



Katja Kurri & Titta Ruutu¹

KEHON KANNATTELEMASTA AFFEKTISTA KOHTI EMOTIONAALISIA MERKITYKSIÄ

– teoreettista taustaa ja tapauskuvaus

Artikkelissa tarkastelemme somatisaatiota ilmiönä, sen kehityksellistä taustaa sekä sen psykoterapeuttiselle työskentelylle asettamia haasteita. Empiirisessä osiossa kuvaamme psykoterapiaprosessia potilaan kanssa, joka kommunikoi kehollisten oireiden ja sairaudenpelkojen kautta. Analyysissä huomiomme kohdistuu erityisesti terapeutin vastatunteisiin sekä potilaan toimijuuteen terapiasuhteessa.

Johdanto

Somatisaatiosta kärsivän ihmisen psykoterapiassa kehollinen, kivulias ja häiritsevä kokemus on psykoterapeuttisen kommunikaation keskiössä. Tälle problematiikalle on ominaista, että merkitykset, sanat ja tunnekokemukset jäävät kehollisen kokemuksen varjoon, ikään kuin mieltä vaille (Tylim, 2010). Somatisoivan potilaan on usein mahdoton mieltää kehollisella kokemuksella olevan yhteyttä tunteisiin, merkityksiin tai relationaaliin asetelmiiin – mieleen. Artikkelissa tarkastelemme somatisaatiota ilmiönä ja sen kehityksellistä taustaa. Eri-tyisesti tarkastelemme somatisaatiota merkitysten ja kokemusten välisen symbolisaatiotasojen välisenä katkoksenä. Johdannossa tarkastelemme myös somatisaation psykoterapeuttiselle työskentelylle ja terapiasuhteelle asettamaa haastetta.

Artikkelin empiirisessä osiossa kuvaamme yhtä psykoterapiaprosessia tarkastelemalla potilaan toimijuuden ilmaisuja ja psykoterapeutin

vastatunteita. Käytämme tässä artikkelissa termiä somatisaatio tai somatisointi kuvaamaan sekä kehon oireiluun keskittyvää mielen toimintaa ilmiönä että yläkäsitteenä kattamaan mm. somatoformiset, hypokondriset, toiminnalliset neurologiset eli konversiohäiriöt sekä muut pitkittyneet ja toiminnalliset keholliset oireet, kuten esimerkiksi pitkittyneet kiputilat, joille ei löydy elimellistä syytä.

Somatisaation kehityopsykologinen tausta

Somatisaation ytimessä olevina etiologisina tekijöinä pidetään varhaisen vuorovaikutusympäristön puutteellisuutta, kuten tarpeiden laiminlyöntiä (Mucci, 2021; Taylor, 2022), kiintymyssuhteen ongelmia (Luyten & Fonagy, 2020; Stuart & Noyes, 1999) sekä hoivaavien henkilöiden rajoittunutta kykyä säädellä läheisyyttä ja etäisyyttä (Mucci, 2021). Lähempi varhaisten suhteiden tarkastelu rajaa on-

¹ Molemmat ykköskirjoittajia.

gelmat affektien ja emotioiden puutteelliseen kommunikaatioon (Bronstein, 2011; Bronstein, 2022; Kohutis, 2010; Landa, Peterson & Fallon, 2012; Luyten & Fonagy, 2020; Mattila ym., 2008; Mucci, 2021; Taylor & Bagby, 2013).

Mutta miksi ja minkälaisen mekanismin välittämänä varhaisen ympäristön puutteellisuus voi johtaa somatisaatioon – tilanteeseen, jossa henkilön emotionaalinen kipu ei välity symboliseen, mielelliseen muotoon, vaan ilmenee kehollisena, tavalla tai toisella? Alttiutta somatisaatioon on selitetty geneettisesti, mutta perimä yksin ei määritä kehityksen suuntaa. Moshe Szyf ja Michael Meaney (2018) korostavat, että epigeneettiset tekijät ja varhainen ympäristö yhdessä muovaavat yksilön stressinsäätelykykyä sekä emotionaalista kehitystä.

Vauvalla ei ole synnynnäistä kykyä säädellä kehollisia tuntemuksiaan, kehollisia tapahtumia tai edes kehonsa liikkeitä. Pieni vauva on täysin riippuvainen vanhemmasta, joka toimii hänen hyvinvointinsa turvaajana sekä kehollis-affektiivisten tilojen säätelijänä ja rauhoittajana. Suotuisissa olosuhteissa vauvalle muodostuu kokemus omasta kehosta omana, mutta samalla kehollisesta kokemuksesta responsiivisena suhteessa ympäristöön kommunikaation luomien ”siltujen” avulla. Prosessin, jossa affektiiviset kokemukset ovat *sekä* omia *että* kommunikoitavissa toiselle, voi sanoa muodostavan keskeisen edellytyksen kokemukselle erillisyydestä ja *toimijuustunnosta* (Kurri, Seilonen & Wahlström, 2026). Toimijuustunto merkitsee kokemusta itsestä subjektina, joka toimii eri tavoin suhteessa omaan kokemukseensa ja ympäristöönsä.

Kun varhaisessa vuorovaikutusympäristössä merkatusti ja johdonmukaisesti peilataan kehollista affektiivista kokemusta, se mahdollistaa yksilölle emotionaalisen kokemuksen vähittäisen representaation. Keholliselle affektiiviselle kokemukselle muodostuu merkkejä. Ensin merkit ovat nonverbaalisia, mutta symbolisia; ne kommunikoituvat intensiteettinä, rytminä ja kehollisina asentoina (Bucci, 1997). Riittävän hyvä vanhempi ei siis ainoastaan hoida vauvan fyysisiä tarpeita, vaan soinnuttautuu äänellään, kehollaan ja sanoillaan kommunikoimaan ymmärrystään *vauvan* kokemuksesta samalla kun hän rauhallisuudellaan säätelee sitä ja pysyy siitä

erillisenä. Tämä *merkatuksi peilaukseksi* kutsuttu vuorovaikutusprosessi on symbolisaation varhainen alkua ja itu (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Jos vanhempi kykenee osoittamaan, että hän tavoittaa vauvan kokemuksen nimenomaan vauvan kokemuksena – hänen mielensä ja kokemuksensa on siitä erillinen – alkaa tämä prosessi vähitellen toistuessaan organisoida vauvalle ”merkkiä” omasta kokemuksesta. Näin affektiivinen virittyneisyys muuntuu käsitteellistettäväksi ja jaettavaksi kokemukseksi – joksikin, jota voi ajatella, nimetä ja kommunikoida (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Turvallisessa kiintymyssuhteessa lapsi sisäistää hoivaajan tyynnyttävän funktion ja mentalisaatio tulee mahdolliseksi (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Mentalisaatiolla yksinkertaisimmillaan tarkoitetaan kykyä ajatella ja tuntea samanaikaisesti. Se antaa edellytykset tutkia omaa ja toisen mielen tilaa ja intentioita (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Tämän prosessin myötä lapselle kehittyvä kyky affektiivisen kokemuksen kokemiseen ja sen symboloimiseen sekä ei-kielellisesti että kielellisesti. Myös Allan Schore (1994, 2001, 2012, 2017) korostaa varhaisen kiintymyssuhteen laatua autonomisen hermoston ja tunnesäätelyjärjestelmien kehityksessä. Jos hoivaaja puolestaan ei riittävästi kykene tyynnyttämään ja rauhoittamaan somaattista kiihtymystä ja pahaa oloa eikä palauttamaan sitä muokattuna lapselle (Bion, 1959), kyky symboloida kehollisia affekteja häiriintyy (Katz, 2010; Krystal, 1997). Intersubjektiivinen ympäristö, jossa vanhemman vaste vauvan kiihtymykseen tai itkuun ei ole ollut tyynnyttävä, vaan pikemminkin kiihtynyt, pelästynyt tai liiallisen kehollistunut, voidaan nähdä somatisaatiohäiriön yhtenä kehityksellisenä tekijänä. Tällaisessa kehityksellisessä kontekstissa affekteista voi muodostua niin ylivoimaisia ja uhkaavia, että ne täytyy torjua ennen symbolisaatiota, jotta turvallinen yhteys vanhempaan ei vaarantuisi.

Tästä näkökulmasta katsottuna ajatellaan, että kun psyykkinen säätelymahdollisuus puuttuu, kehosta tulee ensisijainen säätelymekanismi, joka ottaa vastaan ja ”nielee” ylitsevuotavan tunteen. Tämä suojelee mielen kykyä säilyttää toimintakykynsä, vaikka se jättääkin mielen toiminnan konk-

reettiselle tasolle (Katz, 2010). Toisin sanoen keho alkaa toimia mielen roolissa, sillä symbolisaation puuttuessa affektiiviset kokemukset säilyvät soomaattisella tasolla. Näkökulman voi pukea myös neurologiselle kielelle: kun aivokuorelle ei muodostu representaatioita kehollisista affekteista, autonomisen hermoston kiihdyttävät tai lamaavat tilat jäävät erillisiksi tietoisuudesta, eikä niitä voida integroida osaksi minuuden kokemusta tai säätelyä (Damasio, 2014; Mucci, 2021). Somatisaatiosta kärsivän ihmisen kehoa voidaan metaforisesti kuvata vankilaksi: yksilö on suljettuna kehonsa kärsimykseen ilman sanoittamisen ja reflektion vapauttavaa voimaa. Ilman käsitteellistä muotoa affektit jäävät hallitsemattomiksi ja sisäänpäin suuntautuneiksi, mikä lisää stressiä ja oireilua (Lieberman ym, 2007). *Toimijuustuntoa* eli kokemusta itsestä subjektina, joka pystyy vaikuttamaan affektiiviseen kokemukseensa, ei muodostu (Kurri, Seilonen & Wahlström, 2026).

Somatisaatio kokemuksen symbolisaatio-prosessoinnin häiriönä

Wilma Buccin kehittämä *Multiple Code Theory* (MCT) ja siihen liittyvä *referentiaalisen prosessin* (RP) käsite tarjoavat keskeisen näkökulman somatisaatiohäiriön ymmärtämiseen ja hoitoon (Bucci, 2021). Buccin teoria rakentuu psykoanalyttisen symbolisaation teoriaperinteen jatkumoon, jossa somaattisten oireiden nähdään heijastavan affektiivisen kokemuksen representaatiohäiriöitä. Buccin viitekehyksessä oire ymmärretään tilanteena, jossa kehollisen affektiivisen kokemuksen ja symbolisen järjestelmän välinen referentiaalinen kytkeytyminen on heikkoa tai katkonaista. Tällöin affektiivinen aktivaatio jää kehollisesti tai diffuusisti ilmaistuksi. Muutos puolestaan merkitsee näiden representaatioformaattien integraation vahvistumista siten, että kehollinen saa tarkemman kokemusta lähellä olevan narratiivisen muodon. Tämä nähdään affektiivisen kokemuksen uudelleen organisoitumisen kannalta välttämättömänä.

Bucci siirtää referentiaalisen prosessin tarkastelun metapsykologisesta viitekehyksestä kognitiivis-affektiiviseen malliin, jossa mieli ymmärretään

useiden rinnakkaisten representaatioformaattien järjestelmäksi (Bucci, 1997; Bucci, Maskit & Murphy, 2016). Toisin kuin klassinen primaariprosessi-sekundaariprosessi -ajattelu, hän ei rakenna hierarkiaa "kypsän" kielellisen ajattelun ja "alemmman" affektiivisen tason välille, vaan tarkastelee niiden osittaista ja aina epätäydellistä integraatiota. Tässä hän nojaa teoreettisesti kognitiotieteeseen, erityisesti Sandra Paivion ajatteluun, jossa representaatio nähdään verkostomaisena ja multimodaalisena (Paivio, 1986). Bucci jäsentää ihmisen psyykkistä toimintaa kuvaamalla rinnakkaisia organisoitumisen tasoja eli "koodeja" ja nimeää ne: subsymbolinen (kehollinen ja aistimuksellinen), ei-verbaalinen symbolinen (mielikuvat) ja verbaalinen symbolinen (kielellinen). Kokemuksen prosessointi ja psyykkisen hyvinvointi edellyttävät, että nämä tasot kytkeytyvät toisiinsa referentiaalisen prosessin välityksellä (Bucci, 2002; Bucci, Maskit & Murphy, 2016). Kun prosessi etenee häiriöttä, yhteydet kehollisten affektiivisten kokemusten, mielikuvien sekä sanallisen, symbolisesti ilmaistun järjestelmän välillä vahvistuvat ymmärrettäviksi kokemuksiksi, joihin voidaan liittää merkityksiä ja joita voidaan jakaa ja prosessoida sosiaalisesti.

