

FYYSINEN KIPU – MIELEN JA KEHON YHTEYS

Teoreettinen viitekehys ja terapeuttihoito

1	Johdanto.....	1
2	Mieli–keho-oireyhtymän psykologia.....	4
2.1	Psykyksen rakenne ja mieli–keho-oireyhtymä.....	4
2.2	Kiintymyssuhde ja lapsuus – Kompleksisten tunteiden synty.....	9
2.3	Altistavat persoonallisuuspiirteet.....	10
2.4	Oireen vaihtuminen ja oireilun pakko.....	12
2.5	Oireisiin liittyvät ajatukset ja tunteet.....	12
3	Mieli–keho-oireyhtymän fysiologia.....	14
3.1	Oireluettelo.....	14
3.2	Selkäkipu.....	15
3.3	Aivot ja autonominen hermosto.....	17
3.4	Ehdollistuminen ja hermoratojen sisäistyminen.....	22
4	Mieli–keho-oireyhtymän diagnosointi.....	25
4.1	Arvioinnin ja tutkimisen.....	25
4.2	Diagnoosi ja hoitopolku.....	27
5	Kognitiivinen ja behavioraalinen hoito.....	31
5.1	Sarnon terapeuttinen hoito-ohjelma.....	31
5.2	Schubinerin terapeuttinen hoito-ohjelma.....	37
6	ISTDP – Tunnekeskeinen hoito.....	44
6.1	ISTDP-viitekehysten psykologiasta.....	44
6.2	Tiedostamaton ahdistus ja defenssit.....	47
6.3	ISTDP:n keskeiset tekniikat.....	51
6.4	Arviointikäynti ja soveltuvuus ISTDP-terapiaan.....	53
6.5	Tiedostamattomien tunteiden mobilisointiasteet.....	56
6.6	Modifioitu ISTDP terveysalan ammattilaisille.....	57
7	Keskustelu.....	62
7.1	Oma kiputarinani.....	62
7.2	Terapeuttisten hoitojen vertailu ja kokemukset.....	65
7.3	Oma teoreettinen ja hoidollinen yhteenveto.....	68
7.4	Mieli–keho-oireyhtymä ja hoitoyhteistyö - tulevaisuus.....	71
8	Yhteenveto.....	73
9	Lähdeluettelo.....	75

1 Johdanto

Tämä lopputyö käsittelee itselleni hyvin henkilökohtaista ja tutuksi tullutta aihetta: mielen ja kehon yhteyttä ja erityisesti mielen sisäisten ristiriitojen ilmenemistä fyysisinä oireina. Lukuisat erilaiset fyysiset oireet, kuten päänsärky, selkä-, niska- ja jalkakivut sekä ruuansulatusjärjestelmän häiriöt, ovat usein luonteeltaan psykosomaattisia.

Ihminen on psykofyysinen kokonaisuus. Mielen ja kehon välillä vallitsevasta saumattomasta yhteydestä ollaan nykyisin yhä paremmin tietoisia. Samalla on kuitenkin todettava, että edelleen esimerkiksi kroonisesti kivusta kärsivä ihminen ei useinkaan saa tarvitsemaansa apua tuskallisiin oireisiinsa. Psykosomaattiset oireet ovat hyvin yleisiä, mutta vielä tänä päivänä hyvin heikosti tunnistettuja. Ihminen, joka kokee sisäistä turvotumusta ja tukahduttaa tunteensa, oireilee usein hyvin moninaisesti. Fyysinen oireilu ajaa ihmisen lääkärin vastaanotolle. Fragmentoituneessa terveydenhuoltojärjestelmässämme potilas tulee oireen perusteella usein ohjatuksi eri alojen erikoislääkärille, ja kokonaiskuva potilaan ongelmista ei säily enää hyvin kenenkään hallussa. Lääkärit eivät ole ensisijaisesti koulutettuja ymmärtämään ihmisen psyykettä, vaan painopiste on kehon hoitamisessa. Tästä johtuen mielen rooli oireiden synnyssä ja juurisyyssä jää usein kokonaan huomiotta ja ymmärtämättä. Tämä voi taas johtaa siihen, että potilas diagnosoidaan väärin, ja hoidosta tulee oireenmukaista eikä todellista ja pysyvämpää toipumista tapahdu.

Oireenmukainen hoito on usein kallista, ja huolimatta uusista hoitomenetelmistä kroonisesta kivusta kärsivien määrä on pikemminkin kasvussa kuin laskussa. Kasvussa ovat myös kroonisen kivun hoitokustannukset. Tämä ilmenee mm. Journal of American Medical Association-lehdessä vuonna 2008 julkaistussa tutkimuksessa, josta ilmenee, että kroonisen kivun hoidon kustannukset ovat kasvaneet vuoteen 2008 mennessä yli 80 miljardiin dollariin vuodessa Yhdysvalloissa (Martin ym., 2008). Institute of Medicine julkaisi vuonna 2011 konsensus-raportin, jonka mukaan yksistään Yhdysvalloissa kroonisesta kivusta kärsii n. 110 miljoonaa ihmistä (Institute of Medicine, 2011). (Schubiner 2016, s.7.) Vuonna 2011 Yhdysvaltojen asukasluku oli n. 311,6 miljoonaa (Google). Tämä tarkoittaa siis sitä, että n. 35 prosenttia yhdysvaltalaisista kamppaili kroonisen kivun kanssa vuonna 2011.

Miltä näyttävät kipuun liittyvät luvut Suomessa? Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan 35 prosenttia aikuisista oli kokenut vähintään 3 kuukautta yhtäjaksoisesti jatkunutta kipua ja päivittäisen kroonisen kivun esiintyvyys oli 14 prosenttia. Kroonisesta kivusta suuri osa liittyy tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Kolme neljästä yli 30-vuotiaasta aikuisesta on kokenut ainakin yhden selkäkipujakson elämänsä aikana. Noin puolella aikuisista on ollut yli viisi selkäkipujaksoa ja viimeisen kuukauden aikana joka kolmas aikuinen on kärsinyt selkäkivusta. Iskias-kipua on ollut lähes 40 prosentilla aikuisista ja heistä joka toisella on ollut yli 5 iskiaskipujaksoa. Neuropaattisen kivun esiintyvyyden on arvioitu olevan 6-8 prosenttia ja fibromyalgian esiintyvyys on 2 prosenttia. Toiminnallisten vatsakipujen (esim. ärtyvän suolen oireyhtymän) arviot heittevät merkittävästi. (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>)

Noin 40 prosenttia lääkärikäynneistä on todettu liittyvän Suomessa kipuun. Kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista selkeästi suurimman osan muodostavat epäsuorat kustannukset, kuten työpoissaolot ja

työkyvyn heikkeneminen. Sairauspäivärahakustannukset tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta olivat vuonna 2013 294,6 miljoonaa euroa. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien työkyvyttömyyseläkekustannukset olivat samana vuonna 691 miljoonaa euroa (n. 31 prosenttia eläkemenosta). Yksistään selkäkipusairaudet aiheuttivat vuonna 2013 118 miljoonan sairauspäivärahakustannukset sekä 346,6 miljoonan euron eläkekustannukset. (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>)

Nämä luvut kertovat siitä tosiasista, että kroonisen kivun hoito on ollut tehotonta. Kaikki krooninen kipu ei ole luonteeltaan psykosomaattista, mutta tässä lopputyössä pyrin mm. osoittamaan, että mieli ja aivot liittyvät keskeisellä tavalla krooniseen kipuun, ja oireisiin on olemassa myös tehokkaita terapeuttisia hoitomuotoja.

Pitäisikö fyysisesti oireilevan ihmisen suunnata suoraan esimerkiksi psykosomaatiikkaan erikoistuneen terapeutin vastaanotolle, käymättä ensin lääkärissä? Nähdäkseni ei pidä (eipä sillä, että Suomesta edes löytyisi suurta joukkoa psykosomaatiikkaan erikoistuneita terapeutteja). Oman lääkärin tulee säilyä fyysisesti oireilevan potilaan yhtenä merkittävänä kontaktina ja huolehtia siitä, että esimerkiksi kaikki vaaralliset sairaudet suljetaan ensin pois. Olisi kuitenkin keskeistä, että lääkärit oppisivat yhä paremmin tunnistamaan lukuisien oireiden psykosomaattiset taustat, jonka jälkeen olisi mahdollista tehdä kokonaan toisenlainen hoitosuunnitelma. Tässä vaiheessa mukaan pitäisi tarvittaessa ottaa myös psykosomaatiikkaan perehtyneet terapeutit.

Arvostettu amerikkalaislääkäri ja Mind Body Medicine Centerin johtaja Howard Schubiner toteaa kirjassaan *Unlearn your pain*, että useimmat ihmisistä kokevat säännöllisesti fyysisiä ja psyykkisiä oireita, jotka ovat seurausta heidän emotionaalisesta tilastaan. Samalla valtava määrä rahaa käytetään näiden oireiden diagnosoimiseen ja hoitamiseen tiedostamatta, että kyse on mieli–keho-oireyhtymästä (MBS = mindbody syndrome). Mikäli mieli–keho-oireyhtymä olisi laajasti tunnistettu ja hyväksytty, lukuisien ihmisten oireet voitaisiin hoitaa tehokkaasti ja terveydenhuollon kustannuksia voitaisiin laskea merkittävästi. (Schubiner 2016, s. 63.)

Tämän lopputyön keskeisenä tavoitteena on luoda kokonaisvaltainen katsaus mieli–keho-oireyhtymään. Mieli–keho-oireyhtymällä tarkoitetaan ryhmää erilaisia fyysisiä oireita, jotka ovat seurausta mielen ja kehon välisestä vuorovaikutuksesta. Kun puhun mieli–keho-oireyhtymästä, käytän läpi tämän lopputyön usein lyhennettä MBS, joka viittaa mieli–keho-oireyhtymän englanninkieliseen nimeen. Tarkastelen, mitkä ovat MBS-oireiden juurisyyt psykologisesta näkökulmasta katsottuna. Tämän lisäksi tarkastelen MBS-oireilun fysiologista puolta, esimerkiksi sitä, mitä aivoissamme tapahtuu oireilun hetkellä ja minkälaisia viestejä aivot välittävät keholle autonomisen hermoston ja immuunijärjestelmän välityksellä. Kerron myös, mitkä ovat tavanomaisia MBS-oireita. Oireluettelo on keskeinen mm. siksi, että ihmisillä on mahdollisuus tunnistaa ja epäillä kärsivänsä psykosomaattisista oireista. Kun MBS-diagnoosi on tehty, itse hoito määräytyy harvoin oireen perusteella, sillä mieli–keho-oireyhtymästä kärsivä ihminen tarvitsee usein hyvin samantyyppistä hoitoa riippumatta itse oireesta. Luon lisäksi katsauksen tutkimusaineistoon, joka tukee sitä käsitystä, että monet fyysiset kivut (ja muut oireet) ovat seurausta mielen sisäisistä ristiriidoista ja tukahdutetuista tunteista. Tämän lisäksi lopputyössä syvennytään mieli–keho-oireyhtymän diagnosointiin, terapeuttisiin hoitomuotoihin ja siihen mitkä ovat keskeisiä askeleita ja menetelmiä toipumisen tiellä.

Olen erityiskiitoksen velkaa lääkäri Antti Heikkilälle, jonka vastaanotolla minulla syntyi ensi kertaa ymmärrys mielen vaikutuksesta fyysiseen hyvinvointini. Yhtä suuren kiitoksen haluan välittää jo edesmenneelle lääkäri John E. Sarnolle, jonka kirjat olivat itselleni aivan keskeisessä asemassa toipumisessani elämäni täysin pysäyttäneistä voimakkaista jalkakivuista.

2 Mieli–keho-oireyhtymän psykologia

Psykosomatiikan ja mieli–keho-oireyhtymän hoidon todellinen uranuurtaja ja pioneeri on nyt jo edesmennyt amerikkalaislääkäri ja kliinisen kuntoutuksen professori John E. Sarno (1923–2017). Hän tunnisti ilmiön jo 70-luvulla ja antoi sille ensin nimen TMS (= tension myoneural syndrome). Tension-sanalla Sarno viittaa tunteisiin, jotka heräävät tiedostamattomassa mielessä ja jotka suurelta osin säilyvät siellä. Tämä johtaa paineeseen jännitystilaan, joka on keskeinen syytekijä psykosomaattisen oireilun synnyssä. Myoneural-sanalla Sarno viittaa sekä lihaksiin (myo), että hermoihin (neural), jotka ovat osallisena psykosomaattisen kivun synnyssä. (Sarno, *Healing back pain*, 1991).

Myöhemmin Sarno havaitsi, että oireilu ei ilmene ainoastaan lihaksissa ja hermoissa vaan myös jänteisessä ja nivelsiteissä. Tämän lisäksi Sarno oppi potilastyöskentelyn kautta, että psykosomaattiseen oireistoon liittyi myös monenlaisia muita oireita, jotka selittyivät immuunijärjestelmän sekä sydän- ja verisuonijärjestelmän toimintahäiriöillä. Monet Sarnon kirjoja lukeneet raportoivat hänelle kirjan luettuaan toipuneensa yllättäen sekä kivuista että mm. ihottumista ja muista immuunijärjestelmän häiriöihin liittyvistä tiloista. (Sarno, *Healing back pain*, 1991).

Nykyisin onkin yleistymässä MBS-termin käyttö, mikä kuvaa kattavammin ja yleisemmin oireistoa, joka on seurausta mielen ristiriidoista sekä mielen ja kehon saumattomasta yhteydestä. Vakiintunut nimitys, joka kuvaa ilmiötä, hakee kuitenkin edelleen muotoaan. Alan asiantuntijat ovat käyttäneet viimeisimmissä julkaisuissa samasta ilmiöstä myös lyhennettä PPD (= psychophysiologic disorders).

Monien on vaikea uskoa, että voimakas fyysinen kipu ja muut dramaattiset fyysiset oireet voivat olla kokonaan mielen ja kehon vuorovaikutuksesta johtuvaa. Itse asiassa se on erittäin yleistä. Kehollisia reaktioita eri mielen tiloihin ilmenee suurimmalla osalla ihmisistä tasaisin väliajoin. Me emme vain huomaa niitä tai liitämme ne puhtaasti fyysisiin syihin. Kun tulet tietoiseksi tästä, opit näkemään merkkejä tästä yhteydestä niin itsessäsi, perheessäsi kuin ystävässäsi. (Schubiner 2016, s.39.)

2.1 Psykyen rakenne ja mieli–keho-oireyhtymä

John Sarno ei tukeutunut alun perin psykologisiin teorioihin hoitaessaan kipupotilaitaan, mutta taitavana klinikkona hän observoi ja oppi potilailtaan paljon. Hän huomioi kivusta kärsivien potilaidensa sairaushistorian, josta hän löysi paljon oireita, joita hän jo entuudestaan piti psykosomaattisina. Vasta hoitojen ja kokemuksen karttuessa hän alkoi perehtyä Sigmund Freudin teorioihin ihmisen psyyken rakenteesta, mikä lisäsi merkittävällä tavalla Sarnon ymmärrystä siitä, mitkä voimat vaikuttivat hänen potilaidensa kipujen ja muiden MBS-oireiden taustalla. Sarnon teoria psykosomaattisen kivun synnyttä pohjautuukin Freudin perustavanlaatuisiin psykoanalyttisiin konsepteihin. Freudin teorian avulla Sarno käsitti mielen jakautumisen tietoiseen ja tiedostamattomaan ja kuinka suuri osa ihmisen tunteista sijaitsee tiedostamattomassa mielessä (Sarno 1991).

Freud jakoi ihmisen psyyken kolmeen pääkomponenttiin: id, ego ja superego. Freudin teorian mukaan id (viettipohja) on ainoa psyyken komponentti, joka on olemassa heti syntymästä lähtien. Tämä puoli persoonastamme sijaitsee kokonaan tiedostamattomassa mielessä ja se vastaa primitiivisistä ja vaistojen varaisista käyttäytymismalleistamme. Idiä ajaa mielihyväperiaate, joka tähtää välittömään mielihyvään, toiveiden ja tarpeiden tyydytykseen. Mikäli nämä tarpeet eivät tule tyydytetyiksi, seurauksena on ahdistusta ja jännittyneisyyttä. Idin tunnereaktiot ovat voimakkaita. Vastasyntyneellä vauvalla idin rooli on hyvin keskeinen, ja se pyrkii varmistamaan, että vauvan tarpeet tulevat tyydytetyiksi. Vauva ilmaisee itseään esimerkiksi itkemällä, kunnes vanhemmat tyydyttävät lapsen tarpeen. Idiin pohjautuvaan toimintaan ei liity järkeilyä, vaan se on vaistonvaraista suoraan tarpeen tyydytykseen tähtäävää. Mikäli suora tarpeen tyydytys ei toteudu, pyrkii id primääriprosessin mukaan luomaan mielikuvan tai fantasian tarpeen tyydytyksestä purkaakseen jännitystä, joka on seurausta mielihyväperiaatteesta. Vaikka ihmiset oppivat kasvaessaan kontrolloimaan idiä, säilyy tämä osa ihmisen persoonaa samanlaisena läpi elämän. Kun psyyken muut komponentit, ego ja superego, kehittyvät, ne mahdollistavat ihmisen toimimisen siten, että se on sekä realistista ja sosiaalisesti hyväksyttävää. (<https://www.verywellmind.com/the-id-ego-and-superego-2795951>)

Freudin psykoanalyttisessä teoriassa ego (=minä) on psyyken komponentti, joka on vastuussa todellisuuden kanssa toimimisesta. Freudin mukaan ego kehittyy idin pohjalta, ja sen tehtävänä on varmistaa, että idin tarpeet ja toiveet tulevat ilmaistuksi tavalla, joka on mahdollista ja hyväksyttävää todellisessa maailmassa. Ego sijaitsee ja toimii sekä tietoisessa että tiedostamattomassa mielessä. Teorian mukaan ego toimii todellisuusperiaatteen mukaisesti. Ego siis punnitsee plussia ja miinuksia, ennen kuin se päättää toimia tai hylätä idin impulssit. Tämä saattaa tarkoittaa myös tarpeen tyydytyksen odottamista hieman pidempään. Freud vertasi egoa ja idiä hevoseen ja ratsastajaan. Id on hevonen, joka tuottaa voiman ja liikkeen, kun taas ego on ratsastaja, joka vastaa liikkeen suunnasta ja ohjaamisesta. Teorian mukaan ego pyrkii sekundääriprosessin avulla löytämään todellisesta maailmasta idin mielikuvaa vastaavan tarpeen tyydytyksen, jonka kautta ego:n ja idin välille syntynyt psykologinen jännite purkaantuu. (<https://www.verywellmind.com/the-id-ego-and-superego-2795951>)

Ego on siis eräänlainen mielen päätöksentekijä. Ego tekee päätöksiä niin tietoisessa mielessä kuin tiedostamattomassakin. Egolla on käytössään myös monenlaisia puolustusmekanismeja, joihin se tarpeen vaatiessa turvautuu. Yksi tämän lopputyön keskeisistä väittämistä on, että yksi egon tiedostamattoman puolen puolustusmekanismeista on mieli–keho-oireyhtymä eli fyysiset oireet, kuten kipu. Tähän palaan tarkemmin myöhemmin.

Superego (=yliminä) on psyyken komponentti, joka vastaa moraalisisista standardeista ja ideaaleista, joita ihminen sisäistää vanhemmilta ja yhteiskunnalta. Täällä sijaitsevat myös meidän käsityksemme oikeasta ja väärästä sekä säännöt soveliaasta käytöksestä, jotka periytyvät pääosin vanhemmilta ja muilta auktoriteeteilta. Superego sisältää myös niin kutsutun omantunnon, ja sitä vastaan toimiminen johtaa usein syyllisyyden ja katumuksen tunteisiin. Superego pyrkii tekemään toiminnastamme täydellistä ja hyväksyttävää. Se pyrkii tukahduttamaan ja painamaan alas idin halut ja tarpeet, joita se ei katso hyväksyttäviksi. Samalla se pyrkii vaikuttamaan egoon, jotta se tekisi päätökset idealististen normiensä perusteella. Superego sijaitsee osin tiedostamattomassa ja osin tietoisessa mielessä. Superegon kehitys alkaa Freudin teorian mukaan noin viiden vuoden iässä. (<https://www.verywellmind.com/the-id-ego-and-superego-2795951>)

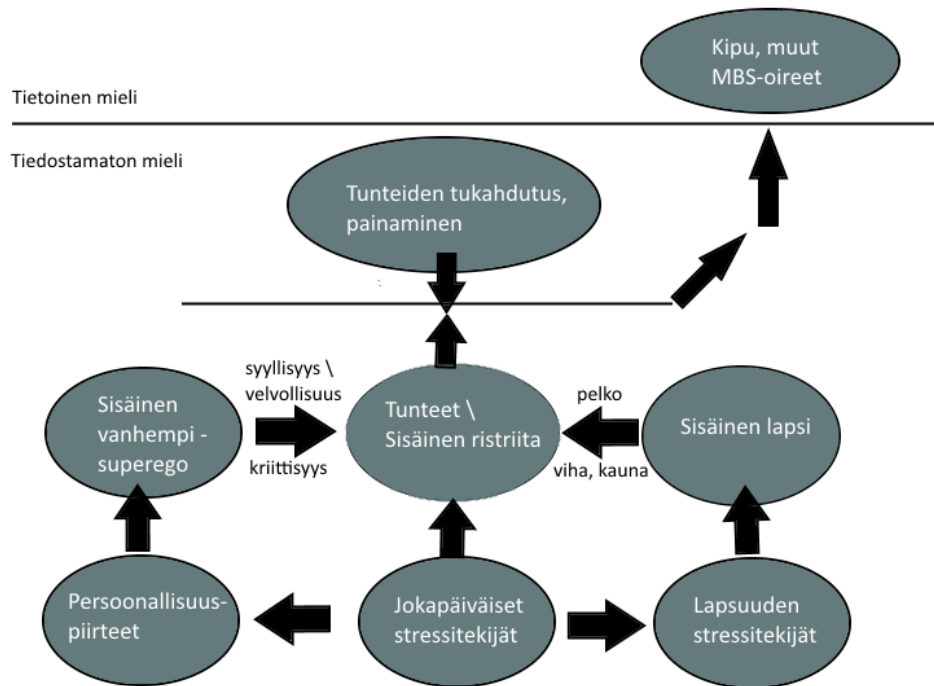
Vaikka Freudin esittämässä mallissa psyyke on jaettu selkeästi kolmeen eri komponenttiin, on hyvä muistaa, että nämä kolme komponenttia eivät todellisuudessa ole täysin toisistaan erillisiä ja selvärajaisia entiteettejä. Psykyen eri puolet ovat dynaamisia ja jatkuvassa sisäisessä vuorovaikutuksessa keskenään.

Yllä olevien komponenttien kuvauksien perusteella on kuitenkin helppo käsittää, millaisia keskenään kilpailevia voimia kehittyy psyyken eri komponenttien välille. Erityisesti superego ja id ovat usein jatkuvassa konfliktissa keskenään, ja ego yrittää tasapainoilla niiden välillä. Freudin mukaan terveellä persoonalla onkin hyvä tasapaino näiden kolmen eri komponentin välillä. Mikäli esimerkiksi id on ylidominoiva, saattaa henkilö käyttäytyä hyvin impulsiivisesti ja rajattomasti. Häntä ohjaavat siis suoraan idin voimakkaat impulssit, jotka voisivat näyttäytyä esimerkiksi rikollisena käyttäytymisenä. Sen sijaan hyvin vahva ja dominoiva superego voi johtaa personaalisuuteen, joka on hyvin vaativa itseä ja muita kohtaan, tai hänellä saattaa olla vahva moraalinen ja käsitys oikeasta ja väärästä. Vahvan superegon omaavat persoonat voivat olla alttiita perfektionismiin, kiltteyteen jne. (<https://www.verywellmind.com/the-id-ego-and-superego-2795951>)

Mieli–keho-oireyhtymä ja mielen ristiriita

Erityisesti vahvan superegon omaavat persoonallisuudet ovat alttiita kärsimään mieli–keho-oireyhtymästä. Superego ja id ovat tällöin jatkuvassa konfliktissa keskenään, mikä herättää idissä hyvin voimakkaita tunteita, kuten suoranaista vihaa, raivoa, pelkoa, surua, häpeää ja syyllisyyttä. Samalla kuitenkin voimakkaan superegon omaavat henkilöt usein painavat nämä tunteet alas, eivätkä salli niiden nousua tiedostamattomasta tietoiseen mieleen. Tällaisessa tilanteessa fyysinen oire kuten kipu, saattaa olla ainoa asia, josta ihminen on tietoinen.

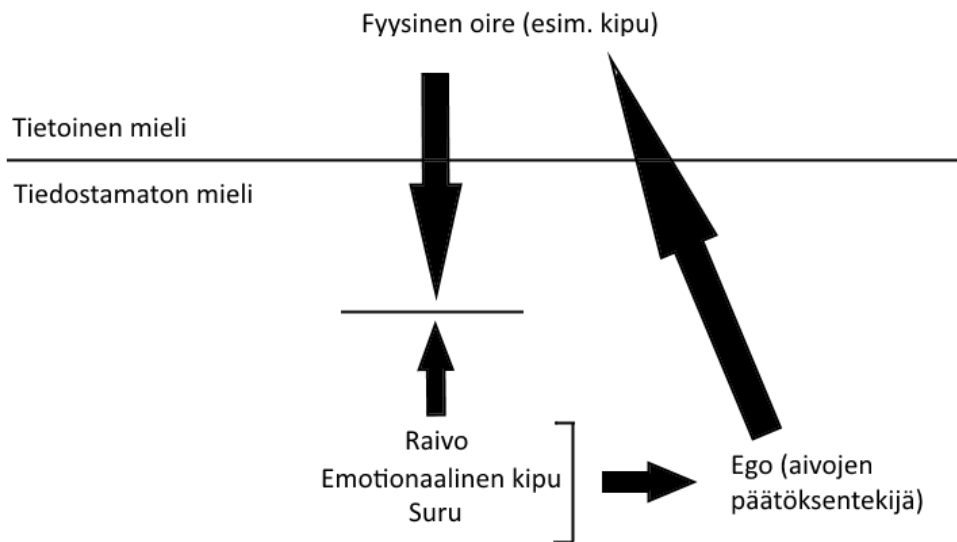
Mielikeho oireyhtymän psykologia



Kuva 1: Mieli–keho-oireyhtymän psykologia (Schubiner, 2016, s. 52)

Yllä oleva kuva havainnollistaa tätä tiedostamattoman mielen sisäistä konfliktia. Sisäisen lapsen tunnetiloihin vaikuttavat niin lapsuudessa koetut traumat ja väärinkohtelut kuin myös tässä hetkessä tapahtuvat stressaavat tekijät. Kun koemme stressiä aikuisuudessa, se saattaa triggeröidä lapsuutemme vastaavan tunneilmas-ton kokemuksia ja tunteita. Stressi käynnistää myös ihmiselle tyypilliset toiminta- ja selviytymismallit (per-soonallisuuspiirteet), jotka usein vain voimistavat sisäisen vanhemman (superego) ja sisäisen lapsen välistä ristiriitaa ja siihen liittyviä tunteita. Tästä tunteikkaasta konfliktista on pohjimmiltaan kyse, kun puhutaan mielen sisäisestä ristiriidasta MBS-oireiden taustalla. (Schubiner, 2016, s. 52–53.)

Nämä voimakkaat tunteet saattavat suurimmillaan olla suoranainen uhka koko ihmisen minuuden kokemuk-selle, ja mm. siksi ego saattaa tulkita ne liian uhkaaviksi, eikä salli niiden nousemista tietoisuuteen. Tällöin egon tiedostamaton osa saattaa tehdä valinnan luoda jokin fyysinen oire, jonka tarkoituksena on siirtää tie-toisen mielen huomio fyysiseen oireeseen, pois uhkaavista tietoisuuteen pyrkivistä tunteista.



Kuva 2: TMS-/MBS-oireen synty (Sarno, 2006, s. 91)

Kuva 2 korostaa sitä, että päätös kivun ja/tai oireen luomisesta tapahtuu tiedostamattomassa mielessä. Kyseessä ei siis ole ihmisen tietoinen valinta. Aivojen päätöksentekijä, ego, on tietoinen tukahdutetuista tunteista ja niiden uhkaavuudesta. Ego tekee johtopäätöksen, että sen on tehtävä jotain estääkseen tunteiden nousemista tietoisuuteen. Ego käsittää, että fyysinen oire, kuten kipu, pystyy tehokkaasti viemään ihmisen tietoisuuden huomion. Lopputuloksena syntyy siis esimerkiksi kivun aistimus, joka on Sarnon käsityksen mukaan peräisin lievästä hapen puutteesta lihaksissa, hermoissa, jänteissä tai nivelsiteissä. (Sarno, 2006, s. 91–92.)

Kivun tarkoitus

Sarno toteaa alun perin käsittäneensä psykosomaattiset oireet ensisijaisesti tukahdutettujen tuskallisten tunteiden korvikkeena tai purkautumisena fyysisessä muodossa. Sarnon kanssa yhteistyötä tehnyt psykoanalyttikko Stanley Coen ehdotti kuitenkin, että kyseessä on todennäköisesti puolustuskeino myrkyllistä tiedostamatonta tunneilmiötä vastaan. Tätä tulkintaa puoltaa se tosiasia, että monet henkilöt toipuvat jopa erittäin nopeasti saatuaan oikeaa tietoa ja ymmärrystä oirehtimisestaan. Sarno kertoo kirjassaan yhtenä esimerkkinä nuoresta miehestä, joka kärsi vakavista jalkakivuista. Lukiessaan Sarnon julkaisemaa Healing Back Pain-kirjaa mies oli yhtäkkiä oivaltanut kaiken ja käsittänyt, että hän vihasi omaa hyvin vastuullista työtään ja sen hänelle tuottamia paineita. Tämän oivalluksen jälkeen kipu katosi välittömästi. Sarno on saanut lukuisia vastaavia kirjeitä kirjojensa lukijoilta, missä he kertovat vapautuneensa kivuistaan vain kirjan lukemalla. (Sarno, 2006, s. 90.)

Voin myös itse kertoa hyvin vastaavan omakohtaisen kokemuksen. Olin kärsinyt hyvin voimakkaista jalkakivuista jo kuukausia lukiessani samaista kirjaa. Olin saanut ensikosketuksen aiheeseen Antti Heikkilän vastaanotolla, mutta muistan edelleen elävästi sen helpotuksen, jota koin kirjaa lukiessani. Oireiden uhka

ja pelottavuus alkoivat heiketä dramaattisesti lukiessani, ja sen seurauksena myös kivut alkoivat jo kirjaa lukiessa helpottaa merkittävästi.

Miksi näin käy? Juuri mm. tämän kaltaiset lukuisat nopeat ”ihmeperantumiset” puhuvat sen puolesta, että kipu on psyyken puolustusmekanismi uhkaavia tunteita vastaan. Kun tämä egon älykäs strategia paljastetaan kirjan / luennoinnin kautta tietoiselle mielelle, defensi paljastuu ja sen teho katoaa ja oirehdinta lakkaa. Samalla on kuitenkin todettava, että mikäli kivun taustalla vaikuttaa vaikeampi sisäinen konflikti, saattaa henkilö kehittää nopeasti jonkin uuden oireen, jonka kyky viedä mielen huomio on suurempi, sillä kyseinen oire on uusi ja siksi potentiaalisesti pelottava ja tietoisesti mielen huomiota vaativa. Käsittelen tätä asiaa tarkemmin luvussa 2.4 – Oireen vaihtuminen ja oireilun pakko.

Toinen tapa ymmärtää MBS-oireiden merkitys on nähdä ne eräänlaisina kehollisina varoitussignaaleina, joiden tarkoitus herättää meidät muuttamaan jotakin elämässämme (Schubiner 2016, s. 75). Kun ihminen oivaltaa lukiessaan varoitussignaalien merkityksen, voi se jo yksin saada aikaan oireiden helpotuksen.

2.2 Kiintymyssuhde ja lapsuus – Kompleksisten tunteiden synty

Psykiatri Allan Abbas, tunnettu intensiivisen lyhytkestoisen psykodynaamisen terapian (ISTDP) tutkija ja kliininen spesialisti, korostaa erityisesti kiintymyssuhdetrauman merkitystä voimakkaiden tukahdutettujen tunteiden synnyssä. Trauma voi olla seurausta esimerkiksi vanhemman mielenterveysongelmista, kuolemasta, hyväksikäytöstä, tai lapsen joutumisesta erilleen vanhemmasta tai monista muista mahdollisista lievemmistä syistä, jotka aiheuttavat ongelmia kiintymyssuhteessa. Mikäli lapsi pystyy käsittelemään trauman aiheuttaman voimakkaan henkisen kivun rakkaimpiensa kanssa, hänen kehityksensä voi jatkua normaalina ja hän kykenee aikuisuudessa läheisiin ihmissuhteisiin. Jos tämä ei kuitenkaan toteudu, hän oppii välttelemään tunteitaan ja läheisiä ihmissuhteita, jotka herättävät vaikeat käsittelemättömät tunteet. Hän voi kärsiä ahdistuksesta läheisissä ihmissuhteissa. (A. Abbas, 2015, s. 7–8.)

Voimakas kipu menetyksestä voi mobilisoida raivoa, joka kohdistuu menetettyyn, poissaolevaan, hyväksikäyttävään tai jollakin tavoin kaltoin kohtelevaan vanhempaan. Jos lapsi ei voi tukeutua vanhempaansa tunteiden käsittelyssä, hän turvautuu defenseseihinsä. Tietoiset raivon tunteet tuottavat kärsimystä, joten lapsi hautaa tunteet tiedostamattomaan. Lapsi ei osaa kuitenkaan erotella tunteita teoistaan, ja hän tavallaan kuvittelee panneensa tunteensa ja murhaavan raivonsa käytäntöön. Lopputuloksena hänellä on tiedostamattomassaan kompleksisia rakkauden, kivun, raivon ja syyllisyyden tunteita vanhempaansa kohtaan. Tästä seuraa se, että lapsi pelkää olla lähellä tunteitaan ja ihmisiä, jotka laukaisevat hänessä näitä tunteita. Näistä lähtökodista aikuisuuteen ponnistanut ihminen voi kärsiä mm. itsetuhoisuudesta, fyysisistä kivuista ja sairauksista, masennuksesta, ahdistuksesta tai anoreksiasta. Mitä aikaisemmin trauma on tapahtunut, sitä voimakkaampia ovat henkisen kivun, raivon ja syyllisyyden tunteet, jotka taas vaativat entistä voimakkaampia defensesjä pysyäkseen tiedostamattomassa. (A. Abbas, 2015, s. 7–8.)

