

MIELEN HENGITYS PANIIKKIHÄIRIÖN PSYKODYNAMIIKASSA JA PSYKOTERAPIASSA

Hengityksemme heijastelee fyysisen elimistömme tilan lisäksi sekä sisäisiä mielentilojamme että kulloisenkin ulkoisen elämäntilanteemme vaikutusta mielentiloihimme. Samalla hengityksessä on tavoitettavissa osa-alueita perimästämme ja vuorovaikutushistoriastamme.

Paniikkihäiriön yksi keskeinen oireulottuvuus on hengitystoiminnan häiriintyminen. Tarkastelemme tässä artikkelissa hoitoprosessikuvausten avulla, miten paniikkihäiriön oireet epätasapainoinen hengitys mukaan lukien ovat ilmenemiä katkoksista ruumis-mieli-jatkumossa ja miten hoidon myötä eheä jatkumo ruumiista mieleen voi elävöityä samalla, kun hengityksen säätely tasapainottuu.

Paniikkihäiriölle ovat ICD-10-diagnostiikan mukaan ominaisia tiheästi toistuvat paniikki-kohtaukset, jatkuva huoli niiden uusiutumista tai kohtausten pelon aiheuttama käytöksen muutos. Kohtauksille on ominaista äkillisyys ja odottamattomuus. Kohtauksen aikana ilmeneviä oireita ovat erityisesti hengenahdistus, tukehtumisen tai kuristumisen tunne, pahoinvointi, sydämentykytykset, rintakivut, hikoilu, vapina, vatsavaivat, huimaus, pyörtymisen tunne, puutuminen, kihelmöinti, vilunväreet tai kuumat aallot. Seurauksena oireista on usein kuoleman, itsensä hallitsemisen menetyksen tai sekoamisen pelko, epätodellisuuden tunne tai itsensä vieraaksi tunteminen.

Kuvaamme ensin mielensisäisen hengityksen (= liikkuvuuden) käsitteen, joka ilmentää mielen symbolisaatio-reflektiokykyä (tunteiden ja ajatusten tunnistamis- ja tarkastelukykyä). Mielensisäinen hengitys luo toimiesseen eheän jatkumon ruumiista mieleen, ja päinvastoin mielestä ruumiiseen. Sitten esitämme kliinisiä hoitoprosesseja, joiden avulla valaisemme epätasapainoisen hengityksen yhteyttä mielensisäisen hengityksen puutteisiin.

Onnistuneessa paniikkihäiriön hoidossa mielensisäinen liikkuvuus aistihavainnoista tunteiden kautta ajatteluun kehittyä johtaen samalla hengityksen tasapainottumiseen.

MIELENSISÄINEN HENGITYS

Symbolisaatio-reflektiokyvyn mallissa (Keinänen 2006, Keinänen & Engblom 2007) yhdistetään fysiologia, varhainen vuorovaikutus, symbolisaatio ja reflektio yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. *Symbolisointi* eli itsensä ilmaisu sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla auttavat sitomaan ja muovaamaan psyykkisen kokemuksen. Kun ahdistus ja levottomuus saavat symbolisen muodon, ne voidaan kokea ymmärrettävinä ja välittää tarvittaessa toiselle sen sijaan, että ne jäisivät sitomattomina ruumiinkokemuksina tai -muistoina odotamaan purkautumistaan fyysisten ilmaisukanavien kautta. Jos jäsentymättömät kaaoskokemukset toistuvat tai ovat liian voimakkaita, ne saattavat ilmetä myöhemmin esimerkiksi paniikin kokemuksina, hengenahdistuksena tai hajoamisen pelkoina. *Reflektointi* eli kyky havainnoida ja arvioida tunteita

ta ja ajatuksia auttaa jäsentämään kokemukset käsitettäväksi.

Kyllin hyvässä varhaisessa vuorovaikutuksessa muodostuu vähitellen eheä jatkumo ruumiin ja mielen kokemusten välille. Hengitys toimii tässä yhtenä välittävänä ja säätelevänä tekijänä – siltana ruumiin ja mielen välillä. Tätä fysiologisen tilan, eriytymättömien tunnekokemusten, mielikuvallisen kokemisen, sanallisen kokemisen sekä havainnointikyvyn muodostamaa mielensisäistä liikkuvuutta voidaan kutsua *mielensisäiseksi hengitykseksi*. Tällaisen liikkuvuuden ja hengittävyuden voidaan katsoa olevan mielen-terveyden edellytys ja ilmaisin (Keinänen 2006, Keinänen & Engblom 2007).

Seuraavassa esitämme mielensisäisen hengityksen eri kokemismuodot ja kuvaamme sitten kutakin kokemismoodia yksityiskohtaisesti. Olemme koonneet mielensisäisen hengityksen ydinasiat myös taulukkomuotoon (Taulukko 1) ja operationalisoineet kunkin kokemismoodin (Taulukko 2), jotta käsitteiden validiteettia ja reliabiliteettia on mahdollisuus tieteellisesti tutkia sekä edelleen tämentää ja käyttää käsitteistöä empiirisessä tieteellisessä psykologisessa ja psykoterapeuttisessa tutkimuksessa.

Symbolisaatio-reflektiokyvyn kautta muodostuneet kokemisen ja ilmaisemisen tasot (Taulukko 1-2)

1. eriytymättömät indeksikaaliset tunnekokemukset (= affektikokemukset), sanaton kokonaisolemuksesta ilmentävä viestintä
2. sanaton mielikuvallinen eli ikoninen kokeminen, erityisesti näönvaraisesti havainnoitavissa oleva ilmein ja elein, mutta myös äänenpainoin tapahtuva viestintä
3. sopimussymbolinen (=sovittuja merkkejä käytävä), esim. kielellinen eli verbaalisymbolinen kokeminen ja viestintä
4. reflektiivis-integratiivinen kyky eli kokemusten havainnointi, arviointi ja ilmaiseminen sekä yhdistäminen
5. mielensisäinen hengitys eli mielensisäinen liikkuvuus edellisten itsekokemuksen

tasojen välillä sekä tunnetasolla tärkeän toisen ihmisen kanssa

Kehityksessä kukin taso rakentuu edellisten lisäksi, mitään aiempaa ei menetetä. Yhdessä näiden tasojen välisestä hengittävyudesta muodostuu kyky rauhoitella ja ilmaista itseä sanattomasti ja sanallisesti.

Seuraavaksi käymme edellä mainitut tasot läpi huomioiden hengityksen merkitystä säätelevänä mekanismina.

ERIIYTYMÄTTÖMÄT INDEKSIKAALISET RUUMIILLISET TUNNEKOKEMUKSET (=AFFEKTIKOKEMUKSET), MIELEN PERUSKUDOS JA HENGITYS

Vauvan varhaisimmat kokemukset itsestä ja toisesta ovat eriytymättömiä. Tällä tarkoitetaan sitä, että aistien välittämä informaatio koetaan kokonaisvaltaisina elämyksinä sen sijaan, että osattaisiin tarkastella eritellysti ”mitä näen” tai ”mitä haistan”. Vauva saa tietoa itsestään *proprioseptiivisen* sisäntuntoistien kautta sekä ulkomaailmasta näkö-, kuulo-, tunto-, maku- ja hajuaistin avulla. Elämyksiä integroi *konesteettinen* eli yhteisaisitimuksellinen ”kuudes aisti”. Aistien kautta saadut elämykset, tuntemukset ja niistä koostettu tieto edustavat ensimmäisiä merkkejä subjektiivisista kokemuksistamme. Pelkkä itsestä peräisin oleva eriytymätön elämys ei kuitenkaan riitä kertomaan, mistä on kyse. Tarvitaan toisen ihmisen tiedostavaa mieltä, joka sitoo, tulkitsee ja sanoittaa varhaisia kokemuksia ja luo näin mahdollisuuden mielen peruskudoksen (Lehtonen ym. 2006) synnylle ja sitä kautta rauhoittumisen, tyydytyksen ja mielihyvän kokemuksille. Vähitellen varhaisen vuorovaikutuksen ja toistuvien hoivakokemusten kautta syntyy myös vauvalle vuorovaikutuskokemusten sisäistysten kautta kyky erotella tarkemmin aistihavaintoja toisistaan ja saada luotettavaa tietoa todellisuudesta (Taulukko 1).

