

Timo Teräsahjo & Matti Keinänen

Mentalisaatioterapia käytännössä: kliinisen työskentelyn havainnollistaminen terapiatuntimateriaalilla

Mentalisaatiolla eli mielentämisellä tarkoitetaan kykyä muodostaa mielikuvia tunteista, tarpeista ja haluista ja sen kautta olla selvillä näistä mielentiloista itsessä ja toisissa. Mentalisointi auttaa ihmistä ylläpitämään psyykkistä tasapainoa ja hallitsemaan elämän tuomia haasteita joustavasti. Toimiva mielentämiskyky on mielenterveyden ja sosiaalisten suhteiden tajun yksi keskeinen tekijä. Artikkelissa tarkastellaan mentalisaation käsitettä, toimivaa ja puutteellista mentalisointia sekä mentalisaatioterapian (MBT) toteutuksen periaatteita. Työtapaa ja hoitoprosessia havainnollistetaan yksityiskohtaisella tuntu työskentelyn esimerkillä. Artikkelit tuo näkyväksi sen, miten mielentämiskyky voidaan hoidossa kehittää ja vahvistaa ja miten tätä työskentelyä voidaan arvioida.

Johdanto

Mentalisoinnin eli mielentämisen (Duodecimin sanastolautakunnan hyväksymä Matti Keinänen suomenos v. 2019) käsite on nykyään useimmille mielenterveystyön ammattilaisille tuttu. Se on löytänyt tiensä oppikirjoihin ja erilaisten psykologisten hoitomenetelmien osaksi. Mutta millainen on tarkalleen ottaen vuorovaikutusprosessi, joka edistää kykyä mielentää omia kokemuksia ja kehittää sosiaalisten suhteiden tajua? Mentalisoinnin eli mielentämisen määritelmä – ”kyky muodostaa mielikuvia tunteista, tarpeista ja haluista ja sen kautta olla selvillä näistä mielentiloista itsessä ja toisissa” (Keinänen 2024) – vaikuttaa ensi silmäyksellä yksinkertaiselta. Se kätkee

kuitenkin sisälleen paitsi laajan teoreettisen perustan myös joukon tarkkoja terapeuttisia käytäntöjä, joiden avulla mentalisaatiokykyä pyritään vahvistamaan ja edistämään näyttöön perustuvassa mentalisaatioterapiassa (Bateman & Fonagy 2016). Näiden hoitokäytäntöjen tarkempi avaaminen on oleellista, kun haluaa perusteellisesti ymmärtää ja soveltaa mentalisaatioon perustuvan hoidon periaatteita työssään.

Näihin kysymyksiin vastataan yksityiskohtaisesti näyttöön perustuvan mentalisaatioterapian (mentalization-based therapy, MBT) laatu-käsikirjassa *A quality manual for MBT* (Anna Freud Centre 2024a). Menetelmän mukaisen hoidon toteutumista voidaan tutkia hoitomene-

telmässä pitäytymisen skaalalla (adherenssi-kompetenssiskaala). Suomennettu skaala on artikkelin liitteenä.

Tässä artikkelissa pyrimme konkreettisesti havainnollistamaan, miltä menetelmän toteuttaminen käytännössä näyttää tuntityöskentelyn esimerkin kautta. Sen avulla voidaan tarkastella, mitä mentalisointikyvyn edistäminen ja vakauttaminen hoidossa tarkoittavat ja millä tavoin näyttöön perustuva mentalisaatioterapia (MBT) vaikuttaa. Tuntityöskentelyn kuvaus on aiemmin julkaistu kirjassa *Näkyvätön kapellimestari. Vuoteni psykoterapeuttina* (Keinänen 2024).

Artikkelin taustasta

Kuvaamme aluksi tämän artikkelin syntyprosessia. Me kirjoittajat ryhdyimme keskustelemaan mentalisaatiosta ja sen lähikäsitteistä syksyllä 2024. Koska taustamme on erilaiset – ensimmäinen kirjoittaja väitöskirjatutkija ja toinen psykoterapeutti – yhteisen ymmärryksen saavuttaminen edellytti keskustelua mentalisaationäkökulman ja hoitomenetelmän perusteista. Tämä vei meidät tarkastelemaan mentalisaation perustuvan hoidon prosessia ja toimintatapoja yksityiskohtaisesti. Otimme keskustelujen perustaksi tuntityöesimerkin, jota lähdimme avaamaan tarkasti.

Aihetta käsitellessämme aloimme pohtia, voisiko mentalisaation edistämisen tarkka mutta yleistajuinen kuvaaminen olla hyödyllistä laajemmallekin yleisölle. Näin syntyi ajatus muokata työskentelystämme artikkeli. Ensimmäinen kirjoittaja jäsensi keskusteluissa syntyneet näkemyksensä mentalisaatiohoidosta ja tuntityöesimerkistä kirjalliseksi esitykseksi, minkä jälkeen kävimme tekstin yhdessä yksityiskohtaisesti läpi. Tarkensimme ja muokkasimme tekstiä edelleen yhteistä ymmärrystä etsien, pitäytyen tarkasti MBT:n mallinmukaisen työskentelyn tavassa.

Ajattellemme, että tällainen dialoginen lähestymistapa – joka heijastelee myös myöhemmin artikkelissa kuvattavaa me-henkeä (engl.

we-ness) – ja kirjoitusprosessin näkyväksi tekeminen olisi sovelias lähtökohta mentalisaation tukemisen periaatteiden avaamiselle. Toivomme, että artikkelimme myötä psykoterapeuteille tarjoutuu tilaisuus verrata MBT:n hoitoperiaatteita omaan työskentelyynsä sekä ottaa työtappaa tarpeenmukaisesti käyttöön. Mentalisointihan on osa kaikissa vaikuttavissa psykoterapioissa (Fonagy ym. 2019; Luyten ym. 2024a). MBT eroaa muista hoitomuodoista kuitenkin siinä, että se keskittyy yksinomaan mielentämiskyvyn vahvistamiseen ja vakauttamiseen.

Mentalisaation käsitteestä lyhyesti

Sanaa mentalisaatio ovat käyttäneet 1960-luvulla muun muassa ranskalaiset psykoanalyttikot Fain, David ja Marty, jotka tarkoittivat mentalisaatiolla somaattisten vietti- ja tunnereaktioiden muuntumista symboloiduiksi mielen sisällöiksi (Fain & David 1963; Fain & Marty 1964; sit. Lecours & Bouchard 1997). Systemaattisesti mentalisaatiotermiä alkoi käyttää Peter Fonagy viitaten siihen ensimmäisen kerran artikkelissaan ”On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients” (1989), joka käsittelee mielen teorian (engl. theory of mind) ja mentalisaation merkitystä epävakaassa persoonallisuushäiriössä. Mentalisaatiolla viitattiin tällöin kykyyn hahmottaa ja sietää omia ja toisten mielentiloja. Mentalisaatioteorian kehittymisen kannalta tärkeänä rajapyykinä voidaan pitää 1990-luvulla toteutettua Lontoon vanhempi-lapsi-projektia, jossa havaittiin, että lapsen turvallinen kiintymys ei ollut pelkästään yhteydessä äidin omaan kiintymyssuhteen turvallisuuteen, vaan erityisesti äidin kykyyn reflektoida ja jäsentää omia varhaisia kiintymyssuhdekokemuksiaan (Fonagy ym. 1991a; 1991b; ks. myös Lüdemann ym. 2021). Näissä tutkimuksissa osoitettiin, että tällainen kyky jäsentää omia varhaisia kiintymyssuhdekokemuksia ennusti jo raskausaikana lapsen kiintymyssuhteen turvallisuutta. Tämä ja aihetta käsittelevät myöhemmät tutkimukset (esim. Meins ym. 2002; Rosso & Airoldi 2016; Zeegers ym. 2017; Shai & Belsky 2017; Shai ym. 2022; Moreira ym. 2024) vah-

vistivat käsitystä vanhemman mentalisointikyvyn tärkeydestä lapsen suotuisan sosioemotionaalisen ja kognitiivisen kehityksen taustalla.