Myös Sarno korostaa kiintymyssuhteen ja lapsuuden merkitystä. Kehittyvä lapsi tarvitsee turvallisia vanhempia, jotka tarjoavat lämpöä, hyväksyntää, roolimalleja ja ohjausta. Turvallinen kiintymyssuhde vanhempaan on perusta, jonka varaan ihmisen luottamus elämää kohtaan syntyy. (Sarno, 2006, s. 100.).

Howard Schubiner jatkaa Abbasin ja Sarnon linjoilla, ja viittaa myös tutkimuksiin, jotka osoittavat yhteyden lapsuuden kaltoinkohtelun ja kroonisen kivun välillä. Hän toteaa, että lapsuudessa koetut väärinkohtelut, kivut ja traumaattiset kokemukset vaikuttavat merkittäväällä tavalla siihen, millaisena koemme erilaiset stressaavat tilanteet aikuisuudessa. Useat tutkimukset osoittavat, että lapsuuden traumaattiset kokemukset johtavat yliaktiiviseen autonomisen hermoston toimintaan. Ihmiset, joiden autonominen hermosto on yliaktiivinen, ovat alttiimpia kehittämään mieli-keho-oireyhtymän. Lapsuuden kivuliaat ja traumaattiset kokemukset tallentuvat aivojen tunnemuistivarastoon mantelitulmakkeeseen. Nämä kivuliaat tunteet tulevat helposti triggeröidyksi aikuisuudessa, kun ihminen kokee tilanteita, jotka muistuttavat tunneilmastoltaan lapsuuden kipeitä kokemuksia. Niille, jotka ovat kokeneet lapsuudessaan merkittäviä traumoja kuten esimerkiksi fyysistä, henkistä tai seksuaalista hyväksikäyttöä, hylkäämistä tai kiusaamista, on yleensä helppo löytää yhteys lapsuuden ongelmien ja MBS-oirehdinnan käynnistäneiden stressitekijöiden välillä. (Schubiner 2016, s. 47–48.). Tutkimuksissa on myös vahvistettu, että aikuiset, jotka ovat lapsuudessaan altistuneet traumaattisille tapahtumille, kuten emotionaaliselle, fyysiselle tai seksuaalisen hyväksikäytölle, kärsivät huomattavasti todennäköisemmin kroonisesta kivusta tai ahdistuksesta (Anda, ymy, 2006).

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että MBS-oireista voimakkaimmin ja moninaisimmin kärsivät ovat niitä, jotka ovat kärsineet melko merkittävistä lapsuuden ajan ongelmista. Lapsuuden kasvuympäristöllä on luonnollisesti myös vahva vaikutus siihen millainen superego ihmiselle kehittyy. Hyvin vahva ja vaativa superego taas johtaa mielen sisäisen ristiriidan kasvamiseen ja persoonallisuuspiirteisiin (esim. syyllistyvä persoonallisuus, itsekritiikki ja korkeat odotukset itsestä, matala itsetunto, ylivastuullisuus ja itsensä uhraaminen), jotka kaikki altistavat MBS-oireille. Tästä huolimatta on lisättävä, että suurin osa ihmisistä kärsii jonkin asteisista MBS-oireista elämänsä aikana, joten nekin joiden lapsuudessa on vähemmän selviä traumaattisia kokemuksia voivat kärsiä kivuista ja muista MBS-oireista. (Schubiner 2016, s. 47–48.)

Tutkimukset ovat myös vahvistaneet, että lapsille, joiden vanhemmat antavat heille vain ehdollista rakkautta sen mukaan, miten lapset suorittavat tiettyjä heille annettuja tehtäviä, kehittyy todennäköisemmin huono itsetunto ja vahva sisäinen vanhempi (superego). (Assor ym., 2004; Roth, ym., 2009).

Yhteenvedon voidaan todeta, että niin kliininen kokemus kivun hoidosta kuin tutkimukset lapsuuden vaikutuksesta kipuun ja psyyken eri osa-alueiden kehittymiseen yhdessä alleviivaavat lapsuuden kokemusten merkittävää roolia MBS-oireiden taustalla.

2.3 Altistavat persoonallisuuspiirteet

Kuten on jo tullut esille, vahvan superegon omaavat ihmiset ovat alttiimpia kärsimään MBS-oireista. Työskennellessään potilaidensa kanssa Sarno havaitsi tyypillisiä persoonallisuuspiirteitä, jotka yhdistivät MBS-diagnoosin saaneita potilaita.

Perfektionismi ja täydellisyyden tavoittelu

Tarve olla täydellinen ja erinomainen nousee suuresta tarpeesta todistaa itsellemme ja maailmalle, että olemme arvokkaita. Sarno toteaa kirjassa ”The mindbody prescription”, että hyvin suuri osa hänen MBS-potilaistaan oli luonteeltaan enemmän tai vähemmän perfektionistisia. Jos he eivät myöntäneet olevansa perfektionisteja, he tiedostivat olevansa erittäin vastuullisia, tunnollisia, huolehtivia ja taipuvaisia murehtimiseen. He olivat usein kunnianhimoisia, kovaa työtä tekeviä, itsekritiittisiä ja asettivat itselleen korkeat standardit siitä, miten heidän tulisi suoriutua ja käyttäytyä. Sisäinen riittämättömyyden kokemus ruokkii perfektionismia. Henkilön asema ja saavutukset ovat hyvin usein harhaanjohtavia. Riittämättömyyden tunteet ovat usein syvästi tiedostamattomia ja paradoksaalisesti ne ajavat ihmisen ulkoisesti hyvin menestyväksi. Paine, jonka henkilön sisäinen vanhempi (superego) asettaa itselleen, on sisäiselle lapselle (id) raivostuttavaa ja luositen vahvan sisäisen konfliktin superegon ja idin välille. Psykologi Ben Sorotskin sanoo, että perfektionisti tiedostamattaan asettaa itselleen tavoitteet, joita hän ei voi mitenkään saavuttaa ja että vääjäämätön epäonnistuminen johtaa tiedostamattomaan häpeään ja raivoon. (Sarno, 1999, s. 22–23.)

Itse lisäisin tähän vielä, että kyseessä lienee jossain määrin ”muna vai kana”-tilanne. Usein perfektionismin taustalla on (kuten esille jo tulikin) tiedostamaton häpeä ja riittämättömyyden kokemus, jotka ovat peräisin kiipeistä lapsuuden kokemuksista. Perfektionismi ei siten tyhjästä luo häpeää ja raivoa tiedostamattomaan, vaan pikemminkin jatkaa ja toistaa sitä arvottomuuden kokemusta, joka ihmisen sisälle on kylvetty jo aikaisemmin.

Kiltteys ja hyvä tyyppi

Perfektionismi ja täydellisyyden tavoittelu on monilla MBS:stä kärsivillä dominoiva persoonallisuuden piirre. Toisilla kuitenkin dominoivampi piirre on tarve olla kiva, kiltti ja hyväksyty. Nämä ihmiset ovat aina valmiita auttamaan toisia ja laittavat usein omat tarpeensa syrjään voidakseen olla muille mieliksi. Heillä on suuri tarve päästä muiden suosioon ja he haluavat kaikkien pitävän heistä. Monet kulttuurilliset ilmiöt osittain voimistavat tätä käyttäytymismallia. Samoin kuin perfektionismin myös kiltteyden ja hyvän tyyppin ”syndrooman” alta löytyy syviä riittämättömyyden tunteita, jotka ajavat totuttuun käyttäytymismalliin. Samalla tavoin kuin perfektionismi myös kiltteys ja itsensä uhraaminen johtaa superegon ja idin väliseen konfliktiin ja voimakkaisiin tukahdutettuihin tunteisiin. (Sarno, 1999, s. 23.)

Syällisyys

Syällisyys on jälleen yksi muoto, joka ilmentää voimakasta superegoa. Epäterveen syällisyyden kehittymisellä on tietysti jälleen juurensa myös lapsuudessa ja kohtelussa, jota ihminen on siellä saanut osakseen. Syällisyyttä kantava ihminen voi kokea syällisyyttä hyvin monista eri asioista. Syällisyyden tunteet ovat jälleen uusi hyökkäys omaa itseä vastaan ja siihenkin liittyy riittämättömyyden kokemuksia ja kelpaamattomuutta. Itseenään kohtaan asetettu kritiikki ja syyllistäminen luovat samaa ristiriitaa superegon ja idin välille kuin täydellisyyden tavoittelu ja kiltteys, ja siten se on jälleen yksi ominaisuus, joka altistaa mieli-keho-oireyhtymälle. (Sarno, 1999, s. 24.)

2.4 Oireen vaihtuminen ja oireilun pakko

Ei ole harvinaista, että ihminen, joka tulee tietoiseksi fyysisten oireidensa psykologista taustoista järjensollalla, kokee ensin nopean oireiden katoamisen mutta kehittää nopeasti tai vasta pidemmän ajan jälkeen jonkin toisen MBS-oireen. Nopea uuden oireen kehittyminen on usein merkki siitä, että taustalla vaikuttaa psykologinen tila, joka vaatii pidempikestoista terapeuttista hoitoa.

Tämä on tullut erinomaisen hyvin näkyväksi John Sarnon käyttämässä lyhyessä kognitiivis-terapeuttisessa hoito-ohjelmassa. Usein asiakkaat raportoivat jo ensimmäisten luentojen jälkeen esimerkiksi kivun kadonneen, mutta alkaneensa samanaikaisesti oirehtia toisella tapaa. Kipu on saattanut vaihtaa paikkaa, tai he kokevat itsensä kivun kadottua hyvin ahdistuneiksi. Sarno kertoo kirjassaan "The divided mind: The epidemic of mindbody disorders" lukuisia esimerkkejä tästä. Yhtenä esimerkkinä Sarno mainitsee Herra O:n, joka soitti Sarnolle ja kertoi, että hänen alaselkäkipunsa, jonka vuoksi hän alun perin hakeutui hoito-ohjelmaan, oli helpottanut, mutta samalla hän oli alkanut kärsiä niska- ja hartiakivuista sekä ajoittaisesta voimakkaasta ahdistuksesta. Sarno pitää Herra O:n tilannetta oivana ja tavallisena esimerkkinä ilmiöstä, jota hän kutsuu nimellä "symptom imperative" eli oireilun pakko. Herra O:n osallistuminen hoito-ohjelmaan ja erityisesti siellä opittu tieto oli paljastanut hänen selkäkipunsa taustalla vaikuttavan defensiivisen strategian. Kyseisen oireen voima ylläpitää mielen huolta ja fokusta oli kadonnut, ja niin katosi kipukin. Tästä huolimatta Herra O:n psykologinen tila oli sen kaltainen, että se vaati jonkin toisen oireen kehittymistä. Yksi oire kerrallaan riitti pitämään hänen huomionsa pois uhkaavista tukahdutetuista tunteista. Näissä tapauksissa Sarno suosittelee potilaitaan kääntymään hänen suositteliemiensa psykodynaamisten / psykoanalyttisten psykoterapeuttien puoleen. Sarno arvioi, että hänen hoito-ohjelmaansa osallistuvista n. 20 prosenttia tarvitsee psykoterapiaa vapautuakseen oireistaan. Hän toteaa myös, että ideaaliyhteiskunnassa psykoterapia olisi integroitu osaksi hänen hoito-ohjelmaansa, mutta toteaa sen tyyppisen hoidon olevan toistaiseksi huonosti korvattu vakuutusyhtiöiden puolelta. Terapiamuotoina hyödynnetään pitkäkestoista psykodynaamista / psykoanalyttista yksilöterapiaa, lyhytkestoista psykodynaamista terapiaa sekä lyhytkestoista ryhmäpsykoterapiaa. Hoidosta tarkemmin luvuissa 4, 5 ja 6. (Sarno, 2006, s. 109–110, s. 150–155.)

Sarno toteaa myös, että oireilun pakko ei ole uusi ajatus, vaan Freud esitti sen psykologisella tasolla jo 100 vuotta sitten. Freud uskoi, että oireiden tarkoitus oli rangaista potilasta, mutta hän ei kommentoinut, mikä oli oireiden vaihtumisen syy. Sarno toteaa, että hänen kliininen kokemuksensa MBS-potilaiden hoitamisesta viittaa hyvin vahvasti siihen, että psykosomaattisten oireiden tarkoitus on suojella ja viedä ihmisen huomio pois kipeistä tiedostamattomista tunteista. Siten uuden oireen kehittyminen nopeasti takaa, että suojeluprosessi jatkuu. (Sarno, 2006, s. 111.)

2.5 Oireisiin liittyvät ajatukset ja tunteet

Kun MBS-oireet kuten fyysiset kivut ovat kerran käynnistyneet, niihin liittyy usein monenlaisia ajatuksia ja tunteita. On luonnollista, että voimakas kipu tai jokin muu oire herättää huolta, pelkoa ja hätää. Nämä tunteet taas ruokkivat lisää ajatuksia, jotka voimistavat pelkoa ja neuvovat välttelemään kaikenlaista toimintaa, joka saattaisi pahentaa oireita. Vaikka kipua pahentavien asioiden välttäminen saattaa tuntua hyvältä

ajatukselta, pidempään jatkuessaan niillä on itse asiassa vain taipumus kaventaa elämää sekä pitkittää ja pahentaa oireita.

Kipuun liittyvät murehtivat, kontrolloivat ja analysoivat ajatukset ovat merkittävä syy oireiden jatkumiseen. Nämä sitkeät ajatusmallit voidaan nähdä myös osana kivun ”strategiaa”, jolla ego pyrkii varmistamaan, että mielen fokus säilyy kivussa eikä tukahdutetuissa tunteissa. Kun samaistumme murehtiviin ja kontrolloiviin ajatuksiin, emme ole yhteydessä niiden alta löytyviin tunteisiin, vaan sen sijaan lähetämme aivoillemme yhä uudestaan hätäviestejä, jotka syöttävät lisää kipukierrettä. Mieli–keho-oireyhtymästä kärsivien asiakkaiden hoitoon erikoistunut mind–body-valmentaja Monte Hueftle toteaaakin, että kipu ja siihen liittyvät kontrolloivat ajatusmallit yhdessä muodostavat sitkeän ja älykkään strategian, jonka tarkoituksena on pitää mielemme fokus pois kipeistä tunteista. Näiden syiden vuoksi kipua ja muita MBS-oireita on opittava tulkitsemaan toisella tavalla. Hueftle kehottaakin näkemään oireet ennenkin signaalina, joka neuvoo meitä pysähtymään ja kiinnittämään huomiota siihen, kuinka olemme juuri tällä hetkellä. Mitä tunteita tietoisuuteen nousee, kun teet kivulle vastahyökkäyksen pysähtymällä ja olemalla vain tunteidesi kanssa, erittelemättä ja nimeämättä niitä? (Hueftle, The Master Practice Program.)

Tutkimukset

Monet tutkimukset osoittavat ajatusten ja tunteiden yhteyden kipuun. Kivulla nähdään olevan kolme eri komponenttia: kivun aistimus, kognitiivinen ja affektiivinen komponentti. Kivun aistimuksen komponentilla tarkoitetaan sitä, miltä kipu aistimuksena tuntuu. Kognitiivisella komponentilla tarkoitetaan sitä, mitä ajatteleme kivusta, ja affektiivisella komponentilla puolestaan sitä, mitä tunteita kipu herättää – esimerkiksi pelkoa, huolta, vihaa ja katkeruutta. Kaikkiin näihin kolmeen komponenttiin tulee kiinnittää huomiota hoidettaessa mieli–keho-oireyhtymää.

Vuonna 2004 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin ärtyvän suolen oireyhtymää, jota pidetään yhtenä tyyppillisenä MBS:n ilmentymänä. Tutkimuksessa potilaita hoidettiin lumelääkkeellä. Tutkimuksessa havaittiin, että niiden potilaiden, joihin lumelääke tehoi (kuten kipuun, ripuliin tai ummetukseen), aivoissa aktivoitui dorsolateraalinen otsalohko, kun taas aivojen etupihtipoimun aktivaatio hiljeni. Dorsolateraalisen otsalohkon tiedetään liittyvän kivun aistimuksen helpottumiseen ja etupihtipoimun aktivaation kivun aistimuksen voimistumiseen (M.D Lieberman ym, 2004). Liebermanin tutkimus osoittaa, miten ajatuksemme oireista vaikuttavat itse oireiluun (Schubiner, 2016, s. 29–30).

Toinen tutkimus käsitteli kroonisesta käsikivusta kärsiviä ihmisiä (tutkittavilla oli CRPS-kipuoireyhtymän diagnoosi = monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä). Koehenkilöille näytettiin kuvia käsistä erilaisissa asennoissa. Heitä pyydettiin kuvittelemaan, että he liikuttaisivat käsiään kuvien osoittamiin asentoihin. Tutkimustulokset osoittavat, että koehenkilön kivun aistimukset ja käsien turpoaminen voimistuivat pelkästään sillä, että he kuvittelivat liikuttelevansa käsiään pyydettyihin asentoihin (Moseley ym., 2008). (Schubiner, 2016, s. 29–30).

3 Mieli–keho-oireyhtymän fysiologia

Mieli–keho-oireyhtymä voi oireilla hyvin monin eri tavoin, ja se pitää sisällään lukuisia perinteisiä diagnooseja. Tämä luku käsittelee sitä, miten MBS oireilee ja mikä on aivojen ja autonomisen hermoston rooli oireiden synnyssä fysiologisesta näkökulmasta katsottuna.

3.1 Oireluettelo

Alla olevassa taulukossa esitetään tavanomaisia mieli–keho-oireyhtymään liittyviä kipuja ja diagnooseja.

Mieli–keho-oireyhtymä – oire-/diagnoosiluettelo		
Kroonisen kivun syndroomat	Autonomiseen hermostoon liittyvät häiriöt	Muut syndroomat
Jännityspäänsärky	Ärtävän suolen oireyhtymä (IBS)	Unettomuus (Insomnia)
Migreeni	Virtsarakon kipuoireyhtymä	Krooninen väsymys-oireyhtymä (CFS)
Selkäkipu (useita perinteisiä diagnooseja)	Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä	Parestesia (kihelmöinti, tunnottomuus, pistely)
Niskakipu	Ylävatsavaivat- toiminnallinen dyspepsia	Tinnitus
Piiskaniskuvamma (whiplash)	Sydämen tiheälyöntisyys	Huimaus
Fibromyalgia	Posturaalinen ortostaattinen takykardia-oireyhtymä	Spasmodinen dysfonia
Purentaelimistön häiriöt (TMJ)	Tiheälyöntiset rytmihäiriöt	Krooninen nokkosihottuma
Krooniset vatsakivut		Ahdistus
Krooniset lantiokivut (useita diagnooseja)		Masennus
Krooniset jännetulehdukset		Pakko-oireet
Vulvodynia (naisten sukuelinten kipu)		Posttraumaattinen stressihäiriö
Krooninen eturauhastulehdus		
Piriformis-syndrooma		
Iskiaskipu-syndrooma		
RSI-vammat (rasitus)		
Jalan\jalkaterän\polven kivut		
Myofaskiaalinen kipuoireyhtymä-lihasjuostekipu		
Häntäluukipu (coccydynia)		
Olkapää-kipu		

Taulukko 1: Tavanomaiset MBS-oireet (Schubiner, 2016 s. 19; Sarno, 1991, s. 97–119)

Yllä oleva lista ei ole täydellinen, ja MBS voi oirehtia kehossa myös monin muin tavoin. Olen itsekin kärsinyt MBS-oireista, jotka eivät kaikki löydy yllä olevasta listasta. Mikäli on kiinnostunut näkemään vielä laajemman listauksen oireista, joihin ihmiset ovat saaneet apua MBS hoito-ohjelmista, voi käydä tutustumassa seuraavaan [www-osoitteeseen: https://www.tmswiki.org/ppd/Success_Stories_by_Symptoms_%26_Diagnoses](https://www.tmswiki.org/ppd/Success_Stories_by_Symptoms_%26_Diagnoses). TMSwiki on sivusto, jonne on kerätty paljon tietoa mieli–keho-oireyhtymästä. TMSwiki on saanut nimensä John Sarnon käyttämästä alkuperäisestä diagnoosista: Tension Myoneural Syndrome. Listaa tutkiessa on hyvä muistaa, että on myös olemassa erilaisia fyysisiä sairauksia, jotka saattavat oirehtia samalla tavoin kuin MBS. Tämän vuoksi on tärkeää, että lääkäri sulkee pois mahdolliset fyysiset ja vakavammat syyt oireille. Toisaalta vielä tällä hetkellä suurin osa lääkäreistä on tietämättömiä MBS:stä ja kykenemättömiä hoitamaan sitä, ja tällöin he päätyvät usein selittämään ja diagnosoimaan MBS:ään liittyvät oireet jonkin puhtaasti fyysisen ilmiön kautta.

3.2 Selkäkipu

Omistan selkävauriille oman luvun niiden yleisyyden ja toisaalta hoitojen tehottomuuden vuoksi. Selkäkipu on yleinen syy niin pitkiin sairauslomiin kuin myös työkyvyttömyyseläkkeisiin. Kuten johdannossa tuli esille, pelkästään selkäkipuun liittyvät kustannukset lähentelivät kaikkiaan jo 500:aa miljoonaa euroa Suomessa vuonna 2013. Selkäkipuja selitetään itsepintaisesti erilaisilla välilevyn poikkeamilla ja tavalliseen vanheneeseen liittyvillä ilmiöllä, huolimatta siitä, että tutkimusnäytön mukaan nämä ilmiöt korreloivat huonosti selkäkipujen esiintymisen kanssa. Kun potilaan oireet jatkuvat konservatiivisen hoidon, fysioterapian ja lääketyksen jälkeenkin, päädytään edelleen usein leikkauspöydälle.

Kasvaako selkäkipujen todennäköisyys sitä mukaa, mitä vanhemmaksi ihminen tulee? Yhdysvaltojen kansallinen terveystutkimus paljastaa, että selkävaurista kärsivät eniten 40–64-vuotiaat, ja 65 ikävuoden jälkeen selkä- ja niskakipujen esiintyvyys kääntyy itse asiassa laskuun. Entä korreloivatko magneetti- tai röntgenkuvalöydökset välilevyn poikkeamista kivun esiintyvyyden kanssa? Mm. Jensen, Borenstein ja Boos ovat tutkineet kolmessa erillisessä tutkimuksessa korrelaatiota selkävaurin ja magneettikuvalöydösten välillä. Nämä tutkimukset löysivät vain olemattoman pientä korrelaatiota. (Schubiner, 2016, s. 10.) Alla oleva taulukko paljastaa häkellyttävän tilastofaktan selän kuvantamislöydöksistä oireettomilta ihmisiltä:

Selän kuvantamislöydösten esiintyvyys oireettomilla (ikäryhmittäin)							
Ikä	20	30	40	50	60	70	80
Välilevyn rappeuma	37 %	52 %	68 %	80 %	88 %	93 %	96 %
Välilevyn pullistuma	30 %	40 %	50 %	60 %	69 %	77 %	84 %
Välilevytyrä	29 %	31 %	33 %	36 %	38 %	40 %	43 %
Nikaman sisäiset repeämät	19 %	20 %	22 %	23 %	25 %	27 %	29 %
Fasettinivelen rappeuma	4 %	9 %	18 %	32 %	50 %	69 %	83 %
Nikamaliukuma	3 %	5 %	8 %	14 %	23 %	35 %	50 %

Taulukko 2: Selän kuvantamislöydökset oireettomilta ikäryhmittäin (Schubiner & Abbas, 2018 s. 20; lähde: American Journal of neuroradiology)

Taulukko esittää selän kuvantamislöydösten prosentuaalisen esiintyvyyden eri ikä ryhmillä (välilevyn rappeuma, välilevyn pullistuma, välilevytyrä, nikaman sisäiset repeämät, fasettinivelen rappeuma, nikamaliukuma). Taulukosta ilmenee ensinnäkin se, että erilaiset löydökset, joilla selkäkipua on perinteisesti selitetty, ovat erittäin yleisiä ja kasvavat tasaisesti iän kertyessä. Välilevyn pullistuma löytyy jo peräti 60 prosentilta oireettomia 50-vuotiaita ja 84 prosentilta oireettomia 80-vuotiaita. Selän kuvantamislöydökset yleistyvät siis tasaisesti mitä vanhemmaksi ihminen tulee, kun taas selkäkiput kääntyvät laskuun 65 ikävuoden paikkeilla. Tilaston osoittamat erittäin korkeat esiintyvyydet oireettomilla kumoavat sen, että selkäkiput selittyisivät tyypillisesti taulukossa esitetyillä löydöksillä. (Schubiner & Abbas, 2018, s. 19–20.)

Schubiner korostaa, että mikäli lääkärille annetaan 200 magneettikuvaa (100 selkäkipuisen ja 100 oireettoman) ei lääkäri kykene kuvien perusteella ennustamaan, kuka kärsii kivuista ja kuka ei. Eräs suomalaistutkimus keskittyi 21-vuotiaisiin, ja osallistujista puolella havaittiin merkkejä välilevyn rappeutumista ja neljäsosalla oli välinlevynpullistuma. (Takatalo ym., 2009). Listaa välilevy-tutkimuksista voisi jatkaa, mutta tulos pysyy samana. Välilevymuutokset ovat osa tavanomaista vanhenemisprosessia, ja niihin liittyvät muutokset käynnistyvät jo varsin nuorilla. Leikkaushoitoa vaativat välilevymuutokset ovat harvinaisia. Eugene Carragee Standfordin yliopistosta kirjoitti jo vuonna 2005 New England Journal of Medicinessä, että magneettikuvat eivät ole hyödyllisiä selkäkipun ennustajia, oli sitten kyse selkäkipun ensiesiintymisestä tai seurannasta. Sen sijaan hän varoitti väärän diagnostiikan mahdollisista merkittävistä haitoista. Lääkärit saattavat syllistyä nocebo-ilmion voimistamiseen. Nocebo on placebon vastakkainen ilmiö. Negatiiviset odotukset hoitoa ja toipumista kohtaan saattavat voimistaa ja pahentaa oireita. (Schubiner, 2016, s. 10–12.)

Samalla on tärkeä kyetä erottamaan ne arviolta 10 prosenttia, joiden selkäkipu selittyy jollakin vakavammalla syyllä, kuten kasvaimilla, murtumilla tai tulehduksella. Schubiner toteaa, että leikkaus voi olla myös tarpeen, jos on olemassa hyvin selkeä todiste hermovauriosta, mutta ilman tätä todistetta, ei leikkaus ole sen tehokkaampi hoitomuoto, kuin ei-operatiiviset hoidot selkäkipun tai iskiastyyppisen jalkakivun hoidossa. Tämä on osoitettu myös kahdessa eri tutkimuksessa (Weinstein ym., 2006 & 2007). Itse asiassa melko tuoreissa tutkimuksissa on osoitettu, että leikkausten, pistosten ja kipulääkitysten teho ei ole suurempi kuin placebohoidon tai konservatiivisen hoidon (Deyo ym., 2009; ym 2015). Vielä hälyttävämpiä ovat tulokset, joiden

mukaan leikkaushoidon saaneilla hoitotulokset ovat usein huonompia ja riski komplikaatioihin ymmärrettävästi suurempi (Keller ym., 1999; Nguyen ym., 2011). Lisäksi jatkuvasti tuotetaan tutkimustietoa, joka viittaa siihen, että kipulääkkeet saattavat itse asiassa pahentaa kipua, johtuen niiden hermojen herkkyyttä lisäävästä vaikutuksesta (Mitra, 2008; Silverman, 2009). (Schubiner, 2016, s. 11–12.)

Sen sijaan, että hoidot keskittyisivät vain kehoon ja fysiologiaan, olisi korkea aika kiinnittää huomiota psykoterapeuttisiin hoitomuotoihin. Ei ole sattumaa, että tutkimuksissa on havaittu masennuksen olevan merkittävä selkäkipujen ennustaja: <http://www.hallamshirephysiotherapy.com/wp-content/uploads/2013/04/Three-Year-Incidence-of-Low-Back-Pain.pdf>.

3.3 Aivot ja autonominen hermosto

Avaimet kivun ja muiden MBS-oireiden ymmärtämiseen löytyvät aivojen toimintamalleista sekä tunteiden ja stressin keskeisen roolin sisäistämisestä oireiden jatkumisessa (Schubiner, 2016, s. 23).

Meidän tunnemuistomme ovat talletettuina manteliumakkeeksi kutsuttuun aivojemme osaan, jota pidetään aivojen eräänlaisena tunnevarastona ja palovaroitina. Manteliumake on läheisesti yhteydessä toiseen aivojen osaan, hypotalamukseen (Schubiner, 2016, s. 25). Hypotalamus on keskus, joka säätelee sekä autonomisen hermoston (ANS), että umpieritysjärjestelmän toimintaa.

Autonominen hermosto kontrolloi ihmisen hengitystä, sydämen sykettä, verenpainetta, ruumiinlämpöä ja monia muita ei tahdonalaisia toimintoja kehossamme. Stressaavina hetkinä manteliumake lähettää autonomiselle hermostolle signaaleja hypotalamuksen välityksellä ja saa aikaan stressihormonien (kortisoli ja adrenaliini) tuotannon, mikä käynnistää taistele ja pakene-reaktion. Tämä suuntaa verenkierron kohti lihaksia, mikä valmistaa meidät taisteluun. Kaikki tapahtuu hyvin nopeasti ilman, että ehdimme itse edes tiedostaa sitä. Järjestelmän on tarkoitus suojata meitä vaaroilta ja parantaa selviytymismahdollisuuksiamme uhkavissa tilanteissa. Se käynnistyy jo ennenkuin meidän on mahdollista ajatella. Itse asiassa tutkimukset osoittavat, että verenkierto aivoissa siirtyy silloin pois etuaivolohkoista (tietoisesta ajattelevasta mielestämme) limbiseen järjestelmään, joka on tiedostamaton ja tunne-elämämme keskus. Manteliumake ja hypotalamus ovat osa limbistä järjestelmää (Schubiner, 2016, s. 25, Takamatsu ym., 2003).

Autonominen hermosto kontrolloi hermosäikeitä, jotka vaikuttavat kehomme kaikkiin osa-alueisiin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että tunteet (kuten ahdistus ja viha) aiheuttavat kasvavaa lihasjännitystä selän tuki-lihaksissa ihmisillä, jotka kärsivät kroonisesta selkäkivusta (Burns ym., 2006; Quartana & Burns, 2007). Tämä lihasjännitys, joka yleensä tapahtuu ilman että tiedostamme sitä, voi aiheuttaa oikeaa ja rajua fyysistä kipua. Tyypillisesti emme ole tietoisia tunteista, jotka ovat käynnistäneet tämän automaattisen fyysisen reaktion.

Autonominen hermosto voi käynnistää monenlaisia muitakin prosesseja, jotka eivät koske vain verenkiertoa ja lihaksia. Näihin prosesseihin liittyvät myös hermosto-, sydän- ja ruuansulatusjärjestelmät. Autonominen hermosto kykenee tuottamaan hyvin spesifisiä ja vaihtelevia muutoksia kehossamme. Se voi aiheuttaa monia erilaisia fyysisiä oireita vastauksena stressiin ja tunnereaktioihin. Lihasten aktivointi voi aiheuttaa

kipua lähes missä tahansa päin kehoa. Hermoston aktivaatio voi tuottaa pistelyä, tunnottomuutta, poltteen tunnetta, huimausta, tinnitusta tai ahdistusta. Ruuansulatusjärjestelmän aktivaatio voi aiheuttaa IBS-oireita (ärtyvän suolen oireyhtymä). Sydän- ja verisuonijärjestelmän aktivaatio voi aiheuttaa sydämentykytyksiä ja nopealyöntisyyttä. Muutokset verenkierrossa saattavat aiheuttaa migreeniä, ja ”jäätymisen vasteet” voivat aiheuttaa uupumusta ja masennusta (Schubiner, 2016, s. 25–26; Levenson, 1992; Burns ym., 2008).

Autonomisen hermoston aktivaatiosta johtuva kipu voi ilmetä yhtäkkiä akuutin lihasspasmin yhteydessä, tai se voi kehittyä hitaasti ajan kuluessa. Se voi esiintyä selässä, niskassa, päässä, vatsalla, lantiossa tai raajoissa, lähes millä puolella kehoa tahansa. Kipu voi olla hetkellistä tai jatkuvaa, lievää tai vakavaa, ja se voi tuntua säryltä, tunnottomuudelta tai iskevältä. Ihmisillä, jotka kärsivät näistä MBS-oireista ei ole kudosaauriota tai fyysistä sairautta, joka selittäisi oireet, ja tästä huolimatta kipu on todellista ja on seurausta aktivoituneista hermoradoista (Schubiner, 2016, s. 26.)

Hermorata

Hermoradalla tarkoitetaan toisiinsa yhteydessä olevien hermosolujen ketjua, joka on hermoimpulssien säännöllisesti käyttämä reitti (<https://fi.wikipedia.org/wiki/Hermorata>). MBS:stä johtuvan kivun kroonistuessa tietyt opitut hermoradat pysyvät aktiivisena ja siten ylläpitävät kipua. Meillä on olemassa kuitenkin ns. terveempiä reaktiomalleja, joihin liittyvät omat hermoratansa, joiden aktivoimiseen MBS:n hoito mm. tähtää. Howard Schubiner esittää Googlella vuonna 2018 pitämällään luennolla toisenlaisen esimerkin hermoradoista, joka auttaa mielestäni hyvin hahmottamaan mistä hermoratojen aktivoitumisessa on kyse. Alla oleva kuva on todennäköisesti suurimalle osalle tuttu:



Kuva 3: W.E Hillin piirtämä kuva nuoresta naisesta tai vanhasta rouvasta.