Epätasapainoisesta hengityksestä kärsiville potilaille on tyypillistä se, ettei ole voinut vuorovaikutuksessa oppia omien aistimusten riittävää erittelykykyä (Taulukko 3; Martin ym. 2010). Sen sijaan luotetaan ja ripustaudutaan toiseen, pyritään sopeutumaan toisten odotuksiin aistien ne herkemmin kuin omat kokemukset. Turvallisuutta voidaan etsiä toisen toiveiden täyttämistä. Kun omat tarpeet ja rajat eivät voi vuorovaikutuksen kautta selkiytyä, erillisuus muodostuu pelottavaksi. Pelot alkavat säädellä yhä enemmän olemassaoloa ja ruumiiseen rakentuu vallitsevaksi tilaksi valppaus, taistelu-pako -reaktion herkkä aktivoituminen. Tämän myötä ihminen altistuu stressille ja stressaavissa tilanteissa hengitys tapahtuu esimerkiksi apuhengityslihasten työnä tai pallean tauottomana sisään-ulos-sisään-ulos -ponnisteluna. Pelkkä oleminen ei tällaiselle ihmiselle riitä, olemassaolon lupa lunastetaan tekemällä. Rentoutumisestakin tulee suorittamista, sillä antautuminen kannateltavaksi (maan vetovoimalle) on outoa ja pelottavaa. (Taulukko 3)

Paniikkihäiriön psykoterapiassa luodaan tilaa olemiseen sellaisena kuin senhetkisine tunteineen on ja sitä kautta rauhoittumiselle. Terapeutin oma rauhallinen hengitysrytmi antaa perustaa rauhoittumiselle. Psykoterapeutin rauhallinen äänenkäyttö ja taukojen merkitys puheessa viestittävät samaa. Psykoterapeutin virittäytyessä potilaan aaltopituudelle syntyy tilaa sen ihmettelylle ja kuulostelulle, mitä itässä tapahtuu arvostaen omia ruumiillisia aistimuksia ja sisäisiä tuntemuksia. Olemisen kokemuksen kautta eriyttömään *mielen peruskudokseen* (Lehtonen 2006) sisäistyy toisen rauhallisuuden luomaa ja sävyttämää tunneainesta. (Taulukko 1; Taulukko 4)

Mielen peruskudoksen tehtävät

- Luo yhtenäisyyden tunnetta kokemusmaailmaan.
- Luo ja ylläpitää elävyyden tunnetta.
- Luo yhteyden ruumiinosien sekä mielen ja

- ruumiin toimintojen välille.
- Luo pohjan mielikuvien synnylle.

Näin syntyy myös kykyä rauhoittumiseen, tyydytyksen kokemukseen, innostumiseen, vuorokausirytmien ylläpitämiseen sekä tunnelmien ja sävyjen virittämiseen vuorovaikutuksessa.

MIELIKUVALLINEN IKONINEN KOKEMINEN, ILMAISEMINEN JA HENGITYS

Fyysisessä hengityksessä syntyy sisään- ja ulosvirtaus. Vastaavasti mielessä syntyy metaforinen ”sisään- ja uloshengitys” itsen ja toisen välillä tai itsen ja toisen mielikuvien välillä (Keinänen 2006). Varhaisessa vuorovaikutussuhteessa keskeisellä sijalla on lapsen tarpeiden ja vanhemman niihin vastaamisen välinen rytminen yhteen sointuvuus sekä tähän liittyvät tyydytyksen ja mielihyvän tunteet. Varhaiset eriyttömät kokemukset tallentuvat paitsi ruumiillisiksi reagointi- ja elämystavoiksi, myös visuaalispainotteisiksi, ikonisiksi mielikuviksi. Osa näistä mielikuvista voidaan myöhemmin tiedostaa ja ilmaista sanallisesti, osa tallentuu piilotajuntaan. Näin mielikuvat itsestä ja äidistä (objektisuhteesta) ovat olemukseltaan aistimusperusteisia ikonisia eläviä ruumiinkuvia. Ikoniset mielikuvat muodostuvat ensimmäiseksi eriytyneiksi symboleiksemme. (Taulukko 1; Taulukko 2). Tässä vaiheessa ei kyetä vielä arvioimaan toisen mielentiloja eikä ole sanoja ja tunteille, vaikka sanattoman viestinnän ja muun muassa peilisolujärjestelmän avulla saadankin tietoa toisen mielialoista.

Hengittävässä ihmissuhteessa lapsen mielikuvien itsestä ja toisesta on mahdollista eriytyä. Lapsi ”hengittää sisään” mielikuvia siitä, millaisena tuntee äidin kohtaavan hänet. Jos lapsi kokee äidin ymmärtävän häntä, muodostuvat kokonaan hyvät, rakastavat mielikuvat äidistä ja itsestä. Tällöin lapsi hengittää metaforisesti sisään suhteen ilmapiiristä rakastavan äidin turvallisuutta, hyväksyvyyttä ja hellyyttä. Hän

käyträä tätä kasvussa hyväkseen ja ilmaisee sitä takaisin omalla rakastavalla olemuksellaan.

Eriytymisen säilyttämisen kannalta on tärkeää, että hyvien kokemusten ja mielikuvien rinnalle voi syntyä sopivassa tahdissa myös toisenlaisia kokemuksia, jotka synnyttävät päinvastaisia, ”pahoja” mielikuvia. Koska äiti ei todellisuudessa ole eikä voi olla täydellisen hyvä äiti, pettyminen ja turhautuminen synnyttävät ”pahan äidin” mielikuvia sekä vastaavia mielikuvia itsestä. Pahat metaforiset mielikuvat syntyvät vartioimaan hyvän mielikuvaa: satumaa ilman mielikuvat noidista, äitipuolista ja tulta syöksevista lohikäärmeistä antavat lapselle tilan omiin kielteisiin tunteisiin. (Keinänen 2006; Taulukko 1). Lapselle on siedettävämpää se, että paha voidaan antaa metaforisen hahmon kannettavaksi sen sijaan, että koettaisiin hoivantaja pahana. Satujen, tarinoiden, runojen lukeminen rikastuttavat siten mielikuvamaailmaa ja auttavat sitomaan ahdistusta. Näin kyky käsitellä eroahdistusta ja muita ahdistuksen muotoja vahvistuu. Kehityksen myötä syntyy jatkossa kyky yhdistää hyvän ja pahan mielikuvat toisiinsa. (Taulukko 1-2) Kykenemme hyväksymään epätäydellisyyden osaksi sekä omaa että toisen perusolemusta.

Hyvän ja pahan integroiminen (Taulukko 1; Taulukko 4)

- Äidin/terapeutin ymmärtävä suhtautuminen lapsen/potilaan pettymykseen, vihaan, turhautumiseen.
- Empaattinen kuvaus, ymmärrys, jakaminen.
- Kyky sitoa pahat ja hyvät mielikuvat yhte-näiseksi kokemukseksi.
- ”Paha” muuntuu näin käyttöjännitteeksi, voimaksi ja energiaksi.
- Edellä mainitut prosessit luovat pohjan sille, että syntyy tunnetiloista riippumaton, vakaa käsitys itsestä ja toisesta.

Epätasapainoisella hengityksellä oireileville potilaille on tyypillistä vahvojen torjunta- tai poiskytkemiskeinojen (dissosiaatio) kehittymi-

nen estämään mielikuvien ja tunteiden pääsyn tietoisuuteen; tätä kuvaamme jatkossa Maijan hoidossa. Voi olla mahdollista myös, että mielikuvia ja tunteita ei ole alun perinkään riittävässä määrin syntynyt, kuten Marian hoitoprosessi osoittaa. Psykoterapiassa tuleekin usein esille se, että potilaat eivät kykene tunnistamaan ja nimeämään omia tunteitaan ja mielikuviaan. (Taulukko3)

Samaan ilmiömaastoon kuuluu myös unien joko puutteellinen tunnistaminen ja/tai niiden merkitysten kieltäminen. Ikään kuin unilla ei olisi mitään tekemistä oman sisäisen maailman tai kokemusten kanssa. Unet ovat kuitenkin yksi ihmismielen keskeinen tapa sitoa ja prosessoida piilotajunnassa omia vielä nonverbaalisesti hahmotettavissa olevia tarpeita ja haluja mielikuvalliseen ikoniseen muotoon. Sitten edelleen tiedostettavissa olevien unien ja mielikuvien rikkaan kuvakielen tietoinen ihmettely ja huomioon ottaminen on ulottuvilla oleva portti sanallisten symbolisten kykyjen äärelle, niiden vahvistamiseen ja sitä kautta ihmismielen ymmärrykseen ja psyykkisen toimintakyvyn paranemiseen. Rikkaan mielikuvamaailman sijaan epätasapainoisella hengityksellään oireileville paniikkihäiriöstä kärsiville tekeminen, puuhakkuus ja konkreettiset asiat ovat tuttuja, oli se sitten esimerkiksi tunnollista ahkeruutta työnteossa tai intohimoista kuntoilua. (Taulukko 3; Martin ym. 2010)

