkällistä. Itsen häpeämisen teema paljastui pikkuhiljaa, aluksi erityisesti estyneisyytenä sosiaalisissa tilanteissa. Tarkemmin tutkittaessa kuitenkin ilmeni, että itsensä häpeäminen liittyi myös tilanteisiin, joissa muita ihmisiä ei ollut paikalla. Ongelmaan kokeiltiin kognitiivisen terapian perusmenetelmiä, mutta niistä ei tuntunut löytyvän riittävää ratkaisua. Akuutit oireet useimmiten helpottuivat, mutta sitkeä masennusherkyys säilyi. Ongelmatilanteissa samat reaktiot toistuivat eivätkä useista yrityksistä huolimatta tuntuneet helpottavan. Kun tutustuin kokemuksellisiin terapiamenetelmiin ja kokeilin niitä näiden potilaiden kanssa, niin pitempivaikutteista helpottumista oli havaittavissa.

Eräiden potilaiden kohdalla arvioin, että häpeäongelma ja vaikeus kohdata häpeän kokemuksia esti hoidon etenemisen. Näitä esimerkkejä voisivat olla rouva C. ja neiti D., joiden tarinat olivat seuraavan tyyppisiä. Kumpikin tuli hoitoon masennusdiagnoosilla ja terapiatyöskentely tuntui vaikealta. Itsen tutkimisen molemmat selvästi ilmoittivat tarpeelliseksi, mutta ilmaisivat tätä kohtaan myös ilmeistä pelkoa. Esimerkiksi toinen edellämainituista sanoi ”ettei kestä katsella itseään.” Muun muassa unien tutkimisen kokeilu pelotti ja oli käytännössä mahdotonta. Kokeiltujen tehtävien tekeminen oli vaikeaa ja ahdistavaa. Molemmilla hoito keskeytyi siten, että sovitut ajat peruttiin työkiireisiin vedoten, eivätkä he vastanneet myöhemmin yhteydenottopyyntöön.

Esittelen tarkemmin yhtä potilastapausta (rouva A), jonka kanssa pitkässä hoitosuhteessa käytettiin sekä perinteisempiä kognitiivisia työtapoja että kokemuksellisia työtapoja. Esimerkkitapauksen julkaisuun on hänen lupansa. Taustatiedot on muutettu niin, ettei tunnistaminen ole mahdollista.

Rouva A oli hoitoon tullessaan 55-vuotias, perheellinen ja vakituisessa työssä. Hän tuli hoitoon vakavan masennuksen vuoksi. Hoitojakso kesti useita vuosia ja siihen sisältyi useita paremman ja huonomman voinnin kausia. Hoitojakson alussa masennus helpottui siedettäväksi, mutta vointi ei kokonaisuutena ottaen ollut hyvä ja hän uupui työssään herkästi.

Keväällä Rouva A:ta alkoi ahdistaa kesän tulo, koska silloin täytyy käyttää kevyempiä vaatteita, joista keho näkyisi läpi. Kehon näkymiseen ja paljastumiseen liittyvät mielikuvat olivat aluksi epäselviä. Erään kehon häpeämiseen liittyvän keskustelun kuluessa hahmottui ja sovittiin kokeiltavaksi eräänlainen peilitehtävä. Hän kokeili kotona yksinään katsella itseään alastomana peilistä ja seurasi, mitä se nostatti mielessä. Mielikuvat eivät paljoakaan seljenneet, mutta itse kysymyksen pohtiminen vaikutti helpottavan. Rouva A ei löytänyt itsestään syytä hävetä itseään, vaan tämä tuntui liittyvän syvään perususkomukseen, että on vähempiarvoinen ja eikatsottava. Tehtävä näytti vaikuttavan lähinnä alitajuisesti: hänen oli vaikea kuvata sisäisiä prosessejaan, mutta vaikutukset ilmenivät käytännössä tilanteiden helpottumisena.

Kohtuullisen hyvän vaiheen jälkeen somaattisen sairastamisen yhteydessä tuli uusi kriisivaihe. Uudessa vakavan masennuksen ja voimakkaan ahdistuneisuuden vaiheessa selkeni potilaan sisäinen dialogi itsen järkevän puolen ja irrationaalisen moittijan välillä. Tätä tutkittiin muistiinmerkityillä sisäisillä dialogeilla (esimerkki 1.). Aluksi rouva A vain kirjoitti muistiin, mitä voimakkaamman tunteen yhteydessä mielessä liikkui ja näitä käytiin läpi tapaamisissa. Myöhemmin hän lisäksi kirjoitti omat kommenttinsa dialogeista. Hänellä oli hyvä itseilmaisu ja mm. unista hän piirsi itsensä tilannetta hyvin kuvaavasti.

