

Guðrun Kristmannsdóttir

Syömishäiriöiden terapeuttisen hoidon haasteet

Johdanto

Syömishäiriöt ovat monimutkaisia psyykkisiä häiriöitä, joilla on usein vakavia fysiologisia seurauksia. Erilaisia hoito- ja terapiamalleja on kehitetty vuosien varrella, mutta meta-analyytitutkimukset osoittavat, että mikään malli ei nouse paremmaksi kuin toinen (mm. Linardon ym. 2017; Steinert ym. 2017). Voidaan sanoa, että kaikki mallit ovat vaikuttavuudeltaan yhtä vaatimattomia, koska parhaimmillaankin vain alle puolet syömishäiriöpotilaista (Clinton 2010; Fairburn 2005) ja vajaa kolmannes anoreksiapotilaista (Eddy ym. 2016; Watson & Bulik 2013) vaikuttaa paranevan hoitomallista riippumatta. Tuoreen meta-analyytitutkimuksen mukaan syömishäiriöihin erikoistuneet hoidot, joissa fokus on pääosin syömiskäyttäytymisessä, vaikuttavat yleensä lyhyellä tähtäimellä kohtuullisesti pintaoireisiin, mutta huonosti niiden alla oleviin psykologisiin taustatekijöihin ja sitä kautta pysyvään muutokseen (Murray ym. 2019a).

Tutkimusten kannalta vakavaksi ongelmaksi on muodostunut syömishäiriöpotilaiden jättäytyminen ennen aikaisesti pois hoidosta. Tutkimusaineistossa hoidot keskeyttäneiden osuus on ollut jopa 20–73 % (Dejong ym. 2012; Fassino ym. 2009). Laajassa meta-analysissä on myös havaittu, että potilaiden poisjäännistä ei välttämättä raportoida tuloksissa, ja eihaluttujen tai negatiivisten tulosten tutkimuksia jätetään kokonaan raportoimatta (Murray

ym. 2019b). Löydös on huolestuttava, koska se antaa väärän kuvan näyttöön perustuvien hoitomallien vaikuttavuudesta.

Näyttöön perustuva mentalisaatioterapia on vakiinnuttanut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana paikkansa epävakaa persoonallisuushäiriön terapeuttisena hoitona (Malda-Castillo ym. 2019). Viime vuosina mentalisaatioterapiasta on kehitetty myös muille potilasryhmille, kuten syömishäiriöpotilaille, soveltuva mallia (Robinson ym. 2018; Skårderud & Fonagy 2012). Mentalisaatioteoria tarjoaa käsitteitä, jotka vangitsevat ja kuvaavat hyvin niitä erityisiä ilmiöitä ja vuorovaikutuksen ongelmia, jotka ovat yleisiä syömishäiriöpotilaiden terapeuttisessa hoidossa. Käsitteiden lisäksi menetelmä tarjoaa myös terapeuttisia välineitä näiden keskeisten ilmiöiden työstämiseksi terapiaprosessissa.

Perustelen tässä artikkelissa mentalisaatioon perustuvan terapiamallin (MBT) hyödyntämistä syömishäiriöisten terapiatyöskentelyssä. Artikkelissa ei eroteta syömishäiriöisten eri diagnoosiryhmiä, vaan syömishäiriöiden eri ilmenemismuotoja käsitellään kokonaisuutena.

Katsaus vallitseviin tapoihin ymmärtää syömishäiriöitä

Syömishäiriöiden syyt ovat osin vielä tuntemattomat, ja niitä tutkitaan aktiivisesti. Vallitseva näkökulma syömishäiriöiden psykologisiin tekijöihin on Fairburnin (2008) kognitiivis-behavior-

raallinen transdiagnostinen malli. Sen mukaan kaikkien syömishäiriöiden ydinproblematiikka on kognitiivinen vääristymä, jossa syömisen, painon ja kehon muodon merkitys ylikorostuu. Syömishäiriöstä kärsivän kokemusmaailmassa oma arvo perustuu kapeasti kehon muotoon, painoon ja kykyyn kontrolloida niitä. Kognitiivinen vääristymä ylläpitää noidankehämäisesti syömishäiriöoireita, jotka ovat mallin mukaan sekundaarisia kognitiiviselle vääristymälle. Selitysmalli ei sisällä oletuksia siitä, mistä ajatusvääristymät johtuvat, mutta on kuitenkin ollut tärkeä kontribuutio syömishäiriöiden terapeutiseen hoitoon, koska se korostaa hoidon struktuurin ja psykoedukaation tärkeyttä. Malli tarjoaa myös selkeitä käsitteitä ja menetelmiä, joiden avulla on mahdollista työskennellä systemaattisesti pintaoireiden kanssa.

Viime vuosikymmenien aikana on alettu yhä enenevässä määrin pohtia, onko pyrkimyksessä löytää yksi ainoa kaikille syömishäiriöille sopiva hoitomalli fokus ollut mahdollisesti vääriä asioissa. Syömishäiriötä on vaikea käsitteellistää tietyn tyyppiseksi psyykkiseksi sairaudeksi, koska pintaoireiden alta löytyy hyvin erilaisia ja eri tasoisia psyykkisiä rakenteita, vahvuuksia sekä puutteita (Treasure ym. 2020). Yhteisenä tekijänä taustalla voidaan nähdä pyrkimys sisäiseen säätelyyn syömiskäyttäytymisen kautta (Kuusinen 2001; Skårderud & Fonagy 2012).

Ristiriitainen asenne suhteessa oireista luopumiseen on yksi yleinen oire syömishäiriöissä, mutta sitä tulkitaan usein hoidossa heikkona motivaationa ja/tai haluttomuutena vastaanottaa hoitoa. Potilaan valmiutta hoitoon arvioidaan sen perusteella, kuinka motivoitunut hän on ja kuinka hyvin hän kykenee tekemään muutoksia käyttäytymisen tasolla. Motivaatiotekijöiden arvioiminen ei kuitenkaan ota tarpeeksi huomioon oireiden taustalla olevia kivuliaita tunteita (Treasure & Schmidt 2007), mahdollista traumataustaa (Costlyn 2019), kiintymyssuhdemallia tai mentalisaatiokykyyn liittyviä haasteita, jotka saattavat olla paranemisen esteinä (Robinson ym. 2018). Brehm ja Brehm (1981) esittivät jo neljäkymmentä vuotta sitten, että potilaan muutosvastarinnassa on kyse siitä, että terapeutti on epäonnistunut

luomaan riittävän turvallisen tunnelman, jossa muutos on mahdollinen ja jossa potilaan miinus ei ole uhattuna.

Viimeaikaisissa meta-analysitutkimuksissa on havaittu, että traumalla ja kiintymyssuhdemallilla on merkitystä hoidon vaikuttavuuteen. Lapsuuden trauma esiintyvyyttä syömishäiriöissä on jopa 21–59 % (Molendijk ym. 2017). Yli 70 prosentilla potilaista on jokin toinen psykiatrinen häiriö syömishäiriöoireiden rinnalla (Treasure ym. 2020). Zachrisson ja Skårderud (2010) havaitsivat meta-analysissään syömishäiriöiden kiintymyssuhdemalleista, että harvalla syömishäiriöpotilaalla on turvallinen kiintymyssuhde. Traumassa, jonka seurauksena identiteettiä rikotaan tai se ei pääse kehittymään, syömishäiriö saattaa tarjota sisäistä struktuuria, jatkuvuuden tunnetta ja identiteettiä, josta potilaan voi olla vaikea luopua (Bruch 1978; Petrucelli 2019).

Potilaat, joilla on turvallinen kiintymyssuhde, pystyvät tekemään nopeammin muutoksia pintaoiretasolla kuin turvattomasti kiintyneet potilaat (Levy ym. 2019), ja potilaan kyky tehdä muutoksia käyttäytymisen tasolla terapian alkuvaiheessa taasen vaikuttaa myönteisesti terapeutin yhteistyösuhteen laatuun koko terapian ajan (Graves ym. 2017). Vaikeasti ja pitkään oireilevilla potilailla saattaa olla traumatausta tai turvaton kiintymyssuhdemalli, jolloin hoidollisen yhteistyön rakentaminen on vaikeampaa. Tämän ajatellaan olevan yksi tärkeä syy sille, miksi juuri nämä potilaat jäävät herkästi pois hoidoista (mm. Graves ym. 2017). Seurantatutkimuksia, joissa tutkitaan poisjäämisen syitä, tehdään kuitenkin hyvin vähän, ja kiinnostus syömishäiriöiden yksilöllisestä funktiosta ja oireiden taustalla olevista syistä on ollut valitettavan vähäistä.