Emotionaalisesti ladattujen mielikuvien kanssa työskentely on psykoterapeuttisessa työssä keskeisiä työvälineitä. Jos potilaan mielikuvat puuttuvat kokonaan, on olennaista, että niitä pyritään kunkin hetkessä terapeuttisessa tunnevuoropuhelussa tunteita, tarpeita ja haluja sanoittamalla synnyttämään, elvyttämään ja rikastamaan (Taulukko 4). Potilaalle tämä voi olla alkuun outoa ja kummallista. Konkreettisten neuvojen ja oireista puhumisen sijaan psykoterapiassa sanoitetaan sitä, millä tavalla psykoterapeutti senhetkisessä vuorovai- kutuksessa ymmärtää potilaan sanatonta viestintää. Psykoterapiassa tunnevuoropuhelussa olemiseen liitetään siihen saakka toiminnalli-

sesti ilmaistun kommunikaation sanoittaminen, mikä luo edellytykset sanallisesti ilmaistavien mielikuvien synnylle ja käyttöönottolle. (Taulukko 4.) Niillä myös luodaan yhteyttä ja elävöitetään kokemusta omasta ruumiista ja vahvistetaan rajoja. Konkreettisesti uloshengityksen jälkeinen tauko antaa usein tilaa mahdollisuuteen alkaa kuunnella itsestä nousevia, uusia mielikuvia. (Martin ym. 2010). Vie usein aikansa ennen kuin potilas alkaa hahmottaa, että mielikuvien tunnistaminen ja käyttö auttavat rauhoittumaan ja ymmärtämään itseä elävällä tavalla. Kun hoitokontaktissa tehdyt uudet havainnot koskettavat, ne elävöittävät tuntevaa ja kokevaa mieltä kokonaisvaltaisesti.

Ruumiillisten, kuvallisesti eli ikonisesti koettujen tarpeiden ja mielikuvien sanoitus ja reflektointi terapiassa

- Edellytyksenä terapeutin vuorovaikutus (terapiahuone sen konkreettisena ilmentäjänä), mikä edistää turvallisuuden tunteen heräämistä ja sisäistymistä.
- Huomion suuntaaminen ruumiinkokemuksiin ja mielensisäiseen maailmaan.
- Ruumiinkuvan hahmottaminen.
- Tarpeiden, halujen ja toiveiden nimeäminen ja hahmottaminen.

Muutos lähtee liikkeelle siitä, että voi alkaa symbolisen prosessin myötä ajatella, sen sijaan että jo toimii. Ymmärryksen paikka on mielikuvien ja niiden tarkastelun tuomassa tilassa, ei tekemään rynnistämässä.

SOPIMUSSYMBOLINEN, ESIMERKIKSI KIELELLINEN (VERBAALINEN) KOKEMINEN, ILMAISEMINEN JA HENGITYS

Kyllin hyvässä varhaisessa vuorovaikutuksessa (ja myöhemmin vastaavasti onnistuvassa terapiassa) kehittyä kyky sanoittaa tunteita ja jakaa kokemuksia sanallisesti eli verbaalisesti. Edellä kuvatussa sanattomassa kommunikaatiossa esille tulevat ilmeet, eleet, asennot, muut ruumiilliset merkit ja ilmaukset sekä tunteissa koetut elämykset luovat pohjan tälle verbaalisymboliselle

kokemiselle ja ilmaisulle. Näin kehittyä mahdollisuus ymmärtää omia ja toisen kokemuksia sekä tunteita kielen avulla. Myös monenlaiset taidenautinnot pohjautuvat kuvallisesti ilmaistulle ja edelleen sanallisesti jaettavissa olevalle symbolikielelle. Tällöin myös hengitykselle tulee tilaa virrata vapaasti ja hengityksen elävyys ja hienovarainen säätely voi alkaa toimia.

Eriytymättömät tunteet saattavat velloa sitomattomina epämiellyttävien ruumiintunteusten kanssa. Voi olla vaikea erottaa tunteita ja ruumiintunteista toisistaan. Jotta voimme ymmärtää kokemuksiamme, tarvitaan muoto ja symboli kokemukselle ja ilmaisulle. Jos tunne-energia ei ole sidottu symboleihin (edellä kuvatussi mielikuviin tai sanoihin), ilmenee herkästi tunteiden ali- tai ylisäätelyä. Tämä vaikuttaa fysiologiseen säätelyyn esimerkiksi lihasjännityksen ja hengityksen kautta. Hengityksellä onkin osaltaan merkittävä säätelytehtävä tunteiden kokemisessa ja ilmaisussa; mielensisäisen hengityksen kulussa. Toisaalta mielensisäisen hengityksen häiriintyessä syntyy hengityskatkoksia ja nielämistä, hengityskapasiteetti kapenee, on vajaata, pinnallista tai pientä. Fyysisen jännityksen lisääntyessä mielensisäinen ahdistuneisuus aktivoituu ja synnyttää edelleen lisää epätasapainoista hengittämistä monenlaisine oireineen, ellei mielensisäinen hengitys ole toimivaa. (Martin ym. 2010.)

Psykoteraapiassa syntyy tilaa kokemuksille ja tunteille olla sellaisina kuin ne ilmenevät. Niitä nimetään ja jaetaan vuorovaikutuksessa (Taulukko 4). Tiedostamaton samaistuminen psykoterapeutin kokemistapoihin ja reflektointiin on potilaalle uuden oppimisen kannalta tärkeää. Terapeutti kuvaa, miten hän kullakin hetkellä potilaan nyt jo sanallisesti ilmaistun viestinnän ymmärtää (Keinänen 2006, Keinänen ja Engblom 2007). Hän panee toisaalta merkille, millaisia vastatunteita ja ajatuksia potilas hänessä herättää. Kaikkea tätä tietoa hän käyttää edistääkseen potilaan kykyä tunnistaa ja sanoittaa tunteitaan ja aja-

tuksiaan suhteessa hänelle tunnetasolla tärkeisiin henkilöihin. Vähitellen potilaalle syntyy rauhallisempia, nyt sanoitettavissa olevia tunnekokemuksia alkuperäisten usein hätäannusta, häpeää ja epärealistista päättelyä ruokkivien kuvitelmiin pohjaavien tunnekokemusten sijalle.

REFLEKTIIVIS-INTEGRATIIVINEN KYKY JA HENGITYS

Reflektiokyky on kykyä tarkastella sitä, mitä tapahtuu ja mitä kokee. Se on myös integraatiivista kykyä tarkastella kokemisen muotojen välisiä yhteyksiä sekä kykyä verrata omia kokemuksia toisen kokemusmaailmaan. (Taulukko 1-2; Keinänen 2006; Keinänen ja Engblom 2007; Martin ym. 2010). Se luo eheyden ja elävyyden tunnetta sekä luottamusta omaan ruumiiseen ja hengitykseen sekä kykyyn tulla toimeen itsen ja toisen ihmisen kanssa. Hengityksen vaikeutuessa se tarkoittaa sitä, että voi tulla tietoiseksi siitä, mihin ahdistus mahdollisesti liittyy. ”Mitä tapahtuu? Mitä ruumiissani tapahtuu? Mitä tunnen? Mitä tulee mieleen?” Tällöin vuorovaikutteinen, rauhallinen sisäinen suhde on käytössä itsesäätelykeinona. Se tekee mahdolliseksi kyvyn rauhoittaa hengitystään ja mieltään sekä kyvyn vahvistaa realiteetteja. Kokemus siitä, että ”kaikesta huolimatta voin hengittää” edustaa osaltaan toimivaa itsereflektiokykyä. Tällaiseen peruskokemukseen liittyy kyky oivaltavaan ajatteluun, *inspiraatioon*, joka kuvaa hyvin hengityksen ja vuorovaikutuksen yhteyttä. Latinan kielin verbi *inspirare* merkitsee ”hengittää jotakin, herättää, synnyttää jossakussa jotakin”.

