

Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä

Mentalisaatio on kyky pitää mielessä mieli, oma ja toisen. Ilman mentalisaatiokykyä ihminen on kyvytön ennakoimaan omia ja toisen reaktioita eri tilanteissa ja säätelämään omia tunnetilojaan. Puutteellinen mentalisaatiokyky tekee elämän arvaamattomaksi ja hillittömäksi. Se on yhteydessä epävakaaseen persoonallisuuteen ja myös moiniin muihin psyykkisiin ja neuropsykiatrisiin häiriöihin. Kyky mentalisaatioon kehittyy varhaisessa vuorovaikutussuhteessa, ja se estyy vuorovaikutuksen häiriöissä. Epävakaan persoonallisuuden hoitoon on kehitetty ainakin viisi näyttöön perustuvaa psykoterapiamuotoa. Erilaisista taustateorioista huolimatta kaikissa niissä edistetään potilaan kykyä mentalisaatioon.

Mentalisaatiolla tarkoitetaan kykyä nähdä itsensä ja toinen olentoina, joilla on omat halunsa, uskomuksensa ja päämääränsä. Käsite mentalisaatio ei ole psykoterapian kentässä uusi, mutta Fonagy (1991) on antanut sille merkityksen, joka painottuu ihmissuhteisiin ja tunneilmaisujen säätelyyn. Mentalisaatio ilmenee käytännössä ns. reflektiivisenä toimintona eli ihmisen kykyä kuvata toisen toimintaa mielen käsittein (Steele ja Steele 2008).

Mentalisaatio on kehityksellinen saavutus, ja se vaihtelee samallakin ihmisellä eri tilanteissa (Fonagy ja Target 1996, Fonagy ym. 2002). Havainto puutteellisen mentalisaation yhteydestä psyykkisiin ongelmiin on johtanut sellaisten psykoterapeuttisten menetelmien kehittämiseen, joissa päämääränä on mentalisaatio. Näitä menetelmiä ovat muun muassa kognitiivinen käyttäytymisterapia (Björqvinsson ja Hart 2006), skeematerapia (Gieseblou ym. 2006), dialektinen käyttäytymiste-

rapia (Lewis 2006) ja mentalisaatioon perustuva psykoterapia (Bateman ja Fonagy 2004 ja 2006). Tietoista tunnetilojen mentalisaatiota käytetään myös preventiivisesti muun muassa pikkulapsien ja vanhemman suhteeseen kohdistuvassa työssä (Pajulo 2004, Slade 2004), kouluväkivallan rajoittamisessa (Twemlow ja Fonagy 2006), lasten kasvatuksessa (Sadler ym. 2006) ja psykoedukaatiossa (Haslam-Hopwood ym. 2006). Mentalisaatiokyky vaikuttaa olevan psyykkisen hyvinvoinnin kulmakivi, ja jokainen vaikuttava psykoterapiamuoto johtaa potilaan mentalisaatiokyvyn korjaantumiseen (Allen 2006).

Mentalisaatiokyvyn kehittyminen

Fonagy ym. ovat yhdistäneet eri tutkimushavaintoja lapsen mielen kehityksestä teoriaksi, joka kuvaa, miten lapsi askel askeleelta kasvaa kohti kykyä nähdä mieli mielessä eli kykyä mentalisaatioon (Fonagy 1989 ja 1991, Fonagy ja Target 1996 ja 2000, Fonagy ym. 2002).