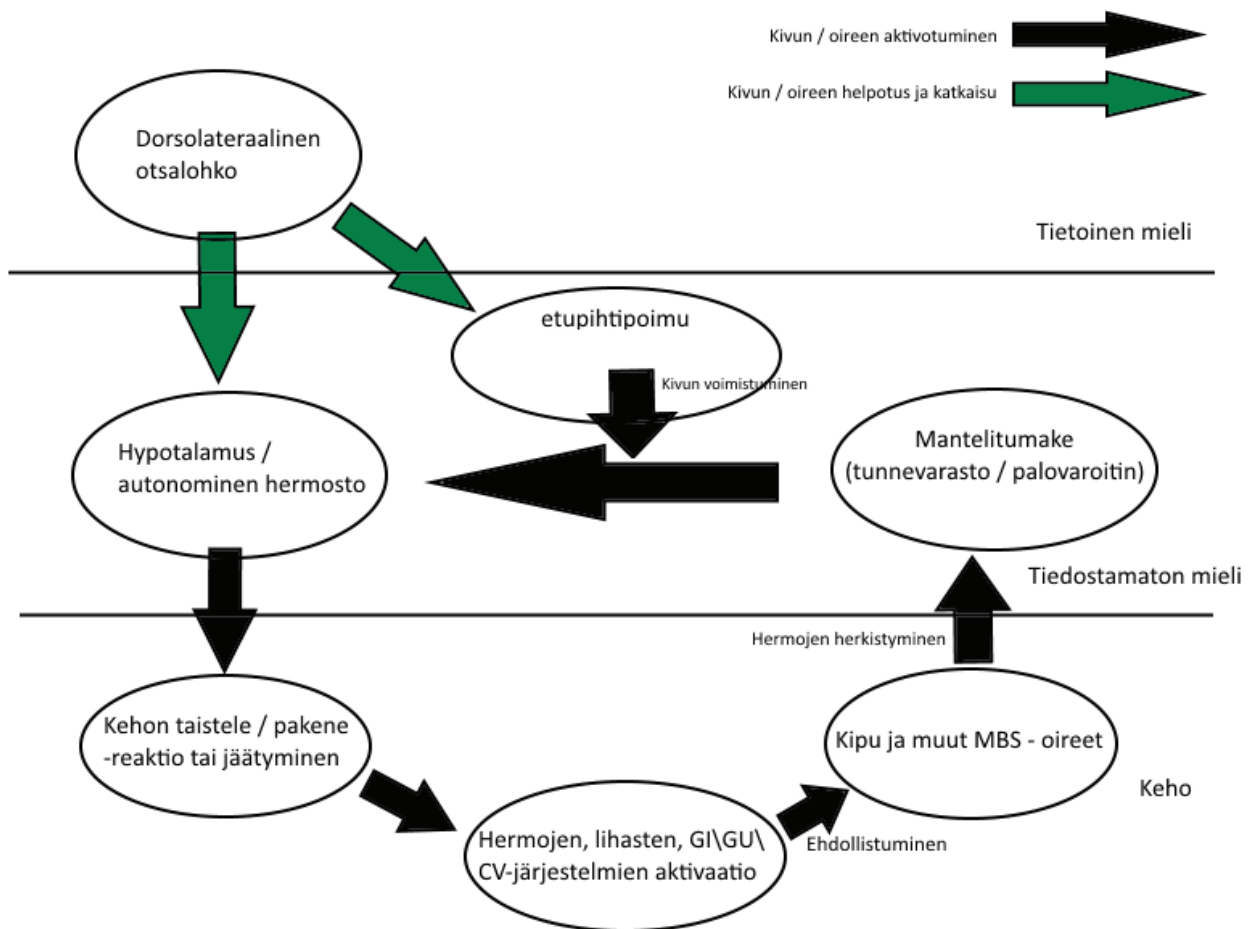
Yllä olevan kuvan voi hahmottaa kahdella eri tapaa. Saatat nähdä nuoren naisen, joka katsoo poispäin. Kuvassa voi nähdä myös vanha rouvan, kun huomaa, että nuoren naisen leuka onkin itse asiassa vanhan rouvan nenä, ja nuoren naisen korva onkin vanhan rouvan silmä. Toiseen tulkintaan saattaa kuitenkin jäädä jumiin, ja voi tuntua hetken vaikealta nähdä kuvaa toisella tapaa. Tämä on hyvä esimerkki kahdesta erilaisesta hermoradasta ja siitä, miten on mahdollista jäädä jumiin niistä toiseen. Sama skenaario voi tapahtua myös kipun liittyvien hermoratojen kohdalla.

Etupihti-poimu ja kivun voimistuminen

Mantelitumakkeen ja hypotalamuksen lisäksi on muitakin aivojen osia, jotka vaikuttavat siihen, miten koemme kivun. Etupihti-poimu on aivojen osa, joka vaikuttaa kivun aistumuksen voimakkuuteen. Emotionaaliset vasteet kivun aistimuksille lisäävät aktivaatiota etupihti-poimun alueella, joka saa aikaan kivun voimistumisen. Kun tunnet kipua tai muita epämiellyttäviä fyysisiä oireita, saattaa se herättää sinussa huolen ja pelon tunteita, koska et käsitä mistä on kysymys. Menet ehkä lääkäriin, etkä saa sieltä välttämättä apua oireihisi, mikä vain entisestään lisää huoltasi, ja saatat alkaa epäillä, toivotko oireista ollenkaan. Pahimmassa tapauksessa lääkäri saattaa antaa sinulle jonkin virheellisen diagnoosin, jonka mukaan oire on pysyvä, eikä sitä

saada hoidettua pois. Kaikki tämä aktivoi yhä enemmän etupihtipoimun aluetta, jonka seurauksena oireet voimistuvat. Aivojen magneettikuvatutkimukset osoittavat, että etupihtipoimun aktivoituessa kipu voimistuu merkittävästi (Klossika ym., 2006; Peyron ym., 2000). Tutkimukset osoittavat myös, että etupihtipoimun aktivoituminen sammuttaa dorsolateraalisen otsalohkon. Kyseessä on aivojen osa, joka tutkitusti voi toimiessaan lievittää kivun aistimusta (Lieberman ym., 2004). Kroonistunut stressi lisää myös tutkitusti aivojen, selkäytimen ja hermojen herkkyyttä aistia kipua (Aubert, 2008; Alesci ym., 2005). (Schubiner, 2016, s. 26.)

Mieli–keho-oireyhtymän neurologiset mekanismit



Kuva 3: Mieli–keho-oireyhtymän neurologiset mekanismit. (Schubiner, 2016 s. 34)

Yllä oleva kuva kokoaa vielä yhteen keskeiset asiat aivojen ja hermoston roolista MBS-oireiden synnyssä ja jatkumisessa. Kipukierre voi käynnistyä seurauksena stressaavista tilanteista, jotka herättävät voimakkaita tunteita mantelitumakkeessa. Mantelitumake lähettää viestin autonomiselle hermostolle hypotalamuksen välityksellä. Autonominen hermosto käynnistää taistele ja pakene- tai jäätymisreaktion, josta voi seurata hermojen, lihasten, ruuansulatusjärjestelmän tai sydän- ja verisuonijärjestelmän aktivaatiota, joiden seurauksena kipu tai muut MBS-oireet syntyvät. Ajan myötä kipusignaaleja lähettävät hermot herkistyvät ja

jatkavat kipusignaalien lähettämistä mantelitumakkeelle. Nämä signaalit voimistuvat sekä tietoisista että tiedostamattomista tunteista, jotka voimistavat kivun aistimuksia aktivoimalla etupihti-poimua. Oireiden jatkuessa nämä hermoradat vahvistuvat ja häijy oirekierre on valmis. Monenlaiset opitut triggerit käynnistävät kivun aistimukset uudestaan ja ovat osallisena kivun jatkumisen kierteessä. Tietoisessa osassa aivoja sijaitseva dorsolateraalinen otsalohko voi lähettää viestejä niin hypotalamukselle (ja siten autonomisen hermostolle) kuin myös etupihti-poimulle ja siten vähentää kipukierrettä ja katkaista sen. (Schubiner, 2016 s. 34.)

Kuinka aivot voivat katkaista kivun

Kuten jo edellisen kappaleen lopussa mainitsin, tietoisessa osassa aivojamme sijaitseva dorsolateraalinen otsalohko voi pysäyttää kipukierteen kontrolloimalla tiedostamattomia hermoratoja, jotka ovat vastuussa MBS-oireista. Dorsolateraalinen otsalohko on niin voimakas, että se kykenee eliminoimaan kivun. Tutkimuksissa on osoitettu, että ihmiset, jotka viiltelevät itseään partaterillä, sietävät kipua huomattavasti paremmin. Kun heidän aivojaan on kuvattu, on havaittu, että heidän dorsolateraalinen otsalohkonsa on hyvin aktiivinen. Siten myös tämä tutkimus demonstroi sitä, kuinka voimakkaasti tämä aivojen osa vaikuttaa kivun aistimukseen (Schmahl ym., 2006). Kun dorsolateraalinen otsalohko aktivoituu, deaktivoituu kivun aistimusta voimistava etupihti-poimu. Tutkimuksissa on osoitettu, että ihmiset voivat oppia vähentämään etupihti-poimun aktivaatioita ja lisäämään dorsolateraalisen otsalohkon aktivaatiota ja siten vaikuttaa kipuun ja erilaisiin psykologisiin oireisiin. Yksi MBS-oireiden hoidon kulmakivistä ovatkin terapeuttiset hoidot ja tehtävät, jotka auttavat aktivoimaan dorsolateraalista otsalohkoa ja toisaalta rauhoittamaan etupihti-poimun ja autonomisen hermoston aktivaatiota. Hoidossa keskeisessä asemassa ovat myös tunnetyöskentelyt, jotka auttavat hillitsemään mantelitumakkeen tunnereaktioita ja -vasteita. (Schubiner, 2016 s. 36.)

Kuten olemme jo oppineet, yliaktiivinen autonominen hermosto ja etupihti-poimu saavat aikaan mm. liiallista lihasjännitystä ja lihaspasmeja, jotka ovat vastuussa monista mieli-keho-oireyhtymän oireista, kuten päänsärystä, migreenistä, selkä- ja niskakivusta, suolisto- ja rakkospasmeista, fibromyalgiasta ja monista muista MBS:n ilmentymistä. (Schubiner, 2016 s. 37.)

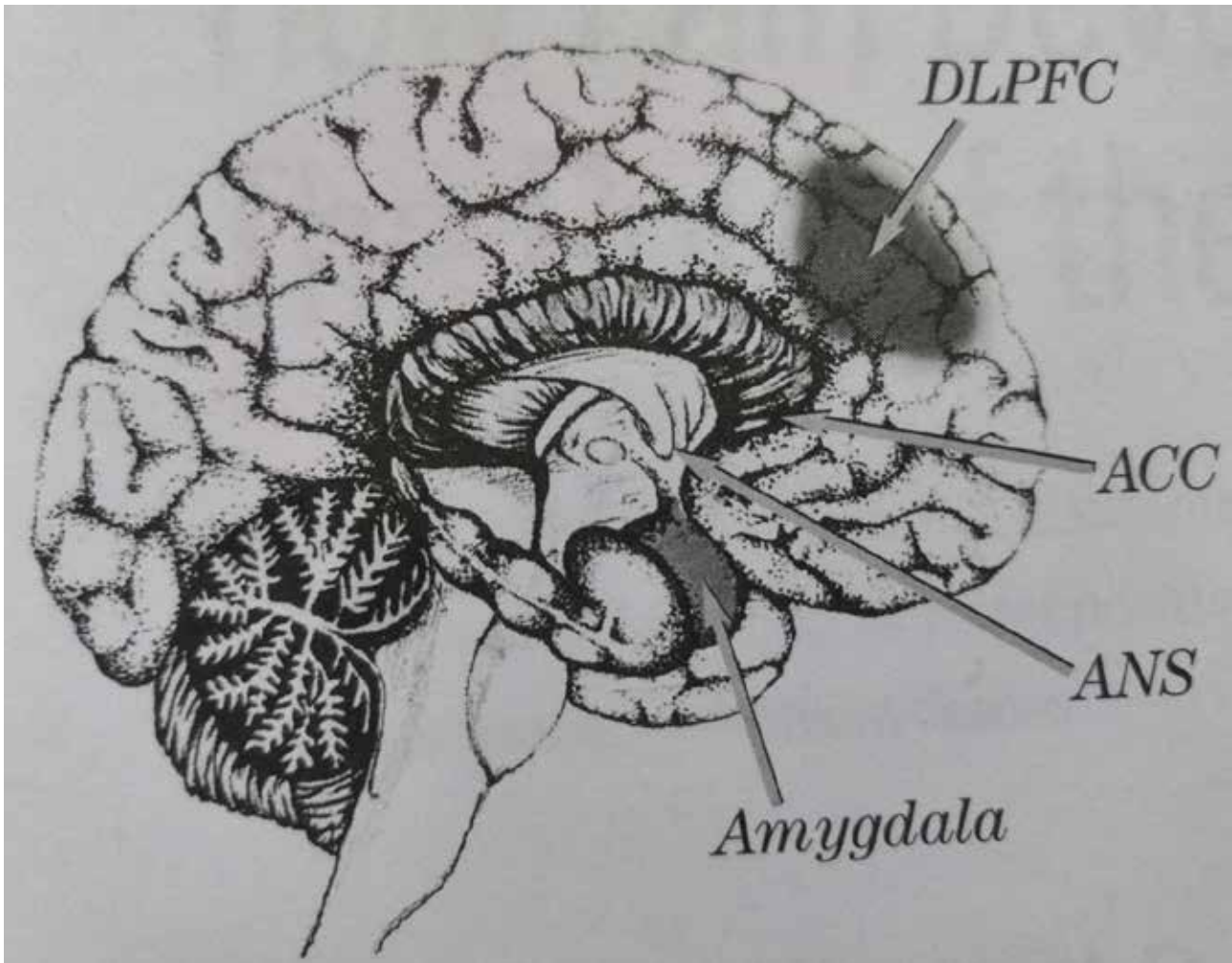
Yhteenvetona voidaan siis todeta, että sillä, miten viestimme itsellemme kivusta ja sen seuraamuksista, on äärettömän suuri vaikutus joko kivun jatkumiselle ja voimistumiselle tai kipukierteestä toipumiselle. Alla olevassa kuvassa on vielä korostettuna ne aivojen osa-alueet, jotka ovat merkittävässä roolissa MBS-oireiden synnyssä ja niistä toipumisessa.

DLPFC = Dorsolateraalinen etuosalohko

ACC = Etupihti-poimu

ANS = Autonominen hermosto (osa)

Amygdala = Mantelitumake



Kuva 4: Mieli-keho-oireyhtymä ja oireistolle keskeiset aivojen osat (Schubiner, 2016 s. 37)

3.4 Ehdollistuminen ja hermoratojen sisäistyminen

Ehdollistuminen on kivun jatkumisen ja kroonistumisen kannalta hyvän merkittävä ilmiö. Aivot kehittävät helposti automaattisen tavan reagoida erilaisiin tilanteeseen, kun ne kerran kunnolla sisäistävät tietyt hermoradat ja yhteydet.

Ivan Pavlov oli venäläinen fysiologian tutkija. Hänen kokeensa eläimillä osoittivat, että eläimet voivat kehittää assosiaatioita, jotka ovat automaattisia ja toistettavissa olevia fyysisiä reaktioita. Pavlovin koirat ovat tästä klassinen esimerkki. Pavlov soitti koirille kelloa ja antoi sen jälkeen niille ruokaa. Hän havaitsi, että koirat oppivat yhdistämään kellonsoiton lihan saantiin ja ne alkoivat kuolaamaan kellon soidessa, vaikka jäivät ilman ruokaa. Tämä on esimerkki ehdollistuneesta reaktiosta. Sama tapahtuu meille ihmisille helposti esimerkiksi kivun kohdalla (Sarno, 1991, s. 21).

On tyypillistä, että kun oirekierre on kerran syntynyt kehon ja aivojen välille, alkaa kehittyä myös erilaisia triggereitä, jotka käynnistävät oireilun uudelleen. Triggeriksi voi muodostua oikeastaan mikä tahansa asia, joka tapahtuu samanaikaisesti kivun ilmenemisen kanssa. Kun esimerkiksi vaikka päänsärky alkaa jonkin stressaavan tilanteen aikana, saatat olla ehkä sattumalta samanaikaisesti syömässä jotain tiettyä ruokaa tai juomassa viiniä tai näet kirkkaan valon tai tapaat jonkun tietyn henkilön. Aivot voivat oppia tämän assosiaation. Tähän viittaa neuropsykologi Donald Hebbin tunnetuksi muodostunut sanonta ”Neurons that fire together wire together”. Eli hermosolut, jotka aktivoituvat samanaikaisesti, kytkeytyvät toisiinsa. Siten seuraavalla kerralla, kun joudut vastaavaan tilanteeseen ja tapaat jälleen saman henkilön, saattaa päänsärky palata, koska aivot ovat rakentaneet näiden kahden asian välille assosiaation. Kun tämä assosiaatio toistojen myötä muodostuu vahvaksi, on kyse ehdollistumisesta. Monet fyysiset aktiviteetit saattavat johtaa myös ehdollistumiseen. Esimerkiksi selkäkivusta kärsivä saattaa tehdä havainnon, että kipu alkoi, kun hän oli kävelyllä, istumassa tai kumartumassa. Todellisuudessa ne eivät ole kivun syy, vaan aktiviteetti, jota olit ehkä tekemässä samanaikaisesti stressaavan olosuhteen vallitessa. Aivot oppivat assosioimaan nämä toiminnot kipuun, jolloin niistä voi syntyä kivun laukaisevia triggereitä. Ajan myötä ja kivun jatkuessa tämän kaltaiset opitut hermoradat voivat tulla hyvin vahvoiksi ja siten kipukierre muodostuu erittäin hyvin opituksi kehon ja aivojen osalta. (Schubiner, 2012, s. 32).

MBS-oireista kärsivällä ihmisellä on oikeastaan kahdenlaisia triggereitä: emotionaalisia ja neurologisia opittuja triggereitä. Emotionaaliset triggerit ovat niitä, jotka ovat olleet kivun tai muun oireen alkuperäisiä syitä, ja saattavat laueta uudestaan tilanteissa, jotka herättävät vanhat kipeät tunteemme, jotka uhkaavat nousta tietoisuuteen. Neurologisia triggereitä ovat ehdollistuneet ja opitut hermoradat, joita tämä kappale käsittelee.

Triggereiden voimaa on tutkittu jo kauan aikaa sitten eräässä tutkimuksessa hiirillä. Tutkijat antoivat hiirille vahvaa immuunijärjestelmän sammuttavaa lääkettä yhdessä sakariinin (makeutusaineen) kanssa. Kuten osattiin ennustaa, hiirien immuunijärjestelmä hiljeni merkittävästi. Tutkijat odottivat muutaman viikon, että hiirien immuunijärjestelmä palautui, ja antoivat niille sitten pelkästään sakariinia. Hiirien immuunijärjestelmä hiljeni uudestaan, vaikka hiiret olivat saaneet vain sakariinia (Cohen ym., 1979). Tämä koe demonstroi oivallisesti triggereiden vaikutusta ja assosiaatioiden syntymistä aivoissa. Sama koe on myös toistettu myöhemmin ihmisillä (Goebel ym., 2002). (Schubiner, 2016, s. 32.)

Onneksi nämä ehdollistuneet ja opitut hermoradat ja reaktiot on mahdollista purkaa. Tähän oikeastaan viittaa Howard Schubinerin kirjoittaman kirjan nimikin ”Unlearn your pain”. Palaamme tähän aiheeseen tarkemmin MBS-oireiden hoidon yhteydessä.

Aivojen ehdollistumisesta ja oppimisesta on vielä keskeistä ottaa esille se, että opitut hermoradat voivat juurtua hyvin syvälle ja säilyä siellä vuosikausia. Ajatellaan vaikkapa pyörällä polkemista tai pallon heittämistä. Kun kerran opit lapsena polkemaan, osaat sen edelleen aikuisena, vaikka välissä saattaisi olla jopa vuosikymmeniä polkematta.

Hermoimpulssit, jotka syntyvät fyysisen loukkaantumisen yhteydessä, kuten esimerkiksi auto-onnettomuudessa, luovat kehon ja aivojen välille kipuradan, joka tyypillisesti katoaa muutamien päivien tai viikkojen

kuluessa, kun kudosaauriot paranevat. Kipuun liittyvät hermoradat voivat kuitenkin säilyä ”uinuvina” ja aktivoitua aivan yllättäen paljon myöhemmin, jonkin stressaavan tai tunnepitoisen reaktion yhteydessä. Silloin nämä vanhat kipuradat voivat tulla uudelleen esiin ja saada aikaan vastaavan kivun kuin itse auto-onnettomuuden hetkellä.

Tästä hyvä esimerkki on kuuluisan kipututkijan Dr. Lorimer Moseleyn omakohtainen kokemus käärmeen puremasta. Moseley kertoo kirjassaan *Painful Yarns* (2007) kokemuksestaan, joka auttaa ymmärtämään tärkeitä kivun synnyn mekanismeja. Nuorena poikana Moseley oli vaellellut usein maalla ja palannut kotiin jalat naarmuilla. Eräänä kertana, kun Moseley oli 25-vuotiaana vaeltamassa, hän sai naarmuja ja raapaleita jalkoihinsa, mutta ei välittänyt niistä ja jatkoi kävelemistä enempää miettimättä niitä. Kun hän saapui kotiin, hän huomasi myrkkykäärmeen puremajäljet ja vahvan turvotuksen jalassaan. Hän vietti lopulta useita päiviä sairaalassa toipuessaan puremasta ja vasemman jalkansa kivusta. Viisi vuotta myöhemmin hän käveli puistossa ja sai yllättäen raapaleen samaiseen jalkaansa. Hän kaatui välittömästi maahan ja tunsii voimakasta kipua koko jalkansa alueella. Hän kiirehti sairaalaan vain huomatakseen siellä, että hän oli saanut jalkaansa pienen naarmun, eikä käärmeen puremaa. Mistä kaikki tämä kipu johtui? Nuorena poikana hän oli oppinut olemaan huomioimatta pienet kivun aistimukset jalassaan, ja siksi aivot olivat tulkinneet käärmeen pureman vaaratomaksi. Sen sijaan vielä viisi vuotta käärmeen pureman jälkeenkin aivot tulkitsivat pienen naarmun jalassa erittäin vaaralliseksi ja henkeä uhkaaviksi, minkä vuoksi Moseley koki voimakasta kipua jalan naarmuista. Huomion arvoista oli myös se, että huolimatta siitä, että Moseley tiesi kivun olevan seurausta opituista hermoradoista eikä oikeasta puremasta, kipu kesti parisen viikkoa, ennen kuin se loppui. Mitä olisikaan tapahtunut, mikäli Moseley ei olisi itse ollut kipututkija, ja hän olisi mennyt lääkäriin, joka olisi vaikka todennut, että ”Sinulla on käärmeen pureman myrkkysyndrooma”. Kivun nimeäminen ja määrittäminen parantumatomaksi johtaa pelon suurenemiseen ja kivun voimistumiseen ja pahimmassa tapauksessa kroonistumiseen (Schubiner 2016, s. 33–35).

4 Mieli–keho-oireyhtymän diagnosointi

Ensimmäinen vaihe ennen minkäänlaisten hoitojen aloittamista on tietysti diagnoosin tekeminen. Kun ihminen oireilee fyysisesti, on turvallisinta, että diagnoosin suorittaa lääkäri (tai ainakin sulkee pois vakavat syyt oireille). Diagnosointi on se vaihe, jossa mieli–keho-oireyhtymästä kärsivän auttaminen usein ajautuu väärille urille. Erilaisten arvioiden mukaan n. yksi kolmesta tai jopa joka toinen perusterveydenhuollon käyneistä liittyy lääketieteellisesti selittämättömiin oireisiin. Näistä oireista käytetään yleisesti myös nimitystä toiminnalliset oireet (Kroenke, 2003; Kroenke & Rosmalen, 2006; Haller ym., 2015; Stuart & Noyes, 1999). Toiminnallisten oireiden piiriin kuuluvat mm. päänsärky, ärtyvän suolen oireyhtymä, fibromyalgia, krooninen väsymys sekä niska- ja selkävivot. Näiden oireiden tiedetään esiintyvän useammin ahdistuksesta, masennuksesta tai post-traumaattisesta stressihäiriöstä kärsivillä (Amir ym., 1997; Beckham ym., 1997; Sherman ym., 2000). Lääketieteellisesti selittämättömillä oireilla on myös vahva linkki erilaisiin psykiatrisiin häiriöihin. Ihmisiltä, jotka kärsivät mm. fibromyalgiasta, ärtyneen suolen oireyhtymästä, kroonisesta väsymyksestä tai kemikaaliyliherkkyyksistä, löytyy merkittävästi useammin myös jokin psykiatrinen diagnoosi (Aaron ym., 1996; Thompson ym., 1999; Barsky & Borus, 1999; Manu ym., 1989). Somaattisten oireiden esiintyvyys kasvaa merkittävästi myös masennuksesta ja ahdistuksesta kärsivien kohdalla (Kroenke, 2003; Sha ym., 2005). (Schubiner & Abbas, 2018, s. 8–9.)

Toiminnalliset oireet liittyvät siis hyvin suureen osaan perusterveydenhuoltokäyntejä. Näillä oireilla on vahva korrelaatio erilaisiin psyykkisiin häiriöihin. Keskeinen oletamus tutkimusnäytön ja kliinisen kokemuksen pohjalta on se, että lääketieteellisesti selittämättömät oireet ovat pääsääntöisesti luonteeltaan psykofysiologisia: aivot luovat oireet opittujen hermoratojen kautta vastauksena psykologiseen stressiin. (Schubiner & Abbas, 2018, s. 8–9.)

Voidaan myös sanoa, että huolellisella diagnosoinnilla ja hoitoon ohjauksella on hyvin keskeinen merkitys niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta katsottuna. Tämän päivän ongelmana on se, että mieli–keho-oireyhtymä on huonosti tunnistettu eikä sitä varten ole olemassa tehokkaita laajasti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä. Mieli–keho-oireyhtymä ei ole lääkäreille useimmiten edes vaihtoehtona, kun he lähtevät diagnosoimaan potilasta.

4.1 Evaluointi ja tutkiminen

Ensimmäinen ja tärkein tehtävä on mahdollisten patologisten sairauksien tunnistaminen. Huolellinen asiakkaan sairaushistorian läpikäynti, fyysinen tutkiminen yhdistettynä kohdennettuihin laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin yleensä paljastaa, onko kyseessä jokin fyysisestä poikkeavuudesta johtuva oire. Kun selkeät patologiset prosessit on suljettu pois, on kyseessä hyvin todennäköisesti mieli–keho-oireyhtymä. Patologisten prosessien poissulkemisen lisäksi on tärkeä tunnistaa mieli–keho-oireyhtymään liittyvä psykofysiologinen prosessi. Erilaiset haastattelut sekä luvussa 6 esiteltävä ISTDP (=intensiivinen lyhytkestoinen psykodynaaminen terapia) tarjoavat käytännön metodeja psykofysiologisten prosessien tunnistamiseen.

Sairaushistoriaa läpikäydessä on keskeistä pitää mielessä luvussa 3.1 esitetty osittainen MBS-oireluettelo. Mikäli asiakkaalla on sairaushistoriassaan jo useampia MBS-oireluettelosta löytyviä tiloja, nostavat ne todennäköisyyttä sille, että nykyinenkin oire saattaa olla seurausta MBS:stä.

Erityistä huomiota tulisi kiinnittää myös kivun tai oireen luonteeseen. Kipu, joka alkaa tietyltä alueelta ja laajenee myöhemmin lähiympäristöön, on tyypillistä MBS:lle. Oire saattaa myös ensin alkaa kehon toiselta puolelta ja laajeta tai siirtyä toiselle puolelle kehoa. Oireet, jotka tulevat ja menevät, muuttavat muotoaan tai vaihtavat yllättäen sijaintia kehon osasta toiseen ovat todennäköisistä MBS:stä johtuvia.

Oireet, jotka selkeästi pahenevat stressin ja voimakkaiden tunteiden seurauksena, liittyvät todennäköisesti MBS:ään. MBS-oirehdinta käynnistyy usein stressaavien elämäntilanteiden aikana, kuten esimerkiksi omien vanhempien tapaamisen yhteydessä, koulun tai töiden aloittamisen tai sinne menon yhteydessä, deadlinein lähestyessä tai vaikeiden vuorovaikutustilanteiden yhteydessä. Tämän vuoksi asiakasta haastatellessa on kiinnitettävä huomiota oireiden alkamishetkellä vallinneisiin olosuhteisiin. Tyypillinen hetki MBS-oireiden käynnistymiselle on esimerkiksi matkan alkaminen, tai toisaalta yhtä lailla paluu lomalta stressaavaan arkeen. MBS-oireilla on tyypillisesti myös jokin fyysinen triggeri, jonka asiakkaat mainitsevat vastaanotolle saapuessaan.

Eräs haastava seikka diagnosoinnin kannalta on se, että aikaisempien fyysisten vammojen sijainnit ovat myös tyypillisiä MBS-oireiden kohteita. Aivot ovat oppineet aikanaan hyvin nämä hermoradat, ja ne saattavat aktivoitua uudelleen stressin seurauksena. On myös tavanomaista, että MBS:stä kärsivälle ihmisille kehittyy sama oire, joka löytyy joltakin hänen läheiseltä ihmiseltään.

Oireiden voimistuminen haastattelun yhteydessä voi olla myös merkki MBS:stä. Erityisesti, jos oireet voimistuvat, kun keskustelu kääntyy spesifiin stressaavaan tapahtumaan, on se usein vahva merkki MBS:stä. Kuten on jo tullut aiemmin esille, epäsuotuisat kokemukset lapsuudessa altistavat MBS:n kehittymiselle myöhemmin elämässä. Tämän vuoksi asiakasta haastatellessa on hyvä kartoittaa asiakkaan lapsuutta esimerkiksi seuraavilla kysymyksillä:

1. Kuinka kuvailisit isääsi?
2. Kuinka kuvailisit äitiäsi?
3. Onko sinulla ollut mitään traumaattisia kokemuksia lapsuudessa?

Diagnoosia tehdessä on kuitenkin hyvä pitää mielessä, että monilla MBS:stä kärsivillä ei löydy haastattelun yhteydessä erityisen merkittäviä traumaattisia lapsuuden kokemuksia, mutta tästä huolimatta he kärsivät MBS-oireista. Toisaalta lähes jokainen ihminen on kokenut lapsuudessaan jonkinasteisia haitallisia kokemuksia, jotka voivat ruokkia mieli-keho-oireyhtymälle altistavia persoonallisuuspiirteitä.

Haastattelun yhteydessä onkin hyvä kartoittaa myös asiakkaan keskeisiä persoonallisuuspiirteitä. Kuten aiemmin on jo tullut esille, mieli-keho-oireyhtymästä kärsivillä on tyypillisesti samankaltaisia persoonalli-

suuspiirteitä: esimerkiksi matala itsetunto, itsekritiikkisyys, perfektionismi, muiden miellyttäminen ja kiltteys. He kantavat usein mukanaan myös lapsuudesta asti kasvanutta

syyllisyyttä, ja heillä saattaa olla vaikeuksia huolehtia omista tarpeistaan.

Näiden kartoitusten lisäksi ISTDP (=intensiivinen lyhytkestoinen terapia) pitää sisällään menetelmiä, jotka auttavat diagnoosin tekijää observoimaan mikä on asiakkaalle tyypillinen tapa kanavoida tiedostamatonta ahdistusta. Tietyt tunnistettavissa olevat tavat reagoida puhuvat MBS-diagnoosin puolesta. Näistä esitetään tarkemmat kuvaukset luvussa 6. (Schubiner & Abbas 2018, s. 15–18, s. 23–26.)

4.2 Diagnoosi ja hoitopolku

Kun selkeät patologiset syyt on suljettu pois, haastattelu on paljastanut mm. haitallisia lapsuuden kokemuksia ja oireet ovat alkaneet stressaavan elämäntilanteen yhteydessä, puhuu kokonaisuus vahvasti MBS-diagnoosin puolesta. Yksityiskohtaisempi tunnekeskeinen haastattelu saattaa olla lisäksi tarpeellinen ja auttaa sekä asiakasta, että diagnoosin tekijää ymmärtämään paremmin, minkä syiden seurauksena oireet kehittyvät. Diagnoosin tekijän on samalla kuitenkin edelleen pidettävä mielessä mahdolliset muut selitykset oireille siihen asti, kunnes oireet ovat helpottaneet MBS-hoidon seurauksena.

Luottamuksellisen suhteen rakentaminen asiakkaaseen on tärkeää alusta asti. Useimmat ihmiset eivät ole tietoisia siitä, miten voimakkaita fyysisiä reaktioita aivot voivat meissä käynnistää. Jos ihminen on kärsinyt kuukausia tai vuosia voimakkaista oireista, voi heidän olla vaikea hyväksyä, että heidän oireensa selittyvät aivojen käynnistämästä reaktiosta vastauksena stressiin. Joskus voi olla välttämätöntä antaa ihmiselle aikaa sulatella asiaa.

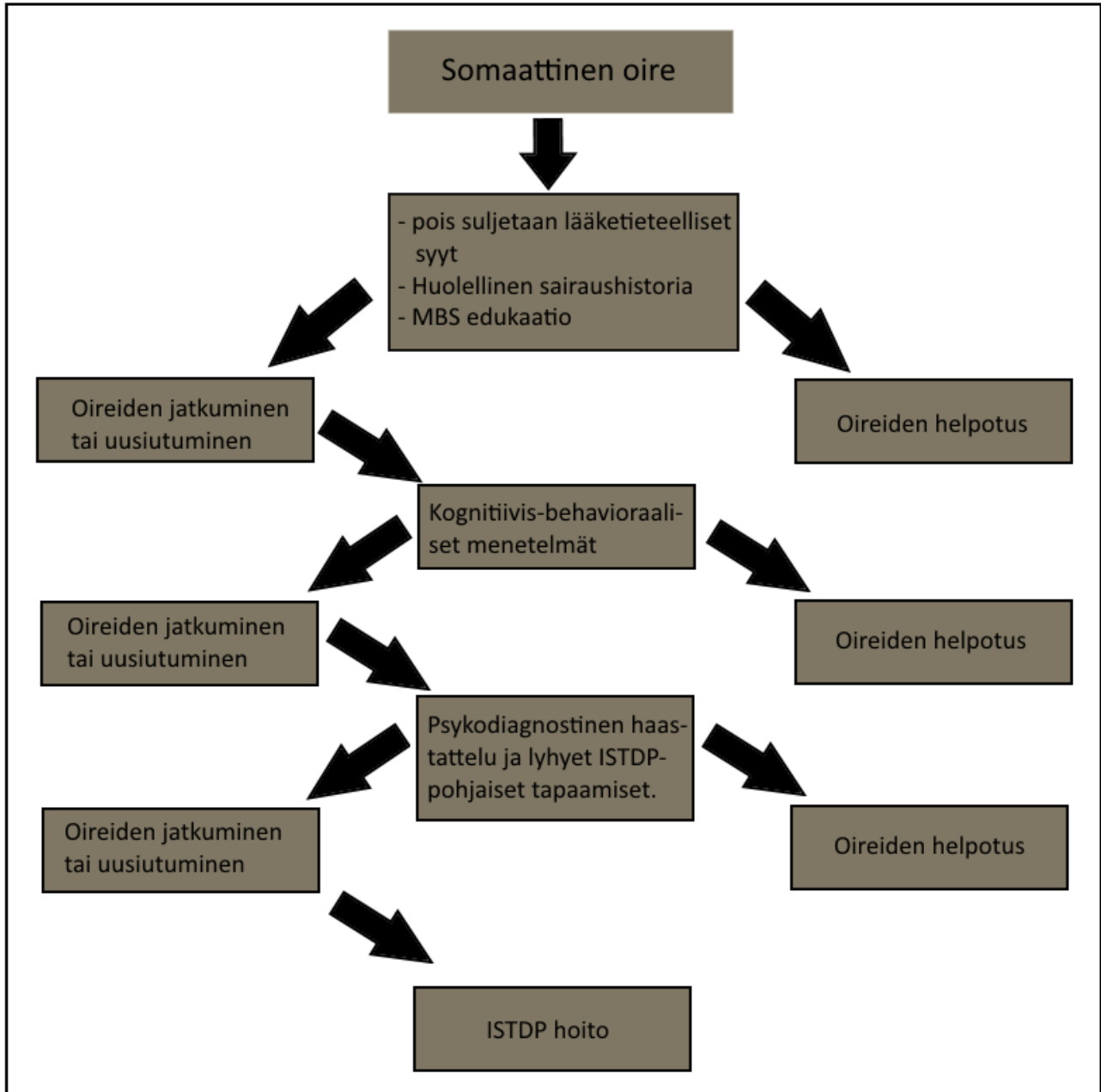
Kun selvitys on saatu valmiiksi ja diagnoosi on tehty, on asia kuitenkin otettava esille asiakkaan kanssa. Löydösten selitystapa voi vaikuttaa merkittävästi siihen, millainen hoitotulos saavutetaan. Asiakkaat, jotka ymmärtävän ja hyväksyvät MBS-diagnoosin, toipuvat huomattavasti todennäköisemmin kuin ne, jotka kieltävät diagnoosin. (Schubiner & Abbas, 2018, s. 26–27.)