Tällaista merkkipäätteistä mahdollisuutta, joka muodostaa kyvyn havainnoida itseä ja ottaa itseen etäisyyttä, ja silti säilyttää kokemuksellisen elävyyden tunnun, voi pitää *toimijuuden* edellytyksenä. Toimijuus rakentuu toimijuustunnosta ja toimijuuspositiosta (ks. Kurri, Seilonen & Wahlström, 2026). Toimijuustunto viittaa sisäisiin mielenprosesseihin ja kokemukseen itsestä toimijana. Näistä mielenprosesseista ollaan eriasteisesti tietoisia. Kokemus itsestä toimijana on yleensä itsestäänselvyys, eikä tule tietoisien havainnoinnin kohteeksi. Ei-tietoinen toimijuuskokemus on kehollinen, affektiivinen ja esisymbolinen. Toimijuuspositiokäsitettä taas käytetään kuvaamaan henkilön asemoitumista subjektiiviseen, sisäiseen todellisuuteensa ja toisaalta ympäröivään ulkoiseen maailmaan ja toisten sisäisiin todellisuuksiin. Tavallinen toimijuuspositio terapian alkaessa on niin sanottu *objektipositio*, jossa potilas kokee olevansa oireidensa tai elämäntapahtumien kohde, voimaton kärsijä. Oireet tai ongelmat taas koetaan vahvoina, niillä on valtaa asiakkaan

yli (Leiman, 2012; Kurri, Seilonen & Wahlström, 2026).

Toimijuuden rakentumisen kannalta keskeistä somatisoinnissa on referentiaalisen prosessin katkeaminen. Buccin (1997, 2002, 2021) mukaan silloin, kun subsymbolisella tasolla heränneet voimakkaat affektiiviset kokemukset eivät löydä reittiä symboliselle tasolle – eli ne eivät siis saa mielikuvallista tai kielellistä muotoa – ne jäävät eristyksiin kehoon. Tämä merkitsee affektiivisen vireyden ja siihen liittyvän fysiologisen aktivaation ilmenemistä somaattisina oireina ilman yhteyttä psyykkiseen merkitykseen. Toisin sanoen kehollinen ilmaisu jää ainoaksi mahdolliseksi koodiksi, kun symbolisaation ketju katkeaa. Bucci (1997) kuvaa tätä tilaa “oireiksi vailla symbolia” (*symptoms without symbols*). Somatisaatio voidaan näin ymmärtää referentiaalisen prosessin pysähtymisen seurauksena: potilas kokee kipuja, puutumista tai muita fyysisiä tuntemuksia, mutta niiden prosessointi jää ainoastaan keholliseksi. Mahdollisuus kehollisen kokemuksen liittymiseen sosiaalisen kontekstin virittämisiin kiihdyttäviin affekteihin ja tunnekokemuksiin, mielikuviin tai merkityksiin ei tule reflektiiviseen tarkasteluun. Laaja-alaisena ja vallitsevana katkos somaattisen kokemuksen tulkinnessa estää kehollisten affektien muuntumisen psyykkisesti ymmärrettäviksi ja minuuteen integroituviksi kokemuksiksi. Affektien jäädessä kehollisiksi niillä ei näytä olevan minkäänlaisia viittaussuhteita kehon ulkopuolelle, tapahtumiin tai objekteihin.

Buccin tapa ymmärtää somatisaatiota korostaa, ettei kyse ole pelkästään psykologisen ja somaattisen rinnakkaisuudesta, vaan nimenomaan symbolisaatioprosessin katkeamisesta. Hoidollisesti tämä tarkoittaa pyrkimystä referentiaalisen prosessin uudelleenkäynnistämiseen. Potilasta autetaan löytämään mielikuvallinen ja kielellinen yhteys subsymbolisiin kehollisiin affekteihin (Bucci, Maskit & Murphy, 2016). Subsymbolinen kokemus on Buccin mukaan sekä tietoista että tiedostamatonta, ja se kommunikoi esimerkiksi intonaatioissa, puheen rytmissä ja sävyissä.

Bucci (1997) on myös todennut, että somatisoiva potilas voi kuvata kehoaan ikään kuin “toisena”. Tällöin kehon voidaan nähdä toimivan inter-

persoonallisen *objektin sijaisena*. Kehon oireeseen keskittyminen voi suojata potilasta pelottavilta ja ristiriitaisilta tunteilta tärkeää toista kohtaan. On ajateltu, että prosessoimattomia kokemuksellisia sisältöjä voidaan projisoida myös kehon osiin (Bick, 1968; Bronstein, 2022; De Masi & Steiner, 2001). Keho voidaan kokea vainoavana objektina, jota täytyy kontrolloida ja rauhoittaa.

Metaforat voivat toimia tärkeinä siltarakenteina subsymbolisen ja symbolisen välillä. Metaforien käyttö voi muodostaa ikään kuin idiosynkraattisia siltoja kehollisen ja mielellisen välille. Ne tähtäävät käsitteelliseen muutokseen ja uuden ymmärryksen luomiseen (Borbely, 1998; Rizzuto, 2001) ja niitä hyödynnetään laajalti eri psykoterapiasuuntauksissa (Kohutis, 2010; Malkomsen ym., 2021; Mathieson, Jordan, Carter & Stubbe, 2016). Potilaan kipu voi tulla kommunikoiduksi kuvana, metaforana, liikkeenä tai asentona – tapana “sanoa” jotain, mille ei vielä ole sanoja. Toisinaan metafora voi kuitenkin konkretisoitua, jolloin sen symbolinen funktio puuttuu ja se asettuu yhteen kehon todellisuuden kanssa (Enckell, 2002). Myös Eileen Kohutis (2010) on kuvannut, kuinka somatisoiva potilas puhuu kehostaan metaforisesti ilman, että kokee tekevänsä niin. Buccin (1997) mukaan terapeutin on tärkeää ymmärtää *oireet yrityksinä kommunikaatioon* ja adaptiiviseen tasapainon säilyttämiseen, ei niinkään regressiivisinä tai tahallisinä kieltäytymisinä yhteydestä. Metaforisen kielen kautta potilas voi tulla kuulluksi ja nähdyksi myös kehollisissa tuntemuksissaan. Parhaimmillaan oireet eivät silloin enää ole “mieltä vailla” vaan integroituvat merkitysverkostoon.

Yksi hoidon kulmakivistä on kehotietoisuuden kehittäminen ilman, että potilasta painostetaan ennenaikaisesti verbalisoimaan kokemustaan (Řiháček & Čeveliček, 2020). Tämä edellyttää uudenlaisen, myötätuntoisen, hyväksyvän ja tutkivan asenteen rakentamista keholliseen kokemukseen. Sen turvin potilas voi oppia sietämään ahdistusta ja suhtautumaan kehon viesteihin adaptiivisesti sen sijaan, että näkisi ne ainakaan pelkkinä sairauden merkkeinä. Terapeutin aktiivinen kiinnostus oireisiin, niiden sijaintiin ja laatuun tukee tätä prosessia. Kehollisuuden ottaminen osaksi työskentelyä mahdollistaa pääsyn voimakkaasti latautuneisiin oloti-

loihin, jotka yleensä koetaan hälyttävinä ja vaikeasti säädeltävinä (Pacifi, 2008; Petrucelli, 2008). Somaattisen kielen pitäminen osana affektiivista dialogia suojaa tyhjältä puheelta, jossa yhteys koettuun puuttuu.

Terapiasuhteen merkitys

Terapiasuhdetta voi luonnehtia suhteeksi, jossa henkilöllä on mahdollisuus kehittyä toimijana. Terapeutin tehtävänä on tarjota tämä mahdollisuus asemoitumalla yhteistyöhön potilaan kanssa tavalla, joka Buccin teorianmuodostusta seuraten mahdollistaa eri tasoisten kokemusta jäsentävien järjestelmien integroitumista. Terapiasuhteen on käsitteellistetty muodostuvan psykoterapeuttisesta yhteistyösuhdesta (working alliance) ja transferenssisuhteesta. Myönteisen yhteistyösuhteen on klassisesti käsitteellistetty muodostuvan yhteisestä käsityksestä työskentelyn tavoitteesta, työskentelytavoista sekä myönteisestä tunnesiteestä potilaan ja psykoterapeutin välillä (Bordin, 1979). Terapiasuhte on paitsi työskentelysuhte myös relationaalinen konteksti, jossa itsessään herää tunteita sekä asiakkaassa että psykoterapeutissa – työskentely ei voi olla vain ”siellä ja silloin” representaatioita koskevaa, vaan affektiivinen kokemus on myös ”tässä ja nyt” (Bordin, 1979; Mitchell, 2000). Tätä affektiivista kokemusta psykoanalyttisessä traditiossa on käsitteellistetty menneiden ihmissuhdekemusten tiedostamattomana toistona nykyisissä ihmissuhteissa, eli sanalla sanoen transferenssina (Freud, 1912/1958; Kernberg, 1984). Tässä artikkelissa lähestymme terapiasuhteesta viriäviä tunteita käsitteellä *vastatunne*, joka on enemmän kiinni mikrokontekstissaan, siinä mitä juuri tässä tilanteessa tapahtuu. Miellämme vastatunteen yksinkertaisesti tunteina, joita terapeutilla herää terapiatilanteessa. Hoidollisesti on merkityksellistä, että terapeutti pyrkii omistamaan vastatunteeensa ja saamaan ne herkäviritteisesti symbolisaatioprosessin piiriin, mikä suojaa intersubjektiviisen prosessin rakentumista ja ylläpysymistä.

Jessica Benjamin (2004) on käsitellyt työssään intersubjektiviisen tilan rakentumista ja sen katkeamista psykoterapiassa. Intersubjektivisuudella hän

yksinkertaistaen viittaa yhteistyösuhteen ulottuvuuteen, jossa toimijat *tunnistavat ja tunnustavat* toisensa erillisinä toimijoina saman tehtävän äärellä myös silloin, kun kummallakin on tilanteeseen oma tulokulmansa. Tällaista intersubjektiviista tilaa hän kuvaa käsitteellä ”kolmas”. Benjaminin käsitteellistykset ”rytminen kolmas” ja ”erillinen kolmas” taas havainnollistavat intersubjektivisuuden ulottuvuuksia, joiden kautta terapeutti huolehtii yhteisen tilan säilymisestä ja joiden kautta myös muutos mahdollistuu. Rytminen kolmas intersubjektivisuuden ulottuvuutena rakentuu säilömisestä, soinnuttamisesta ja empatiasta. Se ilmentää sanattoman tason yhteyden kokemusta, mukautumista ja antautumista yhteyteen. Erillinen kolmas intersubjektivisuuden ulottuvuutena viittaa mahdollisuuteen pitää mieltä erillisinä ja säilyttää kahden mielen perspektiivit samanaikaisesti. Täten erillinen kolmas on edellytys ”moraaliselle kolmannelle”, jolla Benjamin viittaa niihin vuorovaikutuksellisiin keinoihin, joita psykoterapeutti käyttää palauttaakseen katkenneen yhteyden.

Useimmiten intersubjektiviisen tilan katkokset, Benjaminin sanoin kakseuteen romahtamiset (*collapse into two*), ovat juuri niitä hetkiä, joissa terapeutti on epäonnistunut tunnistamaan jotain potilaan kipeästä (relationaalisesta) kokemisesta. Terapeutti voi tunnistaa itsessään tämän yhteisen jaetun kokemisen tilan menetyksen. Kokemuksellisesti tämä tarkoittaa tilanteita, joissa psykoterapeutti kokee potilaan olevan jossain tavoittamattomissa, tai vuorovaikutukseen asettuu uhan tai vastakkainasettelun dynamiikka. Asetelman purkamiseksi terapeutilta vaaditaan taitoa havainnoida itseään ja suhdetapahtumia sekä kommunikoida tavalla, joka mahdollistaa reflektiivisen keskustelun.

Terapeutin mielen, kielen sekä kehon tulisi kantaa myös terapiasuhteesta affektiivisesti aktivoituvia kokemuksia. Tehtävän onnistuessa psykoterapia ruumiillistuu turvallisen vuorovaikutusympäristönä, joka mahdollistaa affektiivisen ilmaisun ja symbolisaatioprosessin kehittymisen (Griffies, 2010; Lecours, 2007; Luyten & Fonagy, 2020). Tämän vuoksi psykoterapeutin vastatunteiden tunnistamisella on somatisaatiopotilaiden kanssa erityinen merkitys. On välttämätöntä olla tietoinen itsessä he-

räävien affektien laadusta ja niiden omaa kuuntelua ohjaavasta funktiosta.

Terapiasuhteen haasteet somatisoivan potilaan psykoterapiassa

Terapeuttisen kontaktin ja terapiatavoitteiden luomista kuvataan somaattista diagnoosia ja oireita etsivän potilaan kanssa vaikeaksi (Orzechowska, Maruszewska & Galecki, 2021; Řiháček & Čeveliček, 2020; Weigel, Maehder, Witt & Löwe, 2020). Somatisoiva potilas kiinnittää suhteettoman paljon huomiota somaattisiin oireisiin ja niiden kautta avun etsimiseen, samalla jopa vastustaen psyykkistä ja emotionaalista työskentelyä. Potilaan on usein vaikea kuvitella, että hänen oireensa voisivat heijastaa jotakin muuta kuin somaattista ahdinkoa (Kohutis, 2010). Psykoterapeuttisen yhteistyösuhteen eli tavoitteiden ja työskentelyn tapojen sekä myönteisen tunnesiteen muodostuminen tällaisessa tilanteessa vaatii ymmärrettävästi psykoterapeutilta pitkäjänteistä oman työskentelyotteen sisäistä tavoitteellisuutta.