Ihmislapsen mieli ja myös mentalisaatiokyky kehittyvät varhaisessa vuorovaikutussuhteessa (Fonagy ym. 2002, Pajulo 2004, Slade 2004, Kalland 2006). Vanhemman oma kyky mentalisaatioon auttaa häntä näkemään lapsensa intentionaalisen olentona, jolla on omat halunsa ja uskomuksensa. Tällöin vanhempi kykenee eläytymään lapsensa mieleen ja hän vastaa lapsen kokonaisvaltaisiin ruumiillisiin ja tunneviesteihin riittävän oikein, jolloin lapsi saa kokemuksen oman olonsa muuttumisesta vanhemman hoivan ja kannattelun myötä (Fonagy ym. 2002, Fonagy 2006, Kalland 2006). Lapsen mieleen tallentuu kokemus vanhemman tunnekokemusta säätelävästä ymmärtävästä asenteesta. Vähitellen lap-

si omaksuu vanhemman mielessä syntyneen kuvan omasta mielestään, omista kokemuk-
sistaan ja tarpeistaan ja saavuttaa siten kyvyn
omien tunnetilojensa säätelyyn (Fonagy ym.
2002, Holmes 2006). Samalla lapselle syntyy
ensimmäinen kokemus vuorovaikutussuh-
teesta ja orastava kokemus omasta vaikuttami-
sesta, jolle puolestaan rakentuu tunne oman
elämänsä toimijana olemisesta (Stern 1985,
Fonagy ym. 2002, Kalland 2006).

Lapsi kykenee jo alle vuoden iässä erotta-
maan oman ja toisen mielen toisistaan (Stern
1985). Noin 2–3 vuoden iässä hän alkaa ym-
märtää, ettei kaikki ole välttämättä sitä, miltä
se näyttää. Kivi, joka on maalattu näyttämään
kissalta, on edelleen kivi. Siihen, että lapsi tie-
dostaa erilaisten uskomusten ja luulojen ole-
massaolon, perustuu myös ns. mielen teoria.
Lapsi tietää esimerkiksi, että sisko, joka on
nukahtanut kotona ja herää päiväuniltaan iso-
äidin luona, tulee hämmästyneeseen, koska tämä
luulee olevansa edelleen kotona. Siskolla on
siis eri luulo asiantilasta. Lapsi omaksuu mie-
len teorian vähitellen. Noin kolmen vuoden
iässä hän tietää, että ihmisillä on erilaisia luu-
loja asioista ja että he sen perusteella tekevät
niistä erilaisia päätelmiä, mutta hän ei vielä ta-
juua, että heillä on myös omat halunsa (Fonagy
ym. 2002).

Vaikka lapsi tässä vaiheessa ymmärtää, että
hänellä ja toisella ihmisellä voi olla erilaisia
ajatuksia ja uskomuksia samasta asiasta, ei hän
vielä silti erota omaa sisäistä maailmaansa ul-
koisesta. Fonagy kutsuu ilmiötä psyykkiseksi
ekvivalenssiksi. Tällä hän tarkoittaa sitä, että
sisäiset kokemukset ja ulkoinen todellisuus
ymmärretään samana (Fonagy ja Target 1996
ja 2000, Fonagy ym. 2002). Lapsella ei ole ai-
kuisen kykyä arvioida esimerkiksi todellista
ulkoista uhkaa, jolloin mielikuvista syntyvä
pelko on yhtä todellinen kuin jos pelon aihe-
uttaja olisi ulkoinen vaaratilanne. Siis kun lapsi
pelkää pimeää, täytyy pimeässä olla jotain oi-
keasti pelättävää, vaikkapa mörköjä tai kroko-
tiili sängyn alla.

Mutta lapset eivät elä pelkästään annetuissa
todellisuudessa, vaan he leikkivät todellisuut-
ta. Leikkiessään lapset voivat kuvitella, kilpail-
la ja luoda mielikuvitusmaailmoja. Leikki an-