Alla oleva taulukko listaa vielä keskeiset asiat, jotka viittaavat MBS-diagnoosiin:

Mieli-keho-oireyhtymään viittaavat löydökset
Useamman MBS-oireen löytyminen sairaushistoriasta.
Epäsuotuisten lapsuuden kokemusten löytyminen.
Tyypillisten persoonallisuuspiirteiden löytyminen.
Oireiden alkaminen yhdistettävissä merkittävään stressaavaan tapahtumaan / elämäntilanteeseen.
Oireisto on epäjohdonmukainen suhteessa rakenteelliseen selitykseen (esim. välilevyepölyttämiseen).
Oireet jatkuvat sen jälkeenkin, kun normaalin parantumisen olisi pitänyt jo tapahtua.
Oireet vaihtavat sijaintia kehon osasta toiseen.
Oireet alkavat tietyltä alueelta, ja laajenevat myöhemmin lähiympäristöön.
Oireet vaikuttavat tarttuvan tutuilta ihmisiltä (tutulla henkilöllä ensin vastaavia oireita).
Oireet muuttuvat kaavamaisesti kellon ajan, paikan tai aktiviteetin mukaan.
Oireet katoavat tietyn aktiviteetin aikana, mutta ilmenevät uudestaan myöhemmin samana tai seuraavana päivänä.
Oireet alkavat tai ilmenevät usein keskellä yötä tai herätessä aamulla.
Oireet korreloivat stressaavien tilanteiden kanssa tai ne alkavat jo ennakoissa stressaavia tilanteita.
Fyysinen tutkimus ei paljasta selkeitä patologisia syitä oireille.
Laboratorio- ja kuvantamistutkimustulokset ovat normaalit tai "normatiiviset", kuten esimerkiksi välilevyn pullistumat, joita löydetään myös oireettomilta ihmisiltä.
Oireet käynnistyvät tai voimistuvat haastattelun yhteydessä.
Oireet helpottavat tai katoavat terapeuttisen kohtaamisen aikana (kognitiivis-käyttämisterapia- tai tunnekeskeinen istunto).

Taulukko 5: Mieli-keho-oireyhtymään viittaavat löydökset (Schubiner & Abbas, 2018, s. 29)

Kun diagnoosi on tehty, voidaan aloittaa MBS:n hoito. Schubiner ja Abbas esittävät Hidden from view-kirjassaan suosituksen ns. hoitopolusta MBS:stä kärsivän asiakkaan hoidossa. Alla oleva kuva havainnollistaa tätä polkua:



Kuva 6: Diagnosointi ja hoitopolku (Schubiner & Abbas, 2018, s. 160)

Prosessi lähtee liikkeelle siitä, että asiakas hakeutuu vastaanotolle somaattisten oireidensa vuoksi. Ensimmäisessä vaiheessa suljetaan pois vakavammat fysiologiset syyt oireille, tutkitaan sairaushistoria ja annetaan asiakkaalle kattava edukaatio mieli–keho-oireyhtymästä. Yllättävän monien kohdalla jo pelkkä edukaatio saattaa olla riittävä hoitomuoto oireiden helpottamiseen. Mikäli oireet jatkuvat tai palaavat, suositellaan kognitiivis-behavioraalisia hoitomenetelmiä.

Schubinerin sekä Sarnon kehittämät hoito-ohjelmat koostuvat pitkälti psykoedukaatiosta ja kognitiivis-behavioraalista menetelmistä. Käsittelen molempia hoito-ohjelmia luvussa 5.

Mikäli oireet jatkuvat tai palaavat kognitiivis-behavioraalisen hoidon jälkeenkin, Schubiner ja Abbas suosittavat jatkamaan hoitoa psykodiagnostisella haastattelulla ja lyhyillä tunnekeskeisillä terapiatapaamisilla (ISTDP). Mikäli oireet eivät helpota tässäkin vaiheessa tai palaavat, suosittavat Abbas ja Schubiner aloittamaan täyden ISTDP-terapiahoidon (luku 6).

5 Kognitiivinen ja behavioraalinen hoito

Esittelen tässä luvussa pääpiirteittäin sekä John Sarnon kehittämän hoito-ohjelman että Howard Schubinerin neljän viikon toipumisohjelman. Huomionarvoista on se, että molemmat ohjelmat tähtäävät oireiden poistamiseen ja helpottamiseen, eivät kivun kanssa elämään oppimiseen. Kivun hallinta on ollut perinteisesti kipupotilaiden terapeuttisen hoidon lähtökohtana, mutta silloin mielen ristiriitaa ei ymmärretä kivun syyksi. Kaikki esitellyt hoitomuodot siis pohjaavat teoriaan, joka ymmärtää mielen ristiriidat toiminnallisten oireiden juurisyynä.

5.1 Sarnon terapeuttinen hoito-ohjelma

Sarno toteaa kirjassaan *Divided Mind* (2006), että hoito-ohjelma riittää noin 80 prosentille hänelle tulevista potilaista, ja loput 20 prosenttia ohjataan psykoterapiaan. Hoito-ohjelmaan tullaan lääkärin vastaanotto-käynnin kautta. Ensimmäisessä tapaamisessa potilas tutkitaan fyysisesti ja varmistetaan myös, että oireiden taustalla ei vaikuta mikään fyysinen ongelma. Useimmat Sarnon vastaanotolle tulleet ovat jo käyneet lääkärissä saman vaivan vuoksi ja kokeilleet lukuisia fyysisiä hoitoja aina leikkauksiin asti, joten myös mahdollisesti tarvittavat magneettikuvaukset ym. on usein jo tehty. Sarno toteaa huomanneensa, että potilailla on ylipäänsä suuri taipumus kieltää psykosomaattinen selitys fyysisille oireilleen ja diagnoosin vastustus on suurempi, jos sen tekee esimerkiksi terapeutti tai psykiatri. Tämän vuoksi on tärkeää, että lopullisen diagnoosin tekee lääkäri ja fyysisen tarkastuksen aikana potilaalle on mahdollista jo selittää MBS-oireiden fysiologiaa ja mahdollisesti alleviivata, miten tietyt oireet eivät soviakaan potilaalle usein jo annettuun fyysiseen diagnoosiin, kuten esimerkiksi selän välilevyn patologiaan.

Tarkastuksen yhteydessä paneudutaan niin potilaan sairaushistoriaan kuin myös potilaan psykososiaaliseen historiaan. Tässä yhteydessä kiinnitetään huomiota mm. senhetkiseen elämäntilanteeseen, lapsuuteen ja teini-iän laatuun. Korkealla tasolla keskustellaan potilaan suhteista vanhempiinsa sekä muihin merkittäviin ihmisiin. Sarno pyytää potilastaan myös kuvailemaan persoonaansa ja pyrkii selvittämään, millaisia stressitekijöitä potilaalla on tällä hetkellä elämässään. Potilaalle kerrotaan myös perusteet mieli-keho-oireyhtymästä, ja hän alkaa hiljalleen oppia, mistä on kysymys. Tämän jälkeen potilas siirtyy hoito-ohjelmaan. (Sarno, 2006, s. 134–135).

Luento

Vaikka MBS voi ilmentyä hyvin monin eri tavoin ja aiheuttaa toisistaan vahvasti poikkeavia fyysisiä oireita, niiden taustalla vaikuttaa yleisellä tasolla hyvin samankaltainen psykologinen ilmiö. Tämän vuoksi Sarno on kokenut hyödyllisenä koota yhteen ryhmän potilaita kahden tunnin aloitusluentoa varten.

Kokemus on osoittanut, että tiedon ja ymmärryksen merkitys MBS-oireista toipumisessa on hyvin keskeistä. Siksi luennoilla on myös tärkeä rooli hoito-ohjelmassa. Tästä kertoo myös se, että monien kohdalla oireet helpottuvat tai poistuvat melko nopeasti jo pelkän luennon jälkeen.

Luento jakautuu karkeasti kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa käsitellään mieli–keho-oireyhtymän anatomiaa ja fysiologiaa sekä myös useita perinteisiä rakenteellisia diagnooseja, joita potilaat ovat usein saaneet oireilleen. Toisessa osassa käsitellään mieli–keho-oireyhtymän psykologista puolta: psyyken rakennetta ja mielen sisäistä konfliktia. Luennolla avataan yleisellä tasolla niin MBS-oireiden psykologiset juurisytyt kuin myös keskeiset elementit, joita tarvitaan oireista toipumiseen.

Kuten olemme jo oppineet aikaisemmista kappaleista ja niissä esitetyistä tutkimuksista, tietoisella mielellä on suuri voima pysäyttää kipukierre. Kun potilaat oppivat luentojen aikana mieli–keho-oireyhtymästä, alkavat he itse asiassa jo kommunikoidaan oireiden vaarattomuutta tiedostamattomalle mielelleen.

Sarno toteaa, että kahden asian on tapahduttava, jotta aivot voisivat lopettaa oireet:

- Potilaan on hylättävä rakenteellinen fysiologinen selitys kivulle tai muulle MBS-oireelle ja sisäistettävä, että oireet ovat pikemminkin seurausta kehon muuttuneesta fysiologisesta toiminnasta, jolla on emotionaalinen perusta.
- Potilaan on hyväksyttävä, että kipu tai muu oire on reaktio psyykkiseen tilaan ja että ihmisillä on yleisesti ottaen taipumus reagoida fyysisesti psyykkisiin ilmiöihin.

Sarno alleviivaa, että mitään kehitystä oireiden suhteen ei ole odotettavissa, mikäli kaksi yllä mainittua kohtaa eivät toteudu. Tämä johtuu siitä, että oireet ovat seurausta tiedostamattomasta emotionaalisesta ilmiöstä, jonka tarkoitus on siirtää tietoisien mielen fokus kehoon, pois uhkaavista tunteista. Kun potilas siirtääkin huomionsa oireista hänen psyykkiseen tilaansa, kuten esimerkiksi vain olemalla läsnä tunteilleen, hän tulee samalla tehokkaasti pysäyttäneeksi aivojen älykkään kipustrategian. Sarno korostaa, että tämä ei ole vain teoria vaan toimintamalli, joka on osoitettu todeksi tuhansien potilaiden kohdalla. Luennot on suunniteltu tukemaan tätä kognitiivista transformaatiota.

Luennon aikana potilaat oppivat myös, että esimerkiksi kipu, puutuminen, pistely, tunnottomuus ja polttelu ovat seurausta lievistä paikallisesta hapenpuutteesta, eikä se aiheuta kehoon mitään pysyviä vaurioita. Tämä on erittäin keskeistä, sillä monia potilaita on jo ehditty aikaisemmin pelotella ja neuvoa välttämään monenlaisia aktiviteetteja, joiden on uskottu pahentavan oireita. Mieli–keho-oireyhtymästä kärsivällä tämän kaltaiset ohjeet yleensä lisäävät pelkoa ja sitä kautta myös voimistavat oireita. (Sarno, 2006, s. 135–137.)

Päivittäinen lukeminen

Luentojen jälkeen Sarno neuvoo ihmisiä lukemaan joko *Healing back pain-* tai *The mindbody prescription* -kirjansa kokonaan. Kun kirja on luettu kertaalleen, hän suosittelee lukemaan päivittäin joko kirjojen psycho-

logy-osion tai treatment-osion. Sarno kehottaa tarkkaavaisuuteen erityisesti niiltä osin, joilta kirjan informaatio koskettaa ihmistä itseään. (Sarno, 2006, s. 142–143.)

Kirjoittaminen

Kirjoittaminen on merkittävä osa ohjelmaa. Kuten on monesti tullut esille, tiedostamattomat kipeät ja uhkaavat tunteet ovat syynä MBS-oireille. Tunteet ovat sisällä potilaan tiedostamattomassa, eikä hänellä todennäköisesti ole yhteyttä niihin.

Tämän vuoksi hoito-ohjelmaan osallistuvia kehoitetaan laatimaan lista kaikista asioista, jotka saattavat heidän ymmärryksensä mukaan olla myötävaikuttamassa näiden tunteiden muodostumisessa. Listan jokaisesta otsikosta tulee kirjoittaa essee, mitä pidempi sen parempi. Esseet ohjaavat potilaan syventymään hänelle emotionaalisesti tärkeiden aiheiden äärelle.

Listalle voi päätyä mm. seuraavanlaisia asioita:

- **Lapsuus:** Viha, suru tai emotionaalinen kipu, joka on seurausta lapsuuden kipeistä tai traumaattisista kokemuksista. Fyysinen, seksuaalinen tai emotionaalinen väkivalta lapsuudessa ovat selviä asioita, jotka jättävät jälkeensä läpielämätöntä kipua ja surua. Kuitenkin myös se, että lapsi jää vaille riittävää emotionaalista tukea, lämpöä ja rakkautta jättää tiedostamattomaan vihaa, surua ja kipua, joita ei koskaan ole koettu kunnolla. Myös kova kuri ja ylisuuret odotukset lasta kohtaan jättävät jälkensä. Kaikki, mikä estää lasta olemasta lapsi, kuuluu tähän kategoriaan.
- **Persoonallisuuspiirteet:** Tietyt persoonallisuuspiirteet, joita avattiin jo aiemmin, luovat voimakasta sisäistä ristiriitaa ja voimistavat merkittävästi tukahdutettuja tunteita. Perfektionismi, suuret odotukset itseä kohtaan, ylivastuullisuus/-tunnollisuus, pakonomainen tarve olla kiltti ja pidetty, voimakas itsekritiikki tai huono itsetunto ovat mm. asioita, jotka myötävaikuttavat tukahdutettujen tunteiden voimistumiseen.
- **Ulkoiset paineet ja vastuut:** Työ, perhe, suhde vanhempiin jne.
- **Vanheneminen ja kuolema:** Sarno toteaa, että vanheneminen ja kuolema sekä niihin liittyvät tiedostamattomat tunteet ovat yllättävän usein MBS-oireiden taustalla.
- **Tilanteet, joissa henkilö tulee tietoisesti vihaiseksi, mutta ei salli itsensä ilmaista niitä**

(Sarno, 2006, s. 143–145.)

Ajattele / reagoi psykologisesti

Sarno kehottaa potilaitaan opettelemaan tunteiden tuntemista ja reagoimaan psykologisesti ennen kuin fyysisesti. Mikäli potilas huomaa oireiden ilmaantuvan, hänen tulisi suunnata huomionsa fyysistä oireistaan sen hetkiseen mielentilaansa. Hänen tulee huomioida, minkälaisia ajatuksia hänellä juuri nyt on ja mitä tunteita ne hänessä herättävät. Hän kehottaa potilaitaan pysähtymään tunteidensa äärelle ja kokemaan ne. Tämä tapa on suora vastahyökkäys alitajuista kipustrategiaa kohtaan. Se on tietoisien mielen viesti tiedostamattomalle mielelle, että henkilö tunnistaa kipustrategian ja haluaa kokea tunteensa eikä ilmaista niitä fyysisesti. Sarno muistuttaa potilailleen, että tiedostamaton mieli muuttuu hitaammin kuin tietoinen. Sillä kestää pidempään hyväksyä ja sisäistää muutos. (Sarno, 1991, s. 77.)

Puhu aivoillesi

Sarnon potilaat ovat kokeneet hyödylliseksi puhua omille aivoilleen. Potilas välittää siten tiedostamattomalle viestin, että hän on tietoinen siitä mitä tiedostamattomassa tapahtuu ja että hän haluaa lopettaa tällä tavoin reagoimisen. Puhe voi olla rauhoittavaa, tai joillekin jopa käskävä tyyli voi toimia hyvin. Ajatus voi tuntua aluksi hullulta, mutta näin siirretään kontrolli tiedostamattomalta mieleltä tietoiselle. (Sarno, 1991, s. 78–79.)

Luvussa 3 viittasin useisiin eri tutkimuksiin, joissa on osoitettu, että tietoinen osa aivoistamme on kykenevä hillitsemään ja lopettamaan kivun. Itselleen puhuminen on yksi käytännöllinen tapa, jolla dorsolateraalinen otsalohko voi viestiä aivojen tiedostamattomille osille ja siten auttaa kipukierteen katkaisemisessa. Jälleen kerran on hyvä muistaa, että Sarno on tehnyt tehokasta kliinistä työtä ja oppinut potilailtaan toimivia menetelmiä jo ennen kuin on ollut olemassa tieteellisiä tutkimuksia siitä, miten aivojen toiminta liittyy kipuun. Aivojen eri osien välisen viestinnän vaikutus kipuun on selvinnyt tutkimuksissa huomattavasti myöhemmin.

Palaaminen fyysisiin aktiviteetteihin

Erytisesti tiettyihin kipuihin, kuten alaselkäkipuihin, liittyy usein erilaisten aktiviteettien pelko. Sitkeistä kivuista kärsivät ovat usein ehdollistuneet siten, että tietyt aktiviteetit laukaisevat kivun. Sarno toteaa, että yksi tärkeimmistä asioista on hiljalleen ja luottavaisesti palata normaaleihin fyysisiin aktiviteetteihin. Tämä tarkoittaa sen pelon ylitse pääsemistä, mikä mahdollisesti liittyy kumartumiseen, nostamiseen, juoksemiseen, pallopelien pelaamiseen tai mihin tahansa muihin aktiviteetteihin. Se merkitsee sen uskomuksen hylkäämistä, jonka mukaan kumartuminen, nostaminen, istuminen, seisominen, makaaminen tai liikkuminen olisi joko hyväksi tai pahaksi esimerkiksi selälle. Sarno korostaa, että aktiviteettien pelon (jopa niiden itselle pahimpien) yli pääseminen on keskeistä niin kivuista toipumisen kuin elämänalueen normaaliksi palautumisen kannalta. Sarno korostaa, että jos potilaille jää pysyvästi pelko tiettyjä aktiviteetteja kohtaan, on lähes varmasti odotettavissa uusia kipukohtauksia, koska näiden potilaiden aivot pysyvät vahvasti ehdollistuneina kipureaktioon. Hän myös muistuttaa, että kivun syy ei ole rakenteellinen vika kehossa ja siksi normaaleihin fyysisiin aktiviteetteihin palaaminen on turvallista. Hän kuitenkin neuvoo potilaitaan aloittamaan aktiviteetteihin palaamisen vasta, kun he ovat kokeneet merkittävää kivun lievitystä ja ovat luottavaisia uudesta

diagnoosistaan. Liian aikainen paluu aktiviteetteihin todennäköisemmin pahentaisi kipua väliaikaisesti ja hidastaisi toipumisprosessia. Kun potilaat palaavat asteittain pelkäämiinsä aktiviteetteihin, Sarno suosittelee tekemään sen luottavaisin mielin. Näin potilaat lähettävät rauhoittavia viestejä tiedostamattomalle mielelle, joka vastaa MBS-oireiden laukaisemisesta. Kyse on siis eräänlaisesta poisherkestämisen prosessista. (Sarno, 1991, s. 79–80.)

Fyysisten hoitojen lopettaminen

Sarno suosittelee esimerkiksi kipupotilaidensa kohdalla kaikkien fyysisten hoitojen lopettamista. Se voi tuntua aluksi erikoiselta ja vaikealta ratkaisulta, mutta kun muistamme oireiden taustat, tämä ohje on varsin hyvin perusteltavissa. Sarno toteaa itsekin, että hänellä kesti 12 vuotta, ennen kuin hän uskaltautui todella murtamaan vanhat traditiot ja poistamaan fyysiset hoidot hoito-ohjelmastaan. Hän toteaa, että fyysisen hoidon tarjoaminen mieli–keho-oireyhtymään on epäloogista, eikä hoito kohdistu sinne, mistä oireet saavat alkunsa eli ihmisen mieleen. Fyysiset hoidot, kuten hieronta, manipulaatiot, liikunta ja venyttelyharjoitteet perustuvat kaikki siihen olettamukseen, että kehossa on jotain fyysisesti vialla. Tämänkaltainen lähestyminen pitää Sarnon kokemuksen mukaan yllä uskomusta kivun fyysisistä syistä. Kun hoito-ohjelmassa oli vielä mukana fyysisiä hoitomuotoja, osa potilaista sai niistä usein väliaikaista helpotusta, mutta juuri näiden potilaiden kohdalla pysyvän toipumisen esteeksi muodostuivat fyysiset hoidot. He eivät kyenneet sisäistämään kunnolla MBS-diagnoosia. Sarno korostaa kuitenkin, että liikunnan harrastaminen yleisen hyvinvoinnin edistämiseksi on toki täysin toinen asia, ja siihen rohkaistaan. (Sarno, 1991, s. 81.)

11 päivittäistä muistutusta (erityisesti kipupotilaille)

1. Kipu on seurausta mieli–keho-oireyhtymästä, ei rakenteellisista muutoksista.
2. Suora syy kipuun on lievä paikallinen hapenpuute.
3. Mieli–keho-oireyhtymä on harmiton tila, joka on seurausta tukahdutetuista tunteista.
4. Keskeisin tunne on tukahdutettu viha.
5. MBS esiintyy ainoastaan siirtääkseen huomioni pois tunteistani.
6. Koska selkäni (tai jokin muu) on pohjimmiltaan normaali, ei ole mitään pelättävää.
7. Siksi fyysinen aktiviteetti ei ole vaarallista ja minun täytyy palata kaikkiin normaaleihin fyysisiin aktiviteetteihini.
8. En aio olla huolissani tai peloissani kivusta.
9. Suuntaan huomioni fyysisistä oireista tunteisiini.

10. Aion olla tietoisesti kontrollissa – sen sijaan, että tiedostamaton mieleni on.

11. Minun pitää ajatella psykologisesti kaiken aikaa, ei fyysisesti.

(Sarno, 1991, s. 82.)

Jälleen on hyvä muistaa, että näiden päivittäisten muistutusten tarkoitus on antaa tietoiselta mieleltä rauhoittava viesti aivojemme palvaroitinena toimivalle mantelitulmakkeelle, hypotalamukselle, autonomiselle hermostolle sekä etupihtipiomulle, jotka kaikki vaikuttavat kivun aistimukseen.

Ryhmätapaamiset

Ensimmäisten luentojen jälkeen Sarno suosittelee potilaitaan työskentelemään päivittäisen ohjelman kanssa, joka on pääpiirteissään esitetty edellä. Mikäli oireissa ei ole tapahtunut merkittävää parannusta 3–4 viikon kuluessa, suosittelee Sarno usein potilasta liittymään hänen vetämiinsä ryhmätapaamisiin (osalle suositellaan psykoterapiaa). Ryhmätapaamiset muistuttavat luonteeltaan ryhmäterapiaa, jossa potilaiden on mahdollista jakaa sekä heidän psykologisia ja fyysisiä kokemuksiaan toisilleen. Ryhmätapaamiset myös antavat Sarnolle mahdollisuuden mahdollisten väärinymmärrysten korjaamiseen ja terapeuttisen prosessin vahvistamiseen. Osa ryhmään osallistuvista usein raportoi edistymisestään, joka luo uskoa muihin ryhmään osallistuviin ja vie heidän prosessiaan eteenpäin. (Sarno, 2006, s. 146.)

Hoidon tuloksista (tutkimukset)

Pitkän uransa aikana Sarnon työryhmä on tehnyt kolme seurantatutkimusta hoito-ohjelmaan osallistuneille potilailleen. Jo vuonna 1982 toteutettiin seurantakysely 177 potilaalle, jotka olivat osallistuneet ohjelmaan vuosina 1978–1981. 76 prosenttia raportoi elävänsä normaalia elämää kivutta tai kokevansa vain vähän kipua. 8 prosenttia raportoi tilanteen kehittyneen ja 16 prosenttia tilan säilyneen muuttumattomana. Sarno toteaa, että ohjelma oli tuohon aikaan vielä kehittymätön ja osa hoitoon tulleista ei osallistunut luentoihin ja muihin nykyisen ohjelman osiin. (Sarno, 1991, s. 87.)

Vuonna 1987 Sarno toteutti vastaavanlaisen seurantatutkimuksen, ja tällä kertaa ryhmään valittiin potilaita, joilla kaikilla oli dokumentoitu ja todettu välilevytyrä ja jotka kärsivät pitkään jatkuneesta kivusta. 88 prosenttia (96 henkilöä) raportoi toipuneensa, 10 prosenttia raportoi positiivisesta kehityksestä ja vain 2 prosentilla tilanne oli muuttumaton. (Sarno, 1991, s. 87.)

Vuonna 1999 Sarno toteutti seurantatutkimuksen, jossa 85 ohjelmaan osallistunutta potilasta haastateltiin 6–7 kuukautta aloituskonsultaation jälkeen. Haastateltavista 39 prosenttia oli naisia ja 61 prosenttia miehiä. 69 prosenttia osallistujista oli osallistunut ainoastaan konsultaatioon ja luentoon. 6 prosenttia oli osallistunut luentojen lisäksi ryhmätapaamisiin. 25 prosenttia oli osallistunut tämän lisäksi psykoterapiaan (huom. kysely toteutettiin melko nopeasti vain joitakin kuukausia terapian aloituksesta). Tutkimuksessa kartoitettiin sekä

kivun tasoa, että fyysisien rajoitteiden poistumista. 44 prosenttia raportoi toipuneensa erittäin hyvin kivusta (ei kipua tai korkeintaan hyvin vähän kipua). 26 prosenttia raportoi kokeneensa 80–100 prosenttia kivun vähenemistä. 15 prosenttia kertoi kokeneensa 40–80 prosenttia kivun lievitystä. 15 prosenttia raportoi kokeneensa 0–40 prosenttia kivun lievitystä. 54 prosenttia raportoi, että heillä ei ole enää fyysisiä ja liikunnallisia rajoitteita. 21 prosenttia raportoi, että he olivat 80–100 prosenttisesti palanneet normaaleihin fyysisiin aktiviteetteihin. 14 prosenttia raportoi palanneensa 40–80 prosenttiin aktiviteeteista. 11 prosenttia raportoi 0–40 prosenttisesta kehityksestä normaaleihin aktiviteetteihin palaamisessa.

Yhteenvetona tästä tutkimuksesta Sarno toteaa, että 70 prosenttia sai hyvän kivunlievityksen ja 75 prosenttia oli palannut normaaliin fyysiseen toimintaan tai lähes normaaliin. Sarno korostaa myös, että kuten minkä tahansa hoidon kohdalla, niin myös tässä tapauksessa on tärkeää, että potilaat ottavat ”lääkkeensä” eli sitoutuvat kunnolla ohjelmaan. Osa potilaista ei seuraa ja sitoudu kunnolla päivittäiseen opiskeluohjelmaan eikä ota yhteyttä, mikäli oireet eivät helpottaneet (tällöin suositellaan yleensä siirtymistä psykoterapiaan tai ryhmätapaamisiin). Sarno myös alleviivaa, miten ongelmallista ihmisille on usein hyväksyä emotionaalista syytä fyysisille oireilleen. Kyse onkin usein samoista psyykkisistä voimista, jotka tuottavat fyysisiä oireita ja samalla vastustavat mieli–keho-oireyhtymän diagnoosia. Onhan oireiden tarkoitus pitää mielen huomio pois kipeistä tunteista, joten diagnoosin hyväksyminen merkitsee jo askelta kohti omien tunteidensa kohtaamista. Yleensä diagnoosin voimakas vastustus on merkki siitä, että taustalla vaikuttaa vahvoja tukahdutettuja tunteita. (Sarno, 2006, s. 181–182.)

5.2 Schubinerin terapeuttinen hoito-ohjelma

Howard Schubiner on suunnitellut neljän viikon mittaisen hoito-ohjelman, jota hän ohjaa Mind body medicine centerissä Michiganissa. Schubiner avaa kyseisen hoito-ohjelman yksityiskohtaisesti myös kirjassaan *Unlearn your pain*, joka mahdollistaa ohjelman suorittamisen myös itsenäisesti (ainakin suurimmalta osin) itselleen sopivassa tahdissa. Ohjelma koostuu seitsemästä eri komponentista: mieli–keho-oireyhtymästä lukeminen, oireiden fyysisten selitysten hylkääminen, kirjoitusharjoitteet, meditaatioharjoitteet, mielen ja aivojen uudelleen ohjelmointi, syvien tunteiden verbaalinen ilmaiseminen (ISTDP) ja elämän ”uudelleen rakentaminen”. (Schubiner, 2012, s. 73–74.)

1. Mieli–keho-oireyhtymästä lukeminen

Mieli–keho-oireyhtymästä lukeminen / kuunteleminen ja sen opiskelu on tärkeä osa toipumista. Se auttaa MBS:stä kärsivää ymmärtämään ilmiötä, ja voi vakuuttaa hänet siitä, että apua oireisiin on saatavilla. Ymmärrykseen liittyvä helpotus ja oivallus itsessään saattaa poistaa oireet joidenkin ihmisten kohdalla. (Schubiner, 2016, s. 74.)

2. Fyysisten selitysten ja diagnoosien hylkääminen

Schubiner alleviivaa fyysisten selitysten ja diagnoosien hylkäämisen merkitystä. Hän huomauttaa, että hän ei luonnollisestikaan pyydä ketään hylkäämään fyysisiä diagnooseja, kuten kilpirauhasen vajaatoimintaa, reumaa, syöpää tai sydänsairautta. Mutta kun on kyse esimerkiksi selkäkivusta, pitää potilaan hylätä mm. välilievyyttä selityksenä kivulle. Sama koskee myös esimerkiksi ärtyvän suolen oireyhtymän, migreenin, fibromyalgian tai TMJ-syndrooman diagnoosin saaneita. Sama koskee myös ahdistuksesta ja masennuksesta kärsiviä. Heidänsä oireensa eivät ole ensisijaisesti seurausta kemiallisesta epätasapainosta kehossa.

Sen sijaan potilaiden on hyväksyttävä mieli-keho-oireyhtymän diagnoosi. Monille on vaikea käsittää, miten voimakkaita oireita mieli-keho-oireyhtymä voi aiheuttaa ja miten sen oireet voivat vaihtaa sijaintia ja muotoaan nopeastikin. Oireet ovat todellisia ja seurausta opituista hermoradoista, jotka ovat herkistyneet mieli-keho-oireyhtymän myötä. Schubiner toteaa havainneensa, että on keskeistä, että jokainen ohjelmaan osallistuva kykenee toteamaan selkeästi ja vahvasti ja päättäväisesti: ”Minulla on mieli-keho-oireyhtymä, ja minä pystyn parantamaan itseni”. Itse asiassa tämä on ohjelman alussa ensimmäinen asia, jonka kaikki osallistujat vuorollaan ryhmässä tekevät. (Schubiner, 2016, s. 74–75.)

Fyysisten selitysten hylkäämisen ja MBS-diagnoosin hyväksymisen merkitys on helppo ymmärtää, kun muistaa sen, että oireilla on psykologinen tarkoitus. Mikäli fyysinen selitys jää takaraivoon, oireet säilyttävät todennäköisemmin voimansa pitää tietoisuuden fokus oireissa, tunteiden sijasta.

3. Tunnetyöskentely ja ISTDP

Tukahdutetut tunteet ovat keskeisessä asemassa mieli-keho-oireyhtymässä, minkä vuoksi ohjelma sisältää erilaisia menetelmiä tunteiden käsittelyyn ja kohtaamiseen. Tyypillisimpiä tukahdutettuja tunteita ovat pelko, viha, syyllisyys, häpeä ja suru.

Schubiner toteaa, että usein ihmiset ovat parhaiten tietoisia pelosta, joka on tyypillinen reaktio, kun ihmistä on satutettu. Pelosta kiinni pitäminen johtaa usein lopulta erilaisiin ahdistuneisuushäiriöihin kuten pakko-neurooseihin, sosiaalisten tilanteiden pelkoon tai paniikkikohtauksiin, jotka ovat osa ihmisen taistele ja pakene-reaktiota. Jos pelko menee yli sietokyvyn, saattaa alkukantainen jäätymisreaktio aktivoitua, mistä voi seurata masennusta ja/tai uupumusta.

Pelon lisäksi toinen vaste emotionaalisesti loukatuksi tulemiseen on usein viha ja kauna. Viha olisikin monessa tilanteessa paljon terveempi reaktio väärinkohteluun kuin pelko, sillä se mahdollistaisi itsen puolustamisen paremmin kuin pelko. Monet lapsuudessa haavoitetut ovat kuitenkin kykenemättömiä ilmaisemaan vihaansa terveesti. Tämä saattaa johtaa elämänmittaiseen kaavaan, jossa ihminen tuntee pelkoa ja kykenemättömyyttä ilmaista vihaa. Tämänkaltaisen tilanne on otollinen MBS-oireiden kehittymiselle.

Schubiner hyödyntää hoito-ohjelmassaan omaa versiotaan lyhytkestoisesta intensiivisestä psykodynaamisesta terapiasta (ISTDP) tunnetyöskentelytyökaluna. Tunnetyöskentelyä kohdistetaan niin menneisyyden

traumaattisiin kokemuksiin kuin tämän hetken stressitekijöihin ja omiin oireita ylläpitäviin persoonallisuuspiirteisiin. Esittelen ISTDP-terapiamuotoa yksityiskohtaisesti luvussa 6. (Schubiner, 2016, s. 76–79.)

4. Kirjoittaminen

Neljän viikon ohjelman aikana jokaisella viikolla on suunniteltu erilaisia kirjoitustehtäviä. En käy niitä kaikki yksityiskohtaisesti läpi, mutta kerron osasta pääpiirteittäin. Kirjoitustehtävät perustuvat mm. James Pennebakerin tekemiin tutkimuksiin terapeutin kirjoittamisen hyödyistä (1990, 2004). Pennebaker kehitti myös erilaisia kirjoitustekniikoita, joista osaa hyödynnetään ohjelmassa.