Terapeutin on myös tärkeä ymmärtää ja reflektiivisesti tutkia omia tilanteen virittämiä vaikeitakin vastatunteitaan, jotta terapeutissa viriävät affektit eivät tulisi haitallisella tavalla osaksi prosessia (Valkonen, 2016a; Valkonen, 2016b). Karen Gubb (2014) korostaa, että terapeutin voi olla erityisen haastavaa käsitellä kehollista vastatransferenssiaan, mikä kaiken lisäksi on myös potilaan havainnoitavissa. Myös Riccardo Lombardi (2016) kuvaa elävästi erityisesti kehoon kohdistuvan transferenssin (transference to the body) ilmiöitä, joissa terapeutti ei siis ole transferenssin klassisen tulkinnan äärellä vaan keskellä rajuakin kehollista dynamiikkaa, mikä vaatii terapeutilta intensiivistä mielikuvittelua. Somaattisen vastatransferenssin käsitteellä Lombardi (2016) viittaa tilaan, jossa terapeutti kannattelee kehossaan potilaan esisymbolisia sensorisia mentaalisten ilmentymien esiasteita, joita usein leimaa eriytymättömyys ja konkreettisuus. Näitä draamatisia ja primitiivisiä kehollisia ilmentymiä psykoterapeutti hämmennyksestään huolimatta joutuu myös säätelämään – jo ennen kuin ymmärrystä niistä on ennättänyt syntyä.

Potilaat, jotka ovat jatkuvassa fyysisen kivun ja kärsimyksen tilassa, herättävät terapeutissa paljon tunnetta. Terapeutille fyysinen draama ilman psykologista ulottuvuutta psykoterapianäyttämöllä voi olla hyvin hämmentävää, haastavaa ja turhauttavaa (Katz, 2010; Weigel, Maehder, Witt & Löwe, 2020). Prosessi vaatii psykoterapeutilta oman avuttomuuden kokemuksen sietämistä – kipua ei voi ottaa pois. Terapeutin on muun muassa kuvattu joutuvan ikään kuin kyvyttömän äidin rooliin potilaan jopa vastustaessa niiden psyykkisten tekijöiden tutkimista, jotka ylläpitävät psykosomaattista oireilua (McDougall, 1989). Terapeutti voi myös pelätä somaattisesti oireilevan potilaansa sairauden pahenemista ja jopa kokea olevansa vastuussa potilaansa fyysisen tilan huonontumisesta (Bronstein, 2011). Somatisoiva potilas myös janoaa oireilleen selitysmalleja. Psykoterapeutin ymmärrettävä varovaisuus tämän tehtävän suhteen voi luoda kitkaa yhteistyöhön (Weigel, Maehder, Witt & Löwe, 2020). Näin potilaan ja terapeutin välille voi rakentua toinen toistaan pakottavia vastavuoroisia asetelmia, jolloin molemmat pyrkivät saamaan toisen ymmärtämään tilannetta omasta merkityssysteemistään käsin. Potilas ja terapeutti joutuvat myös sietämään sitä pettymystä, ettei terapia tuo nopeaa tai maagista ratkaisua oireisiin (Bronstein, 2011).

Somatisoivaa potilasta on kuvattu emotionaalisesti tyhjäksi. Tällaista ilman emotionaalista yhteyttä olevaa suhdetta on kuvattu termillä *relation blanche*, jossa assosiaatiot linkittyvät rajoitetussa ajallisuudessa materiaaliin faktoihin (Bronstein, 2011; Marty & de M'Uzan, 1963). Tällaisen affektiivisen hiljaisuuden on kuvattu aiheuttavan terapeutissa sisäistä kuoleman tunnetta (McDougall, 1989; Smadja, 2022). Potilaan symbolisaatiokyvyn puute herättää terapeutissa myös usein toivottomuutta (McGovern, 2023). Isaac Tylim (2010) puolestaan kuvaa terapeutin kokemuksia sivuutetuksi ja ohitetuksi tulemisesta. Terapeutti joutuukin ponnistelemaan somatisoivan potilaan konkreettisen kerroksen äärellä lamaannusta, pitkästymistä tai uupumusta vastaan, jolloin myönteisen kiinnostuksen säilyttäminen voi olla työn takana (Bronstein, 2011; Gubb, 2013). Joyce McDougall (1989) kuvaa myös terapeutin pakottavaa tarvetta keskeyttää potilas ja

olla eloisa tämän puolesta huolimatta samanaikaisesti terapeutin lamaantumisen kokemuksesta.

Patrick Luyten ja Peter Fonagy (2020) kannustavat terapeutia ylläpitämään *sisäisesti* tutkivaa asennetta; voisiko oireilla olla kytköksiä ajankohtaiseen elämäntilanteeseen ja mahdollisesti varhaisiin vuorovaikutuskokemuksiin? Tällainen lähestymistapa tähtää potilaan kokonaisvaltaiseen toipumiseen, jossa keho ja mieli ymmärretään erottamattomasti yhteydessä oleviksi. Terapiassa pyritään tutkimaan, milloin ja minkälaisissa yhteyksissä potilaan fokus siirtyy keholliseen kokemukseen. Tällöin potilas voi alkaa kokea yhteyttä toistuvien interpersoonallisten mallien ja somaattisten oireiden välillä. Lisäksi, koska potilailla on useimmiten kokemuksia oireidensa mitätöimisestä, on episteesin luottamuksen rakentumisen kannalta olennaista, että oireet ja kärsimys otetaan todellisina kokemuksina (Luyten & Fonagy, 2020). Sekundäärisenä kiintymyssuhdestrategiana somatisoiva potilas herkästi joko hakee epätoivoisesti apua (kiintymyssuhteen hyperaktivaatio) tai kieltää avun tarpeensa kokonaan (deaktivaatio) (Luyten & Fonagy, 2020). Nämä tiedostamattomat strategiat johtavat psykoterapiassakin negatiivisiin idealisoinnin ja mitätöinnin kehiin. Tällöin terapeutti huomaa olevansa keskellä intensiivisiä tunteellisia suhdeilmiöitä. Somatisoivaa potilasta hoitavan psykoterapeutin on siis viisasta olla tietoinen omista ylläkkeistään suhteessa mitätöintiin tai idealisointiin.

Psykoanalyttisiin tapaustutkimuksiinsa nojaten myös W. Scott Griffies (2010) ja Kohutis (2010) alleviivaavat psykoterapian mahdollisuutta auttaa somatisoivaa potilasta rakentamalla hänen symbolisen ajattelun kapasiteettiaan. Tämä edellyttää terapeutin virittäytymistä kuulemaan potilaan somaattinen kokemus sekä somaattisena että sisäisen emotionaalisen maailman kuvauksena. Psykosomaattisesti oireilevan potilaan terapiassa on tarpeen tunnistaa aktivoituvat dissosioitumaan pyrkivät affektiiviset tilat, jolloin ajan myötä tulee mahdolliseksi kehon aistimusten, merkityksellisten kontekstien ja mielikuvien systeemisen yhteyden kielellinen, reflektiivinen ajattelu. Näin symboloimaton kokemus voi muuttua ”psykkiseksi rakenteeksi” eli kyvyksi ajatella kehollista kokemusta, sen suh-

detta sisäisiin ja ulkoihin tapahtumiin, objekteihin ja niiden herättämiin tunteisiin (Taylor, 2022). Voidaan siis sanoa, että psykoterapeutti auttaa potilasta rikastamaan kehossa koettua niin että sille alkaa syntyä mieltä.

Keskeinen kysymys on, miten tämä tapahtuu. Riskinä on, että sanat jäävät niin sanotusti tyhjiksi, jolloin ne ovat vain kulttuurisia konventioita vaila elävää kosketusta potilaan kokemukselliseen tilaan. Affektiivisten prosessien symboloimattomuus estää oman elämän narratiivista prosessointia ja intrapsyykkisten konfliktien tutkimista (Äärelä, 2008; Kaplan, 2014). Tämän kyvyn ja eri tasojen välisten yhteyksien pitää rakentua, jotta aito merkitysten narratiivinen reflektointi on mahdollista. Tämä edellyttää myötätuntoisen erillisyyden ylläpysymistä suhteessa potilaaseen.

Kuvaamme seuraavassa artikkelin empiirisesä osiossa psykoterapiaprosessia potilaan kanssa, joka kommunikoi erilaisten kehollisten vaivojen, kivun ja sairaudenpelkojen avulla. Kysymme, miten potilaan oireet tulevat konstruoiduksi potilaan ja psykoterapeutin puheessa ja tapahtuuko tässä muutosta psykoterapian aikana. Tutkimuksessa kuvataan, miten potilas ilmaisee kärsimystään, millä tavoin terapeutti vastaa kuvauksiin ja miten potilas vastaa terapeutin erilaisiin liittymispyrkimyksiin. Koska toinen artikkelin kirjoittajista, Titta Ruutu, toimii analysoitavan psykoterapiaprosessin psykoterapeutina, saamme mahdollisuuden tarkastella myös terapeutin vastatunteita ja sitä, miten ne ohjaavat terapeutin työskentelyn fokusta. Tarkastelemme myös näitä sisäisiä prosesseja jokaisen analysointien yhteydessä.

Menetelmä

Osallistujat

Potilas ”Piia” on psykoterapiakontaktin alkaessa 45-vuotias nainen, jolla on ollut ennen kuntoutuspsykoterapian käynnistymistä psykologin lyhyt arvio- ja hoitokontakti erikoissairaanhoidon yksikössä, johon potilas ohjautui kroonisen kivun ja erilaisten kehollisten vaivojen vuoksi. Psykoterä-

peutti toimi ennen psykoterapiaprosessia erikoissairaanhoidon yksikössä Piian hoitavana psykologina. Psykoterapiatapaamiset toteutuivat kerran viikossa kuntoutuspsykoterapiana. Istunnon pituus oli 60 tai 90 minuuttia. Psykoterapia jatkui tapaustutkimuksen kirjoittamisen jälkeenkin. Piialla ei ollut aiempaa psykiatriasta hoitohistoriaa. Hänellä oli ollut hyvin pitkäaikaista kipua ”jo kuukautisten alkamisesta lähtien”. Lisäksi Piia oli ollut autokolarissa, josta seurauksensa oli niskan retkahdusvamma. Piialla oli oireidensa vuoksi moniammatillisia kontakteja useilla erikoisaloilla, toistuvia päivystyksellisiä kontakteja sekä käyntejä mm. kansanparantajilla.

Piialla oli ammattikoulutus, mutta hän ei kokenut itseään työkykyiseksi, vaan kuvasi autokolarin pahentaneen oireita niin, että ”*kivut pahentuivat ja tiedonkäsittely ei onnistu*”. Piia oli keskittynyt sairauden pelkoihin, kehollisten ja neurologisten oireiden, väsymyksen ja energiatasonsa tarkkailuun, aistiherkkyyksien kuvaamiseen ja diagnoosien etsimiseen.

Piialta saatiin kirjallinen suostumus psykoterapiatapaamisten nauhoittamiseen, aineiston käyttämiseen tutkimustarkoitukseen sekä julkaisun tekemiseen. Asiakkaan nimi ja tunnistetietoja on muutettu asiakkaan anonymiteetin turvaamiseksi. Psykoterapeutina toimi toinen artikkelin kirjoittajista, potilaan kanssa samanikäinen integratiivinen psykoterapeutti.

Aineisto ja analyysi

Tapaustutkimuksen aineiston muodostivat yhden psykoterapia-asiakkaan 106 tapaamisen äänitallenteet, joista osa litteroitiin. Näitä oli lähes kolmen terapiavuoden ajalta. Lisäksi analyysiä informoivat työnohjaukseen tehdyt muistiinpanot ja käsitteellistämiset. Psykoterapeutti oli perustyönsä vuoksi tietoinen myös sairauskertomuksien lääketieteellisten tutkimusten sisällöistä.

Lopullisen aineiston muodostivat ne somatisaatioon liittyvät valikoidut aineisto-otteet, joissa a) terapeutti pyrki luomaan kytköstä kehon ja mielen välille, ja b) joihin samalla liittyi erityisen vahvoja terapeutin vastatunteita. Otteiden valinta tehtiin tutkimalla työnohjausmuistiinpanoja ja kuuntelemalla

ääninauhoja. Koska aineistoa oli paljon, on huomioitava, että otteiden valinta perustuu psykoterapeutin työnohjauksessa esiin tuomiin kysymyksiin ja vastatunteisiin ja näin ollen on myös hänen sen hetkisen käsitteellistyksensä ohjaamaa. Analyysissä aineiston muodostavat – sekä valikoidut psykoterapialitteraatiot että psykoterapeutin työnohjausmuistiinpanot. Terapian alkuvaihetta kuvaamme lähinnä muistiinpanojen avulla ja psykoterapian keskivaiheesta näytämme otteita keskustelusta. Erityinen mielenkiinto kohdistuu toimijuuteen. Kysymme minkälaiseen toimijuuspositioon psykoterapeutti asemoi potilasta suhteessa hänen oireisiinsa ja kokemuksiinsa sekä sitä, miten potilas vastaa näihin asemointeihin. Toimijuuspositio käsitteenä viittaa siihen, millaisina (potilaan) *vaikutusmahdollisuudet* sisäiseen ja ulkoiseen todellisuuteen näyttäytyvät — vahvoina tai heikkoina. *Toimijuudella* (agency) puolestaan tarkoitetaan ihmisen tahtoa ja kykyä antaa merkityksiä kokemuksilleen, asettaa tavoitteita ja osallistua sekä vaikuttaa omaan elämäänsä ja olosuhteisiinsa. Toimijuus on yksi psykoterapeutista muutosta selittävä, eri psykoterapeutisia teorioita integroiva käsite (Kurri, Seilonen & Wahlström, 2026).