taa heille myös mahdollisuuden paeta todelli-
suutta, jos se on liian tuskallinen tai pelottava,
ja käsitellä vaikeita ja pelottavia asioita (Fona-
gy ja Target 1996 ja 2000, Fonagy ym. 2002,
Kalland 2006). Lapsi voi esimerkiksi kohdata
vanhempiansa menettämisen pelon leikkimäl-
lä pientä kissanpentua, joka on kadottanut
emonsa. Kun emo leikissä löytää pentunsa,
voi lapsi sekä tunnistaa pelkonsa että löytämi-
sen riemunsa ilman psyykkisen ekvivalenssin
vaiheen pakottavaa ja uhkaavaa todellisuuden
kokemusta. Tämä ei ole vielä mentalisaatiota,
sillä ajattelu on mahdollista vain leikin ajan
eikä lapsi kykene vielä siirtämään sitä todelli-
seen elämäänsä. Lapsi ei esimerkiksi pysty vie-
lä sanomaan ”leikin tätä leikkiä, koska kaipa-
an kovasti äitiä ja pelkään menettäväni hänet”.
Psyykkisessä ekvivalenssissa lapsen maailmaa
värittää teleologinen asennoituminen ulko-
maailmaan ja toisiin, mikä tarkoittaa, että lapsi
tekee päätelmiä toisen ihmisen aikomuksista
ja tunteista sen perusteella, miltä hänestä it-
sestään tuntuu. Jos äiti on tuottanut lapselle
pahan mielen, on äiti paha (Fonagy ym. 2002,
Kalland 2006).

Vanhemmat ja vanhemmat sisarukset aut-
tavat lasta muun muassa leikkiessään yhdis-
tämään nämä kaksi vaihetta toisiinsa men-
talisatiokyvyksi, joka on havaittavissa noin
4–5 vuoden iässä. Leikissä esimerkiksi isä voi
olla pelottava leijona ja samaan aikaan lapsi
näkee, että hän on vain leijonaa leikkivä isä.
Lapsi tajuaa näin sisäisen ja ulkoisen todelli-
suuden välisen eron ja sen, että ajatukset ovat
vain ajatuksia, joihin voi vaikuttaa. Lapsella on
nyt kyky ymmärtää, että itsellä ja toisella on
erilaisia mielentiloja, uskomuksia ja toiveita,
jotka ohjaavat omaa ja toisen toimintaa. Jos
siis tietää, millaisia omat tai toisen halut ja us-
komukset ovat, voi ennakoida, mitä itse tulee
kokemaan ja kuinka toinen tulee toimimaan.
Tällöin lapsi Fonagyn mukaan on saavuttanut
kyvyn mentalisoida (Fonagy 1989 ja 1991,
Fonagy ja Target 1996 ja 2000, Fonagy ym.
2002).

Tästä seuraa merkittäviä muutoksia. Lapsen
sosiaaliset taidot kasvavat ja hänen kiinnos-
tuksensa toisiin lapsiin lisääntyy (Fonagy ja
Target 1996, Fonagy ym. 2002). Kuudennes-

ta ikävuodesta eteenpäin lapsi alkaa jäsentää muistojaan eheäksi kokonaisuudeksi. Hänelle syntyy kokemus oman elämän jatkuvuudesta, mikä yhtäältä perustuu mentalisaatiokykyyn ja toisaalta edistää sitä (Fonagy ym. 2002). Mentalisaatiokyky kehittyy edelleen nuoruusiässä, jolloin abstrakti ajattelu tekee mahdolliseksi yhä monimutkaisempien yhteyksien ymmärtämisen. Samalla se on edellytys nuoruusiän kehitystehtävälle, oman identiteetin syntymiselle (Fonagy ym. 2002).