Ensimmäisen viikon kirjoitustehtävien aiheina käytetään jo tunnettyöskentelyn yhteydessä muodostettujen listojen aiheita. Aiheita on siis kolmesta eri kategoriasta: menneisyyden stressitekijät, tämän hetken stressitekijät ja kipua yllä pitävät persoonallisuuspiirteet. Jokaisesta kategoriasta suositellaan valitsemaan kolme aihetta listalta.

Ohjelma suosittaa käyttämään kirjoitustekniikoina vapaata kirjoitusta ja klusterointia. Vapaassa kirjoituksessa asetetaan 10 minuutin ajastin päälle ja kehoitetaan kirjoittamaan aiheesta täysin vapaasti ja sensuroimatta se, mitä mieleen nousee. Samalla kehoitetaan ilmaisemaan kaikki tunteet vapaasti, mitkä kirjoittamisen aikana saattavat nousta.

Klusteroinnissa kirjoittaja valitsee yhden aiheistaan ja kirjoittaa sen keskelle paperia ja ympyröi sen tehtävän eräänlaiseksi ytimeksi. Seuraavaksi aloitetaan vapaa assosiaatio. Kirjoitetaan mieleen nouseva 1–4:n sanan lause ja ympyröidään se ja vedetään viiva ytimen ja nousseen ajatuksen välille. Seuraavaksi kiinnitetään huomio joko takaisin ytimeen tai siitä kirjoitettuun ensimmäiseen ajatukseen ja kirjoitetaan seuraava välittömästi noussut 1–4 sanan lause ja yhdistetään se ympyrään, josta ajatus nousi. Tätä jatketaan, kunnes viiden minuutin ajastin soi.

Potilaita neuvotaan kuitenkin olemaan tekemättä oireista (kuten kipu, ahdistus tai masennus) kirjoituksen pääaihetta, sillä se saattaa vain voimistaa oireita. Vihan ja katkeruuden tunteita neuvotaan myös olemaan kääntämättä itseensä, sillä nekin saattavat vain voimistaa oireita. (Schubiner, 2012, s. 124–128.)

Toisella viikolla suositellaan kirjoittamaan kirjeitä, joita ei koskaan tulla lähettämään vastaanottajalleen. Ohjelmaan osallistuvia pyydetään laatimaan lista vastaanottajista, joille kirje kohdistetaan. Tyypillisiä vastaottajia ovat tietysti henkilölle tärkeät ihmiset kuten vanhemmat, puoliso, lapset ja ehkä tärkeät ystävät, pomo tai kollega. Kirjeen voi kirjoittaa myös menneisyyden tai tulevaisuuden itselleen. (Schubiner, 2012, s. 192.)

Kolmannella viikolla kirjoitetaan dialogeja. Dialogit voivat kohdistua samantyyppisiin kohteisiin kuin toisen viikon kirjeet. Neljännellä viikolla kirjoitetaan uusi elämäntarina. Ensiksi kirjoitetaan lyhyt versio vanhasta (todennäköisesti tavalla tai toisella negatiivissävytteinen) elämästä, josta henkilö on ehkä pitänyt kiinni. Tämän jälkeen siirrytään kirjoittamaan uutta elämäntarinaa, jossa katsantokulmaa omaan elämään pyritään

muuttamaan. Kirjoituksessa on tarkoitus korostaa positiivisia näkökulmia ja luoda itsestään tarina sellaisena persoonana, joka hän haluaa olla.

5. Meditaatio ja mindfulness

Hoito-ohjelma pitää sisällään erilaisia meditaatioita. Ensimmäisellä hoitoviikolla keskitytään mindfulness-meditaatioon. MBS:stä kärsivälle ihmisille mindfulness voi opettaa menneen hyväksymistä ja valintaa, miten suhtautua vallitsevaan hetkeen. (Schubiner, 2016, s. 161.)

Mindfulness-esimerkkiharjoite: Etsi itsellesi rauhallinen paikka ja aloita kiinnittämällä huomio hengitykseen. Älä yritä muuttaa sitä, vaan yksinkertaisesti kiinnitä siihen uteliaana huomiota. Kun huomaat mielesi alkavan vaeltaa, palauta huomio hellästi takaisin hengitykseen. Harjoituksen ydin on oppia huomioimaan omaa mieltä ja harjoittaa kykyä olla reagoimatta siihen. Ala sitten hitaasti skannaamaan kehoasi läpi. Huomioi kehon jokainen osa samalla mielenkiinnolla ilman arvostelua. Kun saavut kehon osaan, jossa tunnet kipua tai epämukavuutta, huomioi tuntemukset ja pyri olemaan arvostelematta tuntemuksia, hyväksy vain, että asiat ovat juuri nyt niin kuin ne ovat, ja siirry sitten seuraavaan kehon osaan. Kun olet käynyt koko kehon tällä tavoin läpi, sano itsellesi: ”Minä hyväksyn itseni ja kehoni sellaisenaan täysin ja kokonaan”.

Anna nyt itsellesi hetki aikaa huomioida ajatuksiasi ja tunteitasi. Tee se ilman arvostelua. Tunnista ne ja päästä niistä sitten irti. Tämä opettaa sinulle kykyä ottaa etäisyyttä ajatuksiisi siten, että ne eivät kykene enää kontrolloimaan sinua. Tämä on keskeistä, jotta voit katkaista tiettyjä kehittyneitä assosiaatioita ajatuksiesi, tunteidesi ja fyysisten oireidesi välillä.

Kun tunteet nousevat, salli mielesi huomioida, miten nämä tunteet linkittyvät menneisyyden traumoihisi, tämän hetken stressitekijöihin ja persoonallisuuteesi. Huomio nämä yhteydet ja hyväksy, että se on tapa, jolla mielesi toimii ja valitse olla reagoimatta siihen. Valitse olla antamatta näiden mielikuvien vaikuttaa sinuun, ja päästä niistä yksinkertaisesti irti. Harjoituksen lopuksi toista itsellesi kolme kertaa: ”Minä hyväksyn itseni ja kehoni sellaisenaan täysin ja kokonaan”. (Schubiner, 2016, s. 162–163.)

6. Aivojen uudelleenohjelmointi

Kuten aivot ja autonominen hermosto-osiossa tuli esille, kipu ja muut MBS-oireet ovat seurausta kehittyneistä hermoradoista. Nämä hermoradat ovat todellisia, ja ne ovat syntyneet erilaisten stressaavien elämän kokemusten myötä. Nämä hermoradat ovat opittuja ja niistä on mahdollista myös oppia pois. MBS-oireiden toipumisen kannalta on olennaista keskeyttää näiden hermoratojen toiminta. Onneksi meidän ei kuitenkaan tarvitse pystyä poistamaan näitä haitallisia hermoratoja eikä myöskään luomaan kokonaan uusia. Aivomme ovat kytkeytyneet kehomme jokaiseen soluun ja säikeeseen, ja suurin osa hermoradoista toimii aivan normaalisti. Kivusta tai muista oireista kärsivällä on siis yhä olemassa myös jo aiemmin opitut ns. terveet hermoradat aivojen ja kehon eri osien välillä. Aivojen uudelleenohjelmoinnin tarkoitus on aktivoida nämä terveet hermoradat ja deaktivoida ne hermoradat, jotka aiheuttavat oireita. Schubiner toteaa, että monilla

kroonisista oireista kärsivilläkin on kokemuksia siitä, että kipu tai oireet vaihtelevat, muuttavat muotoaan ja ovat toisinaan pahempia. Kaikki nämä kokemukset viittaavat siihen, että oireet ovat peräisin opituista hermoradoista.

Tutkimuksin on osoitettu, että se miten ajattelemme ja reagoimme stressaaviin tilanteisiin, muuttaa aivoja ja sen yhteyksiä (Doidge, 2007; Begley, 2008). Itse asiassa aivot muuttuvat jatkuvasti ja luovat uusia yhteyksiä. Tutkimuksilla on osoitettu, että kroonisesta kivusta ja uupumuksesta kärsivillä ihmisillä on muutoksia aivoissa (May, 2008, Baliki ym., 2008; Lange ym., 1999). Schubiner huomauttaa, että osa tutkijoista pitää näitä muutoksia aivoissa todisteena siitä, että kipu ja uupumus ovat aivojen sairaustiloja. Hän ei allekirjoita tätä näkemystä, vaan on sitä mieltä, että nämä muutokset johtuvat oireista. Schubiner vertaa tilannetta uuden taidon opetteluun. Kun henkilö harjoittelee uutta taitoa, esim. jonkin instrumentin soittoa, aivot muuttuvat. Samalla tavoin ns. opittua kipua harjoitetaan. Kun kipu jatkuu jonkin aikaa, on täysin ymmärrettävää, että nämä muutokset voidaan todentaa moderneilla aivojen kuvantamistekniikoilla. Schubiner muistuttaa, että aivot muuttuvat myös terapian ja psykologisten oivallusten seurauksena. Tämä on osoitettu mm. hämähäkifobiasta kärsivien kohdalla (Paquette ym., 2003). Kun ihmiset toipuvat vuosia jatkuneista sitkeistä kivuista, on se osoitus siitä, että aivot voivat muuttua vielä senkin jälkeen, vaikka ne ovat oppineet ja harjoittaneet kipureaktiota pitkän aikaa.

Aivojen uudelleenohjelmoinnin harjoitteet opettavat aktivoimaan tietoista osaa mielestä ja yliajamaan tiedostamattomia opittuja hermoratoja, jotka ovat vastuussa MBS-oireista. Schubiner toteaa, että mitä enemmän harjoitteita tekee, sitä nopeammin toipuminen etenee. Hän korostaa, että harjoitteita voi joutua tekemään useamman viikon ajan aktivoitakseen terveitä ja oireettomia hermoratoja uudelleen. (Schubiner, 2016, s. 163–165.)

Aivojen uudelleen ohjelmoinnin harjoitteita

Hoito-ohjelman ensimmäisellä viikolla aivojen uudelleenohjelmointiin hyödynnetään vahvistuslauseita, jotka on suunniteltu aktivoimaan aivojen dorsolateraalista etuosaloikkaa, jonka tiedetään vähentävän kipua ja muita oireita. (Schubiner, 2016, s. 166.)

Harjoite 1

Kun kipu tai jokin muu MBS-oire ilmaantuu, pysähdy ja vedä syvään henkeä. Käytä hetki muistuttaaksesi itseäsi siitä, että kehossasi ei ole mitään vakavasti vialla. Olet terve ja MBS-oireet rauhoittuvat pian. Kerro mielellesi, että tiedät oireiden olevan vain mielen tapa, jolla se varoittaa sinua alla olevista pelon, syyllisyyden, vihan, ahdistuksen, häpeän ja riittämättömyyden tunteista. Kerro myös itsellesi, että tiedät oireiden olevan yksinkertaisesti vain opittuja hermoratoja, joista voit oppia pois. Käske mielesi lopettaa oireiden tuottaminen välittömästi. Ota vielä muutama syvä hengitys ja jatka sitä mitä olet tekemässä keskittymättä enää siihen mitä oireille tapahtui. Schubiner korostaa esimerkin kaltaisten vahvistuslauseiden tehokkuutta. Hän toteaa käytännön osoittaneen niiden toimivan erittäin hyvin, vaikka ne saattavat aluksi tuntua erikoisilta. Hän myös huomauttaa, että mikäli henkilö kärsii jatkuvasta kivusta, voi näitä vahvistuslauseita joutua toistamaan melko usein, mutta samalla on syytä välttää niiden tekemistä jatkuvasti. Tutkimukset ja kokemukset ovat osoittaneet, että kipuun keskittyminen pahentaa oireita. Kolme erillistä tutkimusta on osoittanut, että

ihmiset, joita neuvottiin pitämään kipupäiväkirjaa, kärsivät voimakkaammista oireista kuin ne, jotka eivät sitä tehneet (Ferrari ym., 2010; Ferrari ym., 2013, Ferrari ym., 2015).

Aivojen uudelleenohjelmoinnin kannalta on keskeistä, että oireet menettävät pelottavuutensa. Siksi tietynlainen välinpitämättömyys oireita kohtaan voi olla tehokas tapa purkaa opittuja reaktiomalleja. Tämä on hyvin päinvastainen reaktio, kuin se, miten ihmiset tyypillisesti reagoivat MBS-oireisiin: pelko, pettymys ja toivotonmuus. (Schubiner, 2016, s. 166–167.)

Harjoite 2

Tämä esimerkkiharjoite keskittyy tunteiden ja ajatusten huomiointiin. Kun huomaat tunteita päivän aikana (liittyyppä niihin oireita tai ei), pysähdy ja vedä henkeä. Käytä hetki puhuaksesi mielellesi. Kerro itsellesi, että tunteesi ovat normaaleja ja hyväksy, että sinulla on näihin tunteisiin liittyviä ajatuksia. Vedä vielä syvään henkeä ja anna tunteiden asettua. Kiinnitä huomiota siihen, mikä tunteet aiheuttaa. Kerro sitten mielellesi, ettet salli näiden tunteiden enää aiheuttavan sinulle MBS-oireita. Kerro mielellesi, että aiot oppia kokemaan tunteitasi ilman kyseisiä oireita. Kerro mielellesi, että huolehdit asioista, jotka ovat herättäneet kyseiset tunteet, joten mieli voi vain rentoutua ja antaa oireiden kadota. Siirry sitten eteenpäin ja jatka päivääsi normaalisti.

Kyseinen harjoite auttaa tunnistamaan tunteita, jotka nousevat päivän aikana. Tätä kautta oireista kärsivä oppii hiljalleen näkemään, minkälaiset tilanteet, ajatukset ja tunteet triggeröivät hänen fyysisiä oireitaan. Kun ihminen alkaa itse nähdä linkin oireiden, tunteiden ja ajatusten välillä, hälvenevät viimeisetkin epäilyt siitä, että hänessä olisi fyysisesti jotain vialla. (Schubiner, 2016, s. 170–171.)

Harjoite 3

Tämä harjoite keskittyy erilaisten opittujen triggereiden uudelleenohjelmointiin. Tyypillisiä oireita käynnistäviä triggereitä ovat esimerkiksi tietyt aktiviteetit, paikat, kehon asennot, muistot tai ajatukset. Tavanomaisesti ihmiset oppivat välttelemään tämän kaltaisia triggereitä, mutta pidemmän päälle välttelyllä on elämää rajoittava ja kipua ylläpitävä vaikutus. On keskeistä ymmärtää, että triggerit vain käynnistävät opitut hermoradat, ne eivät aiheuta kudonsvauriota kehossa. Schubiner huomauttaa, että hän ei neuvoisi potilasta kävelemään murtuneella nilkalla, mutta hän neuvo MBS:stä johtuvasta nilkkakivusta kärsivää kävelemään jalalla.

Harjoitus aloitetaan laatimalla lista asioista, joiden olet huomannut käynnistävän oireita. Kun seuraavaksi olet tekemisissä listalla olevan asian / aktiviteetin kanssa ja huomaat oireiden käynnistyvän, toimi seuraavasti: Ota itsellesi hetki muistuttaaksesi itseäsi siitä, että se, mitä teit parhaillaan, on terveellistä eikä satuta sinua. Kerro itsellesi, että tämä aktiviteetti ei enää jatkossa aiheuta sinulle oireita. Kun teet tämän, ole päätäväinen ja määrätietoinen. Mikäli sinulla on triggeri, joka aktivoituu hyvin ennustettavasti, on sen haastaminen etukäteen valmistautuen hyödyllinen tapa toimia. Voit ennen aktiviteetin aloittamista sanoa mielellesi joitakin sopivia vahvistuslauseita, jotka muistuttavat siitä, että kyseinen aktiviteetti ei ole haitallinen ja sen suorittaminen on turvallista. (Schubiner, 2016, s. 172–175.)

Harjoite 4

Lopuksi on vielä hyvä päivittäin pysähtyä muutaman kerran muistuttamaan itseään siitä, että kehosi on fyysisesti kunnossa, eikä sinulla ole vakavaa sairautta. Muistuta alitajuntaasi, että olet tietoinen oireiden syystä etkä salli näiden stressaavien tilanteiden ja tunteiden aiheuttaa sinulle enää fyysisiä oireita. (Schubiner, 2016, s. 177.)

Samankaltaiset harjoitteet jatkuvat viikoilla 2–4, mutta niiden aikana otetaan käyttöön erilaisten akupunktiopisteiden painaminen samanaikaisesti. Näiden pisteiden on tarkoitus rauhoittaa mieltä, ja niiden painaminen lähettää aivoille uusia signaaleja, jotka auttavat muuttamaan aivojen reaktiota. (Schubiner, 2016, s. 217.)

7. Elämänmuutokset

Ohjelma rohkaisee ihmisiä tekemään myös tarpeellisia konkreettisia elämänmuutoksia. Tähän ohjelmasta löytyy tehtäviä jokaiselle viikolle neljän viikon ohjelmassa. Minimissään ne yleensä tarkoittavat kivun myötä kaventuneen elämänalueen laajentamista siten, ettei pelko kivusta hallitse enää valintoja. Ohjelma kehottaa aktiviteetteihin, jotka ovat itselle tärkeitä ja nautinnollisia, ja jotka kasvattavat vapauden tunnetta. Ohjelmassa laaditaan lista aktiviteeteista, joihin ihminen aikoo ryhtyä. Listalla tulisi olla asioita, joita ihminen haluaa tehdä ja joihin hän uskoo kykenevänsä. (Schubiner, 2016, s. 273.)

6 ISTDP – Tunnekeskeinen hoito

ISTDP eli intensiivinen lyhytkestoinen dynaaminen psykoterapia on terapian muoto, jonka on alun perin kehittänyt psykiatri Habib Davanloo. Se on yksi tutkituimpia lyhytterapian muotoja. Sen avulla pyritään voittamaan henkilön sisäinen vastustus pelottavien ja tuskallisten tunteiden suoraa kokemista kohtaan. ISTDP näkee defenssit keskeisenä syynä oireille. Psykiatri Allan Abbas kollegoineen on tutkinut paljon ISTDP:n tehokkuutta mm. ahdistuksen, masennuksen ja tämän lopputyön kannalta merkittävän somatisaation (MBS) hoidossa. He ovat julkaisseet ISTDP:tä käsittelevän meta-analyysin vuonna 2012 sekä Cochrane-raportin vuonna 2014 ISTDP:n tehokkuudesta. (Schubiner, 2016, s. 78.)

ISTDP:n on tutkimuksissa todettu olevan tehokas hoitomuoto monille somaattisille oireille, kuten päänsärky, selkäkipu, fibromyalgia, lantiokipu ja muut krooniset kivut (Abbas ym., 2008; Abbas ym., 2009; Town & Driessen, 2013; Russel ym., 2016). Näissä tutkimuksissa hoitotapaamisten määrä vaihteli 3 ja 16 tapaamisen välillä. ISTDP:n on myös havaittu olevan kustannustehokas hoitomuoto, ja sen on todettu vähentävän sairaala-, lääkärikäynti-, lääke- ja vammautumisen aiheuttamia kustannuksia. (Abbas & Katzman, 2013; Abbas ym., 2015; Russel ym., 2016.)

ISTDP-istunnoille tyypillistä on myös niiden nauhoittaminen videolle (asiakkaan luvalla). Tapaamisten videointi on keskeisellä tavalla auttanut ISTDP viitekehyksen rakentamisessa ja terapiaprosessien yhdenmukaistamisessa.

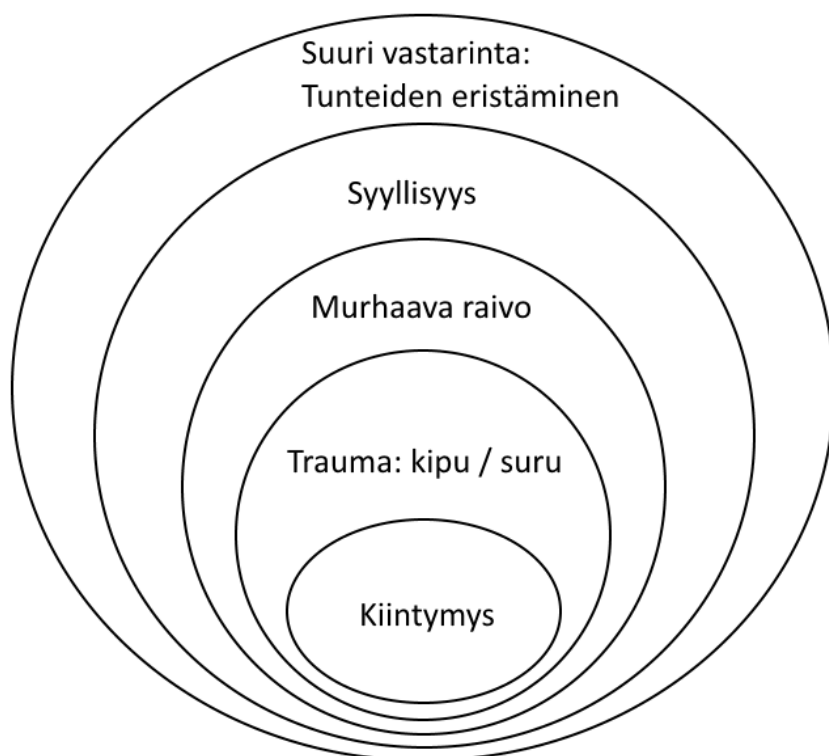
6.1 ISTDP-viitekehyksen psykologiasta

Kiintymyssuhde ja kiintymyssuhdetrauma

Syntymästä asti lapsella on tarve kiinnittyä toisiin ihmisiin. Kun vauva on mukavasti äidin sylissä ja vauvan ja äidin hymyilevät kasvot kohtaavat toisensa, tapahtuu turvallista kiinnittymistä äitiin. Turvallinen kiintymyssuhde vanhempiin luo lapselle luottamuksellisen suhteen elämää kohtaan. Hän oppii olevansa tärkeä ja luottamaan siihen, että vanhemmat vastaavat hänen tarpeisiinsa. Turvallisen kiintymyssuhteen kautta lapsi oppii tunnistamaan omat tunteensa ja ilmaisemaan niitä joustavasti. Tällaisen optimaalisen kiinnittymisen kautta lapsen autonominen hermosto asettuu rauhalliselle perustasolle, joka auttaa häntä reagoimaan elämässä vastaan tuleviin stressitekijöihin joustavasti. Mikäli tämä side jatkuu vanhempien ja lapsen välillä turvallisena ilman merkittäviä häiriöitä, lapsi kasvaa aikuiseksi, joka tunnistaa omat tunteensa ja pystyy vuorovaikuttamaan toisten ihmisten kanssa luonnollisesti ja kokee sisäistä turvallisuuden tunnetta. (Abbas, 2018, s. 67–68.)

Mutta mitä tapahtuu, jos turvallinen side lapsen ja vanhemman välillä katkeaa tai häiriintyy jollakin tavoin? Häiriöistä saattaa seurata pelkoa ja voimakkaita kipeitä tunteita vanhempaa kohtaan. Jos lapsella ei ole elämässään tärkeitä aikuisia, jotka voivat auttaa häntä käsittelemään näitä tunteita, hän oppii välttelemään

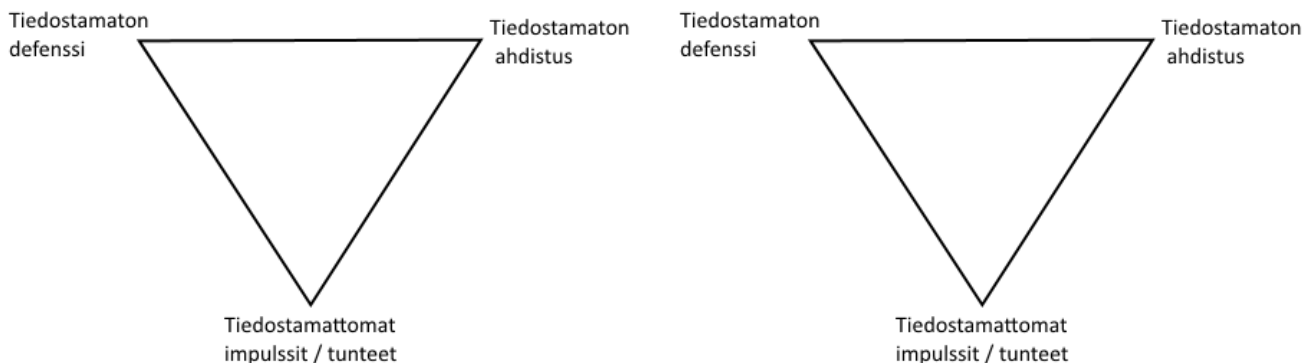
omia tunteitaan ja läheisiä ihmissuhteita. Lisäksi jos kiintymyssuhteeseen liittyy traumaattisia kokemuksia, saattaa traumaan liittyvä kova kipu mobilisoida myös voimakasta raivoa kyseistä itselle tärkeää ihmistä kohtaan. Koska lapsella on myös rakastavia ja lämpimiä tunteita itselleen tärkeää ihmistä kohtaan, herättää tämä raivo lapsessa voimakasta syyllisyyttä. Lapsi ei osaa erottaa tunteitaan teoistaan. Ilman tukea lapsi ei kykene käsittelemään näitä tunteita, ja ne hautautuvat tiedostamattomaan aiheuttaen myöhemmin elämässä monenlaisia oireita. Mitä aikaisemmin ja toisaalta mitä useammin lapsi kokee traumaattisia tilanteita, sitä voimakkaampia ovat tukahdutetut tunteet. Mitä voimakkaampia tukahdutetut tunteet ovat, sitä voimakkaampia ovat myös niistä seuraava oireet. (Abbas, 2018, s. 68–69.)



Kuva 7: Kohtalaisen vastarinnan asiakas - trauman herättämät tunteet (Abbas, 2015, s. 101)

Yllä oleva kuva havainnollistaa esimerkkinä kohtalaisen vastarinnan (ks. tarkemmin luku 6.4) omaavan asiakkaan trauman herättämiä kerrostuneita tunteita ja niihin liittyviä defensessejä. Kun trauma on riittävän merkittävä, siihen liittyy paljon kipua, voimakasta raivoa ja syyllisyyttä raivosta. Keskeisin defensi kohtalaisen vastarinnan omaavalla asiakkaalla on tällöin tunteiden eristäminen. Näillä henkilöillä on tyypillisesti melko turvallinen kiintymyssuhde, jonka on katkaissut jokin merkittävä trauma n. 4 vuoden ikäisenä. (Abbas 2015, s. 101)

Kaksi kolmiota



Kuva 8: Persoonan kolmio (=triangle of person) ja konfliktin kolmio (=triangle of conflict)

David Malan linkitti yhteen kaksi keskeistä kolmiota, joista toinen kuvaa asiakkaalle merkityksellisiä toisia henkilöitä ja toinen asiakkaan sisäistä psyykkistä konfliktia.

Persoonan kolmio perustuu transferenssi-ilmiöön. Asiakkaan kompleksiset kiintymyssuhteeseen liittyvät tunteet aktivoituvat hänen tämän päivän keskeisissä ihmissuhteissaan ja erityisesti suhteessa terapeuttiin. Miksi näin käy? Koska terapeutti on välittävä henkilö, joka tarjoaa potentiaalista kiinnittymismahdollisuutta asiakkaalle. Terapeutti luo yhteyden asiakkaaseen, katsoo häntä silmiin ja muistuttaa asiakasta siten hänen varhaisista kiintymyssuhteistaan. (Abbas, 2018, s. 70.)

Konfliktin kolmion pohjalla ovat tiedostamattomat impulssit ja tunteet. Kolmion pohjalta lähtevä viiva, joka kulkee kohti tiedostamatonta ahdistusta, voidaan ymmärtää nuolena, sillä vaikeiden tiedostamattomien tunteiden herääminen saa aikaan tiedostamattoman ahdistuksen nousun. Ahdistus taas käynnistää defenssit, joten nuoli osoittaa ahdistuksesta tiedostamattoman defenssin suuntaan. Defenssi taas saa aikaan tunteen tukahdutuksen.

Konfliktin kolmiolla on ISTDP-työskentelyssä keskeinen merkitys ja se ohjaa millaisia interventioita terapeutti käyttää. Otetaan esimerkkinä käytännön tilanne, jolla asiaa voidaan havainnollistaa. Oletetaan, että asiakas on nainen, jonka miehellä on paljastunut suhde vieraan naisen kanssa. Tilanne herättää naisessa vihan tunteen miestä kohtaan. Nainen kuitenkin torjuu vihan tunteensa (syystä tai toisesta), mistä seuraa ensin tiedostamaton ahdistus naisen kehossa, mikä sitten käynnistää jonkin defenssin. Kivut ja muut oireet taas liittyvät tukahdutettuihin tunteisiin, jotka eivät tule kohdatuksi, koska defenssi katkaisee tietoisien yhteyden niihin. Työskentelyssä on siten keskeistä tunnistaa, mitkä defenssit luovat asiakkaan oireet. Oletetaan, että terapeutti esimerkiksi kysyy naiselta, mitä tunteita hänellä on miestäan kohtaan pettämisen vuoksi. Konfliktin kolmion mukaan nainen voi periaatteessa vastata kolmella eri tapaa: 1. Hän voi vastata tunnistamalla ja kokemalla vihan tunteen. 2. Hän voi reagoida ahdistumalla voimakkaammin. 3. Hän voi vastata defenssillä, kuten kieltämisellä: "Olen päässyt jo sen yli". (<https://istdpinstitute.com/2012/the-triangle-of-conflict/>)

ISTDP:ssä terapeutti pyrkii evaluoimaan asiakkaan vastauksen ja päättää sen perusteella, miten edetä. Mikäli asiakas vastaa nimeämällä tunteen, syvennyttään tunteen kohtaamiseen ja läpi elämiseen. Mikäli asiakas reagoi ahdistuksen nousulla, keskityttään ensin ahdistuksen säätelyyn ja laskemiseen sopivalle tasolle, ja kun asiakas on valmis, keskityttään jälleen tunteen kohtaamiseen. Jos asiakas taas vastaa defenssillä, on terapeutin tehtävänä auttaa asiakasta näkemään defenssi ja päästämään siitä irti, minkä jälkeen siirrytään mahdollisuuksien mukaan kohtaamaan tunnetta. Terapeutti pyrkii siis tekemään nopean diagnoosin asiakkaan vastauksesta, jotta voisi päättää, miten edetä prosessissa. Konfliktin kolmio auttaa siis terapeuttia 1. arvioimaan asiakkaan vastauksen, 2. arvioimaan, minkälaista interventiota tarvitaan, ja 3. ymmärtämään, mitkä defenssit aiheuttavat asiakkaan ongelmat ja oireet. Merkittävää on tiedostaa myös se, että kolmio elää session aikana jatkuvasti, ja asiakas voi siirtyä hetkessä defenssistä tunteeseen ja jälleen siitä salaman nopeasti ahdistuksen nousuun, joka saattaa käynnistää jälleen uuden defenssin. Aina asia ei ole kuitenkaan näin suoraviivainen, ja hauraamman psyyken rakenteen omaavien kohdalla haastamisen käyttämisestä voi olla syytä välttää. (<https://istdpinstitute.com/2012/the-triangle-of-conflict/>)

Näiden kahden kolmion välinen suhde nostaa esille sen merkittävän tosiasian, että ihminen sisäiset psyykkiset konfliktit heräävät suhteessa toisiin ihmisiin. Tunteet eivät synny tyhjiössä, vaan aina suhteessa ihmisiin, vaikkakin kyse olisi esimerkiksi vain pelkästä fantasioinnista. (Della Selva, 2004, s. 6.)

6.2 Tiedostamaton ahdistus ja defenssit

Kun käsittelemättömät tunteet aktivoidaan, asiakkaat ilmentävät spesifisiä malleja, jotka kertovat tiedostamattomasta ahdistuksesta ja defensseista, jotka terapeutin on mahdollista nähdä, tunnistaa ja diagnosoida. Tämä luku esittelee ISTDP:ssä tunnistetut erilaiset tiedostamattoman ahdistuksen purkukanavat ja niihin liittyvät vastarinnan muodot.

Tahdonalaisissa lihaksissa ilmenevä tiedostamaton ahdistus

Vaikka tahdonalaiset (striated) lihakset ovat ihmisen tahdonalaisessa hallinnassa, voivat ne aktivoitua myös tiedostamattomista impulsseista. Ahdistus tahdonalaisissa lihaksissa on neurobiologinen prosessi, joka käynnistyy peukaloista ja siirtyy käsiä ja käsivarsia pitkin hartioihin ja niskaan ja jatkuu sieltä rintaan, vatsalle ja jalkojen kautta aina jalkateriin asti. Kun tämän kaltainen ahdistus aktivoituu, se ilmentää itseään silmin nähtävien tavoin. Selkeimpiä merkkejä tästä ovat käsien puristaminen ja huokailu. Ihminen, joka kanavoi kroonisesti ahdistuksen tällä tavoin, kärsii usein lihasspasmeista ja liikuntauelinten kivuista. Muita tyyppillisiä merkkejä tämäntyyppisestä ahdistuksesta on paniikkioireilu, mukaan lukien hyperventilaatio ja huimaus, pistely käsissä ja jaloissa sekä hengenahdistus. Myös tukehtumisen tunne, äänen ongelmat, tic-oireet ja vapina ovat oireita, jotka voivat olla seurausta tiedostamattomasta ahdistuksesta. Alla olevassa taulukossa esitetään tyyppillisiä fyysisiä oireita, jotka voivat olla seurausta tämäntyyppisestä ahdistuksen kanavoinnista:

Päänsärky	Tukehtumisen tunne	Niskakipu
Rintakipu	Vatsaontelon seinämän kivut	Krampit
Leukakipu (TMJ)	Ääniongelmat ja tic-oireet	Vapina
Hengenahdistus	Selkäkipu	Fibromyalgia
Jalkakipu		

Taulukko 4: Tyypillisiä fyysisiä oireita, jotka liittyvät tahdonalaisten lihasten kautta ilmenevään ahdistukseen.

Ihmiset, jotka kanavoivat tiedostamattoman ahdistuksen ensisijaisesti tahdonalaiseen lihaksiin, ovat usein kyvykkäitä tunnistamaan ja nimeämään tunteitaan sekä käsittelemään asioita järkipäisesti. Jos he eivät siitä huolimatta kykene todella tuntemaan tunteita kehossaan, saattaa ahdistus edelleen jatkaa ilmentämistään tahdonalaisissa lihaksissa. Tämä on yksi selitys sille, miksi kipuoireilut jatkuvat osalla ihmisistä, vaikka he oppivat kognitiivisella tasolla ymmärtämään, mistä heidän oireissaan on kysymys. On tyypillistä, että hyvä kyky reflektoida omia tunteita kulkee yhdessä tämäntyyppisen ahdistuksen kanssa. Keskeisin defensiivinen tällöin on yleensä tunteen eristäminen, tunteiden tukahduttaminen sijaan. (Abbas, 2018, s. 72.)