Näiden teemojen kanssa työskentely kesti noin kaksi kuukautta ja tämä selvästi auttoi potilasta pikkuhiljaa muuttamaan aikaisempaa käyttäytymistä. Käytännön ongelmatilanteissa hän alkoi toimia eri tavalla kuin aikaisemmin. Aikaisemmin arvostuksen ja tyytyväisyyden tunteisiin liittyi selvä vähättely, rankaisevuus ja häpeän tunne sekä näiden ”kohtalonomaisuus” (vrt. edellä Guidano ja Liotti 1983). Tässä työskentelyvaiheessa rouva A oppi kyseenalaistamaan moittivaa puolta itsessään, eikä ollut automaattisesti ikävien tunteiden vallassa. Voinnin parannuttua hän kuvasi, että pystyi ainakin varovaisesti olemaan tyytyväinen ja rauhallinen niin työssään kuin vapaa-aikanakin.

Esimerkki 1. Rouva A:n muistiin kirjoittama dialogi itsen eri puolien (minä ja moittija) välillä:

Minä: Jalkoja särkee kovasti, hankala olo.

Moittija: Yrittäisit liikkua enemmän, lakkaisi särky.

Minä: Kävin jo lenkillä tänään.

Moittija: Ihan liian lyhyt lenkki.

Minä: En jaksanut pitempää. Matka tuntui sopivalta.

Moittija: Missä se jaksamisen raja muka kulkee! Et yrittänyt tosissasi!

Minä: On mukavampi kävellä, jos siitä voi nauttia. Väkisin liikkuminen saattaa loppua kuin kanan lento.

Moittija: Siis mukavuudenhalu voittaa, kunnon parantaminen ei näytä olevan tärkeitä. Onko nyt mukavaa olla sairaslomalla?

Minä: Ei. Jalkoja särkee.

Moittija: Hyvä, että edes särkee.

Rouva A:n oma kommentti dialogiin:

Moittijalla on minun oma ääneni, ei kenenkään muun ääntä. Silti mieleen nousevat isän ja mummun kuvat, molempien ankaruus itseään kohtaan. Luulen, että isä oli itsensä piiskaamisessa armottomampi kuin minä. Toisaalta hän uskoi olevansa aina oikeassa, kun taas minä tunnen olevani väärässä, huonompi muita. Moittija ei anna minun olla sairaanakaan heikko. Jos yritän voimistua ja liikkua, hän nuijii yritykset maan tasalle. Moittija ilkkuu ja vaatii todistamaan mahdottomia. Hän ei soisi minulla olevan hetkeäkään mukavaa, saati sitten helppoa. Mielestäni ajattelen asioista ihan normaalin järkevästi, mutta Moittija pitää pihdeissään niin, että järjen ääni lakkaa kuulumasta.

Näitä dialogeja ja mielikuvia tutkittaessa ilmeistä oli varhaisten kokemusten vaikutus ja toisaalta nykyhetkessä itsen liittyvän ankaruuden irrationaalisuus. Tästä irrationaalisuuden tiedostamisesta ei ollut välitöntä apua. Mutta uudet kokemukset siitä, että itsestä huolehtiminen ei tuottanutkaan mitään pahaa, vaan johtikin paremmin omiin tavoitteisiin, alkoi häpeän tunne helpottua. Edellä olevassa esimerkissä sairaslomalla olo oli ensin häpeää tuottavaa, mutta kokemus paranemisesta itseä hoitaen tuotti helpotusta luonnollisella tavalla, siis kuva itsestä avuttomana tunteidensa uhrina muuttui toimintakykyisemmäksi, vaikka varovaisestikin. Rouva A totesi työhön palattuaan, että ”hyvin varovaisesti jopa nautin työstäni.”

Tulkitsen tässä tapahtuneen itsen uudelleenorganisoidumista siten, että aikaisempi automaattinen häpeäminen muuttui realistisemmaksi ja ymmärtävämmäksi tietoisuudeksi omista sairauksista. Tältä pohjalta oli siten luvallista järkevästi hoitaa omaa itseään. Tästä seurauksena toivoton lamaannus alkoi muuttua varovaiseksi tässä ja nyt –olemisen arvostamiseksi.