Mentalisaatiokyvyn kehityksen esteet

On ymmärrettävää, että turvaton ja väkivaltainen lapsuus, jossa vanhemmat eivät kykene eläytymään lapsensa maailmaan vaan kokevat lapsen tunnetilat itselleen vieraksi ja pelottaviksi, estää mentalisaatiokyvyn kehittymisen. Lapselle ajatus, että vanhempi tietoisesti haluaisi vahingoittaa häntä, on liian kipeä ja pelottava ajateltavaksi, koska lapsi tarvitsee vanhempiaan. Lapsi saattaa silloin ”luopua” mentalisaatiosta suojaksi sitä pelkoa vastaan, jonka ajatus vanhemman väkivaltaisista aikeista voisi herättää. Saavutetun turvallisuuden hinta on kallis, sillä mentalisaatiosta ”luopuminen” jättää lapsen väkivallalle alttiiksi, koska hän ei kykene ilman mentalisaatiota ennakoimaan vanhempansa aikeita ja suojaamaan itseään niiltä. Lapsen hätä ja kyvyttömyys säädellä omia tunnetilojaan ylläpitää hänen riippuvuuttaan väkivaltaisesta vanhemmasta ja johtaa noidanhäähän (Fonagy ym. 2002, Gabbard ym. 2006).

Vanhemman psyykinen sairaus ja mentalisaatiokyvyn puute voivat väkivaltaisuu- den lisäksi estää häntä näkemästä lapsensa mieltä ja olla siten lapsen kehittyvän mentalisaatiokyvyn esteenä (Fonagy ym. 2002, Pajulo 2004, Slade 2004). Lapselle ei silloinkaan synny kokemuksia, joitten avulla hän voisi ymmärtää omaa ja toisen mieltä (Fonagy ym. 2002, Kalland 2006). Pahimmillaan vanhemman eläytymiskyvyttömyys johtaa siihen, että vanhemman lapselle vieras tunnetila, kuten masennus tai ahdistus, asuttaa lapsen mielen ja vaikuttaa häneen kuvaansa omasta itsestään (Kalland 2006). Vieras tunnesisältö häiritsee

lapsen kokemusta itsestään eheänä ja kokemuksellisesti jatkuvana (Fonagy ym. 2002, Kalland 2006). Sen saavuttamiseksi ihminen etsii tiedostamattoman pakon ajamana toista ihmistä, johon voisi ”sijoittaa” itselle vieraan tunnesisällön. Fonagyn mukaan tämä selittäisi epävakaitten potilaitten vaikeudet läheisissä ihmissuhteissa. Oma eheyden kokemus saavutetaan, kun itsessä oleva ”paha” on ”sijoitettu” toiseen, mutta samalla itselle merkittävä ihminen muuttuu ”pahaksi” ja siksi uhkaavaksi (Fonagy ja Target 2000, Fonagy ym. 2002, Kalland 2006).

Etenkin ns. jäsentymätön turvaton kiintymyssuhde johtaa mentalisaatiokyvyttömyyteen ja voisi siten olla eräs epävakaaseen persoonallisuuteen johtava tekijä. Näillä lapsilla on havaittu tarvetta hallita ja manipuloida ympäristöään suojana sen herättämää uhkaa ja turvattomuutta vastaan (Sharp 2006).

Jotkut traumaattisessa ympäristössä kasvanneet lapset herkistyvät toisten tunnetiloille. He tarkkailevat kaiken aikaa ympäristönsä ihmisiä ja pyrkivät nopeasti tulkitsemaan heidän mielialojaan suojautukseen niitten seuraamuksilta. Näitten lasten ja myöhemmin aikuisten nopea toisen tunnetilojen mentalisaatio voi johtaa luulemaan, että heillä on kykyä myös olla mentalisoivassa suhteessa omiin tunnetiloihinsa, mutta se ei valitettavasti pidä paikkaansa (Fonagy ym. 2002).

Mentalisaation häiriö epävakaassa persoonallisuudessa

Epävakaan persoonallisuuden keskeiset oireulottuvuudet, kuten tunne-elämän epävaka- us, käyttäytymisen säätelyn häiriö ja alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmiin (Epävaka- a persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008) ovat Fonagyn ym. mukaan yhteydessä mentalisaatiokyvyn häiriöön. Siitä seuraa, että potilas on altis voimakkaita tunteita herättävissä tilanteissa palaamaan mentalisaatiota edeltävään kokemisen tapaan, jossa hän ei erota ulkoista ja sisäistä todellisuutta toisistaan (psyykinen ekvivalenssi) ja jossa hän tulkitsee toisen ai- keet sen perusteella, miltä ne hänestä tuntuvat (teleologinen asenne). Silloin ihminen menet-