Jos ei tällaista sisäistä kuuntelukykä ole eikä tietoa siitä, mitä itsessä tapahtuu, ahdistus-, jännitys- ja niihin liittyvät kipukokemukset saavat herkästi vallan. Tähän liittyy usein kokemus siitä, ettei tunteilla ole sanoihin sitoutunutta hahmoa, niitä on vaikea ymmärtää ja/tai ne koetaan pelottavina ja ahdistavina (Taulukko 3). Tällöin ei ole mahdollista ihme-

tellä, rauhoitella, ymmärtää ja/tai käyttää tietoa siitä, mitä itsessä tapahtuu ahdistuksen lisääntyessä. Itsesäätelykyvyn ylittävien tunteiden aktivoimaan epätasapainoiseen hengitykseen liittyvät oireet koetaan uhkaavina ja pahimmillaan paniikkihäiriölle ominainen kuolemanpelko aktivoituu.

Reflektiivis-integratiivinen kyky sekä toimiva itsesäätelykyky (ja sen myötä tasapainoinen hengitys) voivat elpyä ja vahvistua onnistuvassa paniikkihäiriön psykoterapiassa (Taulukko 4). Usein tarvitaan riittävän pitkä terapiasuhde, jonka avulla kyky saa kehittyä vähitellen: tätä kuvaamme jatkossa yksityiskohtaisesti Marian psykoanalyttisessä psykoterapiassa.

Reflektiivis-integratiivinen ajattelu (Taulukko 1-2)

- Reflektiivis-integratiivinen ajattelu toimii kokemuksina integroivana mielensisäisenä hengityksenä eri kokemisen tasojen välillä ja erillisinä koettujen itsen ja tunnetasolla tärkeän toisen ihmisen välillä.
- Näin muodostuu silta, eheä jatkumo aistihavainnosta ajatukseksi ja päinvastoin – ajatuksesta aistihavainnoksi.
- Siltana piilotajunnasta tietoisuuteen toimivat kuvallisessa eli ikonisessa muodossa hahmotetut mielikuvat, erityisesti unet, jotka usein pyrkivät kuvastamaan henkilön sen hetkisiä tarpeita ja niihin liittyviä pelkoja.
- Psykoterapian hengittävä ihmissuhde stimuloi näiden mielikuvien kehittymistä, niiden sanoittamista ja saattamista tietoisuuden reflektioon piiriin, jolloin yhteys ruumiillisiin tarpeisiin syntyy ja ruumis ja mieli eheytyvät (Taulukko 4).
- Psykoterapiassa syntyvä ruumin ja mielen välisten yhteyksien kehittyminen on mielen terveyden edellytys ja ilmaisin (Keinänen 2006).

Reflektiivis-integratiivisen kyvyn mukana voimistuvat myös eriytynyt tietoisuus eli todellisuudentaju. Todellisuuden tajun kehittymiselle kokemuksista peräisin olevien aistihavaintojen merkitys on ratkaisevaa: koen ruumiini, tiedos-

tan hengitykseni, olen siis olemassa. Erilaisia tunteita sisältävien mielikuvien yhteen liittävä ja arvioivan reflektiivis-integratiivisen kyvyn syntyminen merkitsee elämän läpi kestävien, vakaiden käsitysten asteittaista muodostumista itsestä ja tunnetasolla tärkeistä toisista ihmisistä. Tällaisen kyvyn kehittyminen edellyttää vakaata ja kestäväää tunnetasolla hengittävää vuorovaikutussuhdetta. Tilan antaminen, läsnäolo ja toisen kuuntelu aktivoivat tietoisesti mielen ohella mielen peruskudoksesta peräisin olevan kokonaisvaltaisen tunteen, joka auttaa tunnistamaan vuorovaikutuksen yksilöllisen tunnevärin sekä siitä nousevat emotionaalisesti ladatut tarpeet, halut ja toiveet sekä niihin liittyvät pelot. Vakaalle kokemiselle onkin ominaista tunnetiloista riippumaton pysyvä käsitys itsestä ja tunnetasolla tärkeästä toisesta. Jos ei saa omaksua elävää mielensisäistä hengitystointia riittävän hyvässä suhteessa, mielen liikkuvuus tukahtuu. Esimerkkinä mielensisäisen hengityksen häiriöistä on paniikkihäiriö fyysisine ilmenemismuotoineen, jonka hoitoa kuvaamme jatkossa sekä Maijan että Marian psykoterapiassa.

MIELENSISÄINEN HENGITYS TAULUKKONA

Olemme tiivistäneet taulukkojen muotoon ajatukset mielensisäisestä hengityksestä (Taulukko 1-2), epätasapainoisesta hengityksestä (Taulukko 3) ja psykoterapeuttisesta työskentelystä mielensisäisen hengityksen edistämiseksi (Taulukko 4). Näitä taulukoita voi tarkastella lukemalla niitä alhaalta ylös ja ylhäältä alas ja rinnakkain vastaavia kohtia verraten. Näin syntyy käsitys kokemusten ja ilmaisukyvyn kehityksestä ja kokemisen tasojen välisistä yhteyksistä sekä siitä, että toimivassa mielessä liikkuvuus on ruumiista mielen ja mielestä ruumiiseen.

Ensimmäiseen Taulukkoon 1 on tiivistetty symbolisaatio-reflektiivisen mallin kuvaamaan mielensisäistä liikkuvuutta mielensisäisen hengityksen ilmentäjänä. Toinen

Taulukko 2 kokoaa ajatukset mielensisäisen hengityksen käsitteiden operationalisoinnista eli systemaattisesta määrittelystä. Tämä taulukko on merkityksellinen kaikille niille, jotka haluavat yksityiskohtaisemmin ja tarkemmin tutkia kuvattuja ilmiöitä kliinisessä työssään ja käyttää mallia tutkimustyössä. Taulukko 3 kuvaa epätasapainoista hengitystä, joka on ominaista paniikkihäiriöstä kärsivälle potilaalle. Taulukko 4 auttaa hahmottamaan, minkälaiset hoidolliset tekijät edesauttavat osaltaan mielensisäisen hengityksen kehittymistä.

MIELENSISÄISEN HENGITYKSEN KEHITYS MAIJAN PSYKOFYSISESSÄ PSYKOTERAPIASSA

Seuraavassa vinjetissä kuvataan Maijan (peitenimi) hoitoa, joka on ollut hoidollisena prosessina lyhytkestoinen. Maijan traumaattiset kokemukset ajoittuvat kehityksellisesti myöhäiseen vaiheeseen, puberteetti-ikään. Maijan varhaisen kehityksen perusta on ollut monelta osalta riittävän hyvä, mutta hänen tarinansa kuvastaa sitä, miten myös myöhemmin kehitysvaiheessa koettu ylivoimainen menetys voi aikaansaada mielensisäisen hengityksen ja fyysisen hengityksen häiriintymistä.

Maija oli lapsena energinen ja uskalias, mutta toisaalta myös herkästi hermostuva, milloin pelkäsi käärmeitä, milloin ampiaisia. Äidin rauhoittelu auttoi, hänen syliinsä saattoi mennä isompanakin. Äiti kuunteli ja otti vakavasti. Toisaalta oli myös hetkiä, jolloin Maijan pelkoihin suhtauduttiin vähättelevästi sanomalla esimerkiksi ”höpö-höpö”. Näin Maija oppi itsekin vähitellen vähättelemään pelkojaan ja ahdistavia kokemuksiaan. Suhde äitiin oli kuitenkin hyvä ja läheinen, isää Maija piti etäisenä, koska tämä ei ole juuri ilmaissut tunteitaan.

Äiti sairastui rintasyöpään, kun Maija oli 15-vuotias. Kuoleman mahdollisuudesta ei puhuttu, koska ennuste oli hyvä ja äiti vaikutti rauhalliselta sairastamisensa ajan. Maijakaan

Mielensisäinen hengitys – mielensisäinen liikkuvuus

4. Kokemuksia tarkasteleva ja yhdistävä mielen toiminto (=reflektiivis-integratiivinen kyky)

Kyky ymmärtää ja yhdistää erilaisia tunneperäisiä kokemuksia.

Kyky ymmärtää molemminpuolisesti toinen toisensa kokemuksia.

Kyky ymmärtää omia ja toisen kokemisen tasojen välisiä yhteyksiä sekä kyky liikkua niiden välillä joustavasti.

3. Sovittuja merkkejä käyttävä (esim. kielellinen) kokeminen ja viestintä

Opitaan sanoja tunteille sekä muita ruumiillisiin kokemuksiin pohjautuvia käsitteitä.