Fonagyn ja hänen kollegojensa työskentely lapsen psyykkisen kehityksen ja epävakaaan persoonallisuuden psykodynamiikan ymmärtämisen parissa rikasti ja syvensi edelleen mentalisaation käsitettä 2000-luvulla. Mentalisaation nähtiin ilmentävän monimutkaista kognitiivisten kykyjen kokonaisuutta (Duschinsky & Foster 2021). Mentalisaatioon perustuvan hoidon käytännön kirjassa *Handbook of mentalising in mental health practice* (Bateman & Fonagy 2019) Fonagy ja Bateman määrittelevät mentalisaation kuvaavan ”ihmisen mielikuvituksen erityistä osa-alueetta: yksilön tietoisuutta sekä omista että toisten mielentiloista, erityisesti heidän toimintaansa selitettäessä” (Fonagy & Bateman 2019, 3). Sen nähdään myös koostuvan useista sosiaalis-kognitiivisista toiminnoista (Fonagy & Bateman 2019).

Mentalisaatioterapia (MBT) kehittyi satunnaisestiuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa saavutettujen, toistettavissa olevien hyvien tulosten myötä (Bateman & Fonagy 2008; 2009) näyttöön perustuvaksi hoitomalliksi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Sen kehityksessä merkittävää osaa näyttelevät taustateorian kiintymyssuhdeteoria ja empiirisen tutkimuksen kautta syntynyt tieto (neurofysiologia, lapsuuden psyykinen kehitys ja psyykkisten häiriöiden hoito mentalisaatioterapialla) (Bateman & Fonagy 2016).

Mentalisaatiokyvyn kehityksellinen perusta

Mentalisaatioon perustuvan hoidon periaatteiden ymmärtämisen kannalta lapsuuden psyykkisen kehityksen ymmärtäminen on tarpeellista. Kuten jo edellä mainitussa Lontoon vanhempi-lapsi-projektissa havaittiin, lapsen kiintymyssuhteen kehityksen laadun kannalta on tärkeää, että vanhemmalla on riittävä kyky mentalisointiin. Hyvin lastaan mentalisoiva vanhempi tunnistaa lapsen psykologisena toimijana ja ymmärtää sensitiivisesti tämän mielentiloja. Vuorovaikutuksessa mentalisaa-

tiokykyisen vanhemman kanssa lapsi oppii tunnistamaan mielentiloja itsessään ja toisissa vanhemman suorittaman mielentilojen peilaamisen ja merkitsemisen avulla (Fonagy & Bateman 2019). Tämä dyadinen prosessi on paitsi yhteydessä lapsen turvallisen kiintymyssuhteen kehittymiseen (Zeegers ym. 2017) ja mielenterveyteen (Moreira ym. 2024), myös laaja-alaiseen kykyyn tunnistaa ja säädellä mielentiloja sekä itsessä että suhteessa muihin (Meins ym. 2002; Senehi ym. 2018), ja se voi suojata lasta sisäisiltä vaikeuksilta traumaattisissa olosuhteissa (Ensink ym. 2017). Se tuottaa lapselle tärkeitä tunnistetuksi tulemisen kokemuksia kehittäen hänessä *episteemistä luottamusta*, jolla tarkoitetaan kykyä ottaa vastaan ja tallentaa pitkäaikaiseen muistiin itselle relevanttia informaatiota (Luyten ym. 2020). Episteeminen luottamus näyttelee tärkeää roolia lapsen psykososiaalisessa kehityksessä. Episteemisen luottamuksen kehitys on yhteydessä turvalliseen kiintymyssuhteeseen, kun taas episteeminen epäluottamus (engl. epistemic mistrust) ja hyväuskoisuus (engl. epistemic credulity) liittyvät usein traumaattisten lapsuudenkokemusten myötä kehittyneisiin turvattomiin kiintymyssuhdemalleihin (Li ym. 2023). Mentalisaatiohoidon interventiot perustuvat tämän kehitysprosessin ja sen sudenkuoppien ymmärtämiseen (Bateman & Fonagy 2016).

Toimiva ja puutteellinen mentalisointi

Seuraavassa hahmotamme lyhyesti, miten toimiva ja puutteellinen mentalisointi ilmenevät käytännössä. Kuvaus on tarkoitettu havainnollistamaan käsitettä lukijoille, jotka eivät vielä ole perehtyneet MBT:n peruskäsitteistöön.

Toimiva mentalisointi

Miten toimivaa mentalisointia voidaan lähemmin havainnollistaa? Mentalisointia eli ”kykyä tuottaa mielikuvia tunteista, tarpeista ja halusta ja sen kautta olla selvillä mielentiloista itsessä ja toisissa” voi ajatella ensinnäkin *syvyyssuunnassa*: silloin tarkastellaan informaation käsittelyä mielessä matkalla aistihä-

vainnoista tunteisiin, niiden nimeämiseen ja edelleen reflektointiin (Keinänen 2006; Keinänen & Engblom 2007). Otetaan esimerkiksi epämiellyttävä fyysinen olo, joka viritessään voi olla aluksi kokijalleen epäselvä ilmiö. Toimivan mentalisoinnin voi ajatella käynnistyvän esimerkiksi kiihtyneen sydämen sykkeen ja rinnanpuristuksen havaitsemisesta. Varsinaiseen mentalisointiin siirrytään fyysisten aistimusten yhdistyessä mielessä ahdistuksen tunteeseen, joka nyt havaitaan ja myös tunnistetaan. Aluksi tämä voi kuitenkin ilmetä kohteeltaan epäselvänä affektina. Kokija vain tietää, että ”ahdistaa” muttei enempää. Tunteesta voi kuitenkin jo ”viritä” tunnetta koskevia mielikuvia, esimerkiksi huolestuneisuuden sävyttämiä mielikuvia omasta fyysisestä terveydestä. Vähitellen mielikuvien pohjalta syntyy tarve selvittää, mistä oireilussa on kysymys. Samalla kokemus voi monipuolistua, huolestuneisuus voi liittyä esimerkiksi läheisen ihmisen menettämisen pelkoon ja sitä kautta olla yhteydessä nykyiseen elämäntilanteeseen. Tällöin voidaan sanoa, että fyysinen oire (epämiellyttävä fyysinen olo) ja tunne (huolestuneisuus) on tullut tältä osin mentalisoiduksi. Toisaalta voi käydä niinkin, että yksilö aistii, ettei vielä aivan tavoita ahdistuksensa syytä, vaan asiaa on mietittävä lisää. Se, että yksilö kuitenkin ”tietää, ettei vielä tiedä”, on toimivaa mentalisointia sekin, sillä toimivaan mentalisointiin sisältyy ymmärrys mielen läpinäkymättömyydestä. Meillähän ei ole täysin vapaata pääsyä edes omaan mieleemme. Mielentämiskykymme on aina rajallinen.

Mentalisointia voidaan ajatella myös ikään kuin suunnaltaan *horisontaalisena*, jolloin kohteena on toinen ihminen, jonka kanssa ollaan vuorovaikutuksessa. Tällöin toisen ihmisen ilmeet, eleet ja sanat äänenpainoineen saavat yksilön vaistomaisesti virittymään kasvonilmeitä myöten toisen mielentilaan. Tämä esitietoinen ymmärrys etenee mielentämisen jatkuessa tietoisesti koetuiksi tunnesävyiksi, mielikuviksi ja lopulta hypoteettiseksi ymmärrykseksi, vaikutelmaksi siitä, millainen kokemus toisella kenties on: mitä toinen tuntee, aikoo, haluaa ja tarkoittaa juuri nyt.

Toimiakseen edellä kuvatulla tavalla sosiaalisen kognition neljän tärkeän ulottuvuuden tulisi olla tasapainossa. Mentalisaation näkökulmastaan voidaan erottaa mielen toiminnassa neljä eri ulottuvuutta: emootio–kognitio, sisäinen–ulkoinen, automaattinen–harkittu ja itse–toinen-ulottuvuus, joista jokaisen toiminta perustuu suhteellisen erillisiin hermostollisiin verkostoihin (Bateman & Fonagy 2019; Luyten ym. 2020). Tasapaino eri ulottuvuuksien välillä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että itsekokemuksessa emootio ja kognitio asettuvat tukemaan toisiaan niin, että mentalisoitu mielentila on sekä selkeä että emotionaalisesti rikas ja autenttinen. Implisiittinen ja eksplisiittinen itsekokemuksen prosessointi soinnuttuvat yhteen, samoin ulkoiset havainnot ja sisäisen maailman kuvittelu. Mielessä voidaan myös pitää yhtä aikaa kahta toisistaan erottuvaa maailmaa: omaa ja toisen mieltä eli pitää mieli mielessä, oma ja toisen.