tää kykynsä ajatella omia ja toisen motiiveja, tunteita ja ajatuksia. Toisen toiminta on ennakoinmatonta, mikä tekee ulkoisen maailman ihmisineen pelottavaksi. Toisaalta puutteellinen kosketus omiin tunteisiin tekee ne vaikeasti hallittaviksi ja johtaa impulsiivisuuteen (Fonagy ym. 2002, Bateman ja Fonagy 2004 ja 2006). Tällöin totta on se, mikä tuntuu todelta, ja siksi on oikeutettua käyttäytyä ylimielisesti ja hyökkäävästi niitä kohtaan, jotka ovat tuottaneet itselle mielipahaa, olipa syy mikä tahansa. Epävakaata potilasta saattaa esimerkiksi oikeasti kokea, että terapeutti on hylännyt hänet, kun tämä sairastuu tai lähtee lomalle. Kokemus voi olla niin voimakas, että päästäkseen siitä eroon potilaan on vahingoitettava itseään siinä toivossa, että olo helpottuisi (Bateman ja Fonagy 2004 ja 2006).

Lapsi voi käyttää leikkiä ja mielikuvitusta myös vaikeitten asioiden kieltämiseen. Puuttuvan isän tilalle voidaan luoda esimerkiksi mielikuvitusisä, johon lapsi saattaa vakaasti uskoa. Epävakailla ihmisillä esiintyy samankaltainen ilmiö, jossa liian kipeä kokemus kielletään ja tilalle luodaan toive todellisuudesta. Samalla kosketus omiin tunteisiin kadotetaan. Potilasta saattaa, oltuaan itsemurhayrityksen jälkeen ensiavussa edellisenä iltana, seuraavana päivänä olla terapiassaan kuin mitään ei olisi tapahtunut. Potilaan puhe voi jopa kuulostaa mentalisaatiolta, mitä se ei ole. Sen paljastaa potilaan haluttomuus pysähtyä miettimään omaa ajankohtaista elämäntilannettaan, sen syitä ja seuraamuksia (Fonagy ja Target 1996 ja 2000, Fonagy ym. 2002). Epävakaata ihmistä saattaa heilahdella ”leikin” kokemuksen ja psyykkisen ekvivalenssin välillä. Hän on joko epätoivoinen tai kuin mikään ei kosketaisi häntä. Vasta kun mentalisaatiokyky on saavutettu tai palautettu, hän kykenee käyttämään kuvittelua todellisuuden tarkasteluun ja tunteittensa säätelyyn (Fonagy ja Bateman 2008).

Mentalisaatio epävakaan persoonallisuuden hoidossa

Keskeisimmät näyttöön perustuvat epävakaan persoonallisuuden psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat dialektinen käyttäytymisterapia,