Käytämme terapiakeskusteluotteiden analyysissä paitsi toimijuuden käsitettä myös keskustelunanalyyttistä ajatusta vuorovaikutuksen sekventiaalisuudesta otteiden luentaa ohjaavana lähtökohtana (Peräkylä, 2019). Psykoterapia rakentuu Anssi Peräkylän mukaan toistuvista perättäisistä osista eli vuorovaikutussekvensseistä, jotka sisältävät *kohdeaktin* eli tarkastelun kohteena olevan vuorovaikutuksellisen yksikön, sitä edeltävät *puheteot*, jotka tekevät kohdeaktin eli puhunnan sisällön relevantiksi, terapeutin aloitteelliset *teot*, asiakkaan *vasteen* ja lopuksi terapeutin vasteeseen kohdistuvan *vastauksen*. Kokemuksen muuntuminen tapahtuu Peräkylän mukaan tällaisten sekvenssien myötä. Käytettävissä olevan tilan vuoksi metodinen kuvaus jää tässä rajalliseksi.

Pyrkimyksenämme on analyysin avulla ensinnäkin näyttää, miten psykosomaattisesti kärsivän potilaan kuvaus itsestään ja kokemuksestaan muuttuu terapian kuluessa. Toisekseen mielenkiintomme kohdistuu terapeutin toimintaan, ensinnäkin siihen

miten hän asemoituu asiakkaan kuvaukseen ja toisaalta, miten hän asemoi potilasta. Haluamme pitää mukana myös autoetnografisen osuuden tarkastelemalla psykoterapeutin sisäisiä tapahtumia: vastatunteita ja jäsennyksiä liittyen psykoterapiaprosessiin sen eri kohdissa. Johdannossa avasimme keskeistä teoreettista ymmärrystä somatisaation etiologiasta ja hoidosta, jotta psykoterapeutin sisäinen pohdinta on mahdollista sijoittaa teoreettiseen kehykseen. Autoetnografinen tutkimus mahdollistaa psykoterapeutin käyttöteorian havainnoinnin (Jaana Lilja, 2015) ja toisaalta myös sen, minkälaisia sisäisiä prosesseja psykoterapeutti käy läpi suhteessa potilaan ilmaisuun. Tässä artikkelissa tutkimme psykoterapiaa siis kolmella eri tasolla: keskustelun kulun, psykoterapeutin mielen sisäisen toiminnan ja potilaan ilmauksen tasolla. Litteraatioissa P tarkoittaa potilasta ja T terapeuttia.

Tulokset

1. Terapian alkuvaihe – keho toimijana

Ote 1, tapaaminen 2

P: *Nyt on uusia juttuja kehon kanssa. (T: mmm). Sängyssä jalat menee ristiin ja keho hakeutuu sikiöasentoon. [P kurottautuu terapeuttia kohti ojentaen voimakkaasti vapisevan kätensä]. Eihän tää ole normaalia.*

Piia aloittaa toisen tapaamisen kärsivällä äänellä. Kehon näyttäytyy Piian puheessa subjektina ja toimijana, jolla on oma tahto: ”jalat menee ristiin ja keho hakeutuu sikiöasentoon”. Piia myös ottaa arvioivan kannan: ”eihän tää ole normaalia”. Terapeutin kokemus on, että huolimatta piinallisista kehon tuntemuksista ja tapahtumista Piia vaikuttaa emotionaalisesti tyhjältä. Terapeutille valittava äänensävy kuvaa Piian kokemusta oman kehon uhrina olemisesta. Kun terapeutti kommunikoi Piian olevan peloissaan oireista, Piia kieltää pelon ja arvelee kyseessä olevan neurologinen oire. Terapeutti hämentyy Piian ikään kuin kieltäessä emotionaalisen kokemuksen. Se jättää terapeutin yksin pyrkimyk-

sessään emotionaalisen kokemuksen tarkasteluun.

Tämän jälkeen Piia siirtyy kertomaan puolisonsa ivallisesti arvostelleen hänen toimintakykynsä epäsuhtaa kodin ja Piialle tärkeän harrastuksen välillä. Kun terapeutti fokusoi siihen, miltä ivallisuus ja ristiriidan osoittaminen on tuntunut, Piia kuvaa, kuinka hyvin parisuhde on sujunut. Terapeutti tunnistaa voimakasta kehollista voimattomuutta suhteessa Piian korostuneeseen kepeyteen ja ongelmallisen kokemuksen reflektoinnin torjumiseen. Kohta Piia toteaa: ”*Kulutan omiin sairausasioihini.*” Terapeutti aavistelee, että syyllisyys toimii itserankaisuna ja peittää alleen aggression tunteita.

Terapeutti tekee havainnon: kun hän kiinnostuu Piian mielen toiminnasta, Piian oireet tuntuvat korostuvan, hän valittaa kivuistaan tai havaitsemistaan tuoksuista. Tähän liittyen terapeutti tunnistaa tarvetta varoa kivuliaita ja kiihdyttäviä tunteita: ne saattaisivat laukaista Piiaa yhä vaikeampia kehollisia kipuja. Kolmannella tapaamisella Piia pohtii kehollisia vaivojaan ja erityisesti voimakasta väsymystään, jonka hän arvelee johtuvan jostakin vakavasta sairaudesta. Hän kertoo loukkavista lääkärikäynneistä ja pohtii: ”*Kuinka saisin lääkärit uskomaan?*” Terapeutti sanoittaa Piialle mielikuvansa siitä, että Piia on väsyneempi kuin miltä näyttääkään. Tässä kohtaa Piia ensimmäisen kerran kyyneltyy. Piialle vaikuttaa olevan tärkeää, että terapeutti hyväksyy hänen kehonsa kärsivänä ja vaurioituneena; väsymys kehollisena kokemuksena voi tulla vastaanotetuksi.

Terapeutti tulkitsee sisäisesti Piian pelkäävän erillisyyttä ja erimielisyyttä. Kahdennellatoista tapaamisella Piia kertoo, ettei voi keskustella puolisonsa kanssa saati pitää puoliaan, koska ”*riitely rikkoo kehon*”. Piia muistaa isän todenneen Piialle tämän maatessa nuoruusikäisenä kivuisaan vessan lattialla: ”*Et voi olla kipeä.*” Piian kehollinen kokemus oli toistuvasti tällä tavoin isän narsistisessa omistuksessa ja määrittelyn kohteena.

Kehon rikkoutumisen symbolinen työstiminen ei terapeutin sinnikkäistä yrityksistä ja odotuksista huolimatta mahdollistu. Ilmaisua ”riitely rikkoo kehon” ei ole symbolinen ja aidosti metaforinen. Siitä puuttuu ”ikään kuin” -elementti, se toimii konkretisoituneena metaforana. Riitely on

toimija, jolla on konkreettista valtaa konkreettiseen kehoon. Terapeutti havainnoi sekä tunteiden että tunnetta tutkivan psykoterapeutin tulevan terapian alkuvaiheessa koetuiksi uhkana. Terapeutti arvelee, että tarvittuun ja idealisoituun isään on vaarallista kohdistaa vihan tunteita. Ulkoistetut aggression tunteet eivät ole ilmaistavissa sanojen muodossa. Pelottavina ne asuvat Piian omassa kehossa tai ovat projektiivisen identifikaation kautta heijastettu toiseen tai konfliktin tuhovoimaan. Terapeutti huomaa, kuinka aggression tunteet alkavat elää terapeutissa ja suuntautua Piiaa kohtaan erityisesti silloin, kun hän on korostuneen miellyttävä terapeuttia tai hänen ulkoista olemustaan kohtaan.

Terapian tässä vaiheessa terapeutin mielessä on hahmottunut yhteys Piian somaattisten oireiden ja toistuvien interpersoonallisten mallien välillä. Selittämättömät oireet aiheuttavat pelkoa, samaan tapaan kuin Piia on tuntenut pelkoa lapsuudessaakin. Oireista on tullut määräävä tapa kokea ja kommunikoida, ja Piia pyrkii tuntoon toimijuudesta korostuneesti kehollisuuden kehityksessä.

Piialla on kroonista kipua *sen sijaan*, että hän olisi lapsuuden emotionaalisen laiminlyönnin uhri. Voimme ajatella, että Piia suojautuu vihalta välttämällä tilanteidensa ajattelemista sairauden oireiden avulla ja kätkemällä loukkaantumisen kokemuksensa ja kommunikoimalla sitä kehollisena kärsimyksenä. Terapeutti alkaa tietoisesti tarjoilla Piialle vaihtoehtoisia vuorovaikutusmalleja, esimerkiksi pohtimalla vaihtoehtoa oman puolen pitämisestä. Terapeutin interventiot, joissa Piia asetetaan toimijaksi, eivät tue myönteistä kokemuksellista muutosta. Piia heittäytyy yhä intensiivisemmin fyysisten reaktioiden keskelle. Hän odottaa lääkärin, etenkin neurologin kontakteja. Osastolla tehdyssä arvioissa kuvantamiseen ja verikokeineen ei sairauksiin viittaavaa löydy. Tämä ei kuitenkaan rauhoita Piian epäilyä vakavien neurologisten sairauksien olemassaolosta. Hän hakee vahvistusta oireilleen sekä diagnoosiepäilyilleen internetin keskustelufoorumeilta. Selitystä suolisto-, väsymys-, kipu-, halvaantumis-, virtsaamisoireisiin, aistiherkkyysiin sekä tiedonkä-

sittelyvaikeuksiin Piia etsii kehollisista syistä ja esimerkiksi kodin alla olevien vesisuonien sijainnista.

Terapeutti kokee mielensä olevan sidottu. Piian fokus sairauksiin tuntuu *pakottamiselta*, ja terapeutti kokee, että Piia vaatii konkreettisesti hävittämään kaiken tilan mielen vapaalle liikkumiselle. Psykoterapeutti kokee myös olevansa pakotettu hiljainen sivustakatsoja Piian kertoessa vuolaasti pitkiä konkreettisia tapahtumia ja oirekuvauksia. Terapeutti huomaa olevansa avuttomana, ikään kuin Piian äidin roolissa. Äiti ei puuttunut Piian isän julmaan ja ankaraan vallankäyttöön Piiaa kohtaan. Lisäksi terapia tuntuu saarekkeiselta, se ikään kuin

alkaa alusta jokaisella istunnolla. Terapian alkuvaihetta leimaa Piian vahva objektipositio: keho on toisaalta toimija ja toisaalta uhri. Joka tapauksessa keho on autonominen, *siihen ei voi vaikuttaa*. Huolimatta terapeutin pyrkimyksestä ymmärtää Piian oireilua teoreettisesti, terapeutti kokee suhteessa Piian uhripositioon hämmennystä, voimattomuutta ja avuttomuudesta kumpuavaa aggressiota.

”
”Kuinka
saisin lää-
kärit usko-
maan?”

Terapian varhainen keskivaihe – orastavaa mielellisyyttä

Terapian edetessä aletaan keskittyä tarpeisiin ja haluamiseen. Piia päätyy siihen, että voisi kesälomatauton aikana puhua omista seksuaalisista tarpeistaan puolisolleen. ”*Odotan oikeaa hetkeä*”, Piia kuvaa. Myöhemmin Piia ilmoittaa olevansa osastolla, koska ”*pissa ei tule*” ja Piialle on asetettu katetri. Heti kesätauton jälkeen istunnolla 40 Piia kuvaa hymyillen, kuinka pelottaviin ”*virtsa-oireisiin ja kropasta katoava voimat-oireisiin*”, ei kirurgin, gynekologin tai neurologinkaan taholta reagoida lainkaan. Toimintakyvyn täysin lamanneet oireet ovat Piian kokemuksen mukaan jälleen tulleet ohitetuiksi ammattilaisten taholta. Terapeutin implisiittisellä tasolla havaitsemiin kauhun kokemuksiin ei ole vielääkään mahdollista mielellisenä kokemuksena pysähtyä, koska vain keho tuntee. Kun terapeutti pysäyttää Piiaa tunteen äärelle, Piia lopulta toteaa neutraalisti: ”*Pelko on etenevästä aivosairaudesta, kuten als tai ms, mitä näitä nyt on.*”

Hän kertoo aikovansa seuraavaksi hakea apua yksityiseltä lääkäriltä. Selittämätön oire kuvautuu terapeutille konversio-oireena, jonka sijainnilla ero-geeniseen kehon alueeseen saattaa olla yhteys. Terapeutti kokee toivottomuutta ja kehollista lamaanusta, koska tunteeseen fokusoivat interventiot eivät tule vastaanotetuiksi. Terapeutti myös pohtii, onko psykoterapiaprosessi aktivoinut sisäisiä konflikteja ja saanut siten somaattisen oireilun pahenemaan. Vasta kuukausien päästä Piia kertoo ikään kuin ohimennen virtsavaivan helpottaneen shamaanin käsittelyssä.

Ote 2, tapaaminen 46

T: Mitä sä ajattelet, mitä sun väsymys kertoo susta tämmösessä tilanteessa? Mä aattelen, että sillähän on joku viesti. Mitä se kertoo?

P: *No onko se sitten jotain, että kun osaa taval- laan rentoutua siellä tai jotain tai vai huutaakse keho niinkun apua tai* (T: niin). *Mä en oo oikein päässyt siitä selvytyteen.*

T: Niin, väsymys saattais osata kertoa, et [huu- dahtaa] hei, minä osaan rentoutua. Minä tarvitsen just tätä.