Opitaan vuorovaikutuksessa ymmärtämään ja käyttämään tarpeita, haluja ja toiveita kuvaavia sanoja sekä niihin liittyen rajaa ilmaisevia sanoja ”kyllä” ja ”ei”.

2. Mielikuvallinen kokeminen, sanaton viestintä

Varhaiset kokemukset tallentuvat aistillisiksi, vuorovaikutuskokemuksiin sidotuiksi mielikuviksi itsestä ja toisesta.

Lapsi

- Kokonaan hyvä/kokonaan paha-mielikuvat syntyvät. Osa mielikuvista torjutaan piilotajuntaan.
- Pahat mielikuvat vartioivat hyvää: lapsen mielikuvat noidista ja tulta syöksevista lohikäärmeistä sitovat pahat mielikuvat äidistä.

Hoivanantaja

- Ymmärtää vaistonvaraisesti toisen kehitystä/tilaa.
- Hyvä (äidin rakkaus, kiintymys) säätelee molempien pahoja kokemuksia (kielteisten tunteiden hallitsematonta purkautumista).

1. Eriytymättömät fysiologiset aistimukset ja kokonaisvaltaiset tunne- (=affekti)kokemukset, yhteisaistimuksellinen viestintä

Ruumiillisissa vuorovaikutuksissa äidin ja lapsen välillä syntyvät ensimmäiset ruumiillisesti koetut kokonaisvaltaiset tunnekokemukset ja mielen toiminnan eriytymätön pohja.

Lapsi aistii

- näkee
- kuulee
- tuntee
- maistaa, haistaa
- sisätuntoaisti
- konesteettinen yhteisaistimuksellinen ”6. aisti”

Hoivanantaja havaitsee / kykenee

- näkee lapsen sellaisena kuin tämä on
- kuulee intuitiivisesti sanattoman viestin
- ymmärtää kosketuksen välityksellä
- arvostaa lapsen mieltymyksiä
- soinnuttaa implisiittisen viestinnän avulla
- sopeuttaa rytmiään intuitiivisesti
- houkuttelee lasta kontaktiin

*Kyky hengitysrytmin säätelyyn on kirjoitettu perimäämme,
mutta mielensisäisen hengityksen kyvyn omaksumme varhaisessa vuorovaikutuksessa.*

ei äidin mahdollista kuolemaa pelännyt, aina-kaan tietoisesti. Äiti parani ja kaikki oli hetken aikaa hyvin. Parin vuoden päästä äidille ilmaantui vatsakipukohtauksia. Maijan paniikkikohtaukset alkoivat samoihin aikoihin, 17-vuotiaana, aivan yllättäen eikä niille tunnut olevan mitään syytä. Maija haki omaaloitteisesti apua koulun terveydenhoitajalta, joka oli ymmärtäväinen, lämmin ihminen, ja tilanne rauhoittui. Oireilua ei kuitenkaan osattu yhdistää äidin kokemuksiin koviin kipuihin, ikään kuin nämä kaksi asiaa eivät mitenkään olisi liittyneet yhteen. Jonkin ajan päästä äidin vatsakivut diagnosoitiin munasarjasyöväksi. Äiti kuoli, kun Maija oli 19-vuotias abiturientti. Maijan mielestä äidin kuolema ei ollut mitenkään traumaattinen kokemus. Päinvastoin hän ihmetteli, kun ihmiset sanoivat ”sinulla täytyy olla tosi raskasta”. Isäkään ei näyttänyt ulkoisesti surevan eikä asiaa käsitelty tunnetasolla mitenkään.

Maijan kotoa muutto toiselle puolelle Suomea sujui ongelmitta. Opinnot etenivät ja Maija valmistui ensimmäisestä tutkinnostaan normaalissa ajassa. Hän sai omalta alaltaan vakituisen työn ja aloitti uudet opinnot kokopäivätyön ohella. Stressi alkoi lisääntyä. Erityisen ongelmallinen vaihe alkoi Maijan ollessa 29-vuotias. Tuli pahoja paniikkikohtauksia ja kamala ahdistus, kokonaisvaltaista, käsittämätöntä pahan olon tunnetta, jota ei voinut ymmärtää (Taulukko 3). Hermostuneisuus oireita kohtaan lisäsi niitä entisestään. Paniikkituntemusten yhteydessä Maija myös voi pahoin eikä voinut syödä. Se oli pelottavaa, koska Maija koki menettävänsä voimansa herkästi ja pelkäsi laihtumista. Ulkonaisesti elämä oli kuitenkin kunnossa, Maijalla on hyvä ammatti, parisuhde, ystäviä, harrastuksia ja hän oli elämänsä kaikin puolin tyytyväinen. Vain oireilu häiritsi selviytymistä. Mikään ei tuntunut edelleenkaan selittävän oireilua.

Maija aloitti somaattisesti oireileville tarkoitettussa psykofyysisessä ryhmässä. Maija piti

ryhmästä, jonka aikana oireilu hieman lievenytti. Puoli vuotta ryhmän päättymisen jälkeen hän hakeutui ryhmää ohjanneen psykologin vastaanotolle, koska paniikkioireet palasivat. Myös migreeni oli alkanut vaivata yhä useammin. Toisella käynnillä äidin kuolema tuli puheeksi. Maija kertoi siitä aiempaan tapaan kevyesti todeten, ettei menetys ollut vaikea asia. Keskustellessa psykologi alkoi kokea vastatunteena voimakasta, pakahduttavaa surun tunnetta ja halua itkä (Taulukko 1). Hän ihmetteli ääneen sitä, ettei Maija ollut matkan varrella tuntenut surua tai pelkoja. Psykologi kysyi, miltä tuntuu, kun ei voi paniikkituntemusten kohdalla soittaa äidille ja kertoa niistä. Kysymys sai Maijan itkemään ja toteamaan, että oikeastaan haluaisi nimenomaan kertoa äidille kaikesta siitä, mikä on itselle vaikeaa. Itkeminen yllätti Maijan täysin, koska hän ei ollut itkenyt äitiä juurikaan. Kolmannella käynnillä Maija kertoi, että hän on alkanut paniikkituntemuksen aikana ajatella äitiä. Ajatus äidistä tuntui rauhoittavalta, se sai oireet tasaantumaan. Hän on myös nähnyt unta äidistä, mitä ei ole tapahtunut vuosiin. Unessa vanhentunut äiti oli pienempi ja hauraampi kuin millaisena Maija todellisen äidin muisti. Unessa äiti ja Maija halasivat ja Maija koki uskaltavansa kohdata äidin haavoittuvuuden aivan toisella tavalla kuin nuorena äidin ollessa sairas. Myöhemmillä käynneillä äidistä puhuminen ja surun käsittelemisen on tuonut paniikkikohtauksiin uudenlaisia merkityksellisyyttä. Oma tarina tuntuu nyt ymmärrettävältä sen sijaan, että se olisi käsittämätöntä, arvaamatonta ja epämääräistä.

Kuvatussa kliinisessä vinjetissä Maijalla oli olemassa perusvalmiudet mielen sisäiseen hengitykseen (Taulukko 1-2). Käsittelemätön äidin traumaattinen menetys oli johtanut kuitenkin mielen hengityksen osittaiseen poiskytkemiseen, kun hänellä ei ollut käytettävissä tunnetasolla tärkeää toista ihmistä, jonka kanssa hän olisi voinut tunnetasolla työstää äidin menetystä ja siihen liittyvää surua. Psykologin kanssa toteutunut lyhytkestoinen terapeutinen työ-

Merkkijärjestelmään perustuvien (= psykosemioottisten) kokemistapojen järjestelmällinen määrittely

4. Kokemuksia tarkasteleva ja yhdistävä mielen toiminto (=reflektiivis-integratiivinen kyky)

Kyky tarkastella itsen ja tunnetasolla tärkeän toisen erillisiä mielentiloja aikaulottuvuudella.

Sisältää:

Kyky liittää yhteen erilaisia kokemuksia, sisältäen kyvyn verrata omia kokemuksia tunnetasolla tärkeän toisen ihmisen kokemuksiin.

Ei sisällä:

Käyttäytyminen ja puhe ilman vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa toteutuvien, kummankin osapuolen sanottavien tunnetilojen tarkastelua.

3. Sovittuja merkkejä käyttävä (esimerkiksi sanallinen) kokemus

Mieli luo sovittuja merkkejä (=sopimussymboleja) tuntemuksille, tunteille ja ajatuksille.