Ei-tahdonalaisessa (sileässä) lihaksessa ilmenevä tiedostamaton ahdistus

Toinen kanava tiedostamattomalle ahdistukselle on niin kutsuttu sileä lihas, joka ei ole tahdonalaisen kontrollin piirissä. Autonominen hermosto ohjaa näitä lihaksia. Näihin lihaksiin kuuluvat mm. lihakset hengitysteissä, suolistossa, virtsarakossa ja verisuonissa. Ihmiset, joilla ahdistus aktivoi erityisesti näitä lihaksia, kärsivät usein oireista, joiden vuoksi he tulevat ohjatuksi lääketieteen erikoisasiantuntijoille. Alla oleva taulukko listaa tämän tyyppiseen ahdistukseen kanavoitumiseen liittyviä oireita:

Lääketieteen ala	Sileän lihaksen toimintaan liittyvät tilat
Kardiologia	korkea verenpaine, sepelvaltimoiden kouristus (coronary spasm), punastuminen, matala verenpaine ja tajunnan menetys
Keuhkosairaudet	astma, tukehtumisoireet
Gastroenterologia	ärtyvän suolen oireyhtymä, refluksitauti, toiminnallinen oksentelu, selittämätön vatsakipu
Urologia	virtsarakon toimintahäiriöt, virtsarakon kipuoireyhtymä
Neurologia	migreeni

Taulukko 5: Tyypillisiä oireita, jotka liittyvät ei-tahdonalaisten lihasten kautta ilmenevään ahdistukseen (Abbas 2018, s.73).

Ihmiset, jotka kanavoivat ahdistuksen ei-tahdonalaisiin lihaksiin, ovat yleensä hyvin tietämättömiä tunteista, jotka aiheuttavat heille näitä oireita. He eivät siis osaa yleensä arvioinnin yhteydessä nimetä ja tunnistaa tunteita samalla tavoin kuin henkilö, joka kanavoi tunteensa ensisijaisesti tahdonalaisiin lihaksiin. Tämä on usein myös merkki siitä, että näiden asiakkaiden kohdalla on ensin keskityttävä ahdistuksen sietokyvyn kasvattamiseen. (Abbas, 2018, s. 72.)

Kognitiivis-havainnolliset häiriöt

Kun ahdistus ilmenee kognitiivis-havainnollisten häiriöiden kautta, se häiritsee (tai katkaisee) jonkin tietyn aistin toimintaa sekä kykyä ajatella. Joissakin tapauksissa se voi ilmetä jopa näön tai kuuloaistin katkeamisena. Mieli tyhjenee ja henkilö saattaa jopa menettää tajuntansa (pyörtyä). Heillä on usein huono muisti ja he ovat tapaamisissa usein hyvin hämmentyneitä. He saattavat päätyä neurologin vastaanotolle oirehdistansa vuoksi. Heidän kohdallaan huomion keskittäminen tiedostamattomiin tunteisiin ja ongelmiin saa aikaan oireiden voimistumisen ja heidän tilansa muuttuu entistä sekavammaksi ahdistuksen noustessa. Henkilöillä, jotka kanavoivat ahdistuksen tätä kautta esiintyy myös useammin projektiota ja projektiivista identifikaatiota. Tässä tapauksessa projektiio nähdään defenssinä kognitiivis-havainnollisia häiriöitä vastaan. Projisoimalla osan itsestään toiseen, ihminen purkaa sisäisen ristiriitansa ja purkaa siten ahdistustaan. (Abbas, 2018, s.73–74.)

Ahdistuksen ilmeneminen lihasheikkoutena (Motor conversion)

Yksi tiedostamattomaan ahdistukseen liittyvistä somaattisista reaktioista on sen ilmeneminen lihasheikkoutena. Tämän tapahtuessa tahdonalaiset lihakset muuttuvat heikoiksi ja menettävät voimansa. Tietyissä tapauksissa asiakas saattaa menettää kykynsä liikuttaa käsiään tai jalkojaan. Kun henkilö kanavoi ahdistuksen tätä kautta, he näyttävät yleensä melko rentoutuneilta, eikä lihasjännitystä ole nähtävissä. Tämä on hyvin tunnettu ilmiö, joka tunnetaan myös nimellä ”la belle indifference”, jolloin henkilö näyttää helpottuneelta huolimatta siitä, että hän on halvaantunut. (Abbas, 2018, s. 74–75.)

Voimakas vastarinta syyllisyyden tunteita kohtaan

Tunteiden eristämisen, tukahduttamisen ja projektion lisäksi yksi voimakas vastarinnan muoto voi olla vastarinta syyllisyyttä kohtaan tai hyvin rankaiseva superego. Tällä tarkoitetaan sisäänrakennettua tarvetta voittaa ja sabotoida hoitoprosessi, jonka tavoitteena on saada yhteys tukahdutettuihin tunteisiin. Vastarintaa ajaa siis voimakas syyllisyys primitiivisestä raivosta itselle rakkaita ihmisiä kohtaan. Ylikorostunut omatunto ikään kuin rankaisee asiakasta hänen voimakkaista vihan tunteistaan ja halustaan vahingoittaa läheisimpiään. Tällöin superegon reaktiot pysäyttävät lähes kaikki terapeutin yritykset lähestyä henkilön kompleksisia transfe-renssitunteita.

Alla oleva taulukko vetää vielä yhteen erilaiset ahdistukseen liittyvät somaattiset mallit ja niihin liittyvät vastarinnan muodot:

Somaattinen malli	Vastarinnan muoto
Tahdonalainen lihasjännitys	tunteen eristäminen
Ei-tahdonalainen (sileä) lihas	tunteen tukahduttaminen
Lihashyökkäys	tunteen tukahduttaminen
Kognitiivis-havainnolliset häiriöt	projektio, projektiivinen identifikaatio, tukahdutus, lohkominen
Mikä tahansa yllä olevista	vastarinta syyllisyyttä kohtaan

Taulukko 6: Toisiinsa liittyvät somaattiset mallit ja vastarinnan muodot (Abbas, 2015, s. 24).

Terapeuttinen allianssi

Terapeuttinen allianssi koostuu kahdesta komponentista: tietoisesta ja tiedostamattomasta terapeuttisesta allianssista. Ensimmäisellä tarkoitetaan terapeutin ja asiakkaan yhteisiä tavoitteita ja ponnistuksia ja yhteistyötä terapeuttisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiedostamattomalla terapeuttisella allianssilla tarkoitetaan yksinkertaisesti asiakkaan niitä tiedostamattomia puolia, jotka haluavat tukea toipumista. Tietoinen terapeuttinen allianssi ei kykene tuomaan terapeuttiseen prosessiin tiedostamatonta materiaalia muiden kuin matalan vastarinnan asiakkailla. Tiedostamaton terapeuttinen allianssi on itse asiassa Davanloon löydös. Hän havaitsi työskennellessään korkean vastarinnan asiakkaiden kanssa, että nämä näkivät visuaalisia mielikuvia loukkaantuneista tai kuolleista vanhemmistaan. Davanloo oivalsi, että tämä tiedostamaton puoli ihmisestä nosti esille kuvia, jotka liittyivät tukahdutettuihin tunteisiin ja impulsseihin. Tätä parantavaa tiedostamatonta voimaa hän alkoi kutsua tiedostamattomaksi terapeuttiseksi allianssiksi, koska se ei toiminut tietoisesta tahdon varaisesti. Usein on kuitenkin niin, että tiedostamaton allianssi antaa myös paljon hienovaraisempia merkkejä itsestään ja niiden kanssa työskentely on tärkeä osa terapeutin työtä. Tiedostamaton terapeuttinen allianssi vahvistuu sitä enemmän, mitä voimakkaammin asiakas onnistuu kokemaan tukahdutetut voimakkaat transferenssitunteet.

Tiedostamattomaan terapeuttiseen allianssiin liittyvät mielikuvat voivat tulla sekoitetuksi psykoottiseen romahdukseen. Mutta toisin kuin psykoosin kohdalla, aktiivisen tiedostamattoman allianssin jakson aikana ihminen voi paremmin ja oireet vähenevät. Näillä mielikuvilla on myös selvä linkki kompleksisiin tunteisiin ja mielikuvien työstäminen on väylä kohti tunteiden läpielämisestä ja terapeuttisia tuloksia. (Abbas, 2015, s.33–35, s. 39.)

6.3 ISTDP:n keskeiset tekniikat

Tekniikka sana saattaa herättää huonoja mielikuvia, kun puhutaan ihmisten auttamisesta. Psykoterapiassa tekniikat tarkoittavat kuitenkin erilaisia tapoja luoda yhteys asiakkaaseen. Psykoterapeuttiset tekniikat ovat enemmän tapa olla kuin tapa tehdä. Esimerkiksi terapeutin jatkuva huomio asiakkaan tunteisiin on terapeutin tapa, jolla hän auttaa asiakasta vapautumaan defensesista, jotka ovat tuottavat hänelle jatkuvasti kärsimystä. (Frederickson, 2013, s. 8.)

Paine

Paine on ISTDP:n tärkein interventio. Paine pitää sisällään kaikki ne ponnistukset, joita terapeutti tekee sen eteen, että asiakas on emotionaalisesti läsnä, tunnistaa tunteita ja ylittää defenssinsa. Paine on keskeinen menetelmä, jonka avulla terapeutti pyrkii tavoittamaan persoonan defenssien takana. Paine mobilisoi kompleksiset transferenssitunteet asiakkaassa sekä aktivoi asiakkaassa tiedostamattoman terapeutin allianssin. Abbas toteaa myös, että päinvastoin toimiminen eli paineen laskeminen pysäyttää transferenssitunteiden nousun ja vaimentaa terapeutista allianssia. Paineen erottaa haastamisesta se, että se rohkaisee asiakasta tekemään jotain hänen toipumistaan edistävää. Haastaminen on sen sijaan ehdotus tai pyyntö lopettaa jotakin, joka estää tai häiritsee hänen toipumistaan. Tämä ero on merkittävä, sillä ne aktivoivat eri alueita aivoissa: paine kehottaa käynnistämään tai jatkamaan ja pysäyttämään. (Abbas, 2015 s. 69.)

Alla olevassa taulukossa esitetään esimerkkejä erilaisista paineistuksista:

Paineen tyyppi	Esimerkki	Defenssi, jota vastaan käytetään
Paine kokea tunteet	Miltä sinusta tuntuu? Kuinka sinä koet kyseisen tunteen? Mitä raivo haluaa tehdä?	Tunteiden välttely ja tukahdutus
Paine käynnistää työskentelyä	Voimmeko tutkia miten tämä ongelma vaikuttaa sinuun? Voimmeko tutkia miten se vaikuttaa kehoosi?	Keskittymisen puute, itsen laiminlyönti
Paine olla tarkka	Voitko antaa jonkun esimerkin tilanteesta, jolloin koit oireita?	Epämääräisyys, yleistäminen
Paine tuntee positiivisia tunteita itseä kohtaan	Mitä voimme tehdä, jotta voisit tuntee itsesi hyväksi?	Viha itseä kohtaan, syyllisyyden vastustaminen
Paine aktiiviseen yhteistyöhön	Kuinka ehdottaisit, että lähestymme tätä ongelmaa?	Passiivisuus, alistuminen

Taulukko 7: erilaiset paineistustavat (Abbas, 2015, s. 70)

Paine tunnistaa, kokea ja ilmaista tunteet on ehkä se tyyppisin paineen muoto ISTDP-terapiassa. Tutkimukset tukevat käsitystä, että tiettyjen tunteiden ilmaisemiseen liittyy taipumus tietynlaiseen toimintaan. Kun

olemme surullisia, itkemme, kun taas olemme vihaisia, puristamme kätemme nyrkkiin ja haluamme lyödä. Tämän vuoksi ISTDP:ssä pyritään lähestymään tuntemista kolmessa tasossa.

1. Tunteiden tunnistaminen ja nimeäminen: ”Mitä tunnet miestäsi kohtaan liittyen tämän pettämiseen?”
2. Tunteiden kokeminen fyysisesti: ”Kuinka koet vihan fyysisesti kehossasi?”
3. Tunteeseen liittyvän impulssin kokeminen: ”Mitä tuo vihan impulssi haluaa tehdä, kuinka koet sen?”

(<https://istdpinstitute.com/2012/the-triangle-of-conflict/>)

Defenssien osoittaminen ja haastaminen

Defenssi tulisi aina ensin nimetä ja sen haitalliset vaikutukset tulisi osoittaa, ennen kuin sitä haastetaan. Osoittamalla avataan asiakkaalle defenssin luonne ja sen haitallisuus terapiasuhteessa ja asiakkaan elämässä. Tämä auttaa asiakasta kääntymään defensejään vastaan (terapeuttinen allianssi). Haastaminen on tärkeä elementti työskentelyssä kohtalaisen tai korkean vastarinnan asiakkaiden kanssa. On keskeistä aina nimetä ja osoittaa defenssi ennen sen haastamista, sillä muutoin on olemassa riski, että asiakas tulkitsee, että hänen persoonansa haastetaan. Siitä ei ole kyse, vaan tarkoituksena on haastaa defensiivinen käyttäytyminen.

Defenssin osoittaminen itsessään saattaa johtaa tiedostamattoman mielen avautumiseen ja tunteiden kokeamiseen. Korkeamman resistanssin asiakkailla se johtaa resistanssin voimistumiseen eli kristallisoitumiseen, jonka jälkeen terapeutti ja potilas pyrkivät haastamaan sen yhdessä (mm. head-on collision). Toisaalta haastamisen liiallinen käyttö esimerkiksi rajatilahäiriöisen asiakkaan kohdalla voi johtaa ahdistuksen riistäytymiseen käsistä, joten heidän kohdallaan sen käyttöä tulee varoa. Haastamisen tarkoituksena on rohkaista asiakasta lopettamaan hänelle haitallinen toiminta. Defenssin osoittaminen ja haastaminen yhdessä vahvistavat terapeuttista allianssia, joka johtaa vastarinnan heikkenemiseen. Haastaminen ei ole välttämätöntä matalan vastarinnan asiakkaiden kohdalla. (Abbas, 2015, s. 75–76.)

Head-on collision

Head-on collision on menetelmä, jonka Habib Davanloo kehitti pitkien tapauspohjaisten tutkimusten perusteella. Tutkimusten perusteella Davanloo havaitsi, että hyvin resistenttien asiakkaiden kohdalla kompleksiset transferenssitunteet ja terapeuttinen allianssi kasvavat samassa suhteessa resistanssin määrään. Tämän vuoksi asiakkaan on kohdattava oma voimakkain ja vaikein defenssinsä kasvoitusten ns. kaksin taistelussa. Tätä varten Davanloo kehitti head-on collisioniksi nimetyn menetelmän, jota pidetään ISTDP:n voimakkaimpana interventiona.

Rajaan head-on collisionin yksityiskohtien käsittelyn tämän lopputyön ulkopuolelle. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että head-on collisionin tarkoitus on mobilisoida kompleksiset transferenssitunteet sekä tiedostamaton terapeutin allianssi ja kääntää asiakas hänen voimakkainta defenssiään vastaan. Head-on collision räätelöidään kunkin yksilön tarpeen mukaan. Osa interventioista on suunniteltu suoraan tiedostamattomaan murtautumiseen, kun taas toisten tavoitteena on mobilisoida lisää tiedostamatonta terapeutista allianssia ja kompleksisia transferenssitunteita.

Usein head-on collision on menetelmänä väärin ymmärretty ja käsitetty siten, että tämä taistelu käytäisiin terapeutin ja asiakkaan välillä. Tästä ei ole kyse, vaan asiakas kohtaa tässä oman vastarintansa. Mikäli terapeutti käyttäytyy karkeasti, on kyse terapeutin omasta vastatransferenssista. Terapeutin tehtävä on pikemminkin osoittaa asiakkaalle, kuinka ankara tämä defensi on häntä itseään kohtaan.

Onnistunut head-on collision johtaa usein tiedostamattoman aukeamiseen, josta käytetään nimitystä ”unlocking of unconscious”. Tämän kaltaisen aukeamisen on todettu tuovan kestäviä muutoksia psyykkiseen toimintaan. (Abbas, 2015, s. 81–82.)

6.4 Arviointikäynti ja soveltuvuus ISTDP-terapiaan

Arviointikäynnin tarkoituksena on tutkia prosessoimattomia tunteita ja niiden mahdollista yhteyttä asiakkaan fyysisiin oireisiin. Arviointikäynnin perusteella voidaan useimmiten päätellä, selittyvätkö asiakkaan oireet mieli–keho-oireyhtymällä. Arviointikäynnin aikana arvioidaan myös vastarinnan laatua, ja sen perusteella asiakas pyritään asettamaan ISTDP:ssä määriteltyihin kategorioihin, jotka esitellään seuraavassa kappaleessa tiivistetysti. (Abbas, 2018, s. 81.)

Asiakaskategoriat

ISTDP ryhmittelee asiakkaat, jotka todennäköisesti hyötyisivät tunnekeskeisestä ISTDP-terapiasta. Asiakkaat jaetaan ylätasolla kahteen kategoriaan: psykoneuroottiset häiriöt sekä hauras persoonan rakenne. Rajaudun lopputyössä käsittelemään psykoneuroottisia häiriötä, enkä siten keskity tarkemmin hauraan persoonan rakenteen kategoriaan pitääkseni aiheen käsittelyn riittävän tiiviinä. Hauraan persoonan rakenteen lievemmästä päästä löytyy henkilöitä, joilla on paljon samankaltaisia piirteitä psykoneuroottisten asiakkaiden kanssa, kun taas vakavammassa äärilaidassa ovat mm. rajatilahäiriöistä kärsivät asiakkaat.

Psykoneuroottiset häiriöt jaetaan ISTDP:ssä vastarinnan perusteella kolmeen kategoriaan: matalaan, kohtalaiseen ja korkeaan.

Matalan vastarinnan asiakkailla on prosessoimatonta surua heidän kokemistaan menetyksistä. Heillä ei ole merkittäviä prosessoimattomia syyllisyyden ja vihan tunteita, eivätkä he ole itsekriittisiä. Tämän vuoksi heillä ole ei ole merkittävää tiedostamatonta ahdistusta. Vastarinta on matalaa ja hoidossa keskitytään prosessoimattoman surun läpielämiseen. Heillä ei myöskään yleensä ole vaikeita somaattisia oireita.

Kohtalaisen vastarinnan asiakkailla on ”murhaavia” raivon tunteita liittyen kiintymyssuhde-traumaan yleensä n. 5–7 vuoden iässä. He ovat tukahduttaneet paljon syyllisyyden tunteita liittyen tähän raivoon. Heillä on myös merkittävä määrä surua primääri- ja sekundääritraumoihin liittyen. Nämä tunteet sijaitsevat tiedostamattomassa, eikä asiakas ole kosketuksissa näihin tunteisiin. Tiedostamaton ahdistus liittyen näihin tunteisiin kanavoituu pääasiallisesti tahdonalaisiin lihaksiin, joten tämän ryhmän asiakkaat kärsivät usein erilaisista kiputiloista.

Voimakkaan vastarinnan asiakkailla on tiedostamattomassaan kerrostunutta vihaa, syyllisyyttä ja surua, jotka liittyvät eri ikäisinä tapahtuneisiin traumaattisiin kokemuksiin. He ovat tyyppillisesti hyvin defensiivisiä ja hyvin heikosti kosketuksissa tunteisiinsa ja välttelevät aitoa läheisyyttä. He oireilevat mm. ei-tahdonalaisten lihasten kautta ja kärsivät siihen liittyvistä somaattista oireista ja kivuista. Heillä voi olla myös lihasheikkoutena ilmenevää ahdistusta. Heillä saattaa esiintyä myös vakavan masennuksen jaksoja. (Abbas, 2018, s. 75–76.)

Itse koen yllä esitetyn jaottelun ehkä hieman turhankin yleistävänä, ja herää kysymys, vedetäänkö siinä joitakin mutkia suoraksi.

Psykodiagnostinen evaluointi

Ennen psykodiagnostisen evaluoinnin aloittamista on luonnollisesti varattava aikaa asiakkaan kuuntelemiseen, ongelman tutkimiseen ja empaattisen luottamuksellisen suhteen rakentamiseen. On tärkeää, että asiakas kokee terapeutin henkilönä, joka välittää hänestä ja tekee parhaansa auttaakseen häntä. Asiakkaalle selitetään, että arvioinnin yhteydessä on tarkoitus tutkia, linkittyvätkö hänen tunteensa somaattisiin oireisiin. Asiakkaalle kerrotaan myös, että häneltä tullaan kysymään stressaavista tai tunteikkaista tilanteista, jotta nähdään, vaikuttaako niihin keskittyminen hänen oireisiinsa. Häntä pyydetään myös itse aktiivisesti osallistumaan tähän ja kertomaan erilaisista havainnoista itsessään arvioinnin aikana. (Abbas, 2018, s. 82.)

Evaluointi aloitetaan keskittymällä johonkin stressaavaan tilanteeseen, joka on vaikuttanut pahentavan oireita. Terapeutin tehtävänä on kysyä kysymyksiä, jotka auttavat asiakasta tunnistamaan tilanteeseen liittyneitä tunteita. Tämän kaltainen fokus aktivoi tiedostamattomat tunteet, tiedostamattoman ahdistuksen ja defensesit ahdistusta vastaan. Tässä kohtaa terapeutin on pidettävä mielessä konfliktin kolmio ja arvioitava millä kolmion kärjellä asiakas reagoi, kun fokus laitetaan tunteisiin.

Kun työskentely keskittyy tunteisiin, on terapeutin kiinnitettävä huomiota asiakkaan mahdollisiin fyysisiin reaktioihin. Hän panee merkille mahdolliset käsien puristelut, huokailevan hengityksen, vatsan murinan ja ehkä jonkinasteisen mielen sekavuuden. Terapeutti rohkaisee myös asiakasta itseään kertomaan reaktioistaan ja tuntemuksistaan. Yksi keskeinen tuntomerkki mieli–keho-oireyhtymästä on asiakkaan kykenemättömyys erottaa kehossa ilmenevät tunteet ahdistuksesta, käyttäytymisestä, defensesista ja ajatuksista. (Abbas, 2018, s. 82–83.)

Mikäli asiakas ilmentää vain vähän defensesjä ja fokuksen laittaminen tunteisiin johtaa nopeasti surun tunteiden avautumiseen, viittaa se matalan vastarinnan asiakasryhmään. Tämä ryhmä ei myöskään tyyppillisesti

kärsi vaikeista somaattisista oireista. Mikäli taas huomion vieminen tunteisiin johtaa vastarinnan kasvuun, se kertoo defenssien muodossa luonnollisesti matalaa suuremmasta vastarinnasta. Tässä kohtaa terapeutti jatkaa fokuksen pitämistä tunteissa paineistamalla (tekniikka). Mikäli tästä seuraa havaittavissa olevaa ahdistuksen kanavoitumista tahdonalaiseen lihaksiin (huokailua, käsien puristelua yms.) ja tunteiden älyllistä käsittelyä viittaa se kohtalaiseen vastarintaan ja tunteiden eristämiseen. Asiakas saattaa siis puhua oikeista tunteista, kuten ”olen vihainen”, mutta kehon kielestä on nähtävissä, että vihan tunne ei pääse aktivoitumaan kehossa. Sen sijaan asiakas saattaa kiinnittää huomioita oireiden voimistumiseen, sillä tunteiden eristäminen on hänen kohdallaan yksi keskeisistä syistä somaattisiin oireisiin kuten kipuun. Fokuksen ylläpitäminen tunteissa ja paineen ja haastamisen käyttäminen saattavat johtaa jo arvioinnin yhteydessä tunteiden vapautumiseen ja sitä kautta oireiden helpottamiseen. Tämä on luonnollisesti hyvin vahva merkki siitä, että asiakas kärsii mieli-keho-oireyhtymästä. (Abbas, 2015, s. 56; Abbas, 2018, s. 85, s. 113.)

Sen sijaan jos paineen laittaminen tuntemiseen johtaa yhä voimistuvaan defensiiviseen käyttäytymiseen, alkaa terapeutti tässä kohtaa kiinnittää huomiota defensesihin ensin osoittamalla defenssin ja sitten haastamalla sen. Mikäli tästä seuraa tahdonalaiseen lihakseen kanavoituvaa ahdistusta ja mahdollisesti lisää defensesjä viittaa se todennäköisesti korkean vastarinnan asiakasryhmään. Mikäli asiakas näyttää tässä kohtaa ulospäin rennolta, kanavoituu ahdistus todennäköisesti ei-tahdonalaiseen sileään lihakseen. Kun ahdistus kanavoituu tätä kautta, asiakas yleensä pikemminkin tukahduttaa tunteensa eristämisen sijaan. Erona on se, että hän ei yleensä kykene nimeämään ja älyllisesti käsittelemään tunteitaan kuten on tunteiden eristämisen kohdalla. Tyypillinen reaktio tällöin saattaa olla mm. vihan kääntyminen itseän päin ja sen ilmeneminen itsekriittisyytenä. Mikäli sileä lihas vaikuttaa olevan asiakkaan päänsääntöinen kanava ahdistukselle viittaa se korkeaan vastarintaan, joka yhdistyy tunteiden tukahduttamiseen. Tällöin on ensin keskityttävä ahdistuksen sietokyvyn kasvattamiseen, sillä tässä kohtaa pelkkä fokuksen pitäminen tunteissa todennäköisesti vain voimistaa oireita ja tunteiden tukahduttamista.

Toisaalta jos asiakas reagoi voimakkaalla kognitiivis-havainnollisen alueen oireilla (aistien voimakkaat häiriöt, ajattelukyvyn pysähtyminen yms.), voi se viitata hauraaseen persoonarakenteeseen. Tähän saattaa myös viitata se, että asiakas alkaa käyttämään hyvin primitiivisiä defensesjä paineistamisen seurauksena. (Abbas, 2015, s. 56; Abbas, 2018, s. 87–91.)

Yllä oleva kuvaus on luonnollisesti melko yksinkertaistettu kuvaus ISTDP:n arviointikäynnistä. Alla oleva taulukko listaa erilaiset mahdolliset tulokset haastattelusta:

Tulos	Tulkinta
Oireiden väheneminen haastattelun aikana.	Mikäli oireet vähenevät tai katoavat tunteisiin keskittymisen myötä, viittaa se hyvin vahvasti siihen, että oireet liittyivät tiedostamattomaan ahdistukseen (MBS).
Oireiden nousu ja lasku suhteessa ahdistuksen vaihteluihin.	Myös tämä viittaa vahvasti siihen, että tiedostamattoman ahdistuksen ja oireiden välillä on olemassa vahva yhteys.
Ei muutoksia oireissa, huolimatta siitä, että ahdistuksen taso vaihtelee.	Mikäli ei ole havaittavissa minkäänlaisia muutoksia fyysisissä oireissa, huolimatta ahdistuksen tason vaihtelusta viittaa se enemmän orgaanisiin syihin kuin MBS:ään.
Asiakkaan vasteen perusteella ei selkeää tulosta.	Ei selkeää vastausta, mikä viittaa siihen, että haastattelua ja selvitystä tulisi jatkaa.

Taulukko 8: Erilaiset paineistustavat (Abbas, 2018, s. 113)

Haastattelussa saattaa ilmetä myös löydöksiä, jotka tulisi nähdä merkinä ohjata asiakas eteenpäin mielen-terveyspalveluihin. Tällaisia merkkejä ovat:

- Psykoottinen ilmiö: Asiakkaat, joilla on fiksoituneita harhaisia ajatuksia. Esimerkki tällaisesta tilanteesta on asiakas, joka itsepintaisesti väittää, että hänet on myrkytetty ja se aiheuttaa hänen fyysiset oireensa.
- Itsetuhoisuus: Asiakas, jolla on aktiivisia itsemurha-ajatuksia, tulisi ohjata eteenpäin.
- Päihderiippuvuus: Aktiivinen addiktio on käsiteltävä ensin, ennen kuin terapiaa voidaan jatkaa.
- Mania: Mikäli asiakkaan käyttäytyminen viittaa maanisuteen, tulee hänet ohjata eteenpäin.
- Merkittävä dissosiaatio: Asiakkaat, joilla ilmenee merkittävää dissosiaatio, kuten pitkiä aukkoja muistissa tai pyörtymiskohtauksia, tulisi ohjata eteenpäin.

(Abbas, 2018, s. 114.)

6.5 Tiedostamattomien tunteiden mobilisointiasteet

ISTDP jaottelee tiedostamattomien tunteiden nousun terapiassa kolmeen tasoon: matalaan, kohtalaiseen ja korkeaan nousuun. Mikäli terapiassa ei keskitytä spesifisiin aiheisiin ja tiedostamattomien tunteiden aktivointiin, on seurauksena eloton ja tasapaksu terapiaprosessi. Käsittelemättömät tunteet aktivoituvat tällöin heikosti, eivätkä defenssitkään tule näkyväksi. Matalan tason aktivoinnilla läpikäydystä terapiaprosessista seuraa kognitiivinen ymmärrys, oireiden väheneminen (osalla) ja toisaalta oireiden korkea uusiutumisaste.

Tästä seuraa tutkitusti myös pienempi oireiden väheneminen, työkyvyn heikompi palautuminen sekä suuremmat lääkitys- ja terveydenhuoltokustannukset (Abbas, 2002a; Town, Abbas ja Bernier, 2013; Johansson, Town ja Abbas, 2014).

Kun tiedostamattomat tunteet aktivoituvat kohtalaisella tasolla, seuraa siitä (pois lukien matalan resistanssin asiakkaat) defenssien aktivoituminen ja tiedostamattoman ahdistuksen nousu. Defenssiivinen käyttäytyminen tulee nyt enemmän terapeutin ja asiakkaan välille. Tämä näyttäytyy esimerkiksi katsekontaktin välttelynä, hidastumisena ja henkilölle tyyppisten defenssien vahvistumisena. Asiakas voi muuttua esimerkiksi entistä passiivisemmaksi, uhmakkaammaksi tai entistä myönnyttelevämmäksi. Tässä kohtaa pelkkä paineen käyttäminen ei tyyppisesti riitä tiedostamattomien tunteiden avautumiseen, vaan terapeutin on kysymysten, osoittamisen ja haastamisen kautta käännettävä asiakas defensesjään vastaan. Terapeutin on autettava asiakasta näkemään defenssien haitallisuus asiakasta kohtaan. Psykoanalyttisin termein defenssit on muunnettava siis egosyntonisista defensesseistä dystonisiksi defensesseiksi. Tämän tyyppinen defenssityöskentely yhdistettynä paineen käyttöön avaa yhteyden tiedostamattomiin tunteisiin kohtalaisen vastarinnan asiakkaiden kohdalla.

Korkean vastarinnan asiakkaiden kohdalla sama johtaa yhä voimistuneeseen tiedostamattomien tunteiden aktivaatioon ja samalla vastarinnan kristallisoitumiseen. Myös sisäisesti asiakkaan tiedostamaton terapeutin allianssi voimistuu. Tästä seuraa toisin sanoen asiakkaan sisäinen psyykinen kriisi keskenään kamppailevien voimien välillä. Tässä kohtaa defenssit ilmenevät moninaisesti. Terapeutin tehtävänä on tällöin empaattisesti ohjata ja kääntää asiakas defensesjään vastaan. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi realiteettien esittämistä, terapeutin kaikkivoipaisuuden kumoamista, asiakkaan oman tahdon ja yhteistyön merkityksen korostamista sekä käsillä olevan tehtävän selventämistä. Tämän jälkeen terapeutti ja asiakas voivat yhdessä ”hyökätä” defensesjä vastaan. ISTDP:ssä tämä merkitsee head-on collision-intervention käyttämistä, mikä muodostuu käytännössä korkeasta paineesta ja haastamisesta. Hyvin ajoitettuna tämä johtaa tiedostamattoman suoraan avautumiseen. (Abbas, 2015, s.65–68.)

6.6 Modifioitu ISTDP terveysalan ammattilaisille

Kirjassa ”Hidden from view – Clinician’s guide to psychofysiologic disorders” Allan Abbas esittelee terveysalan ammattilaisille modifioidun version ISTDP:stä, joka on käytännössä lyhennetty versio täydestä ISTDP:stä. Metodiat voivat siis hyödyntää myös muut terveysalan ammattilaiset psykosomaattisten oireiden hoidossa, mikäli heiltä löytyy riittävä tietotaito, jota rajataan myös tässä kappaleessa. Modifioidun ISTDP:n avulla voidaan hoitaa mm. kohtalaisen vastarinnan ja myös joitain korkean vastarinnan omaavia asiakkaita. Kun vastarinta nousee riittävän suureksi, tarvitaan porrastettua versiosta ISTDP:stä. (Abbas, 2018, s. 117.)

Hoidon tavoite pähkinänkuoressa on auttaa asiakasta näkemään,

1. kuinka kompleksiset tunteet mobilisoituvat heidän nykyisessä jokapäiväisessä elämässään.
2. kuinka nämä tunteet ovat sidoksissa heidän menneisyytensä tapahtumiin.
3. kuinka näiden tuntein seurauksena he kärsivät fyysisistä oireista, kuten kivuista.

Modifioitua ISTDP-hoitoa tarjoavalla ammattilaisella tulee olla ymmärrys ja tieto seuraavista elementeistä:

1. Ymmärrys kompleksisten tunteiden luonteesta mukaan lukien rakkaudelliset tunteet, suru menetyksistä sekä raivo ja raivoon liittyvä syyllisyys. Kaikki nämä käsittelemättömät tunteet nähdään lähes kaikilla ihmisillä, jotka kärsivät PPD-oireista (=psychopfysiologic disorders).
2. Ymmärrys linkistä kompleksisten tiedostamattomien tunteiden, tiedostamattoman ahdistuksen ja defenssien (mukaan lukien konversio ja tukahduttaminen) välillä.
3. Ymmärrys linkistä menneisyyden ja nykyisten ihmissuhteiden välillä. Menneisyyden ihmissuhteiden tunteet aktivoituvat tämän päivän ihmissuhteissa (transferenssi).
4. Kuinka tunnistaa tiedostamattoman ahdistuksen somaattiset kanavoitumiset (mukaan lukien ahdistuksen konvertoituminen lihasheikkoudeksi tahdonalaisiin lihaksiin).
5. Kuinka erottaa tunteiden kokeminen (suru, raivo, syyllisyys) ahdistuksen somaattisesta ilmenemisestä.
6. Kuinka laskea ahdistuksen tasoa tarvittaessa. Tämän voi tehdä esimerkiksi siirtämällä asiakkaan huomio kehotuntemusten havainnointiin tai refleктоimalla terapeutisesta prosessista (järkeistäminen).
7. Kuinka tunnistaa ja käsitellä session aikana nousevat defenssit tunteiden suoraa kokemista vastaan. Päättyökaluina tässä toimivat välttelevän käyttäytymisen osoittaminen ja sen haastaminen yhdessä asiakkaan kanssa.
8. Kuinka kerrata ja vetää yhteen löydökset ja kokemukset.