Puutteellinen mentalisointi

Mieli heilahtelee arjen kuohuttavissa tilanteissa näiden eri ulottuvuuksien välillä laidasta laitaan. Hyvin toimiva mentalisaatiokyky pysyy kuitenkin yleensä palauttamaan tasapainon tilanteen mukaan varsin nopeasti. Puutteelliselle mentalisoinnille puolestaan on tyypillistä heikko tasapaino ja tasapainon hidas palautuminen. Kokemusmaailmaa voivat tällöin luonnehtia kokemisen tavat, jotka kehityksellisesti edeltävät toimivaa mentalisaatiokykyä, joka yleensä saavutetaan noin seitsemän vuoden iässä. Mentalisointikykyä edeltävää kokemisen tapaa voivat tällöin hallita 1) kuvitelmiin nojaava kokemistapa (engl. pretend mode), 2) keskittyminen vain näkyvään, konkreettiseen toimintaan, josta toisen tarkoitusperät voidaan havaita suoraan (teleologinen eli käyttäytymiseen nojaava kokemistapa) tai 3) se, että sisäinen kokemus ja ulkoinen todellisuus koetaan täysin yhteneväisiksi (psykkisen ekvivalenssin kokemistapa), jolloin tunteet ja ajatukset ovat kokijalleen liian todellisia. Esimerkiksi jos ihminen tuntee arvottomuutta, hän on silloin konkreettisesti ihmisenä arvoton eikä kyse ole vain hänen kokemastaan tunteesta. Tällöin kyky

todellisuuden ja mielentilojen erottamiseen toisistaan on kadonnut.

Teoriasta käytäntöön – mentalisaatioterapian toteutus

Seuraavaksi tarkastelemme, miten MBT toimii käytännössä. Lukija voi sen avulla havainnoida, miten nämä periaatteet konkretisoituvat myöhemmin tapausesimerkissä. Fonagy työryhmiin on esittänyt yleisen psykoterapeuttisen hoitomallin periaatteen, joka ei koske vain mentalisaatioterapiaa. He kirjoittavat: "... väitämme, että ainoastaan ihmisten – hyvin yksilöllisen – kokemuksen täsmällisen ja hyväksyvän takaisinheijastamisen kautta ihmiset virittyvät avaamaan mielensä uudelle tiedolle itsestään ja maailmasta" (Fonagy ym. 2019, 171). Mentalisaatioterapiassa tähän takaisinheijastamiseen, joka siis tukee episteemisen luottamuksen syntymistä terapiasuhteessa, pyritään tietoisesti kiinnittämään huomiota monella tasolla ja jo tutkimusvaiheessa.

Mentalisaatioterapia alkaa diagnoosilla ja asiakkaan tilanteen kartoittamisella (Bateman & Fonagy 2016). Asiakkaan elämäntilanteesta keskeisine haasteineen – mukaan lukien mentalisoinnin ongelmat – luodaan kirjallinen jäsenitys (engl. treatment formulation). Siinä ilmenevien mentalisoinnin ongelmakohtien käsittelemiseen sitoudutaan molemmiin puolin. Alkuperäisen muotoilun tekee terapeutti ensimmäisten istuntojen jälkeen ja keskusteltuaan hoitotiimin kanssa. Sen jälkeen jäsenitys annetaan kirjallisessa muodossa asiakkaalle yksilötapaamisen aikana käytävää keskustelua varten. Tässä pohjana on ajatus siitä, että kliinikon käsitys asiakkaasta on yhdessä kehitetty hypoteesi asiakkaan ongelmista. Tätä käsitystä voi asiakas itse muokata, mikä voi johtaa uudelleenmuotoiluun, kun uutta tietoa kertyy. Terapiassa, joka on kestoltaan 12–18 kuukautta, pitäydytään tämän yhdessä luodun jäsenityksen mukaisessa työskentelyssä. Jäsenitystä muotoillaan uudelleen hoidon edetessä senhetkisen hoidollisen tarpeen mukaan. Kirjallisesta jäsenityksestä käytävä keskustelu tuo näkyväksi kaksi mieltä – asi-

akkaan ja terapeutin. Se myös pyrkii heijastamaan asiakkaasta syntyneitä vaikutelmaa siten, että asiakas pystyy tunnistamaan sen omakseen ja sitoutumaan yhdessä asetettujen tavoitteiden mukaiseen hoitoon (Bateman & Fonagy 2016).

Mentalisoiva asenne – mentalizing stance

Mentalisaatioterapiassa pyritään toisintamaan kehityksellisesti tärkeitä prosesseja. Keskeinen edellytys tälle on se, että terapeutin toiminnassa on tietty parallellisuus hyvin mentalisoivan vanhemman toiminnan kanssa. Tärkeä työväline tässä on *mentalisoivaksi asenteeksi* (engl. mentalizing stance) kutsuttu toimintatapa. Mentalisoiva asenne on yhtä aikaa tutkiva ja ei-tietävä (Bateman & Fonagy 2016; Luyten ym. 2020). Sitä noudattava on kiinnostunut asiakkaan mielestä mutta pitää aktiivisesti mielessään – ja myös osoittaa tämän toiminnallaan – ettei voi kysymättä tietää, mitä asiakkaan mielessä on.

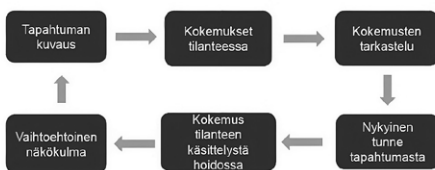
Terapeutin asenteeseen tulisi myös sisältyä Batemanin ja Fonagyn (2016) mukaan 1) nöyryyttä, joka kumpuaa ei-tietämisen asenteesta; 2) kärsivällisyyttä, joka ilmenee ajan ottamisena erilaisten näkökulmien tunnistamiseen; 3) eri näkökulmien legitimoitua ja hyväksymistä; 4) potilaan kokemuksen aktiivista tutkiskelua esittämällä tarkentavia kysymyksiä kokemuksesta ("mitä"-kysymyksiä) selitysten ("miksi"-kysymysten) sijaan ja 5) pyrkimystä välttää tarvetta ryhtyä ymmärtämään jotain, mitä ei ymmärrä tai mikä ei vaikuta terapeutista järkevältä (esimerkiksi sanomalla suoraan potilaalle, että jokin asia on epäselvä). Tärkeä osa tätä asennetta on 6) terapeutin omien virheiden tarkkailu ja tunnustaminen terapeutin roolissa – eli sen hyväksyminen, että terapeutti voi erehtyä ja että terapeutti on valmis kantamaan vastuun näistä virheistä.

Mentalisoinnin prosessi

Kun terapiassa tutkitaan jotain asiakkaan merkittävää elämäntapahtumaa (eli episodina), johon liittyy mentalisointikyvyn menettäminen,

noudattaa mentalisoinnin prosessi Batemanin ja Fonagyn (2016) mukaan tietynlaista kehämäistä kulkua (ks. Kuva 1: Mentalisoivan prosessin kulku). Alussa pyritään luomaan selkeä 1) *tilannekuva asiakkaan narratiivista* eli terapeutti selvittää ensin tapahtumien faktat ja palaa sitten taaksepäin kartoittaakseen tapahtumien sisäisen kokemuksen. Tällöin siirrytään tutkimaan yhdessä 2) *kokemuksia tapahtumahetkellä*, ja aikaa käytetään 3) *kokemuksen tarkasteluun*, jossa keskiössä on mentalisointikyvyn menettämisen kokemus, erityisesti siihen liittyvän tunteen tunnistaminen. Mentalisoinnin prosessissa voidaan edetä sitten vähitellen 4) *tarkastelemaan nykyistä tunnetta* koskien käsiteltyä mentalisointikyvyn menettämisen kokemusta, minkä jälkeen voidaan siirtyä tarkastelemaan sitä, 5) *miten potilas kokee kokemuksen jakamisen terapiassa*. Mikäli prosessi etenee hyvin, käsittely voi johtaa 6) *vaihtoehtoiseen kokemukseen episodista*, jossa mentalisoimaton aines on muuttunut mentalisoiduksi ja kokemus jäsentynyt paitsi asiakkaan myös terapeutin mielessä uudella tavalla. Tällöin prosessi on palannut takaisin kohtaan 1) eli *potilaan narratiiviin* tapahtumasta, joka kuitenkin käsittelyn kautta on muuttunut jäsentyneeksi kokemukseksi. Prosessissa pyritään siten potilaan kokemuksen kattavaan ymmärtämiseen hänelle merkityksellisessä ihmissuhteessa (joko läheisessä ihmissuhteessa tai suhteessa terapeuttiin). Prosessi on kuvattuna Kuvassa 1.