Geller ja kumppanit (2017) ovat esittäneet, että syömishäiriöpotilaille tarvitaan räätälöityä hoitoa, jossa ”fokus, annos, ja tiheys” vaihtelevat riippuen potilaan sisäisistä ja ulkoisista resursseista. Myös Vitousek ym. (1998) ja Nathenson (2009) ovat korostaneet räätälöidyn hoidon tärkeyttä syömishäiriöissä. Tämä on merkittävä avaus syömishäiriöiden terapiakentällä, jolla vallitsevat hoitomallit ovat parinkymmenen vuoden ajan olleet suhteellisen

strukturoituja ja CBT-mallin mukaisesti valmiiksi määriteltäviä (Fairburn 2008). Integriivisessa psykoterapiassa ajatus räätälöidystä hoidosta ei ole kuitenkaan uutta. Keskeistä on ajatus siitä, että terapian painopisteet ja menetelmät määrittyvät potilaan yksilöllisten tarpeiden, psyykkisten voimavarojen ja haavoittuvuuksien mukaisesti.

Integriivisessä terapiassa painotetaan erityisesti tutkitusti muutosta tuottavia tekijöitä. Yksi tällainen tekijä on turvallinen yhteistyösuhde terapeutin ja potilaan välillä (Kuusinen ym. 2020). Tutkimukset psykoterapian eri hoitomallien vaikuttavuudesta osoittavat, että psykoterapiassa muutosta eivät niinkään selitä kullekin terapialle spesifit taustateoriat ja niihin pohjautuvat menetelmät. Ratkaisevaa on pikemminkin kaikille terapiamuodoille yhteiset tekijät kuten yhteistyösuhteen laatu, potilaan sisäiset ja ulkoiset resurssit sekä yhteisesti sovitut tavoitteet ja menetelmät niihin pyrkimiseksi (Lambert 2004; Norcross 2011). Allen ym. (2008) ovat ehdottaneet, että mentalisaation virittäminen voidaan nähdä tällaisena kaikille terapioidille yhteisenä muutosta mahdollistavana tekijänä.

Mentalisaatioon perustuvalla terapiamallilla (MBT-E) on paljon tarjottavaa syömishäiriöpotilaiden erityiseen hoitoon. Mallissa fokuksoidaan erityisesti turvallisen yhteistyösuhteen rakentamiseen mutta myös konkreettisesti syömishäiriöoireiden vähentämiseen, ja tämä ”kahden kaistan” lähestymistapa on MBT-E-mallin erityisvahvuus (Robinson ym. 2018). Koska fokus on oireyöskentelyn rinnalla eksplisiittisesti ja systemaattisesti yhteistyösuhteessa ja potilaan mentalisaatiokyvyn vahvistamisessa, mallin ajatellaan vähentävän hoidosta poisjäämistä ja vahvistavan potilaiden motivaatiota ja kykyä vastaanottaa hoitoa. Voidaan siis sanoa, että MBT-E on sekä prosessi- että menetelmäkeskeinen terapeutin hoito, jossa keskiössä ovat sekä konkreettiset pintoaoreet että niiden alla olevat psyykkiset prosessit.

Syömishäiriö mentalisaation ongelmana

Mentalisaatio on tunnetason tietämistä, oman ja toisen sisäisen maailman havainnointikykyä ja uteliaisuutta mielen prosessien ainutlaatui-

suutta kohtaan. Kun ihmisellä on riittävän vahva mentalisaatiokyky, hän kykenee erottamaan omat tunteensa ulkoisesta todellisuudesta ja käsittämään, että toisten ihmisten kokemukset voivat poiketa omista. Tällöin ihminen pystyy leikkimään ajatuksillaan sekä käyttämään huumoria lujittaakseen ihmisuhteita. Hän ymmärtää, että ihmisten välisissä konflikteissa on yleensä kyse vääryymmärryksistä ja että näitä voi selvittää olemalla kiinnostunut oman ja toisen mielen toiminnasta (Fonagy & Bateman 2019; Keinänen 2017; Keinänen & Martin 2019). Mentalisaatiokyky on olennaista itsesäätelyn ja tunnesäätelyn sekä toimijuuden kannalta ja kehittyä riittävän vahvaksi turvallisuudessa kiintymyssuhteissa (Fonagy ym. 2004).

Jo vuosikymmeniä ennen mentalisaatioteorian syntyä Hilde Bruch (1962) esitti mentalisaatioteoriallekin keskeisen ajatuksen siitä, että syömishäiriöt johtuvat selfin häiriöistä, jotka aiheuttavat minäkokemuksen haurautta ja puutteita itse- ja tunnesäätelyssä. Bruch oli ensimmäinen kliinikko, joka kiinnitti huomiota syömishäiriöpotilaiden puutteelliseen kykyyn tunnistaa ja tulkita kehollisia signaaleja kuten kylläisyyttä, nälkää tai väsymystä. Vastaava näkökulma häilyvästä minäkokemuksesta ja puutteellisesta kyvystä tulkita ja ottaa todesta omia kokemuksia on myöhemmin ollut keskeinen kognitiivis-konstruktivisessa selitysmallissa syömishäiriöiden ydinproblematiikasta (Guidano 1991; Kuusinen 2001).

Skårderud ja Fonagy (2012) ovat kehittäneet Bruchin alkuperäistä teoriaa eteenpäin ja esittävät, että syömishäiriöoireet johtuvat puutteista tärkeissä psyykkisissä minärakenteen prosesseissa, toisin sanoen mentalisaatiokyvyissä. Nämä puutteet manifestoituvat heidän mukaansa esimerkiksi mielen konkretisoitumisenä syömishäiriöoireiksi. Kyse on siis vakavasta mentalisaatiokatkoksesta ja integroimattomista esimentaalisisistä kokemisen tavoista. Oireilla on mentalisaationäkökulman mukaan jonkinasteista symbolista merkitystä, kuten psykodynaamisessa teoriassa syömishäiriöoireiden funktiosta ajatellaan, mutta symbolit edustavat enemmän mielen prosessia ja kykyä (tai kyvyttömyyttä) kuin oireiden alla olevia merkityksiä (Fonagy ym. 1993).

Mentalisaatioteoriassa integroituvat kehitysteoria, kiintymyssuhdeteoria, psykodynaaminen näkökulma ja kognitiivinen näkökulma. Lisäksi siinä hyödynnetään neuropsykologista tutkimustietoa terapeuttisessa mielessä. Neuropsykologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että monilla syömishäiriöpotilailla on puutteita kognitiivisessa joustavuudessa, mikä vaikuttaa kielteisessä merkityksessä sosiaalisiin taitoihin. Hankaluudet näkyvät esimerkiksi vaikeuksina hahmottaa kokonaisuutta ja jumiutumisenä yksityiskohtiin, mikä saattaa hankaloittaa sosiaalista kanssakäymistä (mm. Kaye ym. 2013). Psykkinen jäykkyys aiheuttaa myös sen, että siirtyminen tehtävästä tai tilanteesta toiseen on työlästä. Tämän kaltainen psykkinen joustamattomuus on tutkimusten mukaan nähtävissä jo ennen kuin syömishäiriöoireet ovat alkaneet. Robinson ym. (2018) ehdottavat, että syömishäiriöoireita voidaan ymmärtää yrityksenä ratkaista itsesääntelyn ja sosiaalisen sääntelyn ongelmia.

Syömishäiriöoireiden ja mentalisaatiokyvyn keskinäistä suhdetta ei tunneta vielä laajasti, mutta joitakin tutkimuksia aiheesta on olemassa. Erään brittiläisen tutkimuksen mukaan (Fonagy ym. 1996) syömishäiriöstä kärsivät potilaat sijoittuvat mentalisaatiokyvyn eri ulottuvuuksilla huomommalle tasolle kuin esimerkiksi potilaat, joilla on masennusta, ahdistushäiriötä ja päihteiden käyttöä. Ainoastaan epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät potilaat sijoittuvat syömishäiriöisten kanssa yhtä heikolle tasolle. Tutkimusten mukaan anoreksiapotilaiden mentalisaatiokyky on osoittautunut olevan heikompi kuin bulimiapotilaiden (Rothschild-Yakar ym. 2010), ja bulimiasta kärsivien potilaiden pistemäärät ovat olleet erilaisilla mentalisaatiokykyä mittaavilla testeillä selkeästi huonommat kuin terveillä kontrolleilla (Sacchetti ym. 2019). Hyvä mentalisaatiokyky vaikuttaa olevan suojaava tekijä, ja heikko mentalisaatiokyky taas altistava tekijä syömishäiriöiden kehittymiselle (Rothschild-Yakar ym. 2010).