Otetta edeltävästi Piia on kertonut olevansa hämmentynyt ja häpeissään nukahdeltuaan itselleen tärkeillä luennoilla, joilla on käsitelty mielen toimintaa. Terapeutin kysymyksissä väsymys näyttäytyy kahdenlaisena: se on toisaalta Piian väsymystä ”sun väsymys”, ”mitä se kertoo susta” ja toisaalta se on oma entiteettinsä ikään kuin toimija, jolla on viesti. Väsymykseltä toimijana voi kysyä, ”mitä se kertoo”. Kysymykset rakentavat kokemusta informaationa jostain: kokemus viestii ja sanoo jotain, se saattaa myös kommunikoida jotain. Terapeutti rakentaa kokemuksesta näissä kysymyksissään *intentionaalista*, johonkin pyrkivää. Piia tuottaa vastauksessaan kaksi keskenään hyvin erilaista vastausta siitä, mitä väsymys saattaisi kommunikoida: ”osaa rentoutua”, ”huutaako se apua”. Terapeutti ottaa Piian arvailut vastaan konditionaalilla ”saattais kertoa”, mikä rakentaa edelleen havainnoivaa avointa suhdetta kokemuksen kuuntelemiseen; vastausta ei tarvitse lukita. Terapeutti lähtee resonoimaan in- nostuneesti myönteistä tulkintaa: ”hei, minä osaan

rentoutua”. Myönteiseen tulkintaan liittymisen tera- peuttisen funktion voi ajatella olevan sen kommuni- koiminen, että kehon viestit eivät aina kommunikoi hädästä. Oteessa 3, kaksi viikkoa myöhemmin, Piia kuvaa kuunnelleensa kehoaan.

Ote 3, tapaaminen 48

P: *Tavallaan sitten niin toi käsi anto niinku yllättävän hyvin niinkun tehdä, mutta ehkä se oli, että ööö mä niinkun eilen aika paljon kuuntelin sitä kehoa, että mää niinkun tein sen kehonkin niinkun mukaan niinkun niit juttuja, että kun nyt mulla ei ollu mitään niinku semmosta, että on pakko just siihen kellonaikaan tai pakko just sitä tehdä tai tätä tai tuota. Elikä mä menin semmosen oman, niinku fiiliksen, niinku mukaan, että ei ollut mitään deadlinea* [naurahtaa].

T: Joo, mmm mmm.

P: *Ja se semmonen ja sit mä oon huomannut sen, että öö niinkun siinä pöydän ääressä tulee semmonen yksinäisyys* (T: mmm), *mutta mä oon sen selättänyt sillä, että mä kuuntelen niitä livejä.*

Oteessa 3 Piia aluksi kuvaa sitä, miten käsi antaa tehdä itselle tärkeitä asioita: ”toi käsi anto niinku yllättävän hyvin niinkun tehdä”. Piian käsi on toimija, joka päättää. Piia itse on kohteena, ja käsi on subjektina. Sitten jokin kertomisen tavassa muuttuu, Piia alkaa etsiä selitystä sille, miksi käsi antoi tehdä: ”mutta mä niinkun eilen aika paljon kuuntelin sitä kehoa”. Ja hän jatkaa: ”tein sen kehonkin niinkun mukaan niinkun niit juttuja”. Tässä kohtaa *Piia on toimija*, kuuntelija, joka päättää tehdä kehonkin viestien mukaan. Ja seuraavassa hän on vielä vahvemmin subjektina ja toimijana: ”elikä mä menin semmosen oman, niinku fiiliksen, niinku mukaan”. Viimeisessä lauseessa keho ja itse ovat samaa, omaa fiilistä. Tämän jälkeen Piia kertoo myös emotionaalisesta kokemuksestaan: ”mä oon huomannut sen, että öö niinkun siinä pöydän ääressä tulee semmonen yksinäisyys”. Hän myös kertoo, ettei ole osannut tehdä sille muuta kuin selättää sen kuuntelemalla livejä. Terapeutti muistaa tässä hetkessä Piian sanat terapian alkuvaiheessa: ”*kavereita ei ollut, kartsalle ei saanut lähteä*” ja ”*olen erakko*”. Terapeutti kokee hetkessä olleen hienoisesti

läsnä surun kokemusta, jonka äärellä he eivät terapiassa aiemmin olleet olleet. Samassa tapaamisessa otteessa 4 voi nähdä uudenlaista symbolisen ajattelun kapasiteettia.

Ote 4, tapaaminen 48

P: *Joo ja sitten tavallaan öö ei oo semmonen tyhjän huoneen tunne ja se semmonen yksinäisyys paina, vaan tuntuu, että mä saan paljon enemmän niinkun aikaseksi sitte sillon, kun mulla on se hyvä hetki tehä, et ei oo niitä kipuja, niin oon niinku nyt löytänyt vähän tällöisiä keinoja sit niinku siihen.*

T: *Joo ison asian sä nostat tähän esille, ku yksinäisyys, et sä tunnistat sen ja sä oot jollain tavalla luonut suhteen siihen yksinäisyyteen (P: joo), et jollakin tavalla se sua koskettaa ja jotain sä sille sitten teet. Kuuntelet näitä (P: joo) livejuttuja.*

P: *Mä en niinkään, mä en välttämättä kaipaa sitä, siis semmosta kanssakäymistä.*

T: *Mmm mmm vaan?*

P: *Et niinku huomaa, että mulle riittää justiin vaikka se liven kuuntelu.*

T: *Joo sä saat siitä jotain, mitä sä sillä hetkellä tarvitset (P: joo). Ja mitä se on, mitä sä tarviit?*

P: *Ehkä se on, ku siitä aina sitten pulppuaa ne omat ideat, että mitenkä mä tekisin sen, ja niinku se lähtee, se semmonen ajatusmaailma (T: just), niinku lentoon (T: joo). Niinku semmonen voimavara mulla nyt on.*

Ote 4 antaa mahdollisuuden tarkastella sitä, miten Piia on suhteessa tavoittamaansa yksinäisyyden kokemukseen. Hän aloittaa kuvaamalla ”tyhjän huoneen tunteen” ja ”yksinäisyyden tunteen” puuttumista. Hän kuvaa myönteisenä kivottomuutta ja keinoja, joita on löytänyt suhteessa yksinäisyydentunteeseensa: ”livejuttu”. Hän myös kiistää tarvitsevansa tai kaipaavansa toista: ”Mä en niinkään, mä en välttämättä kaipaa sitä, siis semmosta kanssakäymistä.” Terapeutti tulkitsee, että tyhjän huoneen metafora kuvastaa Piian itsekokemusta ja suhdetta muihin, joille hän ei merkitse mitään. Terapeutti myös ajattelee, että tyhjä huone näyttää symboloivan poissaolevaa objektia, joka kuitenkin

on läsnä vainoavalla tavalla. Terapiatilanteessa terapeutti tuntee ärtymyksenä ilmenevän vastatunteensa vaihtuvan surun kokemukseen. Terapeutti fokusoi Piian tarpeisiin, vaikka edellisessä vuorossaan Piia nimenomaan on sanonut, että hänelle riittää liven kuuntelu. Piian vastaus ei siis vakuuttanut terapeuttia. Piia pysyttäytyy kuitenkin uudessa turvaa tuovassa kokemuksessaan siitä, että voi vaikuttaa omaan oloonsa: ”sellanen voimavara mulla nyt on”.

Otteen 5 istunnon Piia aloittaa kehumalla terapeuttia. Terapeutti ihmettelee turhautumisen tunnettaan, vaikka tulee kehutuksi. Kehumisen jälkeen Piia kuvaa tilanteita, joissa hänelle ollaan ärtyneitä.

Ote 5, tapaaminen 52

P: *Sit mulla häviää sanat, niin (T: joo) se on niinkun tosi stressaavaa, kun se sitten aina, että sano nyttien ja ku se niinku patistaa sitä. Niin se vielä enemmän, mä tunnistan sen, että sit menee niinku lukkoon, että siihen pitäis saada aina se, mut se ei ymmärrä sitä, että mun pitää saada se rauha (T: mmm) ja et mä löydän ne sanat.*

T: *Mites tässä? Koeksä tässä minkälaisia paineita? (pitkä tauko) Mistä sitten tulevatkaan.*

P: *No emmä tiä, mutta siis onhan se niinku ärsyttävää, kun se tavallaan se niinku nyttienkin niinku se hävis niinku ihan totaalisesti. Joku semmonen tyhjä aukko nytte, niin siis se [ähinää]. Kun eihän se ole normaalia, mutta kun sen kans on vaan niinku eletävä.*

T: *Mmmm. Niin sä ajattelet, ettei se oo normaalia...*

P: *Ei se oo.*

T: *...että ajatus katkeaa, sanat häviää jotenkin (P: niin). Tulee semmonen katkos.*

Terapeutti tulkitsee kehumisen kertovan Piian tarpeesta idealisoida terapeuttia ja suojaautua tällä tavalla terapeuttiin kohdistuvilta ärtymyksen tunteilta. Otteessa 5 Piia kuvaa painostettuna olemisen kokemusta läheisensä kanssa. Terapeutti tulkitsee ärtymyksensä liittyneen Piian piilotettuun ärtymykseen suhteessa terapeuttiin. Toisaalta terapeutti tunnistaa olleensa turhautunut kyvyttömyyteensä kommunikoida Piian kanssa tavalla, josta Piia hyötysi. Otteessa terapeutti siirtää tarkastelun terapi-

asuhteeseen: ”Koeksä tässä minkälaisia paineita?” Terapeutti jättää tässä ärtymyksen tunteet kysymyksensä ulkopuolelle; ne säilyvät ikään kuin implisiittisenä ajatuksena – jos on paineita, on ärtymystä. Piian vastauksessa ärtymys kohdistuu kuitenkin mielen tyhjenemisen ilmiöön, ei terapeuttiin: ”onhan se niinku ärsyttävää, kun se tavallaan se niinku nytenkin niinku se hävis niinku ihan totaalisesti. Joku semmonen tyhjä aukko nytte”. Piia myös määrittelee ajatuskatkoksen ja tyhjän aukon epänormaaliiksi ja joksikin, jolle ei voi tehdä mitään: ”sen kans on vaan niinku elettävä”. Terapeutti kohtelee kuitenkin Piiaa toimijana: ”niin sä ajattelet ettei se oo normaalia”. Terapeutin fokus säilyy Piian toimijuudessa suhteessa oman kokemuksensa merkityksellistäjänä. Samalla käynnillä 52 teeman käsittely jatkuu. Piia epäilee ajattelukatkosta neurologiseksi oireeksi. Terapeutti sen sijaan arvelee, että ”oire” voi selittyä painostetuksi tulemisen kokemuksella ja aggression poissulkemisen aiheuttamana mielen tyhjenemisenä.

Terapian myöhäisempi keskivaihe – kokemus suhteessa toiseen

Ote 6, tapaaminen 76

T: Mitä se on, kun keho on herkkä? Sinun keho on herkkä?

P: *No mä ite ehkä sen koen silleen, että siis mä aistin ehkä asioita paljon herkemmin ku (tauko) joku toinen. Ja varmaan semmonen niinkun mmmmm. Omalla tavallaan niinku siis semmonen niinku toisen henkilön kans semmonen kanssakäyminen, että o-o-osaan sillee jännästi niinku tulkita niinku asioita ja tuntee niinku jollakin tavalla niinku asioita. Mutta niinku esimerkiksi meidän kohalla, ni meillä on ehkä semmonen liian pitkä se välimatka sitten [naurahtaa] (T: mmm) taas niinku.*

T: Mmm kerro kerro.

P: *Niin et esimerkiksi meillä, niin ehkä meillä on liian pitkä semmonen niinku välimatka [mittailee käsillä] siihen niinku, että et esimerkiksi saattasin tuntee niinku vaikka sun ke... niinku toisella tavalla, että jos oltais niinku...*

T: Lähempänä? (P: Niin) Mitä semmosta tässä ei

pääse...?

P: *Se on varmaan semmonen, että sä niinkun pysyt semmosena etäisenä niinku mulle. Elikkä mä en saa semmosta niinku aaaa samanlaista niinkun [huokaa]... No esimerkiksi, jos oltais niinku ystäviä, niin eihän me oltais näin etäällä niinku toisista. Mehän oltais varmaan niinku luonnollisesti paljon niinku lähempänä. Siinä varmaan jää semmonen tietty niinku semmonen (T: jooo-o) kommunikaatio niinkun pois, mitä niinkun tavallaan keho aistii toisesta.*

Otteessa 6 Piian ja terapeutin välillä on uudenlaista suhteeseen liittyvää dialogia. Piia sanoo: ”meillä on ehkä semmonen liian pitkä se välimatka sitten taas niinku”. Välimatka näyttäytyy konkreettisenä ja kehollisena, vaikka sillä on suhteeseen liittyviä emotionaalisia tuntemiseen liittyviä tavoitteita: ”sä niinkun pysyt semmosena etäisenä niinku mulle” ja suhteen muotoon mahdollisesti liittyviä toiveita: ”jos oltais niinku ystäviä, niin eihän me oltais näin etäällä niinku toisista”. Fyysisen etäisyyteen keskittymisen voi nähdä Piian keinona yrittää orientoitua symboliseen emotionaaliseen maaperään ja avata tietä intersubjektilliselle alueelle. Terapeutin pakotettuna olemisen vastatunne muuttuu helpotukseksi emotionaalisen etäisyyden ja tyhjyyden käsittelyn mahdollistuessa. Otteessa Piia yrittää uudelleen kehollistaa puuttuvaa emotionaalista yhteyttä. Terapeutti on huomioinut, että Piia on epätoivoisesti ja toistuvasti tarvinnut jotakin konkreettista terapeutilta. Lähes jokaisella istunnolla hän on korostanut kiitollisuuttaan vesikannusta. Tässä kohtaa terapeutti ajattelee sen olleen autenttista tarvitsemisesta kertovaa, toisin kuin aikaisemmin, jolloin hän on tulkinnut sen implisiittiseksi ärtymyksestä kieli-väiksi kritiikiksi. Seuraavassa otteessa 7 Piia aloittaa ensimmäistä kertaa tapaamisen puhumalla tunteestaan kehon vaivojen valittamisen sijaan.