Mentalisaatioprosessi—merkittävän tapahtuman tunteen työstäminen



Bateman & Fonagy, 2016

Kuva 1. Mentalisoivan prosessin kulku.

Hoitomenetelmässä pitäytymisen skaala (adherenssiskaala)

MBT-terapeuttien käyttöön ja koulutukseen sekä hoitomenetelmän tutkimustyöhön on luotu ”Hoitomenetelmässä pitäytymisen skaala” (MBT adherence scale; Anna Freud Centre 2024b), jonka avulla pyritään arvioimaan terapeutin kykyä säilyttää ei-tietävä asenne, hallita terapiatunnin rakennetta ja prosessin mentalisointia, tunnistaa esimentalisoivat tilat sekä mentalisoida merkittäviä tapahtumia ja ihmissuhteita (ks. Liite 1). Skaalan avulla voidaan hahmottaa terapeutin toiminnan vahvuuksia ja puutteita, kuten esimerkiksi terapeutin vaikeutta kuvitelmiin nojaavan kokemistavan (engl. pretend mode) tunnistamisessa, joka usein voi ollakin hankala tunnistaa (Bateman & Fonagy 2016). Skaalasta on julkaistu myös uudempi versio etenkin tutkimuskäyttöön, ”Mentalization-based treatment research adherence and competence scale” (MBT-RACS; Yirmiä ym. 2025), joka on testattu vastaamaan tarkemmin MBT:n nykyperiaatteita. Tässä artikkelissa käytetty MBT-ACS soveltuu edelleen hyvin kliiniseen käyttöön ja pedagogisiin tarkoituksiin, sillä sen avulla voi havainnollistaa MBT:n istuntorakenteen ja keskeiset osa-alueet.

Seuraavaksi havainnollistamme näitä periaatteita tapausesimerkillä, jossa mentalisaatioprosessin kulku tulee näkyväksi yksityiskohdallisen terapiatuntimateriaalin kautta.

Tapausesimerkki

Sanni (fiktiivinen henkilö) on lahjakas opiskelija, jonka ongelmat ovat ilmenneet erityisesti tunteiden säätelykyvyn vaikeutena hänen läheisissä ihmissuhteissaan sekä lääkkeiden itsestuhoisena käyttönä. Tässä esimerkissämme jonkin aikaa jatkunut terapia saa uuden käänteen, kun terapeutti joutuu yllättäen perumaan terapiatunnin Sannin ollessa jo matkalla vastaanotolle. Esimerkissä terapeutti kuvaa minämuodossa terapiatunnin vuoropuhelua Sannin kanssa. Esimerkki on peräisin toisen kirjoittajan kirjasta *Näkymätön kapellimestari*. Vuoteni

psykoterapeutina (Keinänen 2024, 62–64). Kirjan tekstiä on hieman muokattu edukatiivista tarkoitusta varten.

Terapiatunti lähtee liikkeelle seuraavasti:

Terapeutti: Olen pahoillani. Meiltä jäi minun syystäni viime kerta väliin. Miltä se sinusta tuntui?

Sanni: Kai sulla oli omat tärkeät syysi. [Vaisusti.]

Terapeutti: Niin, mutta voitko auttaa minua ymmärtämään, miten sen koit?

Sanni: Oli mulla hetken kurja olo... [Vaimealla äänellä kuin muurin takaa.]

Terapeutti: Kurja olo. Kiitos, että kerrot. Pysähdytäänkö kuulostelemaan, mitä tuo kurja olo oli? Voitko kertoa tarkemmin?

Sanni: Olin jo tulossa silloin tuossa samassa paikassa kuin tänään tullessa nähtiin. Sitten teidän sihteeri soitti... Seisoin siinä portailla sen jälkeen hetken. Tunsin helpotusta. Eipä tartte tänään penkoa kaikkia ikäviä tunteita. Kävelin sitten torille, ja sitten alkoi tulla paha mieli... [Puhe keskeytyy.]

Terapeutti: Paha mieli, mitä mahdoit silloin ajatella?

Sanni: Paha mieli... En tiedä, paha mieli. [Hiljainen vastaus.]

Terapeutti: Kuulostellaan hetki. Saatto kiinni, mitä tulee lähemmin mieleesi?

Sanni: Ilkeä olo, ahdisti... Sitten kotona lopulta oksensin. [Epäröiden.]

Terapeutti: Ymmärsinkö oikein, että oksensit kotiin päästyäsi?

Sanni: Usein oksennan, kun on kurja olo.

Terapeutti: Kiitos, että kerrot. Millainen olo sinulla oli sen oksentamisen jälkeen? [Jatkan, jotta saisimme tarkempaa kuvaa siitä, mitä Sanni koki silloin.]

Sanni: Helpompi hetken... Mutta se ahdistunut olo sitten palasi.

Sanni on pitkään hiljaa katsoen lattiaan ja sitten jatkaa:

Sanni: Ei musta loppujen lopuksi kukaan välitä. Olen ehkä niin uskotellut, mutta... [Vaikenee.]

Terapeutti: Ymmärränkö nyt oikein, että purit ilkeän olosi, ahdistuksen, pois oksentamalla?

Sanni: Niin kai... [Vaimeasti.]

Terapeutti: Ilkeä olosi, ahdistus ja oksentaminen tulivat sen jälkeen, kun jouduin peruuttamaan viime tunnin?

Katson Sannia. Hän katsoo sivuun, mutta nyökkää.

Terapeutti: Sanoit, että koet, että kukaan ei välitä sinusta. Mikä saa sinut tuntemaan näin?

Sanni: Tämä on vaan sun ammattis... [Katsellen jalkojaan.]

Terapeutti: Ymmärränkö oikein, että kun jouduin peruuttamaan, se merkitsi sinulle, etten välitä sinusta ja että teen tätä vain ammatikseni?" [Yritän tarkentaa.]

Sanni on hiljaa. Hän katselee välillämme pikupöydällä olevaa kukkamaljakkoa, johon toin aamulla keltaisia narsisseja. Sitten hän kääntyy sivuttain ja jää katsomaan seinällä oleva *Guernica*-maalausta.

Terapeutti: En tiedä, mitä koet... Voisitko sinä auttaa minua ymmärtämään?

Sanni: En todellisuudessa tiedä, mitä ajattelet... [Katsellen edelleen seinällä olevaa taulua.]

Haen kontaktia Sanniin. Turhaan. Samalla mieleeni tulee toinen potilaani Kari. Aivan kuin molemmat heistä hämmennyksen keskellä pyrkisivät katsekontaktia väistämällä ja kiinnittämällä huomion ulkoiseen kohteeseen saamaan mielessä kiinni jostakin. Samoin kuin Kari, myös Sanni katselee *Guernica*-maalausta. Onhan se ymmärrettävää, että katseen siirtäminen pois kasvokontaktista mahdollistaa paremmin omien tunteiden ja ajatusten kuulostelemisen ja selkiyttämisen. Ehkä tuosta Picasson maalauksesta löytyy jotakin, joka koskettaa heidän sen hetkistä mielenmaaismaansa. Sellaiselle olemiselle on terapiassa tärkeää antaa riittävästi tilaa ja aikaa. Tunnilla vuorottelevat tilanteen mukaan toisaalta vuorovaikutuksessa olemisen ja toisaalta oma sisäinen pohdinta, niin Sannilla, Karilla kuin minullakin. Sanni kääntyy vähitellen minua kohti ja ottaa katsekontaktia.

Terapeutti: Minusta vaikuttaa siltä, ettei sinun ole ollut helppoa kertoa, miten edellisen tunnin peruutukseksi koit. Olet puhunut kuitenkin aika paljon tunteistasi ja siitä, miten terapian yllättävä peruutus vaikutti sinuun.

Kiitän Sannia ja jatkan:

Terapeutti: Saatko kiinni, miltä sinusta nyt tuntuu?

Sanni: Jotenkin kirkkaampi, rauhallisempi olo... Kai ilkeä olo oli, en tiedä.

Terapeutti: Nyt sinulla on siis rauhallisempi olo, kun saat mielessäsi kiinni ja saat kerrottua minulle, mitä tunsit silloin peruutukseni jälkeen?

Sanni: Ahdisti aluksi puhua... Nyt en tiedä... Ehkä sulla oli omat syyt peruuttaa? [Epäroivällä äänellä.]