Sisältää:

Yksilö käyttää sanallisia symboleja sitomaan ja kuvaamaan erilaisia tuntemuksia, tunteita ja ajatuksia. Sanallisten symbolien avulla yksilö luo käsitteitä, joiden avulla hän voi ilmaista tarpeenmukaisia mielentiloja.

Ei sisällä:

Käyttäytyminen ja puhe ilman kohdennusta affektiivisiin mielentiloihin ja sanallisesti ilmaistavissa oleviin tarpeenmukaisiin emotionaalisiin mielentiloihin vuorovaikutuksessa itsen ja tunnetasolla tärkeän toisen ihmisen kanssa.

2. Mielikuvallinen (=ikoninen) kokemus

Kokonaisvaltaisesti koettujen tunteiden liikkeelle panemat, tunnetasolla tärkeään toiseen ihmiseen liittyvät tarpeenmukaiset emotionaaliset sanattomat mielentilat.

Sisältää:

Välittömät, tarpeenmukaiset itsen ja tunnetasolla tärkeään toiseen liittyvät mielentilat esimerkiksi kuvitelmissa, unissa, pukeutumistyyliissä tai automaattisissa oireellisissa käyttäytymistavoissa kuten syömishäiriöissä ja viiltelyssä.

Ei sisällä:

Käyttäytyminen ja puhe ilman kohdennusta affektiivisiin mielentiloihin ja tarpeenmukaisiin, sanattomasti ilmaistuihin emotionaalisiin mielentiloihin vuorovaikutuksessa itsen ja tunnetasolla tärkeän toisen ihmisen kanssa.

1. Eriytymätön (= indeksikaalinen) tunnekokemus

Kokonaisvaltaiset eriytymättömät tunnetilat (=affektiiviset mielentilat). Henkilö ilmaisee tunnetasolla tärkeässä vuorovaikutuksessa, kuinka hän voi.

Sisältää:

Eriytymättömät, kokonaisvaltaisesti ja ruumiillisesti koetut mielentilat, kuten tyydytyksen tuoma hyvinvoinnin mielentila tai kokonaisvaltaisen pahoinvoinnin mielentila esimerkiksi paniikkiahdistuksessa.

Ei sisällä:

Käyttäytyminen ja puhe ilman kohdennusta kokonaisvaltaisesti koettuihin mielentiloihin itsen ja tunnetasolla tärkeän toisen ihmisen kanssa.

Ei ole mieltä ilman ruumiillisuutta, mutta ruumiillisuutta voi olla ilman mielensisäistä hengitystä.

kentely oli tässä tapauksessa riittävää stimuloimaan menetyksen käsittelyn liikkeelle ja sitä kautta edesauttoi mielen liikkuvuuden ja mielen hengityksen palautumista (Taulukko 4). Miелensisäisen hengityksen palautuminen (yhteys sisäiseen äitiin) puolestaan johti paniikkihäiriöoireilun väistymiseen sekä fyysisen hengityksen tasapainottumiseen.

MIELENSISÄISEN HENGITYKSEN KEHITYS MARIAN PSYKOANALYYTTISESSA PSYKOTERAPIASSA

Havainnollistamme seuraavassa kvalitatiivista psykoanalyttista tapaustutkimusmenetelmää (Keinänen 2006; Keinänen ja Engblom 2007) käyttäen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän psykoterapiapotilaan hoitoa, jotta voimme kuvata yksityiskohtaisesti symbolisaatioilmiöitä. Tarkastelemme psykoterapiamateriaalia edellä kuvatun neliportaisen symbolisaatio-reflektiokykymallin avulla havainnollistaen siten miелensisäisen hengityksen kehitystä hoitoprosessissa.

Marian terapian alkuvaihe - eriytymättömän (indeksikaalisen) kokemisen ja kuvallisen (ikonisen) ilmaisun symbolinen prosessi

Marian hoitoprosessia on aiemmin kuvattu symbolisaatio-reflektiokyvyn kehittymisen näkökulmasta (Keinänen 2006; Keinänen ja Engblom 2007).

Hoidon alussa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä Maria (peitenimi) oli kykenemätön prosessoimaan mielessään omaa erillisyyttään suhteessa tunnetasolla merkitsevään toiseen ihmiseen. Tämä indeksikaalinen kokemistapa ilmeni tunnusomaisesti eriytymättömänä, kaikenkattavana pahanolontunteena Marian yksin ollessa, vallaten paniikinomaisesti hänen mielensä. Paniikkiahdistus ilmeni tyypillisesti voimakkaana hengenahdistuksena, kuristuksen tunteena kurkussa, paineena rinnassa sekä sydämen tykytyksenä, joiden keskellä hän pelkäsi kuolevansa. Yksin ollessa Maria kärsi myös

tyhjyydentunteen sävyttämästä lamaavasta mäsennuksesta.

Kun Marialla ei ollut eväitä käsitellä yksinolo-kokemuksen nostattamia, itsesäätelykyvyn ylittäviä voimakkaita paniikkiahdistuksen tunteita sisäisessä maailmassaan, hänellä oli kaksi vaihtoehtoa. Toinen vaihtoehto oli paeta paha oloa toisen ihmisen luo ja toinen vaihtoehto oli yrittää eri tavoin hävittää kaikenkattavan pahanolontunteen virittämä ahdistus itsensä. Tunteiden hävittämiskeinona Maria käytti mielen tyhjentämistä. Tämä ilmeni terapiassa Marian kuvaamina tyhjyydentunteina. Näillä hyökkäyksillä omaa sisäistä kokemista vastaan Maria pyrkii hävittämään kokonaisvaltaisen, indeksikaalisen pahanolon itsestään yksin ollessaan. Marian pahaolo kulminoitui kuitenkin toistuvasti eroja edeltäviin tai yksin ollessa ilmeneviin voimakkaisiin paniikkiahdistustiloihin, joiden keskellä hän pelkäsi kuolevansa.

Epävakaan persoonallisuushäiriön terapian (käyntitiheys kaksi kertaa viikossa) alkuvaiheessa vallitsevana kokemistapana on yleensä indeksikaalinen symbolisaatio. Maria kuvasi eri tavoin tunnetilojaan, joiden vallitsevana sisältönä olivat joko ruumiillisesti koetun mielihyvän (toisen läsnäolon) tai mielihäviön (toisen poissaolon) kokonaisvaltaisen kokemisen sävyt. Oman erillisyyden kokemisen suhteen Maria oli vielä ihminen vailla minuutta (Keinänen 2006; Keinänen ja Engblom 2007).

Terapian edetessä Maria alkoi oireilla uusilla tavoilla, esim. oksentamalla ja itsetuhoylykkein. Tunteiden toimintaan purkamisen avulla Maria pyrki aktiivisesti ruumisminää käyttäen purkamaan itsestä sietämättömiltä tunteet eron ja erillisyyden kokemisen tunteet. Tässä merkityksessä olivat myös itsetuhoylykkeet: jos yksin oleminen ja siten erillisyyden tuntuivat liian vaikealta sietää, Maria ajatteli voitavansa kontrolloida niitä joko vahingoittamalla itseään tai tappamalla itsensä.

Verrattuna aiempaan kokonaisvaltaiseen koke-

*Epätasapainoinen hengitys***4. Tunteita ja ajatuksia tarkasteleva ja yhdistävä (=reflektiivis-integratiivinen) kokeminen / vasta-
vuoroinen viestintä**

Ei pysty hengittämään rauhallisesti/ajattelemaan selkeästi voimakkaiden/epäselvien tunteiden vuoksi.
Tunteita ja ajatuksia tarkastelevaa ja yhdistelevää kykyä ei ole tai sitä ei osata käyttää.
Vaikeita tai intiimejä asioita/tunteita ei ole totuttu jakamaan.

3. Sovittuja merkkejä käyttävä (=sopimussymbolinen, esim. kielellinen) kokeminen ja viestintä

Vähän tai ei ollenkaan sanoja tunteille ja mielikuville.
Hengityskatkoksia, nielemistä, nopea/kapea/pinnallinen/pumppaava hengitys.
Epätasapainoinen hengityslihasten käyttötapa.
Selkärangan joustava dynaamisuus häiriintynyt ja lantionseutu liikkumaton.