Ote 7, tapaaminen 92

P: *Ja sitte viime yönä miä näin siusta ihan ihmeunia, sä olit minulle hirrrrveen äkänen ja... Kyllä mä oon niinku tehnyt [naurahtaa] karpäsestä härkäsen vähän siihen tyliin, mutta siinä ei nyt se enempää ollut, mutta silleen jännä (T: joo) niinku (T: joo) miun mielestä sä et oo*

aikasemmin niinku mun unissa ollut tai mitään ja sitten, että miks sä näyttädyit niin negatiivisena siinä mun unessa, kun sä kuitenkin oot niinku semmonen positiivinen asia mulle niin sitä mä en niinku...

Uni osoittaa, kuinka potentiaalista symbolista tilaa on alkanut syntyä. Vihan tunteen käsittely on kuitenkin vaikeaa. Terapeutti nostaa unen tapauksella sinnikkäästi yhä uudelleen käsittelyyn. Piia puolestaan vie huomion toistuvasti konkretiaan, esimerkiksi kehonsa kipuihin. Unen kautta kuitenkin mahdollistuu aggression käsittely niin terapeutin, Piian kuin läheistenkin tunteena. Nyt Piia tunnistaa olevansa ärtymyksen kohteena omassa perheessään miltei jatkuvasti. Toisten ärtymyksen hän kuvaa ”syövän” itseä. Jo seuraavalla istunnolla Piia itse kykenee luomaan tilaa mielen toiminnan symboliselle tarkastelulle toteamalla, että ”nyt on useita pommeja tullut ja oma pää tuntuu muurahaispesältä, johon on hyökätty”. Oireet alkavat tulla ymmärretyksi uudella tavalla. Seuraavassa otteessa 8 näkyy, miten psykoterapeutti alkaa uudella tavalla puhua myös omasta kokemuksestaan ja mielikuvitella erilaisia vuorovaikutuksellisia asemoitumisen tapoja.

Ote 8, tapaaminen 103

T: Aika kuormittavalta tuntuu minusta tuommonen [viittaa perheen vuorovaikutukseen; huokaa korostuneesti].

P: Joo, mutta siinä on semmonen juttu, että mä huomaan, että mä oon sulta saanut niinku voimaa, että mä oon niinku ruvennut pistämään oikeesti niinku jo hanttiin tai silleen //

T: Että onks se niin, että sä itse asiassa voisit vaikuttaa siihen itse, ehkä vieläkin enemmän, että minkälaista kohtelua sä hyväksyt, (tauko) miten sä tuut kohdelluks. //

P: Mmm. Niin siinä varmaan on, että tähän asti se on ollu se syillisyydentunto, että on niinku alistunut siihen, että (tauko) (T: mmm mmm) kun ei kykene, niin sit sitä niinku koittaa niillä viimeisillä voimillaan niinku tehdä niitä asioita, mutku se ei ole järkevää, ku se kostaatuu.

T: Joo. Kuuleksmä oikein, että se syillisyyys pistää sut ikään kuin tekemään?

P: Joo, niinhän se on.

T: Pistää venymään.

P: Niinhän se on ollut koko aika.

Otteessa 8 on havaittavissa terapeutin uutta asemoitumista. Hän kertoo omasta kokemuksestaan ja ottaa kantaa Piian tilanteeseen: ”Aika kuormittavalta tuntuu minusta tuommonen.” Merkityksellisenä näyttäytyy myös huokaus: yrityksenä implisiittisesti liittyä Piian kokemukselliseen todellisuuteen. Piia asemoituu myös uudella tavalla: ”mä oon niinku ruvennut pistämään oikeesti niinku jo hanttiin tai silleen”. Otteessa Piia on toimija suhteessa toisiin. Hän on uudella tavalla reflektiivisessä suhteessa kokemukseensa: hän nimeää syillisyydentunnon ja havainnoi sitä omaan toimintaan vaikuttavana tekijänä. Ote 9 on suora jatko otteelle 8.

Ote 9, tapaaminen 103

T: // Mitä se olis jos sä luopuisit siitä syillisyydestä? Mites sun sitten kävis?

P: (tauko) [ääni muuttuu valittavasta heiveröiseksi] *Jaa-a* (pitkä tauko).

T: Mitäs sitten?

P: (tauko) *Se on vähän vaikeempi niinku* (tauko) *mmm* (tauko). [Ääni muuttuu korostuneen reippaaksi] *Hei käykö, että sammutat tuon valon, ton pöytävalon?*

T: Tottakai [T sammuttaa valon].

P: *Joo* [napakasti ja itsevarmasti]. *Mä nyt niinku jotenkin huomaan, että mulla hirveen valon arat silmät, niin tota se justiin paistaa tuolta päältä se valo.* (T: mmm). *Oi, nyt on hyvä.* (T: mm) *Oooo mihinkäs me jäätiin?* (pitkä tauko) [yskii] *Niin, jos sitä sy... mut mä en niinkun...* (tauko) *mitenkä mä sanosin, kun mä en itekään ymmärrä, et miks se syillisyydentunto on niin hirveen voimakas* [P vie kätensä rintakehän ohi] (T: niin) *ja se pistää tosi paljon niinkun hanttiin siellä niinkun pääkopassa* (T: niin) *ja siellä että... //*

T: Sussa helposti herää just se syillisyyys (P: joo) ja kun sä laitoit äsken kädet tähän [T mallintaa laittamalla kätensä omalle rintakehälle] niin mulle tuli mieleen, että ihan kuin sä puhuisit myös häpeästä.

P: *Joo. Semmonen häp... joo.*

T: Siinä herää semmonen häpeä, että nyt tuolla on ne villakoirat, ja ikään kuin se katse kohdittaisiin niin kuin sinuun.

P: Kyllä kyllä.

T: Et se ois sinun vika.

P: Kyllä.

T: Ja mä aattelen että [huudahtamalla] kauhea tunne (P: joo) kantaa... ja sä jotenkin löysit sen tästä [T näyttää omaa rintakehää, kaulaa ja leukaa].

P: Joo ja sittehan se pahimmillaan on se semmonen niinkun mmmm. Mä puhun semmosesta mustasta möykystä, raskaasta kivistä, mikä niinku tulee tähän painamaan [näyttää rintakehää].

T: Joo-o. Se on siinä.

P: Niin. Et se on niinkun... Joskus aikoinaan se oli tosi voimakaskin se, että sen niinkun tunti, miten se niinku painaa niinku kehoa (T: joo) niinku kasaan.

T: Joo. Se on se möykky, mikä ei kyllä sulle hyvää tee. (P: mmm) // Mitä tapahtuis, jos sä luopuisit siitä syyllisyydestä? (tauko) // Millaista sun elämä olisi, jos sitä möykkyä, sitä syyllisyyttä ei olisi? (tauko) Sitä häpeää.

P: No oishan se paljon helpompaa [värisevällä, heiveröisellä äänellä] ja varmaan niinkun saattaisi olla paljon vähemmän kipuja.

T: Niin. Niin. Mä aattelin jo, että vois niinkun hengittää ilman sitä, [T tekee korostuneen uloshengityksen] kun mä näen, että sun käsikin menee niinkun näin [T demonstroi P:n käden liikettä]. Mäkin tunnen sen, (P: mmm) et se on niinku tosi raskas kantaa.

Otteessa näemme, kun Piia kykenee nyt ensi kertaa nimeämään ja työstämään metaforisesti ja kokemuksellisesti häpeäksi ja syyllisyydentunteiksi nimettyjä tunteitaan. Terapeutti ”leikkii” ensin mahdollisuudella luopua syyllisyydenkokemuksesta. Vasteena toimijaksi sijoittamiselle Piiaassa tuntuu tapahtuvan paljon. Hän on hiljaa ja epäröi, ääni on heiveröinen. Tämän jälkeen hän korostuneen reippaalla äänellä pyytää terapeuttia laittamaan itseään häirinneen valon pois. Voimme kuvitella, että Piian fokus siirtyy hetkeksi sisäiseen kehollisesti häiritsevään oloon. Hän kuitenkin näkee mahdollisuuden vaikuttaa siihen konkreettisesti: hän pyytää terapeuttia sammuttamaan lampun. Sitten hän pysyy palaamaan vaikeaan aiheeseen ja ihmettelemään omaa kokemustaan: ”miks se syyllisyydentunto on niin hirveen voimakas”. Piia kommunikoi myös

kehollisesti, käsi on rintakehän päällä. Tähän terapeutti liittyy ja yhdistää kehollisen ilmaisun tunteeseen: ”sä laitoit äsken kädet tähän [T laittaa kätensä omalle rintakehälle] niin mulle tuli mieleen, että ihan kuin sä puhuisit myös häpeästä”. Piia jatkaa metaforisella puheella: ”Mä puhun semmosesta mustasta möykystä, raskaasta kivistä, mikä niinku tulee tähän painamaan [näyttää rintakehää]”. Musta möykky ei ole enää konkreettinen metafora vaan symbolinen sekä jaettu. Terapeutti jatkaa edelleen aikaisempaa agendaansa, jossa Piia on toimija tunteidensa suhteen: ”Se on se möykky, mikä ei kyllä sulle hyvää tee. Mitä tapahtuis, jos sä luopuisit siitä syyllisyydestä? (tauko) Millaista sun elämä olisi, jos sitä möykkyä, sitä syyllisyyttä ei olisi? (tauko) Sitä häpeää”. Tähän Piia pystyy jo vastaamaan: ”No oishan se paljon helpompaa [värisevällä, heiveröisellä äänellä] ja varmaan niinkun saattaisi olla paljon vähemmän kipuja”. Terapeutti ottaa Piian vastauksen vastaan empaattisesti eläytyen Piian kokemukseen: ”Niin. Niin. Mä aattelin jo, että vois niinkun hengittää ilman sitä, [T tekee korostuneen uloshengityksen] kun mä näen, että sun käsikin menee niinkun näin [T demonstroi P:n käden liikettä]. Mäkin tunnen sen, et se on niinku tosi raskas kantaa”.

Terapeutin vuorossa huomion herättää merkattu peilaus, jossa terapeutti peilaa mahdollista maailmaa, sekä sanallisesti että kehollisesti vahvala uloshengityksellä: ”mä aattelin jo, että vois niinkun hengittää”. Toisaalta terapeutti osoittaa tavoittavansa Piian kokemuksen tässä ja nyt: ”mä näen, että sun käsikin menee niinkun näin [T demonstroi P:n käden liikettä]”. Terapeutti korostaa pystyvänsä tavoittamaan raskauden: ”Mäkin tunnen sen, et se on niinku tosi raskas kantaa.”

Ote 10, tapaaminen 106

Tapaamisella 106 Piia ja terapeutti ovat taas voimattomuuden ja mielen tyhjenemisen teeman äärellä.

T: Sulla ei oo sitä samaa voimaa käytössäsi, mikä muilla tuntuu olevan. Miten se niin menee? [pitkä tauko]. Tulee tyhjiys, mieli tyhjenee. (P: Ööö) Sun mieli tyhjenee.

P: Tähän mun tekee vain mieli sanoo yksi sana, että isä.

Terapeutti on taas asettunut kysymään ja tutkimaan sitä, miten Piian voimattomuus voisi tulla ymmärrettäväksi. Terapeutin vuorossa Piia asemoidaan sekä toimijaksi, oman mielen havainnoijaksi, että toisaalta avuttomaksi, jolle voimattomuus tapahtuu: ”Tulee tyhjyys, mieli tyhjenee”. Piia vastaa uudella tavalla: ”*Tähän mun tekee vain mieli sanoo yksi sana, että isä*”. Piia itkee ja pohtii raivon tulevan hänellä ehkä kyynelien muodossa. Kehoon piilotetun tunteen ja intersubjektuallisen kokemusten välisten yhteyksien tavoittamisen voi sanoa tästä lähtien tulleen terapiatyöskentelyssä mahdolliseksi.

Pohdinta

Tämän artikkelin tavoitteena oli kuvata, miten somatisoiva potilas ilmaisee ongelmallista kokemustaan, millä tavoin terapeutti vastaa kuvauksiin ja miten potilas vastaa terapeutin erilaisiin liittymispyrkimyksiin. Mielenkiinto kohdistui sekä potilaan toimijuuteen että psykoterapeutin vastatunteisiin. Asiakkaalla ilmeni korostunutta kehon oireiden ilmaisemista (somatisointi, pitkittyneet kehoalliset oireet), jatkuvia sairaudenpelkoja, oireiden sekä diagnoosien etsimistä (hypokondria) sekä äkillisiä toimintakyvyn lamaavia oireita (konversio-/pseudo-neurologiset oireet).