Terapeutti: Nyt tulee mieleesi se mahdollisuus, että peruutukseni on voinut liittyä johonkin muuhun kuin, etten välitä sinusta, että tekisin tätä työtä vain ammatikseni? [Jatkan uteliaana kuulemaan, miten Sanni kokee asian.]

Sanni miettii ja katsoo minua silmiin. Saan vaihtelun siitä, että hän ihmettelee, mitä minä mahdan ajaa takaa.

Terapeutti: Mitä tunteita sinulla siihen liittyy, kun kerroit aiemmin, etten välitä, että teen tätä työtä vain ammatikseni?

Sanni: Olin pettynyt. [Ripeä vastaus.]

Yllätyn nopeasta vastauksesta, joudun hetken keräämään ajatuksiani kokoon.

Terapeutti: Hyvä, että kerrot. Olit siis pettynyt minuun...

Lauseeni keskeytyy Sannin kommenttiin:

Sanni: Pettynyt... Mutta en nyt koe, että olen pettynyt suhun.

Terapeutti: Minusta on todella arvokasta, miten työsität kokemuksiasi. Vaikuttaa, että aluksi koit, etten välitä, kuin peruutin tunnin... Nyt kun saat kiinni lähemmin kokemuksestasi, että olit pettynyt minuun, tunnin peruutukseeni, tunnet olevasi rauhallisempi, otat samalla myös lukuun, että peruutukseni ei liittynyt sinuun.

Olemme tovin hiljaa, katsomme toisiamme. Tunnen voimakkaan yhteyden, jossa ympäröivän huoneen havainnointi hämärtyy. On rauhallinen, seesteinen hyvän olon tunne. Koen, että välillämme vallitsee me-henki, jossa on sanaton yhteisymmärrys. Jaamme yhdessä sen, mitä Sanni on kokenut ja mitä hän tällä hetkellä kokee.

Mentalisoinnin prosessi tapausesimerkissä

Esimerkissä pyritään yhdessä ymmärtämään Sannin oksentamiseen johtanutta mielentilaa, joka syntyi peruuntuneen terapiakerran jälkeen. Samoin keskitytään hahmottamaan hänen tämänhetkistä oloaan terapiassa ja vrinneiden mielentilojen suhdetta terapeuttiin. Sanni itse ei tapahtunutta hahmota kunnolla. Sannin ”paha olo” ei näyttäydä tarkkarajaisena tunteena, joka liittyisi johonkin, vaan yleisenä ”pahana mielenä”.

Alussa pyritään luomaan selkeä tilannekuva, jossa terapeutti varmistaa tapahtumakulun ja myös tunnistaa tapahtuneen katkoksen. (”Ymmärränkö nyt oikein, että purit ilkeän olosi, ahdistuksen, pois oksentamalla?” – – ”Ilkeä olosi, ahdistus ja oksentaminen tulivat sen jälkeen, kun jouduin peruuttamaan viime tunnin?”)

Terapeutti pyrkii esimerkissä auttamaan Sannia mentalisoimaan katkoksa eli *hahmottamaan kokemukset tapahtumahetkellä* esittämällä useita *kokemusta lähemmin tarkastelevia* mitä-kysymyksiä tilanteesta ja validoi koko ajan Sannin kokemusta. Terapeutti ei tiedä, vaan kuulostelelee ja kyselee validoiden Sannin ilmaisevia ”kokemuksen palasia”: näin piirtyy esiin Sannin kokemus tilanteen eri vaiheissa. Sannin pyrkiessä välttämään tapahtuman työstämisen terapeutti kiinnittää siihen huomion niin, että tapahtuman työstämistä yhdessä voidaan jatkaa. Tämä kaikki näyttää johtavan siihen, että Sanni alkaa mentalisoida tunnettaan, toisin sanoen hän *hahmottaa kokemusta tapahtumahetkellä* ja etenkin tunnetta tuossa tilanteessa. Tämä tulee esille kohdassa, jossa terapeutti kysyy ”Saatko kiinni, miltä sinusta nyt tuntuu?” ja Sanni vastaa ”Jotenkin kirkkaampi, rauhallisempi olo... Kai ilkeä olo oli, en tiedä.”

Tämä näyttäisi olevan esimerkissä tärkeä kohta: tässä Sanni vaikuttaa siirtyvän reflektiiviseen positioon. Toisin sanoen aiemmin ei-mentalisoitu tunne ja sitä seurannut tapahtumien kulku (eli paha olo ja oksentaminen) näyttäisi muuttuneen Sannin mielessä joksi-

kin, jota voidaan katsoa metatasolta. Tästä positiosta käsin hän pystyy kiinnittämään tunteen tapahtuneeseen. Kirkkaampi, rauhallisempi olo voi liittyä metatason tarkastelun tuottamaan rauhoittumiseen, kun voidaan havaita, että kyse on ”vain tunteesta” tai ”vain ajatuksesta” eikä jostakin, joka olisi absoluuttisesti totta. Kirkkaus voidaan nähdä myös emotion ja kognition tasapainona, joka usein ilmenee juuri kyynä ”tuntea selvästi”. Reflektiokyvyn ja kokemuksen selkeyden taustalla vaadittaneen riittävä turvallisuuden tunne, joka on ilmeisesti nyt palautumassa.

Yhtäkkiä myös suhteen mentalisointi näyttää tulevan uudella tavalla mahdolliseksi, mitä voisi nimittää Sannin *kokemukseksi tilanteen käsittelystä terapiassa ja vaihtoehdoisen näkökulman syntyiseksi*. Sanni katsoo terapeuttia silmiin antaen terapeutille vaikutelman yhteyden palaamisesta. Aiemmin Sannin sanoma ”Ei musta kukaan välitä” -toteamus – joka kenties on turvattoman kiintymyssuhteen perusoletus – tuntuu jäävän taka-alalle.

Esimerkistä tulee vaikutelma, että sekä oman tunteen että terapiasuhteen mentalisointi on yhtäkkiä mahdollista. Sanni toteaa: ”Pettynyt, mutta en nyt koe, että olen pettynyt suhun.” Tässä hän erottelee mielessään menneen ja nykyisen mielentilan ja mentalisoi myös suhdetta. Tämä tuntuu viittaavan tunnin aikana rakentuneeseen episteemiseen luottamukseen – nyt toisen mielelle avaudutaan eri tavalla, mikä vaikuttaa olevan myös helpottava kokemus. Toinen ei olekaan yksinomaan rahan takia häntä kuunteleva terapeutti (käyttäytymiseen nojaava kokemistapa), jonka aidon välittämisen toivominen olisi mahdotonta, vaan aito subjekti, tunteva ihminen, jolla on oma mieli ja joka voi ottaa toisen ihmisen huomioon samalla tavoin kuin huomioi itseään. Tämän myötä myös hoitosuhteessa ilmenneen välittämisen näkeminen tulee mahdolliseksi.

Viimeksi mainittu on nimenomaisesti *vaihtoehdoista näkökulmaa aiempaan verrattuna*. Samalla mentalisaatioprosessin kehä sulkeutuu, ja sisäinen malli tapahtuneesta on rikastunut

tapahtuman tultua hahmotettua siihen liittyneiden mielentilojen kautta. Aiemmin hahmottomaton paha olo on jäsentynyt mentalisoiduksi kokemukseksi, joka on ymmärrettävissä eron herättäminä tunteina tunnetasolla tärkeästä ihmisestä.

Terapeutin toiminta

Esimerkissä voidaan nähdä terapeutin mentalisoiva aseointi (engl. *mentalizing stance*):

Asenne on kyselevä, ei-tietävä ja ihmettelevä. Käytännössä tämä näkyy dialogissa siten, että terapeutti käyttää kysymyksiä osoitukseksi siitä, että toisen mieli on läpinäkyvä ja voi olla tuntematon myös itselle (esimerkiksi ”Kuulostellaan hetki, saatko kiinni, mitä tulee lähemmin mieleesi?”)

Terapeutti pyrkii pitämään yllä balanssia eri näkökulmien välillä eli pyrkii pitämään sekä Sannin että myös terapeutin omat mielentilat koko ajan näkyvissä ja ymmärrettävinä. Esimerkissä terapeutti tuo esiin omat näkemyksensä Sannista kysymyksinä tai vaikutelmina, mikä tukee itsen- ja toisen-mentalisoitua. Vaikutelmathan eivät ole tunkeilevaa tietämistä toisesta, vaan ehdollisia kysymyksiä tai toteamuksia, jotka on selkeästi merkattu terapeutin mielen ilmauksiksi. Tällöin kahden mielen erillisyyden tulee näkyvämmäksi. Sannin on silloin helpompi erottaa oma mielentilansa terapeutin mielestä. Hän voi myös tunnistaa itsensä terapeutin vaikutelmasta silloin, kun se vastaa hänen omaa kokemustaan.