kognitiivinen käyttäytymisterapia, skeemakeskeinen terapia, mentalisaatioon perustuva terapia ja transferenssikeskeinen psykoterapia (Bateman ja Fonagy 2004, Giesen- Bloo ym. 2006, Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008). Koska skeemakeskeinen terapia käyttää teoreettisena lähtökohtanaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa, käsittelemistä viimeksi mainitun yhteydessä (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008). Mentalisaatiokäsite, etenkin tunteiden mentalisaatio, yhdistää epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitettyjä psykoterapiamuotoja. Niinpä jokainen niistä omalla tavallaan tähtää mentalisaatiokyvyn parantamiseen (Bateman ja Fonagy 2006, Björngvinsson ja Hart 2006, Lewis 2006).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian päämääränä on muuttaa ei-tietoinen mentalisaatio tietoiseksi kognitiivisin keinoin. Ihminen saattaa olla itseä koskevien tiedostamattomien kielteisten uskomusten tai sopeutumista haittaavien skeemojen vanki. Ei-tietoinen mentalisaatio johtaa silloin toistamaan edellä mainittuihin uskomuksiin ja skeemoihin perustuvia toimintamalleja, jotka estävät sopeutumista nykytilanteeseen. Skeemakeskeisessä terapiassa ajatellaan ihmisen aikuisena toistavan varhaislapsuudessa tai nuoruudessa syntyneitä kuvioita, skeemoja, jotka sisältävät tunteita, ajatuksia, muistoja ja jopa ruumiillisia kokemuksia, jotka saattavat haitata sopeutumista (Karila 2008). Kognitiivisessa psykoterapiassa ja skeematerapiassa potilasta pysäytetään miettimään sopeutumista haittaavia vääristyneitä, negatiivisia käsityksiään, uskomuksiaan ja skeemojaan, jotka liittyvät usein ihmissuhteiden tulkintaan ja siten juuri mentalisaatioon. Apuna käytetään mindfulness-harjoituksia, joissa opetellaan syventymään omaan tunnetilaan ruumiillisen kokemuksen, etenkin hengityksen avulla ja siten lisäämään mentalisaatio-

Jäsentymätön turvaton kiintymyssuhde lapsuudessa johtaa mentalisaatiokyvyttömyyteen, mikä puolestaan saattaa johtaa epävakaaseen persoonallisuuteen

YDINASIAI

- » Mentalisaatiolla tarkoitetaan kykyä pitää mielessä mieli – oma ja toisen.
- » Varhaislapsuuden turvallinen kiintymyssuhde luo pohjan tunnetilojen mentalisaatiolle ja tunteitten säätelylle.
- » Tunteitten säätelyn häiriötä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä voidaan pitää mentalisaatiokyvyttömyytenä.
- » Epävakaan persoonallisuuden hoidossa käytettävät eri psykoterapiamuodot eroavat toisistaan taustateorioiltaan, mutta niillä on sama päämäärä, mentalisaatio.

tiokykyä. Harjoitusten päämääränä on lisätä ajattelun monimuotoisuutta ja auttaa potilasta näkemään, että hän voi vaikuttaa omiin ajatuksiinsa ja tunnetiloihinsa (Kabat-Zinn 1990, Björgvinsson ja Hart 2006, Giesen-Bloo ym. 2006).

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa päämäärä on nimenomaan mentalisaation käyttö tunneilmaisujen säätelyssä, tunnetilojen mentalisaatio. Siinä korostetaan vastakkaisten tunteitten ja kokemusten olemassaoloa. Terapeutin työskentelyssä sama vastakkaisuus eli dialektisuus ilmenee siinä, että hän sekä ymmärtää epävakaan potilaansa itsetuhoista käytöstä että samanaikaisesti muistuttaa muutoksen tärkeydestä (Holmberg 2008). Potilasta kannustetaan tutkimaan tunteittensa merkitystä yhteyksissä, joissa ne ovat heränneet. Häntä opetetaan sietämään vastakkaisia tunteita ja elämään myös kielteisten tunteittensa kanssa. Potilasta opetetaan ymmärtämään, että omat tunteet vahvistavat minuuden kokemusta ja ylläpitävät todellisuudentajua ja siksi on tärkeää säilyttää yhteys niihin (Lewis 2006).

Transferenssikeskeinen psykoterapia perustuu psykodynaamiseen objektiuhdeteorianaan, jossa ihmisen sisäisen maailman ajatellaan muodostuvan itsen ja objektin välisistä pareista. Siinä oletetaan, että epävakaassa

persoonallisuudessa nämä parit on halkaistu kahtia hyviin ja pahoihin osiin, mikä on seurausta esimerkiksi häiriintyneestä suhteesta lapsuuden vanhempiin. Aikuisina näillä ihmisillä on enemmän voimakkaita negatiivisia tunteita kuin mieltä rauhoittavia positiivisia tunteita, mistä seuraa tunnereaktioitten hallitsemattomuus. Hoito tähtää tunnetilojen tietoiseen mentalisaatioon, joka saavutetaan tulkitsemalla hoitosuhteessa heräviä tunnekokemuksia tässä ja nyt. Potilaan sisäisten objektiuhdeten eheytyessä myönteiset objektimielikuvat alkavat vaikuttaa kielteisiin, jolloin potilaan kyky säädellä kielteisiä tunteitaan mutkikaissa ja ristiriitaisissa ihmissuhteissa kehittyä (Kernberg ym. 2008, Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008).