Mentalisaatiokyvyn ja oireiden välinen suhde vaikuttaa kuitenkin olevan ajateltua monimutkaisempaa syömishäiriöissä. Gullestad ja Wilberg (2011) kuvaavat tapaustutkimuksessaan,

miten potilaan reflektiivinen funktio (eli mentalisaatio operationalisoituna) kehittyi pitkäaikaisessa psykoterapiassa, mutta syömishäiriöoireet eivät vastaavasti vähentyneet. Tulokset voivat tarkoittaa sitä, että syömishäiriöisten mentalisaatiokyvyn ja oireiden välistä yhteyttä selittävät muut tekijät, joita ei vielä ymmärretä kylliksi. Yksi hypoteesi on nälkiintymistekijöiden välillinen vaikutus ihmisen toimijuuteen (Kristmannsdottir ym. 2019). Persoonallisuushäiriöiden hoidossa MBT:n ajatellaan toimivan siten, että mentalisaatiokyvyn kehittyminen lisää automaattisesti tunnesäätelykykyä ja vähentää oireita (mm. Fonagy ym. 2004). Sen sijaan syömishäiriöissä muutos ei siis ole yhtä suoraviivainen, vaan vaatii sairauden somaattisen luonteen vuoksi hoidon fokuoimista myös konkreettisiin oireisiin kuten ravitsemustilan korjaamiseen, kompensaatiooireiden vähentämiseen ja liikuntakäyttäytymisen normalisointiin (Robinson ym. 2018).

Mentalisaatioteorian hyödyntäminen syömishäiriöpotilaiden terapeuttisessa hoidossa

Seuraavaksi nostetaan esille muutamia mentalisaatioteorian tarjoamia käsitteitä, joista on erityistä hyötyä syömishäiriöpotilaiden terapeuttisessa hoidossa ja joita voidaan helposti integroida mihin tahansa terapeuttiseen viitekehikseen ja työskentelymalliin. Nämä käsitteet vangitsevat sellaisia ilmiöitä syömishäiriöproblematiikassa, jotka ovat yleisiä mutta vaikeita käsitteellistää ja työstää hoitoprosessissa. Mentalisaatioteoriaa ei avata tässä artikkelissa tyhjentävästi, vaan fokuoidaan tiettyihin käsitteisiin ja ilmiöihin, joilla on syömishäiriöiden kannalta merkitystä. Teoriaan voi tutustua tarkemmin suomeksi kirjoissa *Mentalisaatio, teoriasta käytäntöön* (Laitinen & Ollikainen 2017) ja *Mieli meissä* (Keinänen & Martin 2019).

Mentalisoiva asenne

Mentalisoiva asenne on toisaalta terapeutin tapa olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Se on kuitenkin myös terapeuttinen interventio

eli täten osa systemaattista terapiatyöskentelyä. Mentalisoivan asenteen interventiot esitetään Taulukossa 1.

Taulukko 1.

Mentalisoivan asenteen interventiot

	Interventio
1	Ei-tietävä, utelias asenne
2	Tuki ja myötätunto, empatia
3	Selvennykset
4	Tutkiminen
5	Haastaminen
6	Tunne-/affektifokus
7	Fokus ihmissuhteissa
8	Fokus syömishäiriöoireisiin

Robinsonin ym:den mukaan (2018) terapeutinen työskentely syömishäiriöpotilaiden kanssa vaatii seitsemän asennetekijän lisäksi taulukossa mainitun kahdeksannen kohdan. Sillä pyritään herättämään tai ylläpitämään kiinnostusta potilaan mielen toiminnasta tilanteessa, jossa konkreettiset syömishäiriöoireet ovat hallitsevia (näлкиintyminen, kaoottinen syömis-käyttäytyminen, kompensatio-oireet). Tämä on tärkeää, koska syömishäiriöpotilaiden hoidossa on usein haasteena se, että potilaiden tyypilliset kognitiiviset vääristymät saattavat tulla sekä terapeuteille että potilaille niin tutuksi rutiiniksi, että he lakkaavat olemasta uteliaita potilaan sisäisestä maailmasta. ("Tiedän, mitä hän kokee, hänellä on syömishäiriö!")

Mentalisoivaa asennetta käytetään terapia-prosessissa konstruktivisesti eli sen avulla viritetään potilaan omaa mieltä työskentelemään. Asiantuntijuus syömishäiriöiden psykologiasta tai näлкиintymisen aiheuttamista psykologisista muutoksista ei peitä tai hävitä terapeutin uteliaisuutta potilaan kokemuksiin kohtaan, vaan terapeutti käyttää asiantuntijuuttaan turvallisen tunnelman luomiseen. Samalla hän säilyttää ei-tietävän ja uteliaan mielen potilaan sisäistä maailmaa kohtaan ja on läpinäkyvä omista kokemuksistaan potilaan kanssa. Mentalisoivan asenteen avulla terapeutti auttaa potilasta kiinnostumaan oman mielensä mekanismista;

toisin sanoen siitä, miten potilaan mieli toimii vuorovaikutuksessa toisen kanssa. Kiinnostuksella mielen toiminnasta on sosiaalisten taitojen kehittymisen kannalta suuri merkitys: kun ihmisen kyky mentalisoida paranee, hän pärjää paremmin ihmissuhteissa (Fonagy & Bateman 2019).

Empaattinen asennoituminen ja selkeä pyrkimys tukea potilasta sekä tutkiva ja selvittävä suhtautuminen potilaan sisäiseen maailmaan ovat myös mentalisoivan asenteen ominaisuuksia. Terapeutti käyttää omaa mieltään mallintamiseen ja viestittää sillä potilaalle, että jokainen on vastuussa omien tunteidensa, tarpeidensa ja toiveidensa ilmaisemisesta, jotta mahdollisuus tulla ymmärretyksi ja sitä kautta validoiduksi vahvistuu. Fokus on tunteissa ja enemmän potilaan mielen prosesseissa kuin sisällössä (enemmän "miten" kuin "mitä"-kysymyksissä). Syömishäiriöpotilaan kanssa fokus on myös konkreettisissa oireissa, mutta niiden takana oleva mieli on työskentelyn tärkeä kohde.

Esimerkki mentalisoivasta asenteesta:

Potilas: Hei, minä tiedän tän, en voi syödä mitään, jossa on rasvaa tai sokeria. Lihon heti, tunnen mun kehoni! Muut pystyvät, mutta minä en!

Terapeutti: Okei, hmm. Huomaan, että minun tekee kovasti mieli väittää sinua vastaan, mutta koen, että olet hyvin vakuuttunut tästä asiasta. Minulla on vähän sellainen olo, että mitä vaan sanoisin, se olisi kuitenkin jollain tavalla väärin... että en voisi millään tavalla muuttaa mieltäsi. Voidaanko pysähtyä hetkeksi? Hetken siihen, että millaista sinulla on tässä mun kanssa, kun minulla... minussa pyörii tällaisia ajatuksia?

Esimerkissä potilas on jumissa jäykässä kokemusmaailmassaan, ja terapeutti kokee olevansa vuorovaikutuksellisesti ahtaalla. Mentalisoiva asenne antaa terapeutille tilaa tutkia potilaan kokemusta omassa mielessään, ja hän myös haastaa potilasta asettumaan tutkivalla ja uteliaalla asenteella siihen, miten tämä on tullut näihin joustamattomiin johtopäätöksiin. Jos terapeutti kokee olevansa "vuorovaikutuksellisessa ansassa", hän voi nostaa sen esille. Näin hän mahdollistaa ilmiöön liittyvien kokemusten käsittelemisen yhdessä potilaan kanssa.