Terapeutti pyrkii myös puuttumaan ei-mentalisoivaan toimintaan. Esimerkissä terapeutti puuttuu tilanteeseen, jossa Sanni keskeyttää pohdinnan, sanomalla: ”En tiedä, mitä koet... Voisitko sinä auttaa minua ymmärtämään?” Sanni vastaa ”En todellisuudessa tiedä, mitä ajattelet...” ja jää miettimään. Pienen tauon jälkeen terapeutti täsmentää saamaansa vaikutelmaa (”Minusta vaikuttaa siltä, ettei sinun ole helppo kertoa...”) ja jatkaa sitten ei-tietävällä asenteella: ”Saatko kiinni, miltä sinusta nyt tuntuu?” Sanni näyttää avautuvan uudelle näkökulmalle vastatessaan: ”Jotenkin

kirikkaampi, rauhallisempi olo... Kai ilkeä olo oli, en tiedä.” Hän jatkaa: ”Ahdisti aluksi puhua... Nyt en tiedä... Ehkä sulla oli omat syys peruuttaa?” Dialogin edetessä terapeutin tekemät interventiot näyttävät edistävän Sannin mentalisointikykyä.

Omien virheiden havaitseminen ja myöntäminen terapeutin roolissa. Terapeutti voi tehdä virheitä, jotka saattavat johtaa mentalisoinnin katkoksiin terapiasuhteessa. Tällöin on tärkeää, että terapeutti tunnistaa virheensä ja myöntää ne avoimesti. Virheet on syytä käsitellä perusteellisesti ennen kuin terapiaa jatketaan. Tässä esitetty terapatuntimateriaali ei käsityksemme mukaan sisällä selkeitä esimerkkejä terapeutin virheistä. Virheet on kuitenkin väistämätön osa mitä tahansa pidempää terapiaprosessia, ja siksi ne on tärkeää tuoda näkyviksi ja käsitellä (ks. *Näkymätön kapellimestari* -kirja ja tarkempi kuvaus koko Sannin hoidosta). MBT-prosessissa onkin mielekkäämpää puhua työskentelyuskollisuudesta – johon kuuluu myös terapeutin virheiden käsittely – kuin jatkuvasti onnistuvasta mallin mukaisesta työskentelystä, mikä on käytännössä mahdotonta.

Esimentalisoivien tilojen tunnistaminen ja käsittely. On erityisen tärkeää, että terapeutti tunnistaa ei-mentalisoivan toiminnan. Esimerkiksi kun Sanni sanoo ”Tämä on vaan sun ammatin...”, hän nojaa teleologiseen eli käyttäytymiseen pohjaavaan mentalisointiin, jolla viitataan varhaiseen kehitysvaiheeseen liittyvään tapaan ymmärtää toisten käyttäytymistä. Se perustuu ulkoisten, havaittavien tavoitteiden tai päämäärien – teleologia viittaa tarkoitukseen – arviointiin, eikä siihen sisälly vielä ymmärrystä toisten sisäisistä mielentiloista, kuten ajatuksista, tunteista tai uskomuksista. Terapeutti ei toisin sanoen hahmotu Sannin mielessä aitona subjektina, elävänä tuntevana ihmisenä, joka voisi myös välittää hänestä ja joka voi tuntea myötätuntoa häntä kohtaan ja pyrkiä eläytymään hänen kokemusmaailmaansa. Sannin kokemusta voidaan tarkastella myös psyykkisen ekvivalenssin näkökulmasta. Tässä esimentalisoivassa tilassa sisäinen kokemus ja ulkoinen

todellisuus koetaan täysin yhteneväisiksi. Siksi Sanni voi kokea oman tulkintansa terapeutin piittaamattomuudesta hyvin totena. Sannin käsitystä ei kuitenkaan esimerkiksi suoraan haasteta, vaan yhteistyössä tuetaan häntä itse mentalisoimaan omaa kokemusmaailmaansa – josta hänelle tulee koko ajan uutta ymmärrystä vuorovaikutuksen kautta.

Terapeutti validoi jatkuvasti huomioiden erityisesti toimivan mentalisoinnin (”Minusta on todella arvokasta, miten työstät kokemustasi. Vaikuttaa, että aluksi koit, etten välitä – – Nyt kun saat kiinni lähemmin kokemuksestasi – – tunnet olevasi rauhallisempi, otat samalla myös lukuun, että peruutukseni ei liittynyt sinuun.”). Tämä edelleen tukee ja vahvistaa Sannin mielessä tapahtuvaa, asteittain etenevää mentalisointia.

Implisiittinen–eksplisiittinen sekä sisäinen–ulkoinen-mentalisointi

Esimerkissä terapeutti näyttää käyttävän hyväkseen itsessään viriäviä fyysisiä havaintoja ja tuntemuksia sekä vaikutelmia, joita välittyä vuorovaikutuksessa niin sanottomalla kuin sanallisella tasolla. Toisin sanoen prosessissa on mukana niin implisiittinen (sanaton) kuin eksplisiittinenkin (sanallinen) mentalisointi, joita soinnutetaan yhteen vuorovaikutuksessa. Tämä vaikuttaisi esimerkissä tulevan esiin tilanteessa, jossa terapeutti ajattelee: ”Sanni miettii ja katsoo minua silmiin ja saan vaikutelman, että hän ihmettelee, mitä minä mahdan ajaa takaa.” Tässä terapeutti yhdistää Sannin non-verbaalin kommunikoinnin omaan tietoiseen vaikutelmaansa yrittäessään ymmärtää heidän keskinäistä vuorovaikutustaan sillä hetkellä. Toimivassa mentalisoinnissa onkin aina kyse implisiittisten ja eksplisiittisten mentalisoinnin prosessien tasapainosta sekä itsessä että toisessa ja vuorovaikutuksessa näiden yhteensovittamisesta. Kyse on samalla myös mentalisointiin kuuluvasta sisäisten (se, mitä joku kokee mielessään) ja ulkoisten (olemuksella ilmaistujen vihjeiden; ilmeet, eleet ja prosodiikka) yhdistämisestä: mielenneittäessä luodaan näistä ulkoisesta olemuksesta saa-

duista vihjeistä oletuksia ja vaikutelmia senhetkisistä sisäisen maailman mielentiloista (sisäinen-ulkoinen-ulottuvuus). Näitä terapeutin omiksi merkattuja vaikutelmia voidaan sitten tarvittaessa jakaa yhdessä toisen kanssa ja tarkistaa, vastaavatko ne toisen kokemusmaailmaa vai eivät. Ja jos eivät vastaa, voidaan pahoitella väärinymmärrystä ja pyytää: "Voitko auttaa minua ymmärtämään, mitä koet?" Näin muotoutuu aito vastavuoroinen mielentävä dialogi terapeutin ja potilaan välillä.

Me-henki

Esimerkissä nähtävissä oleva pyrkimys "kahden mielen psykologiaan" voi synnyttää erityistä me-henkeä (engl. *we-ness*). Tämä tarkoittaa sitä, että yksilö ei vain tunnista omia ja toisen erillisiä mielentiloja, vaan kykenee näkemään myös yhteisen näkökulman tai jaetun mielen, kuitenkin erillisyyden säilyessä taustalla. Me-hengen syntymisen kannalta oleellista on toisen kokemuksen havaitsemisen autenttisuus – ja nimenomaisesti toisen näkökulmasta. Tämä on näkynyt esimerkissä terapeutin jatkuvana pyrkimyksenä tavoittaa toisen mieltä ja palauttaa syntyneitä vaikutelmia niin, että toinen voi vahvistaa ne vääriksi tai oikeiksi ja tätä kautta nähdä itseään terapeutin mielessä – saaden samalla myös vaikutelmia terapeutin mielestä. Tämä avoin dialogi johtaa esimerkissä tärkeältä vaikuttavaan ymmärretyksi tulemisen kokemukseen ja me-henkeen, jossa kaksi ihmistä jakaa hetken aikaa samaa, tai hyvin samankaltaista, kokemuksen sisältöä. Tarkemmin sanoen vuorovaikutuksessa on luotu ja myös tuotu nähtäväksi esitykset sekä Sannin kokemuksesta terapiatunnin peruutukseen liittyen että myös terapeutin kokemus tästä asiasta – ja juuri nyt nämä representaatiot tuntuvat molemmista yhteensovitettavilta ja ymmärrettäviltä. Emootioiden tasolla tällaiseen me-henkeen vaikuttaisi sisältyvän luottamusta, miellyttävää ja keskittyynyttä yhteyden saamisen kokemusta ja myös välittämisen tunnetta. Terapiatunnin lopun tunnelman voi nähdä myös episteemisen luottamuksen vahvistumisena, luottamuksen saatua aiemmin särön terapiatunnin äkillisen peruuntumisen takia; nyt se vaikuttaa tulleen

uudelleen luoduksi riittävän oikeaan osuneen mentalisoinnin seurauksena. Tällainen kokemushan usein on helpottava ja miellyttävä.