Mentalisaatioon perustuvassa terapiassa tähdätään mentalisaation syntymiseen ja havainnoimiseen turvallisessa kiintymyssuhteessa terapeuttiin. Terapeutin ote on tutkiva, kiinnostunut ja reflektioiva. Terapeutti kannustaa potilastaan kertomaan omista tunnekokemuksistaan ja ihmissuhteistaan, koska vain tällä tavoin hän voi oppia tuntemaan potilaansa sisäistä maailmaa ja ajatuksia. Hän etsii mielekkyyttä kaikessa potilaan toiminnassa ja auttaa potilasta pohtimaan oman toimintansa lähtökohtia sekä tarjoaa vaihtoehtoisia näkökulmia. Potilaan impulsiivisen ja itsetuhoisen käytöksen lisäksi potilaan terapeutissa herättämät voimakkaat, usein negatiiviset tunteet uhkaavat terapeutin omaa kykyä mentalisaatioon, jonka säilyttäminen ja palauttaminen on onnistuneen hoidon edellytys. Olemalla avoin ja pohtiva terapeutti on mentalisoivana esikuvana potilaille (Bateman ja Fonagy 2004 ja 2006, Fonagy ja Bateman 2008).

Lopuksi

Voisiko mentalisaatio olla se käsite, joka lähentää eri terapiasuuntauksia toisiinsa? Voiko sen avulla löytyä yhteinen teoreettinen kieli? Kaikki tulokselliset psykoterapiat johtavat mentalisaatiokyvyn kehittymiseen (Allen 2006). Eri suuntauksilla on ehkä enemmän yhteistä kuin haluamme myöntää. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa mentalisaatio

näyttäisi olevan eri psykoterapiasuuntauksia yhdistävä tekijä.

Epävakaat potilaat kuormittavat julkista terveydenhoitojärjestelmää (Korkeila 2008). Siksi on tärkeää, että on olemassa helpos- ti omaksuttavia ja näyttöön perustuvia hoito- malleja heidän auttamisekseen. Tieto siitä, että lapsen kyky mentalisaatioon riippuu vanhem- man kyvystä nähdä mieli mielessä ja kehitty-

varhaisessa vuorovaikutussuhteessa (Pajulo 2004, Slade 2004), antaa meille osviittaa siitä, mihin ehkäisevä mielenterveystyö olisi suun- nattava. ■

**ANNELI LARMO, LKT, erikoislääkäri,
koulutusanalytikko**
Suomen psykoanalyttinen yhdistys ja IPA
Kangasvuokontie 5 B 11
00930 Helsinki

KIRJALLISUUTTA

- Allen, JG. Mentalizing in Practice. Kirjas- sa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 3–30.
- Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Mental- ization-based treatment. Oxford: Oxford University Press 2004.
- Bateman A, Fonagy, P. Mentalizing and borderline personality disorder. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 185–200.
- Björgvinsson T, Hart J. Cognitive behav- ioral therapy promotes mentalizing. Kirjas- sa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s.157–70.
- Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline personality. Bulletin Anna Freud Centre 1989;12:91–115.
- Fonagy, P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical consid- erations in the treatment of a borderline patient. Int J Psychoanal 1991;72:639–56.
- Fonagy P. The mentalization-focused approach to social development. England: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 53–99.
- Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. theory of mind and the normal develop- ment of psychic reality. Int J Psychoanal 1996;77:217–33.
- Fonagy P, Target M. Playing with reality: III. the persistence of dual psychic reality in borderline patients. Int J Psychoanal 2000; 81:853–73.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press 2002.
- Fonagy P, Bateman A. Mentalization- based treatment of borderline personal- ity disorder. Kirjassa: Jurist EL, Slade A, Bergner S, toim. Mind to mind. Infant research, neuroscience, and psychoanalysis. New York: Other Press 2008, s. 139–66.
- Gabbard GO, Miller L, Martinez M. A neurobiological perspective on mental-