Kaksi kaistaa

Kahden kaistan malli tarkoittaa sitä, että terapiassa viritetään potilaan mentalisaatiota samaan aikaan, kun fokusoidaan konkreettisten syömishäiriöoireiden vähentämiseen. Tämän mallin mielessä pitäminen auttaa välttämään monia sudenkuoppia syömishäiriöpotilaiden kanssa (Robinson ym. 2018). Potilaiden mustavalkoinen kokemustapa tarttuu helposti terapeuteihin, minkä seurauksena terapiassa fokusoidaan niin paljon syömishäiriöön liittyviin fysiologisiin tekijöihin tai konkreettisiin oireisiin, että potilaan mieli unohtuu ja psyykinen tila saattaa heikentyä. Oireiden takana olevaa mieltä tai kärsimystä ei huomata, jolloin sekä potilas että terapeutti jäävät jumiin fyysiseen ja konkreettiseen todellisuuteen (paino, kehon koko, ruoka). Toisaalta ongelmallista on myös fokusoida liiallisesti potilaan mieleen (ajatukset, tunteet, oireiden symboliset merkitykset), jolloin syömishäiriön fysiologiset tekijät ja konkreettinen oirekäyttäytyminen unohtuvat ja potilas saattaa mennä terapeutilta huomamatta huonoon fyysiseen kuntoon.

Esimerkki kahden kaistan työskentelystä:

T: Huomaan, että olemme tänään puhuneet paljon painosta, kehon koosta ja ruoan sisällöstä, mikä on varmaan ollut tarpeellista. Pohdin kuitenkin sitä, että ollaanko puhuttu olennaisista asioista tänään ja mie-tin ehkä sitäkin, että miten jatketaan. Millaisia ajatuksia tai tunteita sinussa herää?

Terapeutti kokee, että keskustelu on ”lukittunut oirekaistalle” ja pyrkii auttamaan potilasta mentalisoimaan mieltään ja tilan-ettaan. Terapeutti kutsuu potilasta mukaan ”toiselle kaistalle”, jossa voidaan pohtia, mitä mielessä liikkuu, kun puhutaan konkreettisista oireista.

Esimentaaliset psyykkisen kokemisen tavat

Suotuisassa kehityksessä esimentaaliset psyykkiset kokemustavat integroituvat, ja kokemuksille löytyy vastaavia representaatioita mielessä. Lopputuloksena on joustava ja utelias suhtautuminen omaan ja toisten ihmisten

mieleen ja käyttäytymiseen. Ongelmia syntyy taas siitä, kun esimentaaliset kokemustavat eivät integroidu, vaan jäävät erillisiksi ja pysyviksi jäykiksi kokemuksen tavoiksi suhtautua itseän ja maailmaan. Esimentaaliset kokemustavat ovat mentalisaatioteorian mukaan omaan 1) sisäiseen maailmaan nojaava kokemustapa (engl. psychic equivalence), 2) käyttäytymiseen nojaava kokemustapa eli teleologinen kokemustapa (engl. teleological mode) ja 3) kuvitelmiin nojaava kokemustapa (engl. pretend mode) (Fonagy ym. 2004; Keinänen & Martin 2019). Robinson ja kumppanit (2018) ovat MBT-E-mallissaan ehdottaneet syömishäiriöissä neljättä kokemuksen tapaa, jonka he nimeävät 4) irralliseksi kokemuksen tavaksi (engl. detached mode). Näitä neljää esimentaalista psyykkisen kokemisen tapaa esitellään seuraavissa kappaleissa tarkemmin.

1) Sisäiseen maailmaan nojaava kokemustapa

Sisäiseen maailmaan nojaavassa kokemustavassa potilas kokee, että se, mitä hän ajattelee tai tuntee, on totuus. Hänellä on vaikeus hyväksyä erilaisia näkökantoja, koska oman mielen sisältö on ”liian todellinen”. Kokemus omasta kehosta riippuu tunnetilasta (”se, miltä nyt tuntuu, on totuus”), ja uteliaisuus omaa ja toisen mielen sisältöä kohtaan puuttuu. Potilas elää illuusiossa siitä, että hän tietää, mitä muut ajattelevat tai tuntevat, ja että muiden pitäisi pystyä lukemaan hänen mieltään. Potilaan ollessa sisäiseen maailmaan nojaavassa kokemuksessa terapeutti kokee usein olevansa vuorovaikutuksellisesti ahtaalla. Hän on epävarma siitä, miten vastata potilaan esittämiin perusteettomiin ”totuuksiin”, ja hän kokee tyyppillisesti riittämättömyyden ja turhautumisen tunteita. Koska potilaalla ei ole tutkivaa mieltä, vaan hänen mielessään on olemassa vain yksi ja ainoa totuus, on yleistä, että terapeutilla on nurkkaan ajettu olo: ”En voi kysyä, koska sitten...”

Kun potilas ajautuu sisäiseen maailmaan nojautuvaan kokemustapaan, taustalla on usein liian vahva tunnekokemus, joka muodostuu mentalisoinnin esteeksi. Terapiassa pyritään

säätelemään ”huoneessa olevaa tunnetilaa”, ja terapeutti pyrkii rauhoittamaan potilaan tunnekuohua siirtämällä huomion hetkeksi pois kuumasta perunasta muihin asioihin. Kun tilanne on rauhoittunut, potilaan kyky mentalisoida vahvistuu, ja asiaan voi palata uudelleen.

Esimerkkejä siitä, millä tavalla voi työstää sisäiseen maailmaan nojautuvaa kokemustapaa syömishäiriöpotilaiden kanssa:

T: Mitä jos kelataan takaisin siihen, mistä äsken puhuttiin. Sanot, että kaikki vihaavat sinua. Ymmärrän, että tuntuu pahalta, kun kokee sillä tavalla. Voidaanko tutkia sitä hiukan lisää? Pohdin sitä, että mihin tämä kokemus perustuu, voitko auttaa minua tässä?

T: Sanot olevasi läski, aika ikävä tapaa puhua itsestä. Huomaan, että minun on vaikea löytää mitään lohduttavaa sanottavaa tai vaihtoehtoja. Kuulostat niin vaakuuttuneelta. Mietin, miten voisin saada sinut mukaan pohtimaan tätä asiaa vähäksi aikaa eri näkökulmista. Mitä ajattelet?

Sen sijaan että terapeutti lähtisi mukaan vastakkainasetteluun pyrkien kumoamaan potilaan väitteitä, hän virittää tutkivaa asennetta suhteessa potilaan kokemuksiin. Terapeutti auttaa potilasta pois mentalisaatiokatkoksista takaisin mentalisoivan olemisen tasolle kutsumalla häntä tutkimaan sitä, miten hänen ajatus- ja tunneprosessinsa (mielen mekanismi) toimii.

2) Teleologinen (käyttäytymiseen nojaava) kokemistapa

Teleologisessa kokemustavassa suhde itseän ja toisiin rajoittuu fyysiseen maailmaan. Syömishäiriöisellä tunnetila määräytyy tällöin sen pohjalta, kuinka vähän tai paljon henkilö on syönyt tai laihtunut, ja omanarvontunne perustuu kehollisiin tuloksiin: painonlasku, syömisen rajoittaminen ja liikunnan määrä. Kun potilas on teleologisessa kokemuksen tilassa, hänellä on illuusio siitä, että hän pystyy ymmärtämään maailmaa ja hallitsemaan sitä ulkoisten tekijöiden kautta. Teleologinen kokemustapa herää eloon harvoissa psyykkisissä oirekuivissa vahvemmin kuin syömishäiriöissä.

Verrattuna moniin muihin potilasryhmiin syömishäiriöisillä on yleensä erityisen vahva usko siitä, että teko (laihtuminen) muuttaa itseä sisäisesti (”Tulen onnelliseksi”). Usein toiveet liittyvät siihen, että potilas haluaisi muuttua sosiaalisemmaksi ja saada vahvemman itsetunnon, jolloin hän ajattelee, että laihtuminen saa sen aikaiseksi. Alla olevat esimerkit kuvaavat syömishäiriöpotilaille tyypillistä teleologista kokemusmaailmaa.

Jos kontrolloin syömistäni ja painoani, olen turvassa.

Kun lihakset ja luut näkyvät selkeästi, tunnen itseni paremmin, olen olemassa!

Kun muokkaan kehoani, muutun paremmaksi.

Jos laihdun, saan kavereita.