Pohdinta

Tässä artikkelissa olemme käsitelleet mentalisaation käsitettä ja mentalisaatiokyvyn edistämistä ja vahvistamista edellä kuvatun näyttöön perustuvan mentalisaatioterapian tuntityöntekelyn esimerkin avulla. Tämä on mielestämme tärkeää, jotta mentalisaatioterapian vaikutusmekanismeja voidaan tehdä näkyväksi kaikille kiinnostuneille. Lisäksi tämä mahdollistaa MBT:n yksityiskohtaisemman vertailun muihin terapiamuotoihin. Tällaisesta vertailusta mainittakoon esimerkkinä Stoffers-Winterlingin ym.:iden (2022) artikkeli, jossa MBT:tä vertaillaan dialektiseen käyttäytymisterapiaan.

Tuntiesimerkki voi herättää myös kysymyksen Sannin oireilun taustasta. Vaikka oksentaminen voidaan liittää mentalisointikyvyn heikkouteen, yksittäinen esimerkki ei tavoita ilmiön monimutkaisuutta tai siihen liittyviä syvempiä kehityksellisiä tekijöitä. Toki Sannin mentalisoinnin puutteille onkin syvemmät syynsä. Sannin laajemmassa narratiivissa (ks. koko tarina kirjasta *Näkymätön kapellimestari*) tulee esiin äidin psyykkinen poissaolevuus Sannin varhaislapsuudessa. Sen merkitystä päästään kuitenkin tarkastelemaan vasta, kun Sannin kyky tässä ja nyt -suhteessa mentalisointiin on riittävästi kehittynyt edellä kuvatun esimerkin viitoittamalla tavalla. Toisin sanoen Sanni kykenee myöhemmin mentalisoimaan äitisuhteitaan, kun hän on ensin edennyt terapiassa siihen pisteeseen, että tämänhetkisten tunteiden ja suhteiden mentalisointi on mahdollista. Näiden tietojen valossa voidaan ajatella, että mentalisoinnin heikkous kuvatussa tuntityöntekelyn esimerkissä voisi peilata hyvinkin konkreettisesti Sannin kokemuksia hänen varhaisessa lapsuudessaan.

Toisaalta voidaan myös ottaa lukuun monet muut tekijät Sannin psyykkisen oireilun ja mentalisaatiokyvyn puutteiden taustalla. Mentalisaatiokyvyn kehitykseen vaikuttavat niin

geneettiset tekijät kuin erilaiset ympäristöolosuhteet, joihin kuuluvat paitsi vanhemmat myös sisarukset, isovanhemmat ja lapsen lähiympäristö kaikkienensa (Luyten ym. 2024b). Sannilla voisi olla esimerkiksi neurobiologista herkkyyttä, joka on tehnyt hänet erityisen alttiiksi äidin poissaolevuuden vaikutuksille. Olivat syyt mitkä tahansa, Sanni olisi joka tapauksessa tarvinnut vanhemmilta tai muilta läheisiltään erityistä aktiivisuutta mielentilojensa tavoittamiseen. Oleellista hoidon edellä mainitussa vaiheessa on kuitenkin Sannin luottamuksen ja mentalisoitokyvyn tukeminen ja palauttaminen tässä ja nyt -työskentelyssä, Sannin lähikehityksen vyöhykkeellä toimien. Tähän näyttöön perustuvan mentalisaatioterapian hoitotapa nimenomaan keskittyy, ja siihen sen vaikuttavuuden ajatellaan perustuvankin.

Toivomme, että olemme avanneet mentalisaatioon perustuvan hoidon peruseriaatteita ja vaikutusmekanismeja esimerkkinä kautta. Aiheesta kiinnostunut lukija voi kokeilla seurata artikkelissa noudatettua toimintatapaa: hänkin voi ottaa tarkastelunsa kohteeksi tämän tuntityöskentelyn esimerkin ja lähteä ensimmäisen kirjoittajan tapaan työstämään edellä mainittua esimerkkiä, käyttäen tarkastelun tukena artikkelin valaisemaa hoitomenetelmän kuvausta ja adherenssiskaalaa ja sen pohjalta arvioida terapeutin toimintaa episodissa. Tämä voi avata mentalisaatioon perustuvan hoidon toimintatapaa ja auttaa paremmin arvioimaan, mitkä ovat hoidon toimintatavat ja mahdolliset vaikutusmekanismit.

On hyvä muistaa – mentalisoinnin peruseriaatetta noudattaen – että Sannin oma kokemus tunnista on tavoitettavissa ja tarkasteltavissa vain siltä osin, mitä Sanni nimenomaan itse on käyttäytymisellään ilmentänyt tai sanallisesti kertonut. Arvioinnissa onkin siten tärkeä pitäytyä tarkasti siinä, mitä Sanni itse kullakin hetkellä tuo esille tapahtumista ja kokemuksestaan. Muilta osin huolellisinaan analyysi ei avaa pääsyä toisen mieleen, vaan vaarana on siirtyä näennäismentalisoimaan ilman todellista yhteyttä omaan tai toisen aitoon kokemukseen. Tehokas mentalisointi nimenomaisesti

edellyttää toisen mielentilojen läpinäkymättömyyden tunnustamista ja siten yhteyden hakeamista toisen kokemusmaailmaan ei-tietävällä, uteliaalla, kyselevällä asenteella sekä pitäytymistä vain vuorovaikutuksen myötä syntyvässä kokemuksellisessa tiedossa (Bateman & Fonagy 2016; Luyten ym. 2024a).

Mielestämme hoitomalli antaa toimivan tavan kuvata, miten henkilöllä voi olla puutteita kyvyssä ymmärtää itseä ja toisia. Se tarjoaa myös hoidolliset periaatteet mentalisaatiokyvyn edistämiseen ja vahvistamiseen. Sen ytimessä oleva mentalisaatiokatkosten käsittely sekä mentalisoitokyvyn palauttaminen ja vakauttaminen antavat konkreettisia keinoja käsitellä Safranin ja Muranin (2000) kuvaamia allianssiruuptureja ja vahvistaa terapeutista yhteistyösuhdetta. Samalla se auttaa ymmärtämään ihmisen psykologista toimintaa kokonaisvaltaisesti ja monikerroksisesti – se luo yhteyksiä itseymmärryksen, tunnesäätelyn ja ihmissuhteiden välille tavalla, joka on sekä teoreettisesti rikas että käytännössä hyödyllinen.

Toimiva mentalisointi tuo näkyviin myös ”kahden ihmisen psykologian”, johon kykymme tunnistaa ja säädellä mielentiloja itsessämme ja toisissa viime kädessä perustuu. Tätä ilmentää etenkin tuntiesimerkkimme lopussa hahmoteltu me-henki: yhteisesti jaettu mentalisoiva tila, joka on seurausta riittävän onnistuneesta mentalisaatioprosessista (ks. myös Nolte ym. 2023). Artikkelin kirjoittamisprosessi – MBT:n periaatteiden dialoginen läpikäyminen potilashoidon tuntityöskentelyn yksityiskohtaisella yhteisellä tarkastelulla – tuotti myös meille kirjoittajille jaetun ymmärryksen virittämää me-henkeä. Toivomme, että sama ilmiö voisi välittyä myös lukijalle kokemuksena jäsenyteenemmästä yhteisestä viitekehiksestä – sellaisesta, jonka hän voi kokea jakavansa kirjoittajien kanssa.