2. Mielikuvallinen (=ikoninen) kokeminen, sanaton viestintä

Ei mielikuvia, tai mielikuvat torjuttuja, outoja tai pelottavia.
”Jos yritän kuulostella hengitystäni, ahdistun.”
”Miltä hengityksen pitäisi tuntua?”
”Mikä on mielikuva?” / ”Minulla ei ole mielikuvitusta.”
”Mitä tekemistä mielikuvilla on pahoinvointini kanssa?”
”Tarvitsen neuvoja, joiden avulla päästä oireista.”
”Koska tehdään varsinaisia hengitysharjoituksia?”
Vaatimus oikean hengityksen oppimisesta.
Tekeminen tuttua, oleminen vaikeaa.
Turvallisuus = toisen tarpeisiin ja toiveisiin mukautumista.

1. Eriytymättömät fysiologiset aistimukset ja kokonaisvaltaiset tunne(=affekti)kokemukset, yhteisaistimuksellinen viestintä

Täydellinen sopeutuminen ulkoisiin tai sisäisiin odotuksiin ja vaatimuksiin.
Oireet ilmenevät lihasjännityksen ja veren happo-emäs -tasapainon välityksellä.
Vaikeiden kokemusten säätely fyysisen hengityksen avulla.
Omiin aisteihin ei luoteta.
Pelkkä oleminen ei riitä.
Antautuminen maan vetovoimalle (rentoutuminen) ei mahdollista.
Valmiustila/taistelu-pakoreaktio aktivoituvat herkästi.
Omasta ruumiista nousevat impulssit ovat pelottavia ja tuntemattomia.
Pelko/häpeä säätelevät olemassaoloa.
Rajattomuus.
Paniikkioireita.
Rauhoittava toinen puuttuu, ei kykyä rauhoittua.

”Pelkään, sillä en saa riittävästi ilmaa.”

miseen nähden Marian itsensä ja toisen kokemisessa kokonaan hyväksi (tarvetydytys) tai kokonaan pahoiksi (tarvefrustraatio) on sen sijaan jo mukana pyrkimys käsitellä heräviä tunteita ja tarpeita eriytyneellä psyykkisellä tasolla, symbolisen prosessin näkökulmasta katsottuna ikonista eli kuvallista symbolifunktiota käyttäen. Tässä vaiheessa Maria ei vielä kyennyt refleктоimaan eron ja erillisyyden kokemista suhteessa toiseen suhdetta tarkastellen vaan käytti ikonista (kuvallista) symbolisaatiota psyykkisenä työstämiskanavana. Kokeminen oli edelleen tarpeista lähtien välitöntä, mutta ruumiillisesta eriytymättömästä kokonaisvaltaisesta (indeksikaalisesta) kokemistavasta sen erotti juuri ikoniseen, itsen ja toisen tarvepohjaiseen läsnäolo- tai poissaolokokemuksiin pohjaava symbolinen prosessi.

Kuvallisen kokemuksen vaiheessa Maria käytti edelleen erityyppistä toimimista ikonisen symbolifunktion tasolla, jolloin oiretason toimiminen (esim. oksentaminen) tuntui nyt olevan selvästi yhteydessä eroihin tunnetasolla tärkeästä toisesta eikä enää pelkästään kokonaisvaltaisista olotiloista lähtevää fyysistä oirehdintaa.

Siirtyminen tunteiden havainnoimiskyvyn (reflektiokyvyn) ja sanallisen ilmaisun (verbaalisymbolisaation) käyttöön

Edellä olemme kuvanneet symbolisen prosessin muotoja Marian hoidossa, jotka ovat epävakaan persoonallisuushäiriön psykoterapiassa hoidon alkuvaiheessa vallalla olevia kokemuksen prosessointitapoja. Lähdemme siitä, että muutkin symbolisaation muodot ovat jo saarekkeisina olemassa, mutta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas ei vielä kykene käyttämään niitä johdonmukaisesti kokemustensa psyykkiseen työstämiseen.

Symbolisen prosessin kehitys etenee asteittain, kuten tässä kliinisisissä esimerkissä kuvaamme. Millä tavalla voidaan ymmärtää epävakaan persoonallisuushäiriön psykoterapiassa siirtymistä indeksikaalis-ikonisesta kokemisesta ver-

baalisymbolisaatiota hyödyntävän reflektiokyvyn käyttöön? Siirtymää edeltävät nähdäksemme tietyt ennakkomerkit, vaikka varsinainen siirtyminen psykoterapiaprosessissa tulee esille monesti hyppäyksellisenä muutoksena. Terapian edetessä Marian puhumistavassa oli havaittavissa muutos, vaikka hän edelleen puhuikin esimerkiksi itsemurhasta keinona päästä eroon tuskallisista tunteistaan, yleensä liittyen erillisyyden herättämien tunteiden kokemisen vaikeuteen. Marian äänensävy ja tapa käyttää sanoja saivat uudenlaisen painotuksen – niissä ei enää ollut samaa ei-sanallisesti aistittavissa ollutta vaihtoehdottomuutta eikä kireän toivotonta sävyä, mikä oli luonteenomaista aiemmalle, epävakaan persoonallisuuden puhetavalle.

Marian varsinainen siirtyminen reflektiokyvyn käyttöön psykoterapiassa tapahtui kuitenkin tiettyä rajattuna ajankohtana. Maria alkoi käyttää tunteiden omakohtaista reflektiota toisen terapiavuoden kesälomataujan jälkeen voituaan hoidossa sisäistää vakaan mielikuvan terapeutista ja itsestään. Mistä tämä psyykkisen kehityksen keskeinen muutos oli peräisin? Kysymystä voidaan tarkastella monesta näkökulmasta ja sen taustalla on löydettävissä useita psykodynaamisia tekijöitä. Siten tässä esittämämme symbolisaation näkökulma tarkastella psykoterapiaprosessia ei ole varmastikaan ainoa tapa, mutta tarjoaa nähdäksemme uuden spesifisen tien tarkastella psykoanalyttisen terapian keskeisiä kuratiivisia tekijöitä. Seuraamme tarkastelussa edellä teoreettisessa osassa kuvattua symbolisaation kehitystä.

Psykoterapiaprosessissa ovat koko ajan mukana edellä kuvaamamme kaikki symbolisen prosessin eri tasot. Jokainen terapiatunti tallentui eriytymättömänä tunnekokemuksena Marian mieleen, muodostaen mielen peruskudoksen sekä hyvänolon- että pahanolonsävyisine indeksikaalisine tunteineen. Terapeutin rauhallinen selkeä perusasenne tallentui Marian mieleen eriytymättömänä indeksikaalisena hyvänolontunteena, jota Winnicott

Mielen hengitys, tunteensiirto (=transferenssi)dynamiikka ja psykoterapeutin tehtävät

4. Tunteita ja ajatuksia tarkasteleva ja yhdistävä kokeminen/vastavuoroinen viestintä

Psykoterapeutin tehtävä: havainnoida vastavuoroisessa vuoropuhelussa potilaan tunneilmaisua suhteessa psykoterapeuttiin (käyttäen apuna omia vastatunteita).

Ymmärrys kokemusten vaikutuksesta siihen, millaisena toisen kokee.

Tavoitteena on potilaan psykoterapeuttiin kohdentamien, aiemmista tunnesuhteista peräisin olevien tunteiden tunnistaminen, ristiriitojen esille saaminen sekä tulkinta siten, että potilas vapautuu elämään nykysuhteissa ja kykenee luomaan tunneperäisen elämäkertomuksen.

3. Sovittuja merkkejä käyttävä (esim. kielellinen) kokeminen ja viestintä

Psykoterapeutin tehtävä potilaan verbaalisesti ilmaistavan mielikuvamaailman vahvistamisessa (omat vastatunteet huomioiden).

Terapeutti asennoituu kiinnostusta osoittaen potilaaseen ottaakseen selvää, mitä potilaan mielessä liikkuu ja voidakseen ymmärtää hänen mielenliikkeitään sanallisesti: ”Miltä ruumiissa tuntuu?”, ”Miltä hengitys tuntuu?”, ”Mitä tunnet?”

Potilaan sanattoman kommunikaation sanoittaminen sekä tarpeiden ja halujen liittäminen emotionaaliin mielikuvuihin; mentalisaatio (=mielellistäminen).

Kuvataan sitä, miten kullakin hetkellä terapeutin tunnevuoropuhelun ymmärtää, stimuloidaan potilaan sanallista itsekokemuksen ilmaisua.

Hyvien ja pahojen mielikuvien havainnoiminen ja niiden yhdistäminen terapiassa.

Unien kanssa työskenteleminen emotionaalisten tarpeiden ja halujen sanoittamiseksi.