Kun potilas elää teleologisessa kokemusmaailmassa, myös terapeutissa herää usein tarve ”tehdä jotain”, eli potilaan kokemusmaailma tarttuu. Terapeutti saattaa antaa ohjeita tai neuvoja (lisääntynyt kontrolli) potilaan käyttäytymiseen ja ajattelutapaan liittyen. Terapeutti käärii hihat ja saattaa tehdä enemmän töitä terapiaistunnolla kuin potilas itse. Bruch (1978) varoitti tästä ansasta jo 1970-luvulla. Hän korosti, kuinka tärkeätä on, että terapeutti ei ylläpidä potilaan haurasta minäkokemusta ja passiivisuutta liiallisella ohjeistuksella.

Esimerkki teleologisen kokemustavan haastamista:

T: Pohdin vielä sitä, mitä äsken sanoit... että sinun on pakko laihduttaa lisää, jotta voit hyväksyä itsesi ja olla onnellinen. Haluaisin kuulla siitä enemmän, että miten nämä liittyy toisiinsa, jotta ymmärtäisin sinua paremmin. Mitä jos pysähdytään hetken siihen?

Tässä terapeutti pysähtyy tutkimaan teleologisen kokemustavan ilmiötä ja haastaa potilasta mukaan siihen olemalla utelias potilaan mielen mekanismeista.

T: Huomaan, että kun puhut laihduttamisesta, minussa herää voimakasta tarvetta määrätä sinua syömään enemmän, riittävästi ja monipuolisesti. Olen muistut-

tanut riittävän syömisen ja levon tärkeydestä, mutta samalla mietin, miten se sinuun vaikuttaa, kun annan suoria ohjeita ja neuvoja... Voitko auttaa minua vähän tässä?

Terapeutti käsittelee potilaan konkreetista syömisikäyttäytymistä terapiasuhteeseen liittyvien ilmiöiden rinnalla. Toisaalta voi välillä olla terapeuttisesti perusteltua, että terapeutti vastaa teleologiseen kokemistapaan teleologisella tavalla, kunhan terapeutti tekee sen tietoisesti, harkiten ja mentalisoivalla asenteella. Jos potilaan mentalisaatiokyky on pysyvästi heikko, teleologisen kokemustavan kieli voi olla ainut vuorovaikutuksen taso, jolla terapeutti saa yhteyttä potilaaseen. Tällöin terapeutti pyrkii löytämään potilaan sillä mentalisaatiotasolla, jossa hän on, ja kohtaamaan häntä hänen omalla kykytasollaan ja puhumaan hänen kieltään.

Esimerkki teleologisella tavalla vastaamisesta potilaan teleologiseen kokemukseen:

T: Ymmärrän, että koet suurta turvattomuutta, kun kehon painoa tai kokoa ei voi täysin hallita. Samalla sanoit, että haluaisit parantua syömishäiriöstä ja oppia sietämään ahdistusta paremmin. Voidaanko pohtia sitä, että millaiseen muutokseen kykenisit maksimissaan tällä hetkellä? Voidaan sitten keskustella siitä, että onko ehdottamasi muutos siinä mielessä riittävä, että olet fyysisesti turvassa.

Terapeutti ehdottaa ”tekoa”, muutosta käyttäytymisessä, mutta ei siirrä vastuuta kokonaan potilaalle. Hän validoi potilaan turvattomuuden tunnetta ja suhtautuu empaattisesti siihen, että muutoksen ajatteleva herättää ahdistusta, mutta vahvistaa samalla potilaan toimijuutta.

3) Kuvitelmiin nojautuva kokemistapa

Kuvitelmiin nojautuvassa kokemustavassa potilas vaikuttaa ymmärtävän monenlaisia tunteita kuvaavia sanoja ja hän saattaa käyttää niitä monipuolisesti ja jopa liiallisesti terapiatilanteessa. Sanat eivät kuitenkaan yhdisty aitoon tunnekokemukseen, vaan kuulostavat enemmän kliseiltä, joiden takana on tyhjyyttä ja

merkityksettömyyttä. Potilas saattaa vaikuttaa etäiseltä, ja häneen on vaikeata saada yhteyttä tunnetasolla. Hän ei pysty yhdistämään mieltä sisältöä siihen, mitä omassa kehossaan tai ympäristössä tapahtuu. Kun käyttäytymiseen nojautuvassa kokemustavassa ”peruna on liian kuuma” (tunteet käyvät liian kuumina), kuvitelmiin nojautuvassa kokemustavassa se on taas ”liian kylmä” (yhteyttä tunteisiin ei ole). Silloin terapeutin haasteena on viritellä ja herättää tunteita terapiatilanteessa ja auttaa potilasta saamaan (tai ainakin tutkimaan) tunteiden yhteyttä kehon ja mielen kokemuksiin.

Syömishäiriöpotilaiden terapiassa käy usein niin, että vaikka terapia on jatkunut pitkään, syömishäiriöoireet jatkuvat ennallaan (Skårderud & Fonagy 2012). Terapeutti saattaa havaita potilaan itsehavainnoin ja reflektiivisen puheen lisääntyneen, mutta oiretasosta muutosta ei kuitenkaan tapahdu. Tämä saattaa herättää sekä terapeutissa että potilaassa pettymystä ja turhautumista. Nämä hankalat tunteet saattavat aiheuttaa terapeutin taholta sellaisia mentalisaatiokatkoja, jolloin hän syyttää potilasta heikosta hoitomotivaatiosta, toisin sanoen siirtää vastuun prosessin onnistumisesta tai epäonnistumisesta potilaan kannettavaksi. Robinson ja kumppanit (2018) toteavat, että potilaan syyttäminen motivaation puutteesta on helppo ratkaisu hoidon solmutilanteeseen, mutta se ei ole kovin sanakarillista.

Kuvitelmiin nojautuvan kokemustavan alla on kaksi syömishäiriöiden kannalta olennaista alakäsitettä, joita kuvaan alla.

Hypermentalisaatio kuvaa ilmiötä, jossa potilas mukautuu kameleonttimaisesti siihen, mitä kuvittelee terapeutin odottavan häneltä. Hän pyrkii tulkitsemaan terapeutin ilmeitä ja olemusta ja muokkaa omaa käytöstään sen mukaan, mitä hän tulkitsee terapeutin odottavan. Potilas saattaa jopa käyttää psykologista käsitteistöä tehdäkseen vaikutuksen terapeuttiin ja hakeakseen hyväksyntää tältä. Tässä kokemustavassa operoivien potilaiden terapia voi tuntua sujuvalta, mutta potilaan fokus saattaa olla enemmän siinä, että terapeutti ei pety, kuin siinä, että terapiasta olisi potilaalle itselleen hyötyä.

Esimerkki siitä, miten voi päästää kiinni hypermentalisaatioilmiöön:

T: Huomaan, että jäin miettimään tilannetta, kun tulit huoneeseen. Sanoit, että viikko on mennyt hyvin ja että olet syönyt sopimuksen mukaan. Se kuulostaa hyvältä, olet ollut aika rohkea. Se, mikä minua jäi häiritsemään, oli sun ilme... katse, kun sanoit sen. Se oli jotenkin ristiriidassa, näytit huolestuneelta. Toisaalta mun havainto voi olla täysin väärä. Mitä sinussa herää, kun kerron tästä mun päähkäilystä?

Esimerkissä terapeutti luo tilaa erilaisille tunnekokemuksille, myös negatiivisille. On tärkeää päästä kiinni potilaan mahdolliseen pelkoon siitä, että hän tuottaa terapeutille pettymyksen. Muuten on riskinä, että hoito jatkuu ”mukavasti” mutta täysin hyödyttömänä.

*Pseudomentalisaatio*ssa potilas ”ikään kuin” mentalisoit, mutta se on sanahelinää, ei ole aitoa ja oman sisäisen maailman todellista reflektointia. Potilas saattaa puhua sujuvasti tunteista tai hän puhuu pitkiä monologeja, joissa terapeutilla on vaikeata pysyä mukana. Potilaan ajattelussa ei kuitenkaan tunnu muuttuvan mikään, ja terapeutin vastatunne saattaa olla turhautuminen tai jopa ärsyyntyminen. Terapeutti saattaa mennä mukaan, kun potilas on hypermentalisaation kaltaisesa psyykkisessä kokemuksessa, jossa ”kaksi puhuvaa päätä” (terapeutti ja potilas) puhuvat loputtomasti asioista, joilla ei ole syvempää merkitystä (Skårderud & Fonagy 2012).