Terapiavuorovaikutuksen diskursiivisessa tarkastelussa saattoi havaita, miten potilaan keho näyttäytyi toimijana ja potilas itse kohteena ja voimattomana uhrina. Terapian alussa mielellisiä kokemuksia tai suhteita toisiin ei ollut mahdollista tarkastella. Potilaan oli mahdotonta ajatella, että oireilla voisi olla psykologinen merkitys.

Aineisto mahdollistaa tulkinnan oireista tunteen ja vuorovaikutussuhteen kehoallistumisena, jota potilas ei voinut vielä ratkaista symbolisella tavalla. Henry Krystalin (1997) mukaan vanhemman kannatteen ja reflektiivisen funktion puutteellisuus voi johtaa siihen, että affektiiviset tilat yhdistyvät vain heikosti mielikuviin ja sanoihin. Somatisaatiosta kärsivä on paradoksaalisesti samalla sekä keskittynyt kehoonsa että symbolisesti täysin irrallaan siitä. Aineisto antoi viitteitä, että potilas käytti ilmaisuaan kehoaan konkretisoituneena metaforana (Enckell, 2002). Hän kuvasi riitelyn ”rikkovan

kehon”. Tuloksissa kuvattiin, miten terapeutti psykoterapian alkuvaiheessa pyrki liittymään potilaaseen tunnetasolla kysymällä tunteista ja olettamalla kehon tuntemuksiin liittyviä merkityksiä. Terapeutin yritykset tutkia tunteita ja ajatuksia eivät johtaneet reflektioon vaan korostuneeseen somaattisen oireiston kuvaamiseen ja kehoallisten kiputilojen lisääntymiseen. Tämä psykoterapian alkuvaihe oli terapeutille erityisen haastava tavanomaisen psykoterapeuttisen yhteistyösuhteen toimimattomuuden vuoksi. Terapeutin vastatunteissa avuttomuus, aggressio ja turhautuminen olivat läsnä.

Psykoterapian edetessä terapeutti pystyi hyväksymään potilaan kokemuksen kehostaan vaurioituneena. Tällöin hän pystyi löytämään keinon kommunikoida tavalla, joka edisti potilaan mahdollisuutta nähdä yhteys fyysisen ja psyykkisen kivun välillä. Konkreettisena diskursiivisena keinona terapeutti käytti tietäntyyppistä ulkoistamista; kehoalliset kokemukset tai kehon osat hyväksyttiin toimijoina, joiden viestiä terapeutti ja potilas asetautuivat kuuntelemaan. Muina muutosta fasilitoivina tekijöinä voidaan pitää sosiaalisten tilanteiden ja oireiden yhteyden etsimistä, kehotietoisuuden kasvattamista, kiinnostumista kehon viesteistä adaptiivisina ilmiöinä, tunne- ja defenssiöskentelyä ja terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksen empaattista tarkastelua.

Lisäksi terapeutin työskentelyssä painottui intentionaalisuuden, haluamisen ja oman spontaanin eläytyksen korostaminen. Sekä terapeutti että potilas siirtyivät aggression kieltämisestä ilmaisusta kohti tunteen kehoallista yhteistä jakamista. Terapeutti otti tässä enenevässä määrin käyttöön omat kehoalliset vastatunteensa ja omat mieleen tulvivat mielikuvansa. Tällaisen terapeutin oman tilan tunnistamisen voidaan katsoa mahdollistavan sietämättömien tunteiden tuntemisen terapeuttisessa vuorovaikutuksessa (Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Lombardi, 2016; Sletvold, 2014). Terapeutin haastavana tehtävänä oli auttaa potilasta löytämään symboliset representaatiot, sanat ja mielikuvat kehoallisten tuntemuksille. Terapeutin mieleen nousi usein mielikuva asiakkaasta makaamassa nuorena lattialla kivoissaan isän mitätöinnin alaisena. Kyvystä representoida kehoallisen sijaan mentaalisesti

tämänkaltaisia nöyryyttäviä implisiittisiä muistoja muodostui tärkeä terapian tavoite. Työskentelyn myötä potilaan oli mahdollista ajoittain päästää irti oireistaan tunteidensäätelykeinona ja tunnistaa sen sijaan kehollista tunnettaan itse kokevana subjektina (ks. Griffies, 2010). Catalina Bronsteinin (2011) mukaan psykosomaattiset sairaudet usein ilmenevät niiden kokemusten seurauksina, joissa prosessiomattomat raakatunteet tarvittua primaariobjektia kohtaan ovat latautuneet vaaran tunnalla.

Terapeutti rohkaisi potilasta kuvaamaan kehollisia tuntemuksiaan. Tällaiset kehollisen mentalisaation vaalimisen keinot voivat auttaa löytämään oireiden yhteyksiä suhteessa mielikuviin ja muistoihin (Luyten & Fonagy, 2020). Terapeutti tuli kuvanneeksi myös omia kehollisia tuntemuksiaan, minkä kautta potilas todennäköisesti sai tuntumaa symbolisaatioprosessista. Gubb (2010) toteaa, että erilaiset terapeutitiset vuorovaikutuksessa olemisen tavat ja teot, kannattelu, tunteiden peilaaminen ja tulkinnat, auttavat potilasta kehittämään kapasiteettia mentalisoida ei-toivottuja tunteitaan.

Psykoterapiaprosessi voi myös uudelleenaktivoida niitä konflikteja, jotka ovat psykosomaattisen sairauden kehittymisen taustalla, mikä saa sairauden oireet ja somaattisen tilanteen pahenemaan (Bronstein, 2011). Aineiston potilas ei kyennyt ilmaisemaan tai kokemaan tietoisella tasolla seksuaalista haluaan, ja psykoterapiassa halun käsittely saattoikin laukaista erotogeenisen alueen konversio-oireen. Tämä oli terapeutille hämmäntävää ja pelottavaa. Michael Balint (1957) ja Gubb (2010) ovat kuvanneet somatisoijan erotogeenisten alueiden osuutta, haluun liittyvää mentalisoimisen mahdolltomuutta ja vetäytymistä kaikenlaisesta nautinnollisesta. Myös Buccin (1997) mukaan konversio-oireilussa kehon elimen valikoitumisella voi olla symbolinen merkitys.

Tutkimuksen tuloksista välittyi, kuinka potilaan keho ei tuntunut kuuluvan hänelle. Keho näyttäytyi vieraana, ikään kuin toisena, vainoavana objektina, jolle pitää alistua ja jota täytyy totella. Keho näyttäytyi pitkään terapiassa pahantahtoisena ja riistävänä, keho ei antanut lupaa nauttia. Tämä asetelma oli samankaltainen kuin Piian asema autoritaarisen isän lapsena. Somatisaatiossa lapsuuden

kokemukset toistuivat, *oli vain alistuttava*. Halun lisäksi kiellettyinä näyttäytyivät tarvitsevuus ja viha. Potilas kyseli terapeutilta aluksi viikoittain lupaa tulla vastaanotolle. Hän perusteli yhteydenottojaan vastuullaan, ettei sairastuttaisi terapeuttia. Myös Jean Knox (2011) on kuvannut samankaltaista ilmiötä, jossa potilas pelkää sairastuttavansa terapeutin sallimalla itselleen toimijuuden ja tarvitsevuuden.

Tyhjyyttä, mykkyyttä ja affektiivista hiljaisuutta on kuvattu tyypilliseksi somatisoivan potilaan psykoterialle (Marty & de M'Uzan, 1963; Smadja, 2022). Tällainen hiljaisuus kohdistuu affekteihin, fantasioihin, representaatioihin ja kehollisiin havaintoihin. Claude Smadja (2022) kuvaa, että potilas on sodassa kehonsa kanssa yrittäen samalla neutraloida kehonsa viestejä. Taustalla hän kuvaa olevan sen, että lapselle on ollut kiellettyä kokea affekteja, jotka ovat edustaneet uhkaa vanhemman psyykkiselle elämälle. Sekä McDougall (1989) että Smadja kuvaavat tällaisen hiljaisuuden nostattavan terapeutissa esiin epätavallista aktiivisuutta – ikään kuin terapeutti olisi pakotettu tuottamaan representaatioita ja ajatuksia potilaansa sijaan. Analyysissä ilmenikin, että terapeutti koki vahvaa elävöitymisen painetta potilaan puolesta silloin, kun tilaa konkreettisen kerronnan kuuntelulta vapautui. Tämä näkyi muun muassa terapeutin kehollisena aktiivisuutena, tunteiden kuvaamisena ja korostuneena puheliaisuutena sekä rikkaina sisäisinä mielikuvina. Juuri tällainen terapeutin elävöityminen, *reverie*, saattaa kuitenkin olla hämmäntävyydestään huolimatta terapeutille tärkeä mentalisaation väline, joka parhaimmillaan mahdollistaa prosessin liikuttamisen emotionaalisesta tyhjyydestä kohti kielellistämistä (Bion, 1962; Gubb, 2014; Ogden, 1997).

Potilas pelkäsi käyttäen omaa mieltään päätöksenteossa ja ajattelussa. Potilas asettui toistuvasti kertomaan tapahtumista yksityiskohtaisesti, jotta terapeutti voisi ilmoittaa hänelle, mitä hänen pitäisi tuntea. Griffies (2010) kuvaa samansuuntaista ilmiötä, jossa somatisoija muodostaessaan kiintymyssuhdetta asettuu hakemaan toiselta vastausta siihen, miten itsen tulee ajatella ja tuntea. Samalla somatisoija kuitenkin tuntee tulevaisuuden kontrolloiduksi. Potilas kohdisti terapeuttiin hyvinkin konkreettisia toiveita ja odotuksia. Myös Bronstein (2011) on

kuvannut somatisoivan potilaan tarvitsevan konkreettista ja fyysistä vastetta terapeutiltaan. Kuvatussa terapiaprosessissa kahvitarjoilun ja ystävyyden toiveet olivat tulkittavissa potilaan tunnustetuksi tulemisen ja elossa olemisen kokemuksen tarpeina.

Potilaan tiedostamattomat vihan tunteet oli heijastettu ulkoisen maailman lisäksi myös omaan kehoon. Potilas kamppaili vihan kohteena olemisen kanssa ja vastaavasti ilmaisi tulevaisuutta ikään kuin vainotuksi kehonsa kautta. Piilotettu raivo aktivoi myös tietoisia syyllisyyden tunteita varhaisia kiintymyssuhdehenkilöitä sekä läheisiä kohtaan. Potilaan puhunnasta saattoi päätellä, että syyllisyyden peittämä kehon kantama viha manifestoitui vahvana kehollisen tuhoutumisen pelkona.

Vastatunteidensa kautta terapeutti vähitellen ymmärsi, että potilas koki kehonsa pahaksi myös siksi, koska se ei ollut kyennyt mukautumaan isän tinkimättömiin vaatimuksiin eikä siten kyennyt varmistamaan turvallista kiintymyssuhdetta. Tällaiseen kehoon piilotettuun aggressioon ja häpeään terapeutti vastasi tunnetyöskentelyllä sekä siirtämällä sinnikkäästi huomiota sekä potilaan kehon pakottavuuteen että kehon adaptiivisiin viesteihin. Terapeutille informatiivista oli tiedostaa myös oma vaativuutensa potilasta kohtaan.

Vuorovaikutus herätti terapeutissa välillä vihaa ja avuttomuutta – tunteita, joita potilas todennäköisesti oli tuntenut isänsä alistamana samalla kun äiti jäi avuttomaksi ei-responsiiviseksi sivustakatsojaksi. Irralliselta tuntuvan potilaan positiivisuuden kautta potilaan ärtymyksen tunteet jäivät terapeutin ilmaistaviksi, niin kielellisesti kuin kehollisestikin. Maininnat muiden auttajien tehokkuudesta oireiden poistamisessa ja toiveet diagnoosien ja lääketieteellisten ratkaisujen löytämisestä saivat terapeutin tuntemaan itsensä sivuutetuksi ja avuttomaksi – ja arvottomaksi. Myös turtuminen, fyysinen levottomuus ja ärtymys valtasivat terapeutin reaktioina potilaan konkreettiseen ja affektittomaan kerrontaan. Muistiinpanoja ja nauhoja tutkimalla oli havaittavissa, että aluksi terapeutti selviytyi ulkoisella neutraaliudella näistä tunteistaan. Myöhemmin terapeutti koki välttämättömänä työnohjauksessa käsitellä työskentelyn herättämiä hankalia tunteita. Potilaan uni vihaisesta terapeutista näyttäytyi *käännekohta-*

na mahdollistaen sekä potilaan että terapeutin aggression tarkastelun. Gubbin (2013) mukaan unien näkeminen ennustaakin terapiassa somatisoivan potilaan symbolisaatio- ja mentalisaatiokyvyn kehittymistä. Unen käynnistämä tunnetyöskentely johti myös siihen, että hankalalta tuntunut ärtymyksen tunne tuli sanallisessa muodossa potilaan ilmaisuisa psykoterapiavuorovaikutukseen. Tämän myötä se vähensi myös terapeutin kokemaa syyllisyyttä omasta ärtymyksestään.