Erilaisia hoitomalleja tuntevalle terapeutille tai tutkijalle mentalisaatiokäsite sinänsä ei välttämättä tuo mitään täysin uutta. Tämän artikkelin arvo onkin eritoten siinä, että se kuvaa näyttöön perustuvan mentalisaatioterapian

peruseriaatetta: hoitoprosessin yksinomaista keskittämistä mentalisaatiokyvyn edistämiseen, vahvistamiseen ja vakauttamiseen terapialle spesifillä toimintatavalla ja interventiolla. Tätä kokonaisuutta avataan yksityiskohtaisen tuntityöskentelyn esimerkin avulla. Erialaisten käsitteiden ja interventioiden meressä mentalisaation käsite ja mentalisointikyvyn edistämiseen, vahvistamiseen ja vakauttamiseen keskittyvä hoitomalli piirtävät punaisen ympyrän ikiaikaisen ja olennaisen ympärille: kuvattu mentalisaatioparadigma tarjoaa suunnistusvälineen kohti ihmisyyden ydintä, sen ymmärtämistä ja hoidollista kohtaamista terapeutisessa työssä.

Kirjallisuus

- Anna Freud Centre** (2024a). A quality manual for MBT. Luettavissa osoitteessa <https://brandplatform.annafreud.org/share/eAxy56w3dHwXpNrp2G5H>
- Anna Freud Centre** (2024b). MBT adherence scale. Saatavilla osoitteessa <https://www.annafreud.org/training/health-and-social-care/mentalization-based-treatments-mbt/mentalization-based-treatment-adults/mbt-resources/mbt-adherence-scale/>
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter** (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter** (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter** (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter** (toim.) (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Duschinsky, Robbie & Foster, Sarah** (2021). Mentalization in transition. Teoksessa Bateman, Anthony & Fonagy, Peter (toim.), *Mentalizing and epistemic trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ensink, Karin; Bégin, Michaël; Normandin, Lina & Fonagy, Peter** (2017). Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. *Psychiatry Research*, 257, 361–366.
- Fain, Michel & David, Christian** (1963). Aspects fonctionnels de la vie onirique. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 241–343.
- Fain, Michel & Marty, Pierre** (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Revue Française de Psychanalyse*, 28, 609–622.
- Fonagy, Peter** (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91–115.
- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony** (2019). Introduction. Teoksessa Bateman, Anthony & Fonagy, Peter (toim.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 2nd edition, 3–20. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, Peter; Campbell, Chloe & Allison, Elizabeth** (2019). Therapeutic models. Teoksessa Bateman, Anthony & Fonagy, Peter (toim.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 2nd edition, 169–180. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, Peter; Steele, Howard & Steele, Miriam** (1991a). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891–905.
- Fonagy, Peter; Steele, Miriam; Steele, Howard; Moran, George S. & Higgitt, Andrew C.** (1991b). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218.
- Keinänen, Matti** (2006). *Psychosemissio as key to body-mind continuum: The reinforcement of symbolization-reflectiveness in psychotherapy*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Keinänen, Matti** (2024). *Näkymätön kapellimestari: Vuoteni psykoterapeuttina*. Helsinki: Momentum.
- Keinänen, Matti & Engblom, Päivikki** (2007). *Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia*. Duodecim: Helsinki.
- Lecours, Serge & Bouchard, Marc-André** (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855–875.

- Li, Elizabeth T.; Campbell, Chloe; Midgley, Nick & Luyten, Patrick** (2023). Epistemic trust: A comprehensive review of empirical insights and implications for developmental psychopathology. *Research in Psychotherapy*, 26(3), 704.
- Lüdemann, Jonas; Rabung, Sven & Andreas, Sylke** (2021). Systematic review on mentalization as key factor in psychotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9161.
- Luyten, Patrick; Campbell, Chloe; Allison, Elizabeth & Fonagy, Peter** (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297–325.
- Luyten, Patrick; Campbell, Chloe; Moser, Max & Fonagy, Peter** (2024a). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clinical Psychology Review*, 108, 102380.
- Luyten, Patrick; Malcorps, Saskia; Bateman, Anthony & Fonagy, Peter** (2024b). Mentalizing individuals, families and systems: Towards a translational socioecological approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(Suppl 1), 105–113.
- Meins, Elizabeth; Fernyhough, Charles; Wainwright, Rachel; Das Gupta, Mani; Fradley, Emma & Tuckey, Michelle** (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73, 1715–1726.
- Moreira, Helena; Fonseca, Ana & Canavarro, Maria Cristina** (2024). Parental reflective functioning and child mental health: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 1–25.
- Nolte, Tobias; Hutsebaut, Joost; Sharp, Carla; Campbell, Chloe; Fonagy, Peter & Bateman, Anthony** (2023). The role of epistemic trust in mentalization-based treatment of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 37(5), 633–659.
- Rosso, Anna M. & Airoldi, Cinzia** (2016). Intergenerational transmission of reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 7, 1903.
- Safran, Jeremy D. & Muran, Christopher C.** (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Senehi, Nazanin; Brophy-Herb, Holly E. & Vallotton, Claire D.** (2018). Effects of maternal mentalization-related parenting on toddlers' self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly*, 44, 1–14.
- Shai, Dana & Belsky, Jay** (2017). Parental embodied mentalizing: How the nonverbal dance between parents and infants predicts children's socio-emotional functioning. *Attachment & Human Development*, 19, 191–219.
- Shai, Dana; Laor Black, Adi; Spencer, Rose; Slead, Michelle; Baradon, Tessa; Nolte, Tobias & Fonagy, Peter** (2022). Trust me! Parental embodied mentalizing predicts infant cognitive and language development in longitudinal follow-up. *Frontiers in Psychology*, 13, 867134.
- Stoffers-Winterling, Jutta M.; Storebø, Ole Jakob; Simonsen, Erlend; Sedoc Jørgensen, Mie; Pereira Ribeiro, Johanne; Kongerslev, Mickey T. & Lieb, Klaus** (2022). Perspectives on dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy for borderline personality disorder: Same, different, complementary? *Psychological Research and Behavior Management*, 15, 3179–3189.
- Yirmiya, Karen; Marjoribanks, Sophie; Fonagy, Peter & Bateman, Anthony** (2025). Assessing mentalization in practice: Reliability of the Mentalization-based treatment research adherence and competence scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 1–11.
- Zeegers, Moniek A. J.; Colonnese, Cristina; Stams, Geert-Jan J. M. & Meins, Elizabeth** (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143, 1245–1272.

Artikkelista on julkaistu laajempi englanninkielinen versio "Making visible the clinical practice of mentalization-based therapy as illustrated by the therapy session material" julkaisussa Discover Mental Health, 6, 48 (2026).

MBT-yksilökäynnin tai -ryhmän arviointi

Paikka:	Arvioijan nimi:
Ryhmän / yksilön tunnus:	Päivämäärä:

I Terapiatunnin rakenteen mentalisointi

	Osiot	kyllä	ei
1.	Kiinnittyminen, lämpö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mahdollisten aiheiden listaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. *R	Ryhmäkierros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tunnin aiheen valitseminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. *R	Kunkin ryhmäläisen ongelman tunnistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Lopettaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. II Ei-tietävä asenne

		kyllä	ei
	II Ei-tietävä asenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Prosessin mentalisointi

	Osiot	kyllä	ei
8.	Empaattinen validointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Positiivisen vahvistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Vireystilan säätely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Tunnin muodon hallinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Vastaliikkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. *R	Parkkeeraaminen ryhmässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Esimentalisaatiomoodit

	Osiot	esiintyy kyllä / ei	interventio kyllä / ei	
14.	Psyykinen ekvivalenssi	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
15.	Pretend moodi	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
16.	Teleologinen moodi	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	

V Tunteiden mentalisointi

	Osiot	kyllä	ei
17.	Tunnenarratiivin selkeyttäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Tunteiden tunnistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Affektifokus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Tunteet ja vuorovaikutussuhteiden merkittävät tapahtumat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. *R	Henkilöiden välisten näkökulmien selkeyttäminen ryhmässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. *R	Vuorovaikutussuhteisiin liittyvien tunteiden tunnistaminen ryhmässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI Suhteen mentalisointi

	Osiot	kyllä	ei
23.	Ihmssuhteen mentalisointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. *R	Ryhmäläisten välisten suhteiden mentalisointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Vastasuhteen mentalisointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. *R	Vastasuhteen mentalisointi ryhmässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*R = arvioi vain ryhmätilanteessa