Potilaan ollessa pseudomentalisessa kokemustavassa hänen puheessaan esiintyy paljon ristiriitaisuuksia, ja terapeutin on vaikeata pysyä tunnetasolla mukana. Terapeutti saattaa kokea, että jokin ei täsmää ja hänessä herää epäilyjä potilaan motivaatiosta ja halusta parantua. Terapeutin tärkein tehtävä pseudomentalisaatioilmiön kanssa on saada potilas pysähtymään tähän hetkeen, pois noidankehästä, jossa yhteyttä itseen tai toiseen ei ole. Pysähtymällä hetkeen terapeutti pyrkii saamaan yhteyttä potilaaseen ja virittämään tämän kiinnostusta omia tunnekokemuksia kohtaan.

Esimerkki siitä, miten voi päästä kiinni pseudomentalisaatioilmiöön:

T: En ole ihan varma, mitä tarkoitat, kun sanot ”mun syömishäiriö käskee mua tekemään niin”. Ehkä olen vähän hidas, mutta voidaanko pysähtyä tähän hetkeen ja tutkia lisää sitä, mitä sanot, jotta saan paremmin kiinni siitä, mitä tarkoitat?

Potilas on omaksunut yleisesti käytettyä syömishäiriön terapeutista ”ulkoistamiskiel-tä” liiankin hyvin. Se ei edistä potilaan kykyä ymmärtää/mentalisoit omaa mieltään, vaan pikemmin ylläpitää syömishäiriöistä ajattelumallia ja oireita. Terapeutti pyrkii interventiolaan auttamaan potilasta kiinnostumaan siitä, miten ajatukset ja tunteet ovat kiinnostavia riippumatta siitä, onko sisältö syömishäiriöväritteinen vai ei.

T: Hei, voidaanko pysähtyä hetkeksi! Myönnän, että putosin jonkin aikaa sitten kärryiltä. Huomaan miettiväni edelleen sitä, mitä sanoit äsken, siitä kun se nainen katsoi sinua halveksivasti ja oivalsit, että haluat parantua. Se kuulostaa tärkeältä, mitä jos hidastetaan vähän? Pohdin sitä, että miten naisen katse ja päätös haluta parantua liittyvät yhteen – voidaanko tutkia sitä lisää?

Terapeutti pysäyttää ”junan” ja tuo potilaan huomion siihen hetkeen ja heidän väliseen suhteeseensa. Terapeutti mallintaa uteliasta asennetta suhteessa sisäisiin kokemuksiin ja kutsuu potilasta mentalisoimaan mielensä tapahtumia.

4) Irrallinen kokemustapa

Robinsonin ja kumppaneiden kirjassa (2018) esitellään neljäs mentalisaatioterapian koke-misen tapa – irrallinen kokemustapa – joka kuvaa syömishäiriöpotilaiden ajattelua ja jos-sa otetaan huomion syömisoireiden vaikutusta ajattelu- ja itsehavainnointikykyyn. Syömishäiriöpotilaan irrallista kokemisen tapaa saattaa selittää aliravitsemuksen, kaoottisen syömiskäyttäytymisen tai voimakkaiden kompensaa-tio-oireiden (oksentelu, laksatiivien käyttö, pakkoliikunta) aiheuttama alenema ajattelu- ja reflektiokyvyssä. Tällöin potilas on tunnetasolla ja kognitiivisella tasolla irti todellisuudesta ja omista kokemuksistaan. Potilas saattaa puhua

loputtomasti painosta ja ruoasta, ja yhteyttä potilaaseen voi olla vaikea saada. Terapeutin on tällaisessa tilanteessa haasteellista luoda psyykkistä tilaa terapiatyöskentelylle, ja riskinä on, että terapeutti jämähtää samalle tasolle eli fokusoii lähinnä fysiologisiin tekijöihin, kuten painoon ja syömiseen, jolloin potilaan psyykkinen puoli saattaa unohtua.

Ratkaisuksi Robinson ym. (2018) ehdottavat, että terapeutti voisi tarjota potilaalle jotain pientä syötävää huomattessaan potilaan olevan näkiintymisen tilassa ja psyykkisellä tasolla vaikeasti tavoitettavissa. Tästä on varmasti hyvin erilaisia mielipiteitä viitekehuksesta riippuen.

Kehollistunut mieli (engl. embodied mind)

Syömishäiriöissä kehosta on ikään kuin tulut tunteiden näyttämö, jossa on monenlaisia ristiriitaisia elementtejä. Mentalisaatioteorian mukaan syömishäiriöpotilas kokee kehonsa yhtä aikaa liian todeksi ja ei-todeksi. Potilas fokusoii ylikorostuneesti kehon kokoon ja muotoon, mutta hänellä on vaikeuksia tunnistaa ja eritellä kehon signaaleja, kuten nälkää, kylläisyyttä ja kipua. Keho on eturintamalla potilaan mielessä, ja myös terapeutista tulee helposti keho-orientoitunut. Tällöin terapian fokus on laajalti potilaan painossa, syömiskäyttäytymisessä ja kompensatio-oireissa. Tämä on ansa, josta voi olla haittaa terapeutisessa työskentelyssä.

Syömishäiriöiden teoreettisissa selityksissä puhutaan yleisesti *vääristyneestä kehonkuvasta*. Mentalisaatioon perustuvassa mallissa käytetään termiä *häilyvä kehonkuva*, ja se ymmärretään yhtenä spesifinä mentalisaatiokatkoksen muotona syömishäiriöissä. Kun kehonkuva on häilyvä, kuva omasta kehosta ei ole pysyvä, vaan se muuttuu olotilojen mukana (Skårderud & Fonagy 2012). Syömishäiriöissä mieli on kehollistunut, ja potilas ikään kuin käsittelee tunteita kehollaan. Kun potilas kokee esimerkiksi häpeän tunteita, hän pyrkii lieventämään (pienentämään) häpeän tunnettaan laihduttamisella, eli pienentämällä kehoansa. ”Se, mikä on mielessä, on kehossa, ja se, mikä on kehossa, on mielessä!” Syömishäiriöstä kärsivä potilas on ikään kuin hukannut kyvyn, tai

ei koskaan saavuttanut kykyä, tuntea kehonsa signaaleja sisältäpäin (Robinson ym. 2018).

Mentalisaatioteoriassa erotellaan kahdenlaisia tapoja olla suhteessa omaan kehoon: potilas voi olla hyperfokusoitunut kehoon (engl. hyper-embodied mind), jolloin hän ei fokusoii omassa mielessä oleviin asioihin, vaan keskittyy kehon muotoon, painoon ja siihen, miten toiset hänet näkevät. Potilas voi myös olla irrallaan kehostaan (engl. disembodied mind), jolloin henkilön tietoisuus kehollisista tuntemuksista on puutteellinen. Potilas saattaa esimerkiksi olla hyperfokusoitunut ulkoapäin tuleviin palautteisiin (peilit, paino, muiden katseet), joita hän tulkitsee kielteisellä tavalla, mutta on samaan aikaan irrallaan oman kehon signaaleista ja kyvytön tunnistamaan kehonsa tarpeita.

Mentalisaatioterapiassa korostetaan, että on tärkeitä stimuloida potilasta tutkimaan konkreettisesti kehoon ja syömiseen liittyviä kokemuksia ja linkittää näitä emotionaalisiin, kognitiivisiin ja vuorovaikutuksellisiin kokemuksiin. Terapeutin tehtävä on auttaa potilasta tulemaan kiinnostuneeksi kehon viesteistä pysähtymällä niiden äärelle tutkimaan niiden merkitystä.

Esimerkki mentalisoivasta kehotyöskentelystä:

T: Mitä jos nyt vedetään vähän henkeä ja jarrutetaan hiukan. Olemme tänään puhuneet monista asioista, ollaan ehkä vähän hypäty aiheesta toiseen, huomaan itsessäni jopa hieman hengästyttävän olon. (Terapeutti asettaa kätensä omalle rintakehälleen.) Mutta minä olen minä enkä voi tietää, mitä sinä koet. Mitä jos sinä asetat kätesi siihen kohtaan kehoasi, missä tunnet vahvimmin jotain tuntemuksia tässä hetkessä?

Terapeutti näyttää esimerkillään, että on luonnollista pysähtyä välillä tutkimaan oman kehon tilaa ja olla kiinnostunut siitä. Terapeutti korostaa, että hän ja potilas ovat erillisiä ihmisiä, joilla on hyvin todennäköisesti erilaisiakin tuntemuksia.