Potilas tulkitsee kehonsa kiihtyneisyyden kivuliaana ja uhkaavana. Tällaisen kroonisen kehollisen katastrofoinnin mekanismin voidaan katsoa olevan myös kivun sentraalisen sensitisoinnin kehittymisen taustalla, jossa keskushermosto luo oman kipunsa ilman ulkoista ärsykettä (Staud, 2002). Mikäli voimakkaaseen tunteeseen assosioituva fysiologinen aktivaatio tapahtuu ilman yhteyttä kognitiivisiin sisältöihin, ilman symbolista fokusta tai säätelyä, aktivaatio saattaa pitkittyä ja toistua. Lopulta tämä voi johtaa elimistön vakaviinkin vaurioihin (Bucci, 1997). Kipujensa avulla potilas sekä piti yhteyttä toiseen saadakseen hoivaa että samalla piti toiset etäällä, eristäytyen jopa läheisistään. Samanlaisten kiintymyssuhteen vaihtelevien asetelmien (ks. Luyten & Fonagy, 2020) havaittiin toistuvan myös tämän tutkimuksen terapiavuorovaikutuksessa.

Voidaan sanoa, että potilas laittoi kehonsa kommunikoimaan terapeutille, samalla kieltäen, että mikään haavoittaisi hänen mieltään. On tärkeitä ymmärtää, että mielen tarkastelun vastustaminen *ei* ole tahallista. Vastustus näkyi aineistossa toistuvana totaalisenä mielen tyhjenemisenä, sanojen häviämisenä sekä äkillisinä huomion kääntymisinä välitöntä toimintaa vaativiin konkreettisiin tai kehollisiin ärsykkeisiin. Terapeutti vastasi tähän defensiiviseen tapahtumiseen monella tavalla, välillä vain ottaen sen annettuna, ikään kuin tavallisena kommunikationa: himmentämällä valaistusta, jos se sattuu silmiin; välillä terapeutti taas pyrki tutkimaan huomion kääntämistä tai mielen tyhjenemistä ja implikoi, että sen taustalla voisi olla jokin psyykinen syy ja sisältö. Työskentely voi näyttäytyä terapeutille jopa toivottomana silloin, kun potilaalta puuttuu kokonaan kyky vaikeiden tunteiden sanallistamiseen ja niiden omistamiseen. Mikäli potilas ei ole saanut ilmaista

negatiivisia tunteita ilman pelkoa mitätöidyksi tulemisesta ja hylkäämisestä, on tärkeää luoda tilaa ja turvaa negatiivisille tunteille, joita työskentely ja terapeutti herättävät.

Terapeutin turhautumisen, hämmennyksen ja sisäisen kehollisen jännitteen havaittiin tutkimuksessa kertovan terapeutin pakottavasta tarpeesta ratkaista vastustuksen pulma terapiassa. Sen hyväksyminen, ettei ratkaisua ollut, helpotti myös avuttomuuden tunnetta. Päästämällä irti pakottamisesta aiempaa syvempi kontakti potilaaseen syntyi kivun kokemuksen ymmärtämisenä ja potilaan tilanteeseen identifiointimisenä. Kehon reaktioista tietoiseksi tuleminen auttoi terapeuttia tässä prosessissa ja johti lopulta vapautumiseen pakosta ratkaista. Irrautuminen vei heittäytymiseen kohti yhteistä tunteen kokemista. Benjamin (2004) kuvaa elävästi tällaista irtipäästämistä, jonka seurauksena terapeutti ja potilas yhdessä luovat intersubjektiiivisen ”kolmannen”. Todennäköisesti sekä tutkimuksen terapeutti että potilas pääsivät *kohteena* olemisen kokemuksesta kohti tunnetta, että olivat kokijoita ja tekijöitä. Tämä vaikutti yhteisen, kehollisestikin koetun todellisuuden syntymiseen ja uudenlaiseen toiveikkuuteen muutoksen mahdollisuudesta.

Kolmantena terapiavuonna potilas alkoi käyttää symbolista puhetta. Terapia itsessään ei tuntunut enää uhkaavan potilasta, vaikka työskentely ajoittain katkesikin vielä konkreettiseen toimintaan. Potilaalle kuitenkin mahdollistui terapeutin tuella palata kehollisen ahdistuksen aiheuttamista katkoksisista vaikeiden tunteidensa tarkasteluun.

Tämä tapaustutkimus vahvistaa, että vaikeastikin tunteistaan irrallaan olevan somatisaatiopotilaan psykoterapiassa on mahdollista vahvistaa viittaussuhteiden välistä, referentiaalista prosessia kehoon kiinnittyneiden pelottavien affektien, mielikuvien ja narratiivisten mielensisältöjen välillä. Tutkimus lisäsi ymmärrystä symbolisaatioprosessin hitaasta etenemisestä ja vastustukseen liittyvästä terapeutin tunnetaakasta. Potilaan huoli oireeseen liittyen voi toimia yhteyden etsimisenä terapeuttiin ennemmin kuin vastustuksen välineenä. Näyttäisi siltä, että terapeutti tarvitsee somatisoivan potilaan hoitamisessa useampia erilaisia teoreettisia ja käsitteellisiä työvälineitä. Somaattisen kielen pitäminen

osana affektiivista dialogia näyttäytyy somatisoivan potilaan psykoterapiassa välttämättömänä.

Lähteet

- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. International Universities Press. London: Churchill Livingstone.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. & Sorter, D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. New York: Other Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5–46.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(2), 484–6.
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308–315.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Borbely, A. F. (1998). A psychoanalytic concept of metaphor. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 923–936.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Bronstein, C. (2011). On psychosomatics: The search for meaning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(1), 173–195.
- Bronstein, C. (2022). Psychosomatics: The role of unconscious phantasy. Teoksessa M. Aisenstein & E. Aisemberg (toim.), *Psychosomatics today: A Psychoanalytic Perspective* (s. 62–72). New York: Routledge.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151–172.
- Bucci, W. (2002) The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 708–733.
- Bucci, W., Maskit, B., & Murphy, S. (2016). *Connecting emotions and words: The referential process. Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15(3), 359–383.
- Bucci, W. (2021). *Overview of the referential process: The operation of language within and between people. Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 3–15.
- Damasio, A. (2014). Consciousness, emotions, and self. Teoksessa A. E. Cavanna & A. Nani (toim.), *Consciousness*. (s. 105–110). Berlin: Springer.
- De Masi, F. & Steiner, R. (toim.) (2001). *Herbert Rosenfeld at work: The Italian seminars* (s. 24–44). London: Routledge.

- Enckell, H. (2002). *Metaphor and the psychodynamic functions of the mind*. Academic Dissertation, Kuopio University Publications D, Medical Sciences. Kuopion Yliopisto.
- Freud, S. (1958). *The dynamics of transference* (1912). Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, s. 97–108). Hogarth Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Griffies, W. S. (2010). Believing in the patient's capacity to know his mind: A psychoanalytic case study of fibromyalgia. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(5), 390–404.
- Gubb, K. (2010). The sense of bodily symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy in South Africa*, 18, 32–65.
- Gubb, K. (2013). Psychosomatics today: A review of contemporary theory and practice. *The Psychoanalytic Review*, 100(1), 103–142.
- Gubb, K. (2014). Craving interpretation: A case of somatic countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, 30(1), 51–67.
- Kaplan, M. (2014). A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(4), 593–615.
- Katz, A. (2010). Healing the split between body and mind: Structural and developmental aspects of psychosomatic illness. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(5), 430–444.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Knox, J. (2011). *Self-agency in psychotherapy: Attachment, autonomy and intimacy*. New York: W. W. Norton & Co.
- Kohutis, E. (2010). Concreteness, metaphor, and psychosomatic disorders: Bridging the gap. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(5), 416–429.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126–150.
- Kurri, K., Seilonen, M.-L. & Wahlström, J. (2026). *Toimijuus psykoterapiassa: Kehityksellinen ja vuorovaikutuksellinen näkökulma*. Tampere: Vastapaino.
- Landa, A., Peterson, B. S. & Fallon, B. A. (2012). Somatoform pain: A developmental theory and translational research review. *Psychosomatic Medicine*, 74(7), 717–727.
- Lecours, S. (2007) Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895–915.
- Leiman, M. (2012). Psykoterapioiden yhteinen perusprosessi. Teoksessa P. Lahti-Nuuttila & S. Eronen (toim.) *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita*. 71–90. Helsinki: Edita.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421–428.
- Lilja, J. (2015). *Mistä psykoterapia rakentuu? Psykoterapian käyttöteorian tarkastelua yhden psykoterapeutin potilastilanteisiin liittyvän spontaanin ajattelun kautta*. *Psykologia*, 50(1), 28–45.
- Lombardi, R. (2016). Body-Mind Dissociation in Psychoanalysis: Development after Bion. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315657844>
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2020). Psychodynamic psychotherapy for patients with functional somatic disorders and the road to recovery. *American Journal of Psychotherapy*, 73, 125–130.
- Malkomsen, A., Rössberg, J. I., Dammen, T., Willberg, T., Løvgren, A., Ulberg, R. & Evensen, J. (2021). Digging down or scratching the surface: How patients use metaphors to describe their experiences of psychotherapy. *BMC Psychiatry*, 21(533), 1–12.
- Marty, P. & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1345–1356.
- Mathieson, F., Jordan, J., Carter, J. D. & Stubbe, M. (2016). Nailing down metaphors in CBT: Definition, identification and frequency. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 236–248.
- Mattila, A., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J., Koivisto, A., Mielonen, R. & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716–722.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Analytic Press.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books.
- McGovern, P. (2023). Understanding somatization through the prism of deficit pathology and Winnicott's false self. *British Journal of Psychotherapy*, 39(3), 501–518.
- Mucci, C. (2021). Intersubjectivity and psychopathology: Borderline and psychosomatic bodies “at the mind's limits”. *International Forum of Psychoanalysis*, 30, 1–11.
- Ogden, T. H. (1997). Reverie and interpretation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 66(4), 567–595.
- Orzechowska, A., Maruszewska, P. & Galecki, P. (2021). Cognitive behavioral therapy of patients with somatic symptoms – Diagnostic and therapeutic difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, 10(3159), 2–11.
- Paivio, A. (1986). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford University Press.

- Pacifici, M. (2008). The coconstruction of “psychoanalytical choreography” and the dancing self: Working with an anorectic patient. Teoksessa F. S. Anderson (toim.), *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (s. 103–125). New York: Taylor & Francis Group.
- Peräkylä, A. (2019). Conversation Analysis and Psychotherapy: Identifying Transformative Sequences. *Research on Language & Social Interaction*, 52(3), 257–280.
- Petrucelli, Jean. (2008). When a body meets a body: The impact of the therapist’s body on eating-disordered patients. Teoksessa F. S. Anderson (toim.), *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (s. 237–253). New York: Taylor & Francis Group.
- Řiháček, T. & Čevelíček, M. (2020). Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychotherapy Research*, 30(4), 532–545.
- Rizzuto, A. (2001). Metaphors of a bodily mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(2), 535–568.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7–66.
- Schore, A. N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2017). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20.
- Sletvold, J. (2014). *The embodied analyst: From Freud and Reich to relationality*. New York: Routledge.
- Smadja, C. (2022). The place of affect in the psychosomatic economy. Teoksessa M. Aisenstein & E. Aisemberg (toim.), *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (s. 125–137). New York: Routledge.
- Staud, R. (2002). Evidence of involvement of central neural mechanisms in generating fibromyalgia pain. *Current Rheumatology Reports*, 4(4), 299–305.
- Stuart, S. & Noyes, R. Jr. (1999) Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34–43.
- Szyf, M., & Meaney, M. J. (2018). Epigenetics, behaviour, and health. *The Lancet*, 392(10151), 19–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31142-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31142-3)
- Taylor, G. (2022). Symbolism, symbolization, and trauma in psychosomatic theory. Teoksessa M. Aisenstein & E. Aisemberg (toim.), *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (s. 152–166). New York: Routledge.
- Taylor, G. & Bagby, R. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99–133.
- Tylim, I. (2010). Alive in the world. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(5), 445–456.
- Valkonen, H. (2016a) Psykoterapeutin haitallisten vastatunteiden tunnistaminen ja säätely terapiasuhteessa. Teoksessa Turpeinen, P. & Nurmento, R. (toim.) *Terapiasuhteessa olemisen taito*. (s. 64–83). Helsinki: Edita.
- Valkonen, H. (2016b) Psykoterapeutin hyödylliset vastatunteet terapiasuhteessa. Teoksessa Turpeinen, P. & Nurmento, R. (toim.) *Terapiasuhteessa olemisen taito*. (s.84–119). Helsinki: Edita.
- Weigel, A., Maehder, K., Witt, M. & Löwe, B. (2020). Psychotherapists’ perspective on the treatment of patients with somatic symptom disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 138.
- Äärelä, E. (2008). Bodily symptoms and a psychoanalytic model of affect. *The Scandinavian Psychoanalytic Review* 31, 29–37.

Katja Kurri,

PsT, integratiivinen kouluttaja psykoterapeutti
katja.s.kurri@gmail.com

Titta Ruutu,

PsM, integratiivinen kouluttaja psykoterapeutti
titta.ruutu@gmail.com