2. Mielikuvallinen kokeminen, sanaton viestintä

Psykoterapeutin tehtävä potilaan sanattoman mielikuvamaailman vahvistamisessa (huomioiden omat vastatunteet).

Hyvien ja pahojen mielikuvien havainnoiminen ja empaattinen sanoittava kuvaaminen.

Potilaan tekemien piirustusten käyttö mielikuvien hahmottamiseen.

Unien kanssa työskentely mielikuvamaailman elävöittämiseksi.

Sanattomien viestien ja ruumiintunteiden havainnointi ja yhteys toisiinsa: esim. psykoterapeutin ruumiintunteukset – potilaan ilmeet, eleet, äänenpaino ja muu ruumiinkieli.

Potilaan ruumiinkuvan hahmottaminen terapiassa ja sitä kautta ruumiin rajojen tunnistaminen/vahvistaminen.

1. Eriytymättömät fysiologiset aistimukset ja kokonaisvaltaiset tunnekokemukset,

yhteisaistimuksellinen viestintä

Psykoterapeutin tehtävä potilaan mielen peruskudoksen vahvistamisessa (omat vastatunteet huomioiden).

Vakaa tunneperäinen, hyväksyvä läsnäolo ja saatavilla olo.

Tunneperäinen virittäytyminen potilaan kokonaisvaltaisten tunteiden aaltopituudelle.

Potilaan käyttäytymisen liittäminen kokonaisvaltaisten tunteiden maailmaan.

Tunteiden hyväksyminen ja vahvistaminen ja tilan luominen sille, että saa olla vain, sellaisena kuin on.

Oman rauhoittavan hengityksen havainnoiminen ja huomioonottaminen.

Oman ruumiin aistiminen, kuuntelu ja arvostaminen perustana toisen ymmärtämiselle.

Tilan luominen toisen tasapainoisen ruumiillisen ja mielensisäisen hengityksen kehitykselle.

(1974) on kuvannut vastaavana kuin pieni lapsi kokee imetyksen eriytymättömänä tyydyttävänä tapahtumana. Erotilanteiden herättämät kaoottiset ylistimulaatiot tallentuivat voimakkaina indeksikaalisina pahanolon tunteina, joissa Marialla ei ollut yhteyttä tarvetta tyydyttävään toiseen. Tämän tunteen Maria eliminoi yksin ollessaan hyökkäämällä omaa kokemistaan vastaan – ja sen jälkeen usein jähmettymällä paikalleen jääden tuijotamaan eteensä horrostilassa.

Tästä peruskudoksesta erosivat ikoniset kuvat itsestä ja terapeutista, jotka olivat sidottuja välittömään kokemukseen terapeutin läsnäolosta (hyvät ikoniset kuvat) tai poissaolosta (pahat ikoniset kuvat). Terapian edetessä nämä kokonaan hyvät ja kokonaan pahat mielikuvat asteittain kehittyivät ja lujittuivat Marian mielessä. Terapiaprosessissa Maria työsti erityisesti pahoja itse- ja objekti-ikoneja terapeutista toiminnallisista, esimerkiksi bulimian oirein.

Terapeutin merkitys tässä vuoropuhelussa on potilaan kokemuksen mahdollisimman tarkka empaattinen kuvaaminen verbaalisymbolisaatiota käyttäen samalla kun hän säilyttää koko ajan rauhallisen perusasenteen. Potilas sisäistää toistuvista terapiatunneista terapeutin asenteen ensin yleistyneeksi, indeksikaaliseksi rauhoittavaksi vuorovaikutuskokemukseksi, joka terapian edetessä ja potilaan kyetessä ikonisen tason erillisyyteen alkaa tulla esiin potilaan pehmeämpiä ikonisina äänenävyinä jo ennen kuin hänen puheensa sisällöissä on havaittavissa muutosta. Tähän prosessiin kytkeytyy johdannaisena terapeutin empaattisen kuvaustavan sisäistys: se, että potilas alkaa nimetä aiemmin tunnistamattomia, usein kaotettavia tunteita ja saada niihin sitä kautta reflektiivistä otetta – on kehittynyt reflektiokyky. Potilas on nyt kyennyt siirtymään välittömästä tyydytyksestä realiteettiperiaatteen mukaiseen tyydytykseen.

Kun Maria voi huomata, että terapeutti oli riittävän luotettava terapeutina – tämä pala-

si toistuvien taukojen jälkeen sovitusti ja sieti potilaan aggressioita ja toivottomuutta, säilyttään samalla terapeutin roolin – Maria alkoi toisen kesälomatauon jälkeen itse reflektoida tunteitaan ja sisäistä maailmaansa. Tämä koko terapian kannalta ratkaiseva muutos tapahtui kun: 1) Maria kykeni irrottautumaan välittömästä ikonisesta hyvä-pahasymbolifunktiosta sanomalla ei välittömille tarpeilleen ja haluilleen, ja kun: 2) Maria kykeni samaistumalla terapeutin empatiakykyyn omaksumaan omakohtaisen reflektiokyvyn sekä ottamaan käyttöönsä verbaalisymbolisaation tunteiden sanalliseen kuvaamiseen (Keinänen 2006). Näin lohkotut hyvät ja pahat itse- ja objektimielikuvat olivat liitettävissä vakaiksi kokonaiskuviksi itsestä ja toisesta. Maria kuvasi tätä muutosprosessia terapiassa omin sanoin: ”Olen alkanut asua itsessäni”.

Tästä eteenpäin hän omaksui reflektiokyvyn pysyvästi (lukuun ottamatta joitakin kriisitilanteita) omaksi rakenteekseen. Diagnostisesti tarkastellen voi sanoa, että hän siirtyi tuona hetkenä rajatilapersoonallisuudesta neurootiseen maailmaan. Muutos oli monella tavalla mieleenpainuva. Hänen olemuksensa oli rauhallisempi, harkitsevampi ja vakaampi. Maria kärsi edelleen ajoittain masennuksesta, mutta siinä oli toisenlainen, vähemmän kireä ja tulevaisuuden mahdollisuuksia sisältävä sävy. Maria oli alkanut hänen omia sanojaan käyttäen asua itsessään. Marialle muodostui kyky tarkastella persoonallisuuttaan tässä ja nyt sekä myös aikaulottuvuudella. Hän oli saavuttanut kyvyn hengittää mielensisäisesti. Maria alkoi nyt tutkia masennuksensa historiallista alkupehettä, jota kautta löytyi yhteys hänen oman äitinsä masennukseen Marian varhaislapsuudessa. Surun ja ilon tunteet tulivat Marialle uudella tavalla merkitseviksi. Hän tajusi, mitä hän kehityksensä varhaisvuosina oli menettänyt, kyeten nyt aidosti näkemään vanhempiensa puutteet, mutta samalla myös heidän rajallisen tapansa rakastaa (Keinänen 2006; Keinänen ja Engblom 2007).

Marian omaksuma mielensisäinen hengitys, johon liittyi kyky tunneperäisen oman elämän kertomuksen rakentamiseen, oli myös psykoterapeutille sekä huojentava että iloa tuottava kokemus. Tästä eteenpäin psykoterapeutilla oli yhteistyökumppani, jonka kanssa voi tehdä vastavuoroisesti yhteistyötä hengittävän ihmissuhteen luomassa jaetussa kokemusmaailmassa.

LÄHTEET:

Keinänen, M. 2006. Psychosemiosis as a Key to Body-Mind Continuum: The Reinforcement of Symbolization-Reflectiveness in Psychotherapy. New York USA: Nova Science Publishers Inc. https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?cPath=23_132_108&products_id=2229

Keinänen M & Engblom P. 2007. Nuoren Aikuisen Psykodynaaminen Psykoterapia. Helsinki: Duodecim and YTHS.

Lehtonen, J, Partanen, J, Purhonen, M, Valkonen-Korhonen, M, Saarikoski, S, Launila, K. 2006. Nascent body ego. Metapsychological and neurophysiological aspects. International Journal of Psychoanalysis 87, 1335-1353.

Martin, M, Seppä, M. Lehtinen, P, Törö T, Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.

Winnicott, D. 1974. Playing and Reality. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books Ltd.



Matti Keinänen
Psykiatrian ja kliinisen
psykologian dosentti
psykoterapeutti VET
(Valvira)
psykoterapiakouluttaja
(Helsingin
Psykoterapiayhdistys ry)



Minna Martin
PsM, psykologi
psykoterapeutti YET
(Valvira)