T: (Potilas on asettanut kätensä pallean kohdalle.) Ollaan tässä hetken, pidä vaan käsi siellä, missä se on. Ollaan vaan tässä rauhassa sen tuntemuksen kans-

sa. Jos haluat, voit sulkea silmäsi tai voit myös pitää ne auki. (Hiljaisuus ja tuntemuksen kanssa oleminen 15–30 sekuntia potilaan sietokyvystä riippuen.) Millainen tuntemus siinä kätesi alla on?

T: (Myöhemmin.) Voidaanko tätä tuntemusta jollain tavalla ymmärtää?

Terapeutti haastaa potilasta aktivoimaan mieltään ja olemaan kiinnostunut kehon tuntemuksista. Lisäksi hän auttaa potilasta linkittämään havaintojaan mielen tasolle. Lisäesimerkkejä kehollisista mentalisaatioharjoituksista löytyy kirjasta Keinänen & Martin (2019).

Episteeminen luottamus ja ostensiiviset vihjeet

Episteeminen luottamus on käsitteenä erikoinen mutta syömishäiriöiden terapian kannalta olennainen: siinä painotetaan terapeuttien ja hoitohenkilökunnan vastuuta ja tärkeää roolia potilaiden houkuttelemisessa hoidon vastaanottamiseen. Episteeminen luottamus määritellään avoimuutena sellaisen sosiaalisen tiedon vastaanottamiselle, joka koetaan henkilökohtaisesti tärkeäksi ja relevantiksi. Gsibra ja Gergely (2011) ovat tehneet urauurtavaa työtä tutkiessaan turvallisten ja turvattomien kiintymyssuhteiden merkitystä evoluution kannalta. Episteeminen luottamus ja valppaus ovat heidän mukaansa sekä oppimisen että elämässä selviytymisen näkökulmasta erittäin tärkeitä elementtejä: kun osaamme tunnistaa olennaista tietoa epäolennaisesta tai virheelisestä (episteeminen valppaus), luottamus opettajaan vahvistuu ja opimme helpommin selviytymisen kannalta tärkeitä asioita (Gsibra & Gergely 2011). Episteemiseen luottamukseen liittyvää tutkimustietoa hyödynnetään osana mentalisaatioteoriaa.

Gergelyn ja Csibran (2011) mukaan vauvan vanhempi käyttää episteemisen luottamuksen vahvistamiseksi tietynlaisia vihjeitä, jotka kiinnittävät vauvan huomion ja signaloivat hänelle informaation tärkeän merkityksen; sen, että ”nyt on tärkeä oppimisen hetki”. Merkit ovat aktiivisia toimintoja luottamuksen ja turvallisuuden lujittamiseksi, ja niitä kutsutaan

ostensiivisiksi vihjeiksi. Tällaisia vihjeitä ovat muun muassa silmiin katsominen sekä vastavuoroinen ehdollinen reaktiivisuus ja äänensävy, jolla kiinnitetään vastaanottajan huomio. Vihjeillä vanhempi viestii, että lapsi on hänen silmissään tunteva ja ajatteleva yksilö, jolla on intentioita ja ainutlatuinen oma mieli. Luottamuksellista suhdetta on vaikeampaa luoda terapiassa niiden ihmisten kanssa, joilla on traumatausta ja joilla ei ole oikeastaan syytä luottaa toisiin ihmisiin. Syömishäiriöpotilaiden hoidosta poisjäämisen kannalta on olennaista se, miten terapeutti saa luotua turvallisen terapisuhteen niiden potilaiden kanssa, joiden sisäinen kokemus on enemmän epäluottamus/varautuneisuus ja jotka ovat ikään kuin sokeita terapeutin yrityksille luoda auttava yhteys tai jotka torjuvat sitä systemaattisesti.

Terapiaa voidaan siis myös ymmärtää oppimisena tai pedagogisena tilanteena. Syömishäiriöisten terapiassa on runsaasti pedagogisia elementtejä, kuten ravitsemukseen, kehon ja mielen hyvinvointiin ja liikuntaan liittyvää psykoedukaatiota. Usein oletetaan, että jos potilas haluaa tarpeeksi parantua, hän uskoo terapeutin antamaan tietoon ja kykenee tekemään sen pohjalta muutoksia käyttäytymisen tasolla. Jos potilas ei muuta oirekäyttäytymistään, sitä tulkitaan monesti heikkona motivaationa. Episteemisen luottamuksen käsitteen merkitys muistuttaa siitä, että kyse on myös terapeuteista. Onko terapeutti niin luotettava, että potilas uskaltaa luottaa enemmän häneen kuin oireisiinsa (Costlyn 2019)?

Syömishäiriöpotilaat eroavat muista psyykkisesti oireilevista siinä mielessä, että oireiden lieventyessä eli potilaan menettäessä tunnesuojaansa syömishäiriöinen tulee usein väliaikaisesti psyykkisesti haavoittuvammaksi, kun taas esimerkiksi masentunut potilas kokee oireiden lieventyessä yleensä tulevaisuutta vahvemmaksi. Costlyn (2019) korostaa, kuinka tärkeää terapeutin on fokusoida terapeuttiseen läsnäolevuuteen, positiivisen yhteistyösuhteen rakentamisen taitoihin ja siihen, miten käyttää hyödyksi terapisuhdetta, jotta syömishäiriöoireille aiheutuu ”työttömyys” potilaan mielessä. Turvallinen yhteistyösuhde korvaisi tämän ajatuksen mukaan syömishäiriöoireita siten, että

oireita ei enää tarvita tunnesäätelykeinoina. Yhdyn itse vahvasti tähän näkemykseen.

Lopuksi

Mentalisaatioteoria tarjoaa käsitteitä, jotka vangitsevat syömishäiriöille tyypillisiä psyykkisiä ilmiöitä ja joita muut viitekehykset eivät ole pystyneet tarjoamaan. Teoriassa korostetaan tärkeitä vuorovaikutuksellisia osa-alueita, joiden avulla psykoterapeutit ja hoitohenkilökunta voisivat kehittyä taidoissaan kohdata ja auttaa syömishäiriöstä kärsiviä potilaita, joiden kyky asettua pelottomasti hoitoon on rajallista. Mentalisaatioon perustuvan mallin vahvuus syömishäiriöiden hoidossa on myös terapeuttien ja hoitohenkilökunnan vastuun painottaminen. Mallissa korostetaan, että hoidon onnistumisessa tai epäonnistumisessa ei ole kyse vain potilaan haluttomuudesta tai kyvyttömyydestä ottaa hoitoa vastaan. Yhtä olennaista on terapeutin kyky luoda turvallista ilmapiiriä ja houkutella potilasta luottamaan yhteistyösuhteeseen ja prosessiin.

Eri viitekehysten kesken ei ole tähän asti ollut täyttä konsensusta siitä, mistä syömishäiriöissä on kyse ja pitääkö terapiassa fokusoida konkreettisiin oireisiin vai taustalla oleviin psyykkisiin tekijöihin. Mentalisaatioon perustavassa mallissa korostetaan sekä oireyöskentelyn että alla olevien psyykkisten tekijöiden tärkeyttä. Mallissa nostetaan keskiöön psykoterapiatutkimuksessa tärkeiksi todetut kaikille terapioille yhteiset muutostekijät (muun muassa turvallinen yhteistyösuhde, yhteisesti sovitut tavoitteet ja menetelmät) ja huomioidaan nämä oireyöskentelyn rinnalla.

Tutkimusten mukaan jopa lähes puolet syömishäiriöpotilaista jää ennen aikaisesti pois hoidosta (Campbell 2009; Dejong ym. 2012; Robinson ym. 2016). Tämä antaa aihetta epäillä, että potilaiden psyykkistä erilaisuutta ei huomioida tarpeeksi syömishäiriöiden hoidossa ja hoidon tarjontaa ei räätälöidä potilaan voimavarojen ja haavoittuvuuksien mukaisesti. Syömishäiriön pinta-oireet ovat yleensä hallitsevia ja potilaan elämän kannalta haitallisia, ja on tutkitusti tärkeätä fokusoida näihin. Toisaalta on myös todettu, että fokus syömishäiriöoireisiin

ilman, että työestetään taustalla olevia tekijöitä, ei johda yleensä pysyvään muutokseen (Murray ym. 2019b). Mentalisaatioon perustuvalla hoito-otteella tavoitetaan syömishäiriöiden taustalla olevat syvemmät psyykkiset tekijät eikä rajoituta pelkästään oirekeskeiseen hoitoon. Mentalisaatioon perustuva terapeutin ote saattaa tuoda syömishäiriöiden hoitoon myös sellaisia menetelmiä, jotka vähentävät potilaiden ennen aikaista poisjäämistä hoidosta ja lisäävät hoidon vaikuttavuutta.