Tapaamisen rakenne karkeasti:

1. Orientaatio
2. Prosessin käynnistäminen: Kysy asiakkaalta, onko hän halukas tutkimaan yhdessä, kuinka tunteet vaikuttavan hänen fyysisiin oireisiinsa. Tutkikaa yksityiskohtaisesti tiettyjä esimerkkejä hetkistä, jolloin asiakas on kokenut oireita, ahdistusta tai jotakin tiettyä defensiä.

3. Vältteltyjen tunteiden mobilisointi: Keskittykää tunteisiin ja kehollisiin aistimuksiin, joita asiakkaalla on ollut kyseisinä hetkinä.
4. Seuraa tunteita, jotka mobilisoituvat tapaamisen aikana, ja sitä, miten ne vaikuttavat asiakkaaseen fyysisesti.
5. Etsi merkkejä siitä, että asiakas on nostamassa esille muistoja, jotka liittyvät aikaan, jolloin hän on kehittänyt tapansa hallita kompleksisia tunteita (defenssit).
6. Tutki mitä tahansa menneisyyteen linkittyneitä tunteita, jotka nousevat esiin prosessin aikana.
7. Tee yhteenveto löydöksistä linkittämällä tunteet, ahdistus ja defenssit yhteen. Linkitä yhteen myös menneisyyden ja tämän päivän vuorovaikutussuhteet. Selvitä myös asiakkaan näkemys prosessista ja löydöksistä.
8. Seuraavan tapaamisen sopiminen / seuranta.

Tavoitteena on syventää ja lisätä tietoisuutta siitä, miten tunteet vaikuttavat kehoon. Toinen merkittävä tavoite on auttaa asiakasta löytämään empatia ja myötätunto itseään kohtaan, koska hän on tullut henkisesti haavoitetuksi menneisyydessään kuin ehkä myös tämän hetken elämäntilanteessaan. Kolmas erittäin keskeinen tavoite on auttaa asiakasta todella kokemaan tunteensa sen sijaan, että hän kehittää fyysisiä oireita tunteiden aktivoituessa. Ja lopuksi tapaamiset tulisi aina vetää yhteen, minkä tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan kykyä taistella hänestä löytyviä tunteiden välttämismalleja vastaan. (Abbas, 2018, s. 120–121.)

Eri mielen tilat

Orientaation jälkeen asiakas on käytännössä jossakin neljästä mielen eri tilasta: ahdistus, defensi, tunteet tai ei merkittäviä signaaleja.

Mikäli asiakas on selvästi näkyvän ahdistuksen tilassa (ilmenee mm. käsien puristeluna ja huokailuna), on se merkki siitä, että asiakkaan ahdistus kanavoituu tällä hetkellä tahdonalaiseen lihaksiin. Silloin ahdistus on siedettävällä tasolla ja on hyvä alkaa keskustelemaan siitä, mitä tunteita terapeutin ja asiakkaan välinen keskustelu on herättänyt. Tämä auttaa asiakasta näkemään miten hänessä heräävät tunteet vaikuttavat hänen lihaksiinsa ja hengitykseensä.

Mikäli ahdistus kanavoituu ei-tahdonalaiseen sileään lihakseen tai kognitiivis-havainnolliselle alueelle, on se merkki siitä, että ensimmäisen lähestymisen tulee olla ahdistuksen laskeminen alemmalle tasolle. Ahdistusta voi laskea mm. arvioimalla ja keskustelemalla oireista järjen tasolla. Ahdistuksen säätelyn avulla on mahdollista saada se kanavoitumaan tahdonalaiseen lihaksiin, jolloin ollaan jälleen asiakkaan ahdistuksen sietoikkunan sisällä. Ahdistuksen kanavoituminen sileään lihakseen tai kognitiivis-havainnolliselle alueelle on merkki siitä, että kyseisen asiakkaan kohdalla tulee keskittyä ahdistuksen sietokyvyn kasvattamiseen, sillä tunteiden aktivointi esimerkiksi paineistamalla todennäköisesti vain pahentaisi oireita. Tällöin käytetään niin

kutsuttua porrastettua ISTDP:tä, jossa toistuvat syklit, joissa ensin mobilisoidaan tunteita ja heti perään niitä arvioidaan ja läpi käydään älyn tasolla. Tällä tavoin kasvatetaan hiljalleen asiakkaan kykyä käsitellä tunteita ja sietää ahdistusta.

Mikäli asiakas vaikuttaa olevan defensiivisessä tilassa, joka estää tunteiden tutkimisen ja prosessin etene-
misen, pitää häntä auttaa näkemään defenssin haitallisuus. On tärkeää selittää asiakkaalle, vaikka hän on
tietoisesti halukas työskentelyyn, osa hänestä saattaa laittaa niin sanotusti kapuloita rattaisiin. Jos asiakas on
esimerkiksi hyvin passiivinen, hän saattaa vain istua hyvin rennon näköisenä ilman merkkejä ahdistuksesta,
mutta passiivisuus pysäyttää prosessin etenemisen. Tällöin passiivinen käyttäytymismalli tulisi nimetä ja se-
littää, että se katkaisee yhteyden luomisen tunteisiin.

Mikäli asiakas tunnistaa hänessä keskustelun aikana aktivoituneita tunteita ja hän haluaa puhua näistä tun-
teista, ollaan kulkemassa oikeaan suuntaan. Silloin terapeutin tehtävänä on seurata asiakasta ja auttaa tätä
kokemaan kyseiset tunteet.

Mikäli asiakas ei anna mitään signaaleja ahdistuksesta, tunteista eikä defensseistä, hän ei ole todennäköi-
sesti kunnolla sitoutunut hoitoprosessiin. Silloin on tärkeä keskustella, mihin aiheeseen asiakas haluaisi kes-
kittyä ja minkä ongelman hän haluaa terapiassa ratkaista. (Abbas, 2018, s. 121–123.)

Tunteiden mobilisointi ja kokeminen

Kun hyvä terapeutin fokus löytyy yhteistyössä asiakkaan kanssa, hän alkaa lopulta reagoimaan joko tun-
temalla, ahdistuksen nousulla tai defenssillä. Mikäli ahdistus siirtyy pois tahdonalaisesta lihaksesta, tarvi-
taan ahdistuksen säätelyä mm. aiemmin esitetyillä tavoilla. Kun taas asiakas alkaa löytää tunneyhteyttä, voi
terapeutti auttaa häntä kokemaan tunteet syvemmin validoimalla tunteet ja sanoittamalla sen, mitä näkee.
Surun kohdalla terapeutti voi todeta näkevänsä, mitä kipeitä tunteita asiakkaassa nousee.

Tiedostamattoman väkivaltaisen raivon noustessa henkilö kokee kuumuutta, energian nousua ja yllykettä
lyödä ja piestä. Tässä kohtaa terapeutti voi pyytää asiakasta piirtämään mielessään kuvan hänen vihasesta
impulssistaan, jonka hän tyyppillisesti pitää sisällään. Tämä kuva myös usein avaa portin muihin tunteisiin ja
auttaa molempia ymmärtämään, miksi viha tulee sammutetuksi.

Vihan tunteminen ja ilmaiseminen laukaisee usein syyllisyyden tunteen, erityisesti jos raivokas reaktio on
kohdistettu itselle rakasta ihmistä kohtaan. Syyllisyyden tunne voi olla hyvin voimakas, jos se yhdistyy rak-
kauden ja raivon tunteisiin samaa henkilöä kohtaan. Tämä syyllisyys on yksi MBS-oireiden ja itsetuhoisten
käyttäytymismallien keskeisistä syistä, sillä silloin ihminen elää kuin rikollinen, jota tulisi hillitä ja rangaista.
Keskeiseksi terapeutiksi tehtäväksi muodostuu siten asiakkaan auttaminen ymmärtämään, että hän on
tullut toisaalta rakastetuksi, mutta myös henkisesti haavoitetuksi ja että tästä syntynyt normaali raivon tunne
on kääntynyt sisäänpäin luoden hänelle mm. fyysisiä oireita. Syyllisyyden tunteen merkittävyyden vuoksi se
on tärkeä huomioida huolellisesti. Se auttaa purkamaan vihaa, joka on kääntynyt sisäänpäin. Tämä prosessi
kasvattaa myötätuntoa satutettua itseä kohtaan, mistä seuraa oireista toipuminen ja myös kohentunut kyky

luoda syviä ja terveitä ihmissuhteita. Tämän jälkeen nousee myös tilaa anteeksiannolle itseä kohtaan ja usein myös asiakasta satuttanutta henkilöä kohtaan.

Jos asiakas puhuu järjen tasolla vihastaan ja huomaa samalla oireiden nousevan, voi oikotie oireiden helpottamiseen löytyä joskus sillä, että kysyy asiakkaalta, että miltä hänestä tuntuisi, jos hänen vihansa olisi satuttanut hänen vihansa kohdetta. Tämä saattaa yllättää asiakkaan, koska hän ei ole edes puhunut henkilön vahingoittamisesta, mutta se saattaa resonoida hänessä tiedostamattomalla tasolla. Tästä saattaa seurata yllättävä katumuksen ja syyllisyyden tunteiden nousu, joka usein johtaa oireiden nopea hellittämiseen muutamien sekuntien tai minuuttien kuluessa. (Abbas, 2018, s. 124–125, s. 129–130.)

Menneiden tunteiden linkitys ja yhteenveto

Kun yllä kuvatut tunteet on eletty läpi, on asiakas yleensä valmis linkittämään yhteen tässä hetkessä ja menneisyydessä heränneet tunteet. Jos esimerkiksi asiakas on elänyt läpi voimakkaita tunteita aviomiestään kohtaan, voi hän linkittää nämä tunteet nyt esimerkiksi jollakin tavoin isäänsä. Tässä kohtaa terapeutti voi auttaa asiakasta kokemaan nämä käsittelemättömät tunteet isäänsä kohtaan. Koko tämän tunteiden käsittelyprosessin ajan on tärkeää, että terapeutti ja asiakas kykenevät yhdessä myös observoimaan prosessia ja kokemuksia. Tämä luo turvallisen ja rauhallisen ympäristön tunteiden läpi elämiseen. Terapeutin on tärkeä pitää huolta myös siitä, että voimakkaiden tunteiden läpielämisen jälkeen kokemukset ja löydökset vedetään yhteen ymmärryksen ja tietoisuuden kasvattamiseksi. Tietoisuuden kasvattaminen on välttämätöntä, jotta asiakkaan kyky reflektoida omia tunteitaan voimistuu. (Abbas, 2018, s. 125–126.)

7 Keskustelu

7.1 Oma kiputarinani

Fyysiset oireet, jotka ovat seurausta mielen sisäisistä ristiriidoista ja kokemattomista tunteista, ovat minulle henkilökohtaisesti hyvin tuttuja. Taaksepäin katsoen pystyn nyt näkemään kärsineeni ajoittain MBS-oireista jo teini-ikäisenä ja merkittävämminkin ne alkoivat häiritä elämääni, kun muutin pois kotoa ja aloin ponnistella kohti aikuisuutta, itsenäisyyttä ja uusia vastuuta. Teini-ikäisenä kärsin ajoittain migreeneistä, jotka esiintyivät satunnaisesti ainoastaan koripallopelien yhteydessä. Opiskelujen käynnistyessä aloin kärsiä erilaisista vatsavaivoista, kuten ärtyvän suolen oireyhtymästä ja refluksitaudista.

Pelkäsin ja jännitin myös jonkin verran lentämistä. Mielestäni pelkoni oli kuitenkin varsin kohtuullista ja tavallista jännittämistä. Eräänä kertana matkustaessani Espanjaan lomamatkalle aloin kärsiä epämääräisestä lantion alueen kivusta, joka säteili erityisesti lantion takaosaan, häntäluuhun, ja välilihaan. Kipu tuntui ajoittain myös vatsan puolella. Istuminen oli hyvin vaikeaa, mikä teki lentämisestä erityisen epämukavaa. Oireet eivät helpottaneetkaan itsekseen, ja menin lääkäriin ja minulle diagnosoitiin krooninen eturauhastulehdus. Sain paljon erilaisia ohjeita siitä, mitä minun tulisi tehdä ja toisaalta mitä minun tulisi välttää, jotta oireet pysyisivät kurissa. Kylmän kerrottiin pahentavan oireita, joten pitkien kalsareiden käyttöä suositeltiin lähes ympäri vuoden ja kehoitettiin välttämään istumista kylmillä alustoilla. Lämpimän (esim. kuumat suihkut) piti taas helpottaa oireita. Istuminen saattaa pahentaa oireita joidenkin kohdalla (näin myös itse koin). Muistan, miten neuroottiseksi muutuin näiden asioiden suhteen ja miten todelliseksi ne samalla muuttuivat. Pidin pitkiä kalsareita aina, koska koin pienenkin viileyden pahentavan oireita. Jopa nukuin ne jalassa, ja jos koeitin nukkua ilman, kivut tuntuivat aamulla pahemmilta. Lantion alueen kivut alkoivat merkittävässä määrin hallita elämääni, ja muutuin yhä varovaisemmaksi ja pelokkaammaksi. Pelkäsin tehdä monia asioita, jotka saattaisivat pahentaa oireita. Aiemmin esitettyä teoriaa vasten peilaten voi nähdä, miten siellä esitetyt asiat alkoivat elää minussa. Pelko alkoi hallita ja pahentaa oireitani. Alkoi syntyä erilaisia triggereitä oireille, kuten kylmä ilma ja istuminen. Tähän olivat omalta osaltaan edesauttaneet lääkärit, jotka olivat varoitelleet minua tekemästä tiettyjä asioita.

Suunnittelimme vaimoni kanssa matkan Thaimaahan vuoden 2012 tammikuulle. Tarkoituksemme oli ensin matkustaa Thaimaan pohjoisosaan, ja menomatka sinne kestäisi vaihtolentoineen ja automatkoineen kaikkineen lähes 30 tuntia. Vaikka olin innostunut reissusta, olin samalla kauhuissani matkustamisesta kohteeseen, sillä usein koin jo parin tunnin istumisen pahentavan ”eturauhaskipujani” merkittävästi. Pelkäsin, että en selviä matkasta tai olen tavalla tai toisella niin hajalla päästyäni perille, että koko reissu menee pilalle. Kuinka sitten sattuikaan, noin viikkoa ennen reissuun lähtöä sain oikeaan jalkaani sietämättömän voimakkaan kiputilan. Sain erittäin kivuliaita puukon iskumaisia kipukohtauksia sääreeni. Välillä kipu oli enemmän polttavaa ja sähköiskumaista. Kipu oli voimakkainta, mitä osaan kuvitella, ja nämä iskevät kivut seurasivat toisiaan minuutin parin välein. Kuin henkeäni pidätellen monesti odotin seuraavaa iskuja. Kivut ajoivat minut tietysti lääkäriin. Ensimmäinen lääkäri ohjasi minut kirurgin vastaanotolle, joka epäili kivun syyksi penikka- tautia, vaikkakin hän piti oireita merkillisen voimakkaina siihen. Lähdin kotiin perinteisten kipulääkkeiden

kanssa, joista en saanut merkittävää apua. Jalkani reagoi myös kylmään talvi-ilmaan (triggeri) uskomattoman herkästi. Pelkkä ulko-oven avaaminen sai jalkani suorastaan lentämään altani. Ulos lähteminen vaati sen, että puin toppavaatteet päälle ja kiersin paksun huivin vielä lisäksi sääreni ympärille.

Muutaman päivän päästä hakeuduin työterveyslääkärille, koska oireet olivat edelleen yhtä hankalat. Sain lääkärintodistuksen matkan peruuttamista varten, ja samalla minut ohjattiin neurologin vastaanotolle, koska lääkäri epäili kivun olevan neuropaattista. Lääkäri antoi myös toivottomuutta herättäviä näkemyksiä siitä, että kivun kanssa saattaisi joutua oppia elämään (oireiden kroonistumista tukeva lausunto lääkäriltä). Neurologilta sain vahvan Gababentin-lääkityksen. Tämäkään lääke ei tuonut merkittävää helpotusta olooni, ja kävin jälleen uudella neurologilla, joka määräsi minulle toisenlaista lääkettä rinnalle. Kaikesta kipulääkityksestä huolimatta oireeni jatkuivat jo kolmatta kuukautta, ja olin pakotettu olemaan jatkuvasti myös sairauslomalla.

Epätoivon hetkinä googletin kipua ja sen hoitoa ja törmäsin sattumalta erääseen Studio 55-ohjelman jakssoon, jossa haastateltiin ortopedi Antti Heikkilää kivusta. Heikkilä puhui kivusta, joka voi heijastua raajoihin selän autonomisista tukilihaksista. Hän puhui myös mielen sisäisistä ristiriidoista syynä kipuun. Sain varattua ajan Heikkilälle nopealla aikataululla ja vaimoni kuskasi minut Helsinkiin vastaanotolle. Heikkilä teki fyysisen tutkimuksen ja hämmästykseni alkoi keskittyä avaamaan pakaran alueen lihaksia. Painelu alueella aiheutti voimakasta fyysistä kipua, vaikka en ollut aiemmin huomannut tuon alueen olevan kipeä. Samalla Heikkilä tiedusteli luonteenpiirteitäni ja totesi: ”Taidat olla itse itsesi pahin vihollinen.” Kipu helpottui käsittelyn seurauksena ensi kertaa välittömästi, tosin vain väliaikaisesti. Heikkilä totesi myös, ettei minulla ole kroonista eturauhastulehdusta. Sain mukaani venytysohjeita. Ensimmäiset iskevät oireet ilmaantuivat kuitenkin jo paluumatkalla, kun soitin vanhemmilleni kertoakseni helpottavista uutisista (tämä oli silloin riittävä stressi aktivoimaan opitun hermoradan uudestaan). Tein muutamia venytyksiä ja huomasin niiden helpottavan oireita hieman.

Kaikki oli kuitenkin nyt toisin, olin löytänyt toivoa ja saanut ensioivallukset siitä, että mielelläni on jotakin tekemistä fyysisten oireideni kanssa. Lainasin ensin Antti Heikkilän kirjan ”Siunattu kipu”. Heikkilän kirjasta löysin myös viittaukset John Sarnoon ja hänen kirjoihinsa. Muistan yhä sen hyvin voimakkaan helpotuksen tunteen, jota koin kirjoja lukiessani. Kirjat kertoivat minusta, ja aloin käsittää, kuinka omat luonteenpiirteeni ja tukahdutetut tunteet ovat oireiden taustalla. Jalkakivut helpottivat sitä mukaa, mitä pidemmälle kirjoja luin. Enää ei ollut epäilystä siitä, etteivätkö kivut liittyisi mieleeni, sillä pelkän oikean tiedon saaminen riitti poistamaan oireet. Oireet kylläkin aktivoituivat lukuisia kertoja jälkeen päin erilaisista ärsykkeistä. Mieleni oli herkistynyt reagoimaan tällä tavoin lähes kaikista pienimpäänkin stressiin. Mutta uuden ymmärryksen myötä puhuin aivoilleni kipureaktioiden jälkeen ja hiljalleen purin tällä tavoin aivojen ehdollistuneet reaktiot.

Pisimpään ja tiukimmin istuivat ehdollistuneet reaktiot kylmään tai veteen. Vähä vähältä purin ylikorostunutta pukeutumistani jalan alueella ja otin pieniä voittoja. Vielä kesällä jalan ollessa muuten täysin kivuton sain kivun iskun aina kun upotin jalan meriveteen. Kipu tosin lakkasi, kun vain maltoin hetken pitää jalkaa vedessä. Kyseinen reaktio on erinomainen esimerkki ehdollistuneesta opitusta hermoradasta. Minun ei tarvinnut kuin kastaa jalkani veteen, ja kipu leimahti salamannopeasti. Uin koko kesän normaalisti tästä huolimatta ja koin vapautta ja nautin siitä, että uskalsin jälleen tehdä asioita. Seuraavana talvena matkustin

Keniaan safarilomalle, ja kun siellä sitten menin uimaan useamman kuukauden tauon jälkeen, tämä ehdollistunut kipureaktio oli poissa.

Oivallukset mieleni ja kehoni välillä vallitsevasta yhteydestä muuttivat omia arvojani pysyvästi, ja siitä toden teolla käynnistyi oman itsetuntemukseni sisäinen matka. Kokemus kivuista eroon pääsemisestä vapautti paljon voimavaroja ja teki minusta huomattavasti rohkeamman ja asioihin heittäytyvämmän ihmisen kuin mitä olin viime vuodet ollut. Seuraavat pari kolme vuotta olivat hyviä elämäntäyteisiä vuosia. Aloin hiljalleen kuitenkin huomata, että mieltäni vaivasivat erilaiset neuroottiset pakkoajatukset. Ajatukset ja tunteet yrittävät sanoa, että jotain selittämätöntä pahaa uhkasi tapahtua, jollen toimisi tietyllä tavalla. Tunnistin ajatukset järjettömiksi, mutta silti minun oli joskus vaikea välttää astumasta kynnyksen yli tietyllä tavalla tai olla jättämättä hanan kahvaa tiettyyn asentoon, sitä piti ehkä korjata useitakin kertoja, ennen kuin koin oloni väliaikaisesti helpottuneeksi. Oireet eivät olleet kuitenkaan niin pahoja, että ne olisivat häirinneet elämääni erityisen paljon. Tunnistin itseni kuitenkin jossain määrin ahdistuneeksi. Aloin hiljalleen tiedostaa, että oma matkani itseäni oli yhä kesken. Olin erittäin kiinnostunut psykologiasta ja ihmisyydestä ja päätin hakea Ihminen Tavattavissa-kasvuohjelmaan.

Voi sanoa, että Ihminen Tavattavissa-kasvuohjelman aikana oma matkani siirtyi kognitiiviselta tasolta tunteen tasolle. Tähän asti olin prosessoinut itseäni lähinnä kognitiivis-behavioraalisiin menetelmin, mutta olin tästä huolimatta heikosti yhteydessä itseäni tunnetasolla. Kohtasin kasvuohjelman aikana useamman kerran voimakkaita tukahdutettuja tunteita, ja tämän yhteyden avautuessa myös pakko-oireet helpottivat.

Sain kuitenkin huomata, että tunneyhteyden hetkellinen löytyminen tuo vain väliaikaisen helpotuksen. Arki sai minut aina jossakin kohtaa kadottamaan tuon löytyneen tunneyhteyden ja turvan kokemuksen. Enkä oikein saanut kiinni mitä tapahtui. Se, mitä selkeästi alkoi tapahtua, oli että aloin tuntea itseäni erittäin väsyneeksi ja uupuneeksi. Jälleen uusi oire. Uupumus oli jotain uutta, enkä ollut varma, onko jälleen kyseessä vain uusi MBS:n muoto vai mistä on kyse? Pelkäsin polttaneeni itseäni pahasti loppuun, koska olin ollut niin välinpitämätön itseäni kohtaan. Kaikki keinot, joilla ensin koitin tilannetta hallita, ohjautuivat lopulta kuitenkin vain pelosta käsin.

Mikä voisi olla kaikkien näiden oireiden yhteinen selittävä tekijä? Mitä nämä oireet koettivat minulle kertoa? Ne koettivat monin eri tavoin viestiä, että minua pelottaa, minulla on turvaton ja riittämätön olo: Rauhoita ja lohduta minua, KUULE MINUA! Miten tähän viestiin sitten olen aina reagoinut? Huolestumalla ja murehtimalla, hätääntymällä oireista. Miltä pienestä lapsesta tuntuu, jos hädän hetkellä vanhempikin hätääntyy ja alkaa murehtia ja huolestua? Se ruokkii vain lisää pelkoa ja turvattomuutta, sekä tarpeen piilottaa oma hätä. Toisin sanoen oman pelon näyttäminen vaikuttaa lapsen silmin muuttavan tilanteen entistä uhkaavammaksi. Merkit johtavat siis turvattomaan kiintymyssuhteeseen. Kun katson taaksepäin oirehistoriaani ja niiden alkuketkiä, näen että olosuhteet, jotka ovat käynnistäneet voimakkaimmat oireeni, ovat kaikki olleet minulle pelottavia ja turvattomuutta herättäviä. Lukuisat eri lentomatkat tai niiden lähestyminen aktivoi minussa erilaisia psykosomaattisia oireita. Näin kävi, kun lähdin nuorena miehen alkuna kavereiden kanssa Espanjaan ja sain ”eturauhastulehduksen”. Pelko pitkästä Thaimaan lennosta triggeröi jo etukäteen niin karmivat jalkakivut, että koko reissu peruuntui. Poismuutto kotoa, uusi työ, vanhemmuus, kaikki nämä asiat herättivät minussa pelkoa ja riittämättömyyttä, josta en ollut kuin hyvin etäisesti tietoinen. Pakko-oireideni taustalla

oli aina epämääräinen pelon tunne siitä, että jotain pahaa uhkaa tapahtua. Tätä kaikkea voi saada aikaan turvattomuus ja siihen liittyvät tukahdutetut tunteet. Oman vaativan puolen merkitystä oireiden taustalla ei voi sitäkään mitenkään sivuuttaa. Jatkuvat vaatimukset itseä kohtaan kertoivat omasta syvään haudatusta riittämättömyyden ja kelpaamattomuuden kokemuksesta. Vaatimukset ja riittämättömyys syökseivät nekin turvattomuuden kokemukseen.

Oireiden viestin oivaltamisella on valtava merkitys. Ne kertoivat minulle, että sisäistä lastani pelottaa ja toisaalta raivostuttaa. Se tarvitsee rauhoittelua, lohduttavia sanoja ja sen kuulemista, että minä riitän. Toisin sanoen siis sisäisen rakastavan aikuisen läsnäoloa. Sisäisen aikuisen, joka oli hiljalleen alkanut rakentua sisäläni pitkän terapeutin prosessin myötä. Mitä siis tehdä, jos oireet käynnistyvät? Ne voi nähdä merkinä keskittyä itsensä rauhoittamiseen, turvallisuuden tunteen kasvattamiseen ja omien tarpeiden kuunteluun. Oireet viimeistään siis havahduttavat siihen, että yhteys itseeni on alkanut katkeilla. Enkö ole ollut itselleni riittävästi läsnä? Olenko astunut jälleen suorittamisen miinaan? Vai järkyttääkö jokin muu asia sisäistä turvan kokemustani juuri nyt?

Jos jokin, niin oma prosessini on opettanut minulle sen, että mieli ja keho ovat yhtä ja hyvinvointia tulee lähestyä kokonaisvaltaisesti, ja psyykellä on siihen aivan valtaisan suuri merkitys. Ihminen voi oirehtia lukemattomien eri tavoin vastauksena psyykkiseen epätasapainoon. Aivan liian usein jää näkemättä se tosiasia, että näennäisesti toisistaan erillisten oireiden taustalla vaikuttaa sama psyykkinen tila.

7.2 Terapeutin hoitojen vertailu ja kokemukset

Oman kokemukseni perusteella kaikki esitellyt hoitomuodot puolustavat paikkaansa ja ovat kukin omalla tasollaan hyödyllisiä. Kyse on paljon siitä, kuinka syvää muutosprosessia ihminen kulloinkin tarvitsee voidakseen vapautua tai saada helpotusta oireisiinsa. Aina ei ole ajankohtaista lähteä syväsuikellusmatkalle itseen, vaikkakin samaan hengenvetoon on todettava, että vakavat kroonistuneet kivut ovat jo itsessään niin voimakas kokemus, että sillä on taipumus järjestyttää ihmisen arvomaailmaa pohjiaan myöten.

Mieli-keho-oireyhtymän edukaatiolla on kiistatta aivan keskeinen ja oikeutettu asema hoidossa. Nähdäkseni on välttämätöntä, että ihminen saa tässä tapauksessa oikeaa tietoa oireidensa luonteesta ja syistä. Ilman sitä ihminen kokee olevansa uhri, joka kärsii jostakin rakenteellisella syyllä selittyvästä kivusta. Tällöin kivun defensiivinen vaikutus toimii täydellä teholla. Edukaation avulla usein saavutetulla oivaltamisella on dramaattinen vaikutus oireisiin ja niihin suhtautumiseen. Ne menettävät silloin pahimman uhkaavuuteensa ja niiden defensiivinen merkitys paljastuu tietoiselle mielelle. Vasta kun defensiivinen paljastuu tietoiselle mielelle, on siitä ensi kertaa mahdollista astua ulos.

Lukemattomat ihmiset ovat kirjoittaneet John Sarnolle kokemuksistaan, joissa he ovat vapautuneet pitkään jatkuneista kroonisista kivuistaan pelkästään lukemalla jonkin hänen kirjoistaan. Howard Schubiner arvioi kirjassaan *Unlearn your pain*, että arvioilta n. 10–15 prosentille toipumiseen riittää kunnollinen edukaatio mieli-keho-oireyhtymästä. Muiden kohdalla toipuminen vaatii enemmän psykologista työskentelyä (Schubiner 2016, s. 23). Omalla kohdallani kävi niin, että tieto paljasti mieleni ovelan defenssin ja sitä seurasi suuri

helpotus ja oireiden lähes välitön väistyminen, mutta myöhemmin sain huomata, että tarvitsen psykologista työskentelyä voidakseni kokonaisvaltaisesti paremmin. Oireiden nopean helpotuksen olen nähnyt myös monilla ihmisillä, joille olen joko kertonut mieli–keho-oireyhtymästä tai joille olen antanut jonkin Sarnon kirjan luettavaksi. Oireiden helpotus edukaation kautta ei läheskään aina ole kuitenkaan pysyvää. Monien kohdalla oireet saattavat palata stressaavien tilanteiden yhteydessä, mutta kaikki on silti toisin. Ihminen osaa epäillä oireiden johtuvan stressaavasta tilanteesta ja hänen reaktioistaan siihen. Tällä on suuri merkitys siihen, etteivät oireet kroonistu. Rauhallinen suhtautuminen oireisiin ja itsensä muistuttaminen mieli–keho-oireyhtymän luonteesta riittää usein katkaisemaan siivet oireiden pitkäaikaiselta jatkumiselta.

Joskus siis pelkkä oikea informaatio ja sen linkittäminen omiin kokemuksiin saattaa olla riittävä hoito MBS:stä kärsivälle ihmiselle. Mikäli ihmisen persoonallisuus toistuvasti johtaa sisäisen ristiriidan voimistumiseen superegon ja idin välillä, on oireilla taipumus palata ja aktivoitua uudestaan. Tällöin samat tutut käyttäytymismallit herättävät voimakkaita tiedostamattomia tunteita yhä uudelleen. Näin on erityisesti silloin, kun ihmisellä on tiedostamattomassaan vielä hyvin voimakkaita tukahdutettuja tunteita, jotka uhkaavat jatkuvasti nousta tietoisuuteen. Silloin jonkin defensiivisen oireen aktiivisuus on käsitykseni mukaan eräänlainen välttämättömyys, joka ylläpitää omalla tavallaan psyyken sen hetkistä optimaalista balanssia. Kun oireet jatkuvat tai palaavat edukaation jälkeenkin, on ihmisen elämässä jokin asia, joka todennäköisesti jatkuvasti ruokkii ja ylläpitää oireistoa. Se voi myös olla jokin pysyvä olosuhde, josta ihmisen on irtauduttava, jotta hän voisi voida paremmin. Voi olla myös niin, että ihminen ei ole vielä täysin vapautunut pitkään jatkuneisiin oireisiin liittyvistä peloista, ja se yksistään riittää pitämään hyvin opitut kipuun liittyvät hermoradat aktiivisina. Pelosta ja toimintarajoitteista on lopulta päästävä eroon, mikäli haluaa kokonaan vapautua oireista.

Oireisiin liittyy usein hyvin sitkeitä ajatusmalleja, joita oireisiin liittyvä pelko ja tukahdutetut tunteet ruokkivat. Sekä Sarnon että Schubinerin hoito-ohjelmat sisältävät harjoitteita ja tapoja, jotka auttavat ihmisiä havainnoimaan näitä ajatuksia ja ottamaan niihin etäisyyttä. Oireisiin liittyviin ajatusmalleihin samaistuminen ylläpitää oireistoa. Kuten Sarno ja Schubiner kehottavat, oire tulisi tulkita aina signaalina siirtää fokus mieleen ja sen havainnointiin.

Yhtä lailla, jos tunnistaa ensin oireisiin liittyvän huolentäyteisen ajatuksen, on keskeistä panna merkille, mikäli tätä huoliajatusta seuraa oireen aktivoituminen / voimistuminen. Kokemukseni mukaan, mitä paremmin oppii havaitsemaan linkin omien ajatusten, tunteiden ja oireiden välillä, sitä helpompi kierre on katkaista heti alkuunsa. Joskus saatan vain havaita jonkin oireen ja sitten mielessäni totean ”Ahaa, näin mitä juuri tapahtui”, ja sitten tietoisesti teen valinnan astua kuviosta ulos ja olla kiinnittämättä oireeseen enää enempää huomiota. Tässä tullaankin toipumisen kannalta yhteen erittäin keskeiseen asiaan: oireita on yksinkertaisesta lakattava seuraamasta. Oireiden tarkkailu ja huomioiminen ylläpitää MBS-oireita erittäin tehokkaasti. Itselteni haastava askel toipumisessa oli lakata aidosti välittämästä ja aika ajoin tarkistamasta, kuinka jalkani voi. Pelkkä ajoittainen tarkastelu sai hyvin opitun hermoradan aktivoitumaan uudelleen. Siksi toipumisen kannalta on keskeistä ymmärtää, että oire ei vaadi jatkuvaa huolenpitoamme.

Schubinerin hoito-ohjelmassa esitetyt mindfulness-harjoitteet ovat hyödyllisiä, sillä ne edesauttavat ihmistä oppimaan havainnoimaan omaa sisäistä todellisuuttaan. Mindfulness-harjoitteet eivät kuitenkaan ole erityisen tehokkaita hoitokeinoja, mikäli ihminen ei ole tietoinen mieli–keho-oireyhtymästä ja tiedosta, että hä-

nen kipunsa aktivoituvat seurauksena hänen mielentilaansa. Toisin sanoen tutkimuksissa, joissa mindfulnessia on käytetty kivun hallintaan, se ei ole ollut erityisen tehokas keino, mutta kun se yhdistyy siihen tietoon, että mieli itsessään on kivun juurisyy, muuttuu mindfulness tehokkaaksi menetelmäksi mieli-keho-oireyhtymän hoidossa.

Sekä Sarno, että Schubiner käyttivät ohjelmissaan erilaisia muistutus- ja vahvistuslauseita, jotka nekin olen kokenut hyödyllisiksi. Ne auttavat omalla tavallaan rauhoittamaan aivojen limbistä järjestelmää ja palauttavat ohjauksen aivojen etuotsalohkoon. Itse tapasin usein toistella itselleni ”Kehossani ei ole mitään fyysisesti vialla.”