- izing and internal object relations in traumatized patients with borderline personality disorder. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentaliza- tion-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 123–40.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, ym. Outpatient therapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transfe- rence-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 2006;63:649–58.
- Haslam-Hopwood GTG, Allen JG, Stein A, Bleiberg F. Enhancing mentalizing through psycho-education. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mental- ization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s.249–67.
- Holmberg N. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 222–44.
- Holmes J. Mentalizing from a psycho- analytic perspective: what's new? Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 31–49.
- Kabat-Zinn J. Täyttä elämää. Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauk- sien hoidossa. Helsinki: Basam Books 1990.
- Kalland M. Mentalisaatio, reflektiivinen kyky ja psykoanalyysi Peter Fonagyn ajat- telussa. Kirjassa: Mälkönen K, Sammallahti P, Saraneva K, Sitolahti T, toim. Psykoana- lyyisin isät ja äidit. Teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy 2006, s. 377–95.
- Karila I. Skeematerapia persoonallisuus- häiriöissä. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykot- erapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s.202–21.
- Kernberg O, Diamond D, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy K. Mentalization and attachment in borderline patients in tran- sference focused psychotherapy. Kirjassa: Jurist EL, Slade A, Bergner S, toim. Mind to mind. Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis. New York: Other Press 2008, s.167–201.

- Korkeila J. Psykoterapeuttiset hoito- menetelmät kehittyneet. Duodecim 2008; 47:503–6.
- Epävakaat persoonallisuus [verkkoversio]. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäri- seuran Duodecimin ja Suomen Psykiatri- yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2008 [päivitetty 24.2.2008]. www.kaypahoito.fi
- Lewis L. Enhancing mentalizing capacity through dialectical behavior therapy skills training and positive psychology. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s.171–82.
- Pajulo M. Vauvan tunnetila ja sen säätely – Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. Duodecim 2004;47:2543–9.
- Sadler LS, Slade A, Mayes LC. Minding the baby: a mentalization-based parent- ing program. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 271–88.
- Slade A. Perinataalisen mielenterveys- työn avainasia: vauvan pitäminen äidin mielessä. Psykoterapia 2004;23:185–93.
- Sharp C. Mentalizing problems in child- hood disorders. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treatment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 101–22.
- Steele H, Steele M. On origins of refle- ctive functioning. Kirjassa: Busch FN, toim. Mentalization. Theoretical considerations, research findings, and clinical Implica- tions. New York: The Analytic Press 2008, s. 133–58.
- Stern DN. The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books, Inc., Publishers 1985.
- Twemlow SW, Fonagy P. Transforming violent social systems into non-violent mentalizing systems: an experiment in schools. Kirjassa: Allen JG, Fonagy P, toim. Handbook of mentalization-based treat- ment. England: John Wiley & Sons, Ltd 2006, s. 289–306.

Summary

Mentalization – the ability to keep mind in mind

Mentalization is the ability to keep mind in mind, both one's own and another person's mind. Without mentalization ability, man is unable to anticipate personal and other person's reactions in different situations and to control his/her own emotional states. Insufficient mentalization ability makes life erratic and uncontrollable. It is associated with emotionally unstable personality and other psychic and neuropsychiatric disorders. At least five evidence-based forms of psychotherapy have been developed for the treatment of emotionally unstable personality disorder, all promoting the patient's mentalization ability.

SIDONNAISUUDET

Ei sidonnaisuuksia.