Kirjallisuus

- Allen, Jon G.; Fonagy, Peter & Bateman, Anthony W.** (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Brehm, Sharon & Brehm, Jack** (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Bruch, Hilde** (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187–194.
- Bruch, Hilde** (1978). *The golden cage. The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Campbell, Mari** (2009). Drop-out from treatment for the eating disorders: A problem for clinicians and researchers. *European Eating Disorder Review*, 17, 239–242.
- Clinton, David** (2010). Towards an ecology of eating disorders: Creating a sustainability through the integration of scientific research and clinical practice. *European Eating Disorders Review*, 18(1), 1–9.
- Costlyn, Carolyn** (2019). The centrality of presence and the therapeutic relationship in eating disorders. Teoksessa Seubert, Andrew & Virdi, Pam (toim.), *Trauma-informed approaches to eating disorders*, 45–56. New York: Springer.
- Dejong, Hanna; Broadbent, Hanna & Schmidt, Ulrike** (2012). A systematic review of drop-out from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 635–647.
- Eddy, Kamryn T.; Tabri, Nassim; Thomas, Jennifer J.; Murray, Helen B.; Keshaviah, Aparna; Hastings, Elizabeth;... & Franko, Debra L.** (2016). Recovery from anorexia nervosa and bulimia at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184–189

- Fairburn, Christopher G.** (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37 Suppl, 26–30.
- Fairburn, Christopher, G.** (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fassino, Secondo; Piero, Andrea; Tomba, Elena & Abbate-Daga, Giovanni** (2009). Factors associated with drop-out from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 1–9.
- Fonagy, Peter; Moran, George S.; Edgcombe, Rose; Kennedy, Hansi & Target, Mari** (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 9–48.
- Fonagy, Peter; Leigh, Tom; Steele, Miriam; Steele, Howard; Kennedy, Roger; Mattoon, Gretta;... & Gerber, Andrew** (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31.
- Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot L. & Target, Mary** (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Lontoo: Karnac.
- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony** (2019). Introduction. Teoksessa Bateman, Anthony & Fonagy, Peter (toim.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 3–21. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Geller, Josie; Coelho, Jennifer S.; Sriameswaran, Suja; Lam, Pei-Yoong; Iyar, Megumi & Norris, Mark L.** (2017). Translating research into clinical practice across the developmental spectrum: Examining the clinical utility of the short treatment allocation tool for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 235–238.
- Graves, Tiffany A.; Tabri, Nassim; Thompson-Brenner, Heather; Franko, Debra L.; Eddy, Kamryn T.; Bourion-Bedes, Stephanie;... & Thomas, Jennifer J.** (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323–340.
- Gsibra, Gergely & Gerbely, György** (2011). Natural pedagogy as evolutionary adaption. *Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*, 366(1567), 1149–1157.
- Guidano, Vittorio F. & Liotti, Giovanni** (1991). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gullestad, Frida S. & Wilberg, Theresa** (2011). Change in reflective functioning during psychotherapy – A single case research. *Psychotherapy Research*, 21(1), 97–111.
- Kaye, Walter H.; Wierenga, Christina E.; Bailer, Ursula F.; Simmons, Alan N. & Bischoff-Grethe, Amanda** (2013). Nothing tastes as good as skinny feel: The neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neuroscience*, 36(2), 110–120.
- Keinänen, Matti** (2017). Mentalisaatiohoitomenetelmien teoreettiset perusteet ja toteutus. Teoksessa Laitinen, Irmeli & Ollikainen, Seija (toim.), *Mentalisaatio teoriasta käytäntöön*, 82–105. Helsinki: Therapie-säätiö.
- Keinänen, Matti & Martin, Minna** (2019). *Mieli meissä. Tasapainoista arkea mielentämisen keinoin*. Helsinki: Kirjapaja.
- Kristmannsdottir, Gudrun; Keski-Rahkonen, Anna & Kuusinen, Kirsti-Liisa** (2019). Changes in the sense of agency: Implications for the psychotherapy of bulimia nervosa- A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1415–1428.
- Kuusinen, Kirsti-Liisa** (2001). *Syömishäiriöt*. Teoksessa Kähkönen, Seppo; Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia*, 209–224. Helsinki. Duodecim.
- Kuusinen, Kirsti-Liisa; Valkonen, Harri & Wahlström, Jarl** (2020). *Integratiivinen psykoterapia*. Teoksessa Huttunen, Matti & Kalska, Hely (toim.), *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim.
- Laitinen, Irmeli & Ollikainen, Seija** (toim.) (2017). *Mentalisaatio teoriasta käytäntöön*. Helsinki: Therapie-säätiö.
- Lambert, Michael J.** (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Teoksessa Lambert, Michael J. (toim.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.), 139–193. New York: Wiley.
- Levy, Kenneth N.; Johnson, Benhamin N.; Cooch, Caroline V. & Kivity, Yogev** (2019). Attachment style. Teoksessa Norcross, John C. & Wampold, Bruce W. (toim.), *Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.), 15–55. New York: Oxford University Press.
- Linardon, Jake; Fairburn, Christopher G.; Fitzsimmons-Craft, Ellen E.; Wilfley, Denise E. & Brennan, Leah** (2017). The empirical status of the third-wave behavior therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychological Review*, 58, 125–140.
- Malda-Castillo, Javier; Brown, Claire & Perez-Algorta, Guillermo** (2019). *Mentalization-based treatment and*

its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 465–498.

Molendijk, Marc; Hoek, Hans W.; Brewerton, Timothy D. & Elzinga, Bernet M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416.

Murray, Stuart B.; Quintana, Daniel S.; Loeb, Katharine L.; Griffiths, Scott & Le Grange, Daniel (2019a). Treatment outcomes for anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 49, 535–544.

Murray, Stuart B.; Compte, Emilio J.; Quintana, Daniel S.; Mitchison, Deborah.; Griffiths, Scott & Nagata, Jason M. (2019b). Registration, reporting, and replication in clinical trials: The case of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 1–5.

Nathenson, Abigail (2009). *Doing what works: An integrative system for the treatment of eating disorders from diagnosis to recovery*. Washington, DC: NASW Press.

Norcross, John C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Petrucelli, Jean (2019). Interpersonal/ relational psychodynamic treatment of eating disorders. Teoksessa Seubert, Andrew & Virdi, Pam (toim.), *Trauma-informed approaches to eating disorders*, 149–163. New York: Springer.

Robinson, Paul; Skårderud, Finn & Sommerfeldt, Bente (2018). *Hunger. Mentalization-based treatments for eating disorders*. New York: Springer.

Rothschild-Yakar, Lily; Levy-Shiff, Rachel; Fridman-Balaban, Rachel; Gur, Eitan & Stein, Daniel (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 501–507.

Sacchetti, Sofia; Robinson, Paul; Bogaardt, Alexandra; Clare, Ajay; Ouellet-Courtois, Catherine; Luyten, Patrick;... & Fonagy, Peter (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 19, 134.

Skårderud, Finn & Fonagy, Peter (2012). *Eating disorders*. Teoksessa Bateman, Anthony & Fonagy, Peter (toim.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 347–384. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Steinert, Christiane; Munder, Thomas; Rabung, Sven; Hoyer, Jürgen & Leichsenring, Falk (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943–953.

Treasure, Janet & Schmidt, Ulrica (2007). Motivational interviewing in eating disorders. Teoksessa Arkowitz, Hal; Westra, Henny A.; Miller, William R. & Rollnick, Stephen. *Motivational interviewing and the promotion of mental health*, 194–224. New York: Guilford Press.

Treasure, Janet; Tiaga, Antunes D. & Schmidt, Ulrica (2020). *Eating disorders*. *Lancet*, 395, 899–911.

Vitousek, Kelly; Watson, Susan & Wilson, Terence (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391–420

Watson, Hunna & Bulik, Cynthia (2013) Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine* 43, 2477–2500.

Zachrisson, Henrik D. & Skårderud, Finn (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97–106.