Arvioin tämän potilaan kanssa työskentelyssä toteutuneen Guidanon (1991) esittämät tavoitteet. Ensin itsehavainnointitekniikoita käyttäen tekemään erotteluja välittömien havaintojen ja omien tietoisien uskomusten ja asenteiden välillä. Tämän jälkeen rakennettiin uudelleen sisäisen koherenssin malleja. Onnistuimme myös luomaan tunnesisältöisiä tilanteita, jotka tuottivat painetta uudelleen organisoinnin suuntaan. Terapiasuhte oli ilmeisen toimiva tämän prosessin aikana.

5. Pohdintaa

Kuvaamassani rouva A:n tapausesimerkissä oli siis havaittavissa, että häpeäongelma lukitsi ihmisen elämäntilanteen ja varsinkin kriisitilanteissa suorastaan esti niin somaattisen kuin psyykkisenkin sairauden hoitoa. Perinteiset kognitiiviset työtavat helpottivat akuuttia masennusta ja ahdistusta, mutta ongelmallinen perusrakenne jäi koskemattomaksi. Kokemuksellisilla työtavoilla, mielikuvatyöskentelyllä ja dialogeilla oli mahdollista tarkemmin tutkia tätä perusrakennetta ja muuttaa sitä. Esimerkkitapauksessa potilas pystyi hahmottamaan itsensä eri puolet helpon tuntuisesti ja kirjaamaan niitä. Jos näin ei olisi ollut, niin olisi varmaankin ollut tarpeen kokeilla Greenbergin kumppaneineen (1993) suosittamaa kahden tuolin tekniikkaa.

Greenberg kumppaneineen (1993) on käyttänyt kokemuksellisia työtapoja monipuolisten tunneprosessien ongelmien hoitamiseen ja Young työryhmineen (2003) erityisesti rajatilapersoonallisuushäiriöiden hoitoon. Näillä työtavoilla on siis hyvää näyttöä toimivuudesta varsin vaikeissakin ongelmissa. Pohjana näille työtavoille on toimiva hoitosuhde. Kokemuksellisissa työtavoissa aktivoidaan

vaikeita ja voimakkaita tunteita, jolloin luottamus terapeuttiin ja terapiasuhteeseen ovat koetuksella. Edellä mainitsemani kesken jääneet hoidot saattoivat kärsiä liian nopeasta etenemisestä eikä riittävää luottamusta hoitosuhteessa ehtinyt muodostua. Työskentely on selvästi edennyt, kun potilas on uskaltanut tuoda terapiaan hyvin tuskallisia muistoja ja kokemuksia vastoin syvää sisäistä uskomusta ettei asioille voisi mitään. Tällöin hän on pystynyt vastustamaan kohtaloaan.

LÄHDELUETTELO:

- Andersson, C. (2002). *Luova mieli. Kirjoittamisen vimma ja vastus.* Helsinki, Kirjapaja.
- Greenberg, L. S. ja Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy.* New York, The Guilford Press.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. ja Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change. The Moment-by-moment process.* New York, The Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1991). *The Self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy.* New York, The Guilford Press.
- Guidano, V.F. ja Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders.* New York, London, The Guilford Press.
- Hakala, L. (toim) (2000). *Siskonmakkarat: Miltä syömishäiriö tuntuu.* Juva, Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, N. ja Karila, I. (2001). *Persoonallisuushäiriöt.* Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. ja Holmberg, N. (2001). *Kognitiivinen psykoterapia.* Helsinki, Duodecim.
- Ikonen, P. ja Rechartt, E. (1994). *Thanatos, Häpeä ja muita tutkielmia.* Helsinki, Yliopistopaino.
- Karila, I. (2001). *Masennushäiriöt.* Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. ja Holmberg, N. (2001) *Kognitiivinen psykoterapia.* Helsinki, Duodecim.
- Laaksonen, R. Ja Heikkilä, L. (2001). *Matka masennuksesta minuuteen.* Helsinki, Kirjapaja oy.
- Lindqvist, M (2003). *Ole hyvä.* Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Malinen, B. (2003). *Häpeän monet kasvot.* Helsinki, Kirjapaja oy.
- Rushdie, S. (1983). *Häpeä.* Porvoo, WSOY.

Siltala, J. (1994). *Miehen kunnia eli suomalaisen miehen taistelu häpeää vastaan*. Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Otava.

Toskala, A. (1991). *Kognitiivisen psykoterapian teoreettisia perusteita ja sovellutuksia*. Jyväskylän koulutuskeskus oy.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy, A Practitioner's Guide*. New York, London, The Guilford Press.