Aikaisemmissa luvuissa esitettyihin teorioihin perustuvat kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ovat siis mielestäni tehokkaita hoitomuotoja ja ne voivat olla riittävä hoito monien ihmisten kohdalla. Kaikkien kohdalla tämä ei kuitenkaan toteudu. Usein kyse voi olla siitä, että ihminen on hyvin tottunut eristämään tunteensa. Sen sijaan, että ihminen kykenee todella kokemaan tunteet kehossaan, hän päätyy jännittämään kehoaan, jolloin tunteet eivät pääse kulkemaan kehossa vapaasti. Uskon tämän liittyvän usein turvattomaan kiintymyssuhteeseen, jonka seurauksena ihmisen autonominen hermosto on huomattavasti epävakampi ja herkempi reagoimaan ärsykeille kuin turvallisesti kiinnittyneen ihmisen. Tunnereaktiot ovat siis voimakkaita, ja samalla ihmiseltä puuttuu kykyä kohdata nämä reaktiot, sillä hän on saanut lapsuudessaan vaillinaisesti tarvitsemaansa tunnetukea. Tunteiden eristämisestä muodostuu tällöin erittäin vahva defensi.

Tunnekeskeinen hoito on tällöin tarpeen. En ole henkilökohtaisesti käynyt ISTDP-terapiaa, mutta se pitää sisällään epäilemättä hyviä menetelmiä voittaa ihmisen sisäinen vastarinta tunteiden kokemista vastaan. Kun ns. läpimurto saavutetaan ja tunneyhteys tiedostamattomaan avautuu, seuraa siitä oireiden helpottuminen, mikäli kyseisten tunteiden sisällä pitäminen on ollut oireiden taustalla.

Tällainen kokemus antaa ihmiselle varmuuden siitä, että hänen fyysiset oireensa liittyvät tunteisiin, joita hän ei ole ollut kyennyt kohtaamaan. Täyden toipumisen haasteena voi säilyä silti se, että vaikka ihminen onnistuukin terapiassa löytämään tunneyhteyden, saattaa hän edelleen olla taipuvainen tunteiden eristämiseen arkisessa elämässään. Ihmisen sisäisen turvallisuuden tunteen kasvaminen saattaa olla pitkä prosessi, joka hiljalleen lisää kykyä säilyä läsnäolevana todistajana omien tunteiden noustessa. Prosessi on todennäköisesti pidempi, mikäli ihmisellä on taipumus tukahduttaa tunteensa niiden eristämisen sijaan. Kun tukahduttaminen on voimakasta, ei ihminen usein ole ollenkaan tietoinen ahdistuksestaan, vaan ainoa mistä hän on tietoinen, ovat hänen fyysiset oireensa. Tällöin itse ahdistuksen sietokyvyn kasvattaminen on jo oma prosessinsa, ja vasta sitten tunteiden kohtaaminen alkaa hiljalleen olla mahdollista. Usein tällaisten tapausten kohdalla tiedostamattomasta löytyy hyvin myrkyllisiä tunteita ja prosessi voi olla samankaltainen kuin merkittävästä masennuksesta kärsivän kohdalla.

Fyysinen oireilu ja siihen liittyvä murehtiva ajattelu saattaa olla myös suoranainen identiteettikysymys. Saatamme samaistua voimakkaasti murehtiviin ja huolehtiviin ajatusmalleihimme, emmekä todellisuudessa tiedä, mitä olisimme ilman niitä. Mieli vastustaa tätä näkemystä. Mutta totuus on, että mieli saattaa olla niin tottunut fokuoimaan ongelmiin, että se etsii aina ulkomaailmasta syyn murheelleen ja alkaa tämän jälkeen keskittyä siihen. Näistä sitkeistä ajatusmalleista ulos astuminen voi olla välttämätöntä oireiden helpottami-

seksi. Mielen on vaikea käsittää, että sen murheisiin keskittyvä suhtautuminen itse asiassa ylläpitää ja luo oireita ja negatiivisia tunteita sen sijaan, että se kykenisi ratkaisemaan niitä. Kehosta muodostuu eräänlainen mielen jatke, joka ilmentää fyysisin tavoin mielen sen hetkistä tilaa.

Lopulta keskeiseen asemaan tulevat samat kysymykset kuin ihmisen henkisessä kasvussa ylipäättään. Miten ihminen saa integroitua muutoksen omaan arkiseen jokapäiväiseen elämäänsä? Pystyykö hän kasvamaan ihmiseksi, jonka mieli reagoi joustavammin elämän heittämiin haasteisiin? Oppiiko hän olemaan enemmän läsnä ja säilymään oman mielensä hiljaisena todistajana? Tällä tavoin ihminen ikään kuin astuu ulos ristiriitaisesta mielestään eikä enää syötä sille jatkuvasti uutta polttoainetta samaistumalla siihen. Mieli–keho-oi-reyhtymästä ei siis voi nähdäkseni koskaan toipua siten, etteikö se voisi joskus taas aktivoitua uudelleen. Kun tämän tyyppinen reaktiomalli on kerran syntynyt, on kyseisen reaktion mahdollista aktivoitua uudelleen. Kyse on lopulta siitä, miten elämme jokapäiväistä elämäämme ja miten osaamme suhtautua elämään hetki hetkeltä. Fyysinen kipu on siis yksi kärsimyksen muoto, jonka tarkoituksena on herättää meidän tutkimaan itseämme ja kuinka olemme juuri nyt.

7.3 Oma teoreettinen ja hoidollinen yhteenveto

Tässä luvussa pyrin kokoamaan vielä yhteen sen olennaisen tiedon, jonka olen aiheeseen liittyen hankkinut lukemalla ja toisaalta kokemalla hyvin omakohtaisesti.

Olen tullut siihen tulokseen, että turvan kokemus on hyvin keskeinen asia ihmisen hyvinvoinnissa ja se tulee olennaisella tavalla näkyväksi myös mieli–keho-oi-reyhtymässä. Yritän lähestyä asiaa sekä psykologisesta että fysiologisesta näkökulmasta ja linkittää nämä kaksi lähestymistä toisiinsa.

Stephen Porgesin polyvagaaliteoria on auttanut minua ymmärtämään paremmin turvallisuuden tunteen merkitystä. Kun olemme oman sietoikkunamme sisällä, voimme hyvin ja kehomme toimii terveyttä ylläpitävästi. Jokaisella meistä on omanlaisemme sietoikkuna, ja eri asiat syöksevät meidät ulos turvan kokemuksestamme eli pois sietoikkunan sisältä. Siihen, missä tilanteessa kadotamme turvan kokemuksemme, vaikuttavat varmasti niin synnynnäiset ominaisuutemme (geeniperimä ym.) kuin myös ne olosuhteet, joissa me lapsena olemme varttuneet kohti aikuisuutta. Emmekä voi myöskään tyystin ohittaa niitä turvan kokemukseen vaikuttavia tekijöitä, joita elämä saattaa etemme heittää aikuisuudessa. Tämä kaikki yhdessä muokkaa sitä, minkälaiselle herkkyytasolle autonomisen hermoston ja aivojen alitajuinen hälytysjärjestelmä asettuu. Hälytysjärjestelmän aktivoituminen vie meidät joko taistele tai pakene-reaktioon tai alivireystilaan ja jäätymiseen. Kuten on jo aiemmin tullut esille, hälytysjärjestelmä voi aktivoitua niin psyyken sisäisestä konfliktista kuin ulkoisistakin uhkatekijöistä.

Kun jokin asia siirtää meidät taistele tai pakene-tilaan, herättää se meissä myös voimakkaampia tunteita. Mitä suurempi uhka ja hälytystila, sitä voimakkaammat ovat tunteet. Koska kyseessä on taistele ja pakene-reaktio, on ymmärrettävää, että tämän kaltainen tilanne herättää meissä pelkoa, vihaa ja surua. Vihan ja rai-von tunteiden tarkoitus on antaa meillä voimia taistella ja puolustautua uhkia vastaan. Tämä reaktio käynnistyy meissä salamannopeasti ja herättää jo mainitut tunteet. Jos ajatellaan tilannetta lapsuuden kautta, saat-

taa tilanne olla sen kaltainen, että lapsi ei syystä tai toisesta kykenekään ilmaisemaan näitä tunteita. Uhka esimerkiksi vanhemman menettämisestä saattaa olla niin suuri, että tunteet haudataan. Tällöin hälytystilan herättämä tunneryöppy jää purkamatta ja lataus jää purkautumattomana kehoon ja erityisesti hermostoon.

Jos samaa asiaa lähestyy traumatisoitumisen näkökulmasta, voi nähdä, että traumaattinen kokemus mobiilisoi hyvin voimakkaita tunteita, mutta niiden tuskallisuuden vuoksi mieli on puolustusmekanismina pakotettu dissosioimaan tunnekokemuksen pois tietoisuudesta. Tällaisessa tilanteessa voimakkaita tunteita on jäänyt kokematta ja nousematta tietoisuuteen ja ne luovat siten voimakkaan painolastin keholle ja hermostolle. Jos ihminen on kokenut yhtäkkisen ison trauman, kuten on traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien kohdalla, saattavat hyvin pienetkin asiat nyt aktivoida traumaan liittyvät tunteet ja kokemukset. Hermosto on tällöin hyvin herkillä ja sietoikkuna erittäin kapea ja hälytysjärjestelmä reagoi helposti.

Palataan varsinaisen trauman käsittelystä lapsen kehitykseen ja kiintymyssuhteeseen. Mikäli lapsen tunteita ei ole sallittu ja hän on saanut vaillinaisesti tunnesäätelytukea, on hänen vaikea kohdata omia tunteitaan. Hänelle alkaa siis tasaisesti kertyä kokemuksia, jotka herättävät hänessä turvattomuutta, jonka seurauksena hän siirtyy ulos sietoikkunasta taistele tai pakene-reaktioon (tai jähmettymiseen, mikäli taistele-pakene reaktio ei johda toivottuun lopputulokseen), eikä samanaikaisesti kykenekään käsittelemään tilanteen hänessä herättämiä tunnereaktioita. Näin hän alkaa hiljalleen kerätä sisälleen eräänlaista tunteiden möykkyä, johon hän ei ole enää kosketuksissa. Tunnemöykyn suuri perusta voi liittyä johonkin yksittäiseen traumaattiseen kokemukseen, mutta kokonaisuutena se on kuitenkin eri kokemusten herättämien tukahdutettujen tunteiden vyyhti. Tämä painolasti näkyy kehossa ja hermostossa kerääntyneenä jännityksenä, joka häiritsee esimerkiksi parasympaattisen hermoston toimintaa. Näiden kokemusten seurauksena ihmisen autonominen hermosto ja hälytysjärjestelmä jäävät tarpeettoman herkästi reagoivaan tilaan. Kyseessä ei ole vain puhtaasti psykologinen ilmiö, vaan lapsuuden turvallisuuteen liittyvillä kokemuksilla on myös fysiologisia vaikutuksia kehitykseen.

Jännitystila voi kanavoitua joko kehoon, tai se voi nousta ihmisen tietoisuuteen läpi koettavaksi. Käsitteisen mukaan onkin niin, että juuri tämä menneisyyden kerryttämä tunnemöykky uhkaa jatkuvasti nousta tietoisuuteen, mutta ihmisen defenssit painavat sitä tehokkaasti alaspäin. Syntyy siis paineinen tila, joka etsii paikkaa, josta murtautua esiin. Tätä tunnemöykkyä voi purkaa esimerkiksi tunteensiirron kautta toiseen ihmiseen. Se voi olla esimerkiksi narsistin pääasiallinen keino käsitellä vaikeita tunteita. Joka tapauksessa kuvaan mukaan astuvat myös erilaiset oireet, jotka ovat seurausta tuon tunnemöykyn tukahduttamisesta. En osaa täysin sanoa, millä tavoin kyseinen oire valikoituu, mutta se ei vaikuta olevan täysin sattumanvaraista, vaan näyttäisi siltä, että egon tiedostamaton osa valitsee jonkin tietyn oireen. Tähän viittaa esimerkiksi se, että tietyt psykosomaattiset oireistot leviävät selvästi epidemian lailla ja ovat siten ikään kuin tarttuvaisia. Medialla ja huonolla diagnosoinnilla on tähän vaikutuksensa, mutta "leviäminen" voi tapahtua helposti myös tuttavapiirissä ja perheen sisällä, mikäli ihminen vain kantaa sisällään tunnemöykkyä, jonka hän tiedostamattaan pyrkii tukahduttamaan. Itse olin vuosia sitten mielestäni varsinainen "copycat", joka nappasi oireen sieltä toisen täältä. Tärkeintä näyttää siis olevan, että oire on uskottava, ja ympäristön / kulttuurin hyväksyminen.

ISTDP ja psykodynaaminen terapia ylipäättään on keskittynyt hoidossa kohtaamaan tätä menneisyyden tunnemöykkyä. Oma kokemukseni on se, että tätä tunteiden kertymää harvoin päästään kokemaan kerralla läpi, vaan se avautuu asteittain. Se riippuu toki siitä, kuinka voimakkaita tunteita sisällemme on päässyt kertymään. ISTDP:n head-on-collision saattaa olla menetelmä, joka poikkeuksellisella tavalla avaa yhteyden tiedostamattomaan ja saattaa siten katkaista joitakin hyvin automaattiseksi juurtuneita reaktiomalleja. Minulla ei ole tästä kokemusta, joten mene ja tiedä. Nähdäkseni psykodynaamisessa lähestymisessä on saattanut jäädä hieman liian vähälle huomiolle, se, että vaikka ihminen ”onnistuisi” läpielämään kokonaan menneisyytensä tunnemöröt, ei se välttämättä vielä vakauta hänen hermostoaan ja hälytysjärjestelmänsä riittävästi.

Oireet helpottavat, kun yhteys tukahdutettuihin tunteisiin löytyy, mutta tunteiden läpieläminen ei automaattisesti suoja siltä, etteikö ihminen saattaisi jatkossakin reagoida samalla tavoin tukahduttaen tunteitaan. Hänen hermostonsa saattaa edelleen olla herkkä reagoimaan, ja hän siirtyy hyvin helposti taistele-pakenereaktioon. Kyky kohdata näitä tunteita päivittäin ei välttämättä ole riittävä. Tästä seuraa hiljalleen kehon näkökulmasta uusi hermostollinen jännitystila, joka uhkaa nousta tietoisuuteen vastenmielisenä vaikkakin nyt hieman pienempänä tunnemöykkynä. Tällöin aiemmin opitut hermoradat käynnistävät oirekierteen herkästi uudelleen. ISTDP:ssä keskitytään tunteiden kokemisen lisäksi resilienssin kasvattamiseen ja ahdistuksen sietämiseen, mutta kiinnitetäänkö riittävästi huomiota turvan tunteen palauttamiseen ja kasvattamiseen? Onhan kuitenkin selvästi niin, että voimakkaat, vaikeasti kohdattavat tunteet syntyvät juuri silloin, kun turvallisuuden tunteemme on järkkynyt.

Traumaterapian uudet tuulet näyttävän puhaltavan suuntaan, joka keskittyy turvan kokemuksen lisäämiseen tässä hetkessä. Se tuntuu tärkeältä palaselta toipumisessa, sillä tavalla tai toisella kaikki menetelmät, jotka auttavat ihmistä laajentamaan sietoikkunansa, ovat tarpeen. Toipuminen on myös hyvin haasteellista, jos olosuhteet ovat sen kaltaiset, että ne jatkuvasti ylittävät psyykkisen sietokyvyn. Olosuhteiden merkitystä ei pidä ylikorostaa, mutta niiden on tuettava toipumista ja oltava sellaiset, että on realistista odottaa, että ihminen oppii pysymään sietoikkunassaan vallitsevissa olosuhteissa riittävän suuren osan ajastaan. Hänen on myös opittava palaamaan sujuvasti stressireaktiosta takaisin turvan kokemukseen.

Eri terapeuttisilla suuntauksilla on siis kaikilla omat näkökulmansa ja vahvuutensa. Parhaat tulokset saavutetaan todennäköisesti yhdistelemällä eri lähestymisiä toisiinsa.

Hoidon voisi jakaa karkeasti kuuteen komponenttiin (joista kaikkia ei tarvitse aina kuitenkaan käyttää):

- Psykoedukaatio (välttämätön): Ilmiön ymmärtäminen ja hyväksyminen on välttämätön osa toipumista.
- Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät: Kognitiivisen ymmärryksen kasvattaminen sekä omien haitallisten ajatusmallien tunnistaminen ja niiden työstäminen.
- Turvan kokemuksen kasvattaminen: Voi sisältää myös hyvin käytännöllisiä asioita.
- Tukahdutettujen tunteiden kohtaaminen: Yhteyden löytäminen tukahdutettuihin tunteisiin on suora ja tehokas hoito, joka kohdistuu ongelman juurisyyhyyn.

- Ahdistuksen sietokyvyn kasvattaminen: Saatamme olla jo hyvin varhain omaksuneet tavan tukahduttaa tai eristää tunteet kehoomme. Tällöin kadotamme todellisen yhteyden kokemuksiimme tunnetasolla. Ahdistuksen sietokykyä voidaan kasvattaa astettain, joka mahdollistaa paremmin tunteiden läpielämissen.
- Käytännön menetelmät ja aktiviteetit, jotka auttavat purkamaan kehon ja hermoston jännitystilaa: Jossain määrin on realismia hyväksyä se, että tunteiden tukahduttamisesta ja eristämisestä ei pääse kokonaan eroon, joten voi olla hyvä, että ihmiseltä löytyy tapoja ja keinoja, jotka purkavat kehoon jumittunutta stressiä. Vaarana tässä on, että ihminen alkaa tukeutua liiaksi vain näihin keinoihin, mikä saattaa lisätä tulkintaa siitä, että oireet tulisi aina hoitaa jotenkin toiminnallisesti. ”Kehossani on jotain vialla” -ajatusmalli voi tällöin vahvistua. Itselläni esimerkiksi joogan aloittaminen ei auttanut jalkakipuun vaan aktivoi sitä, koska odotin joogan tuovan helpotusta. Se sai minut seuraamaan jalkani tilaa liiaksi. Tämän vuoksi kipuun liittyvät opitut hermoradat aktivoituivat yhä uudelleen. Päivittäiset fyysiset aktiviteetit, jos sellaisia käytetään, tulisi nähdä pikemminkin päivittäisinä terveyttä tukevina rutineina kuin selkeinä yrityksinä hoitaa oireita. Jos tällaiseen ”mindsettiin” ei kykene asettumaan, saattavat toimet jopa kääntyä MBS-oireista toipumista vastaan.

7.4 Mieli–keho-oireyhtymä ja hoitoyhteistyö - tulevaisuus

Mieli–keho-oireyhtymä ja toiminnalliset oireet ylipäätään osuvat lääketieteen sokeaan pisteeseen. Se asettuu haastavaan välimaastoon pilkkoutuneen terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta. René Descartesin ajoilta syntynyt kahtiajako vallitsee tietyllä tapaa yhä. Lääkärit hoitivat kehoa ja kirkko ja papit ihmisten mieltä ja hengellisyyttä. Nykyisin pappien rooli on pienempi, mutta kahtiajako on silti olemassa lääkäreiden ja psykiatrien/terapeuttien välillä. Tämä kahtiajako on seurausta perustavanlaatuisesta virheellisestä kuvitelmasta, että mieli ja keho olisivat kaksi toisistaan erillistä entiteettiä. Mitä enemmän olen perehtynyt sekä ihmisen mieleen että kehoon, sitä erikoisemmalta tuntuu ajatus siitä, että nämä kaksi voitaisiin jotenkin erottaa toisistaan ja hoitaa erillään toisistaan.

Mielen ja kehon yhteydestä puhutaan yhä enemmän, mutta laajempi todellinen paradigman muutos antaa silti odottaa itseään. Tulevaisuudessa monien terveydenhuollon ammattilaisten tulisi jonkin verran laajentaa osaamistaan oman tutun ja turvallisen toimialueensa ulkopuolelle. Lääkärit tarvitsevat lisäkoulutusta psykologisista ilmiöistä ja mielen roolista fyysisten oireiden synnystä. Terapeuttien tulisi taas saavuttaa laajempi ymmärrys ihmisen fysiologiasta ja siitä, miten voimakas vaikutus psyykellä on myös kehoon. Oman rajallisten havainnointien ja lukemisen perusteella terapiamaailmassa törmätään kuitenkin melko usein somatisoinnin tunnistamiseen, mutta ilmiön todellinen laajuus on sisäistämättä, eikä lääkärin tontillekaan ole lähdetty liikaa tallomaan.

Jotta todellinen laaja muutos hoitokäytännöissä voisi tapahtua, tulisi mieli–keho-oireyhtymän ensiksi saavuttaa laaja hyväksyntä lääketieteen alan ammattilaisten piirissä. Tätä vastaan taistelevia voimia on olemassa paljon. Toiminnallisten häiriöiden ympärille on rakentunut todella suuri bisnes alkaen lääkähoidoista, kirurgiasta ja fysioterapiasta (joka tulisi vähintäänkin yhdistää ymmärrykseen mieli–keho-oireyhtymän luonteesta).

MBS:ään liittyvä defensiivisyys ilmenee myös kollektiivisella tasolla. Ilmiön vastustaminen kollektiivisesti on omalla tavallaan samaa defensiää, jolla ihminen suojelee itseään tuskallisilta tunteiltaan. Terveystieteiden tutkimusjärjestelmässä työskentelevät ihmiset eivät heikään ole vapaita oireista, jotka ovat seurausta mielen sisäisistä ristiriidoista. Heidän tulisi hyväksyä nämä ristiriidat itsessään, voidakseen tunnistaa niitä myös asiakkaissaan.

Ei ole myöskään ammattitasolla helppoa myöntää, että ihmisiä hoidetaan tarpeettomasti komplikaatoriskejä sisältävin leikkauksin. Monen ortopedin ja kirurgin työn luonne muuttuu, kun alkaa paljastua, että leikkaus on usein ainoastaan plasebon veroinen hoitomuoto kivun hoidossa. Tähän liittyviä laadukkaita Plasebo-kontrolloituja tutkimuksia on tehty myös Suomessa, niin polvi- kuin olkapääleikkauksista. FIDELITY-tutkimus-hanke on selvittänyt leikkaushoidon tehokkuutta polvivaivoista, joiden on oletettu selittyvän nivelkierukan repeämällä. Kyseessä on yleisin Suomessa tehty polvikirurginen leikkaus. Kahden vuoden seurannankaan kohdalla ei ole havaittu eroja plasebo-leikkaushoidon ja aidon leikkaushoidon saaneiden välillä: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867417/>. Vastaavan kaltaisia tuloksia on saatu FIMPACT-tutkimuksessa, jonka tarkoitus on ollut selvittää olkalisäkkeen alaisen kiputilan leikkaushoidon tehokkuutta. Aito leikkaushoito ei ollut plaseboleikkausta tehokkaampi hoitomuoto kahden vuoden seurannan kohdalla: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2860>.

Kun mieli-keho-oireyhtymä on ilmiönä tunnistettu ja hyväksytty, lääkäreiden vastuulla tulisi ensisijaisesti olla vakavien patologisten syiden pois sulkeminen ja MBS-diagnoosin tekeminen. Lääkäreiden vastuualueelle sopisi hyvin nähdäkseni myös MBS-edukaatio, joka toimii samalla kustannustehokkaana hoitomuotona. Mikäli oireet eivät helpotu edukaation myötä, tulisi asiakkaat ohjata MBS:ään erikoistuneisiin terapiapalveluihin. Hoitavan terapeutin ja lääkärin välillä tulisi olla yhteys. Tällöin asiakas voidaan tarvittaessa ohjata helposti myös lääkäriin ja lisätutkimuksiin, mikäli vaikuttaa siltä, että terapian kautta ei ole saatu toivottuja hoitotuloksia.

Toinen asia, jonka haluan nostaa esille tässä yhteydessä, on fyysisten oireiden ilmaantuminen tavanomaisen terapiaprosessin aikana. Esimerkiksi ihminen, joka on alun perin tullut terapeutin vastaanotolle ahdistuksen, masennuksen tai pakko-oireiden vuoksi, saattaa alkaa oireilemaan fyysisesti. Terapiaprosessin aikana saattaa käydä niin, että esimerkiksi alkuperäiset oireet alkavat lievittymään, mutta sen sijaan asiakas saattaa alkaa kärsimään jostakin fyysisestä oireesta, kuten kivusta. Kyseessä saattaa olla mielen defensiä, joka ilmeneekin nyt fyysisenä kipuna. Mikäli terapeutti ei osaa epäillä tätä vaihtoehtoa, saattaa hoitoprosessi jäädä pahasti kesken tai kipu saatetaan ohittaa terapiaprosessiin kuulumattomana ilmiönä. Tässäkin kohtaa terapeutin ja lääkärin välisen yhteistyön merkitys korostuu. Sen edellytyksenä on kuitenkin, että sekä lääkäri että terapeutti tunnistivat MBS:n ilmiönä. Terapeutin on hyvä tarvittaessa ohjata fyysisesti oireileva asiakas lääkäriin, jotta voidaan poissulkea fysiologiset syyt oireille. Mikäli asiakkaan oire selitetään virheellisesti esimerkiksi rakenteellisilla syillä, jää terapeutin rooliksi lähinnä toimia empaattisena peilinä asiakkaalleen, joka kärsii nyt fyysisestä kipuruksesta. Tämän vuoksi oikean diagnoosin saaminen on kriittistä, vain siten myös terapeutin hoito voidaan räätälöidä oikeanlaiseksi ja varmistua, että asiakas saa tarvitsemaansa apua oireisiinsa.

8 Yhteenveto

Tämän lopputyön aikana olen tuonut esille monista eri näkökulmista sen tosiasian, että mieli ja keho ovat saumattomassa yhteydessä toisiinsa ja tämän vuorovaikutuksen seurauksena reagoimme fyysisillä oireilla, kuten kivulla, erilaisiin vaikeasti kohdattaviin psyykkisiin ilmiöihin.

Krooninen kipu on usein syvä henkilökohtainen tragedia. Vaikea krooninen kipu hallitsee usein hyvin voimakkaasti ihmisen elämää. Kipu on silloin ensimmäinen asia, jota ihminen miettii herätessään aamulla ja se on viimeinen asia hänen mielessään, kun hän menee illalla nukkumaan. Siinä välissä kipu ehti vaikuttamaan lukuisiin valintoihin, joita ihminen päivän aikana tekee. Siten kivulla on taipumus myös kaventaa siitä kärsivän ihmisen elämän aluetta monella tapaa. Kun kipu saa tällä tavoin tietoisien mielen otteeseensa, on oirekierteellä vahva taipumus syventyä ja pahentua. Mitä enemmän oireisiin liittyvät huoli ja pelko ajatukset täyttävät ihmisen mieltä, sitä herkemmin oireisiin liittyvät opitut hermoradat aktivoituvat uudelleen. Paradoksaalisesti siis mitä enemmän yritämme pelonsekaisin tuntein päästä kivusta eroon, sitä pahemmaksi sen on taipumus muuttua.

Psykosomaattisista oireista kärsivä ihminen on usein heikosti yhteydessä syvimpiin tunteisiinsa. Taustalla voi vaikuttaa turvaton kiintymyssuhde omiin vanhempiin. Tähän liittyen ihmisellä saattaa olla tiedostamattomassaan kokemattomia, vaikeasti kohdattavia tunteita, jotka ovat seurausta lapsuuden traumaattisista kokemuksista. Traumaattisilla kokemuksilla on taipumusta mobilisoida surua ja vihaa, jotka kuitenkin saattavat turvallisen aikuisen puuttuessa jäädä läpielämättä. Mikäli kiintymyssuhteessa on merkittäviä ongelmia, saattaa lapselle kertyä lukuisia tämän kaltaisia kokemuksia. Tukahdutetun vihan nähdäänkin olevan yksi keskeisimpiä syitä psykosomaattiselle kivulle. Kiintymyssuhteen turvallisuus ja lapsuuden kokemukset ylipäätään muokkaavat merkittävästi sitä, millaiselle perustasolle autonomisen hermostomme herkkyys asettuu. Tällä taas on vaikutusta mm. siihen, kuinka alttiita olemme kärsimään mieli–keho-oireyhtymästä myöhemmin elämässämme.

Tietyt persoonallisuuspiirteet altistavat selvästi mieli–keho-oireyhtymälle. Perfektionismi, vaativuus ja itsekriittisyys, kiltteys ja patologinen syyllisyys ovat tyypillisiä piirteitä ihmisillä, jotka kärsivät mieli–keho-oireyhtymästä. Näiden persoonallisuuspiirteiden alta löytyy yleensä syvään haudattuja riittämättömyyden ja kelpaamattomuuden kokemuksia. Kyseiset persoonallisuuspiirteet pyrkivät siis yleensä kukin omalla tavallaan peittämään sisäistä riittämättömyyden ja arvottomuuden kokemusta. Tämän seurauksena ihminen hylkää toistuvasti vapautta ja huolehtimista kaipaavan sisäisen lapsensa. Näin sisällemme alkaa kehittyä voimakas ristiriita. Koska persoonallisuuspiirteet ovat kehittyneet selviytymisstrategioiksi, joiden on tarkoitus piilottaa haavoittuvuutemme, tarpeemme ja kipeät tunteemme, on niillä vahva taipumus painaa jo uhkaavan voimakkaaksi kasvaneet tunteet alas. Egomme voi suojautua tätä voimakasta tunneilmiötä vastaan kehittämällä, jonkin fyysisen toiminallisen oireen, jonka on oltava kyllin voimakas siirtääkseen ihmisen fokus kehoon, pois tukahdutetuista tietoisuuteen pyrkivistä tunteista.

Krooninen kipu on myös yhteiskunnallisesti merkittävä ongelma. Kuten jo johdannossa esittämistäni luvuista käy hyvin ilmi, kivusta aiheutuvat kustannukset ovat valtaisa kuluerä yhteiskunnalle. Krooninen kipu on yksi

merkittävimpiä syistä sairauseläkkeille. Kasvavista kustannuksista huolimatta laajasti käytössä olevat perinteiset hoitomuodot eivät ole tuottaneet toivottuja hoitotuloksia. Syykin on mielestäni selvä: Kroonistuneen kivun luonne ja juurisyyt on ymmärretty väärin. Tätä kautta hoidosta on tullut väistämättä oireen mukaista ja ne tarjoavat yleensä parhaimmillaankin vain väliaikaista helpotusta.

Lääkäri John Sarno teki mittavan ja hoidollisesti erittäin menestyksekkään uran kroonisen kivun hoidossa. Observoimalla potilaitaan hän ensin tunnisti psykosomaattisten oireiden yleisyyden, ja päätyi lopulta keskittymään hoitomuodoissaan puhtaasti mieleen ja terapeuttisiin hoitomenetelmiin. Hän perusteli päätöstä sillä, että parhaat tulokset saavutetaan keskittymällä todellisen syyn hoitoon. Osa hänen potilaistaan vaikutti ensin reagoivan hyvin fyysisiin hoitomuotoihin, kuten fysioterapiaan, mutta heidän kohdallaan oireet näyttivät palaavan useammin. Sarno toteaaakin, että häneltä kesti pitkän aikaa, ennen kun hän lopulta uskalsi luopua kokonaan fyysistä hoidoista. Tämä on hänen mielestään kuitenkin välttämätöntä, koska fyysisten hoitojen jatkaminen piti hänen mukaansa yllä potilaiden uskomusta siitä, että heidän kehossaan oli jotain fyysisesti vialla. Sarnon hoito-ohjelman tuloksia on mitattu kolmessa eri kyselytutkimuksessa, ja tulokset ovat olleet loistavia. Hänen jalan jäljillään on jatkanut useita lääkäreitä ja terapeutteja Yhdysvalloissa, ja juuri nyt vaikuttaa siltä, että läpimurto laajempaan tietoisuuteen ja hyväksyntään alkaa hiljalleen tapahtua. Jatkuvasti ilmestyy uusia kirjoja, ja tutkimustuloksia, jotka tukevat tässä lopputyössäkin esitettyä näkemystä toiminnallisista oireista.

Odotankin ja toivon, että suurempi todellinen paradigman muutos kivun hoidossa on syntymässä tämän vuosikymmenen aikana. Muutosta vastustavia voimia on kuitenkin aina olemassa, ja tässä asiassa ne eivät ole pienimmästä päästä. Kivun hoidon ympärille on rakentunut valtava bisnes. Lääketehtaat hallitsevat tästä bisneksestä suurinta siivua, eikä sen asemaa ole helppo horjuttaa. Lisäksi, kuten olen esittänyt, oireilla on myös defensiivinen merkitys niistä kärsiville ihmisille. Tämä defensiivisyys ilmenee nähdäkseni myös laajemmalla mittakaavassa kollektiivisesti. Se näyttäytyy koko ilmiön vastustamisena ja vaikeutena hyväksyä sitä kuinka voimakas vaikutus psyykellä on fyysiseen hyvinvointiimme.

9 Lähdeluettelo

Abbas, Allan 2015: Reaching through resistance, advanced psychotherapy techniques, Seven Leaves Press, Kansas City

Abbas, Allan & Schubiner, Howard 2018: Hidden From View, a clinicians's guide to psychophysiologic disorders, Psychophysiologic Press, Pleasant Ridge, MI

Coughlin Della Selva, Patricia 2004: Intesive Short-term Dynamic Psychotherapy, Karnac Books, London

Frederickson, Jon (ISTDP Institute), <https://istdpinstitute.com/2012/the-triangle-of-conflict/>

Hueftle, Monte, The Master Practice Program, https://www.runningpain.com/master_practice_program viitattu 21.2.2020

Jeffrey G. Jarvik, MD, William Hollingworth, PhD, Patrick J. Heagerty, PhD, David R. Haynor, MD, PhD, Edward J. Boyko, MD, Richard A. Deyo, MD, Three-Year Incidence of Low Back Pain in an Initially Asymptomatic Cohort. <http://www.hallamshirephysiotherapy.com/wp-content/uploads/2013/04/Three-Year-Incidence-of-Low-Back-Pain.pdf>. viitattu 01.2020

M. Paavola, et. al, FIMPACT, <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2860> viitattu 21.2.2020

R. Sihvonen, et. al, FIDELITY, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867417/> viitattu 21.2.2020

Sarno, John E 1991: Healing back pain, The Mind-Body Connection, Warned books.

Sarno, John E 1999: The Mindbody Prescription, Healing the body, healing the pain, Hachette Book Group, New York

Sarno, John E 2006: The Divided Mind, The Epidemic of Minbody Disorders, HarperCollins Publishers Inc., New York.

Schubiner, Howard 2016: Unlearn your pain, Mind Body Publishing, Pleasant Ridge, MI

Verywell Mind: <https://www.verywellmind.com/the-id-ego-and-superego-2795951> , viitattu 06.2019

Wikipedia, <https://fi.wikipedia.org/wiki/Hermorata> , viitattu 12.2019