

Metakognition vahvistaminen tunne-elämän epävakauden piirteitä omaavan nuoren psykoterapiassa

On esitetty, että ongelmat mentalisaatiossa tai metakognitiiossa ovat keskeisiä tekijöitä epävakaaassa persoonallisuushäiriössä ja että metakognitiivisten taitojen parantaminen olisi keskeinen muutosmekanismi tämän potilasryhmän psykoterapiassa (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò & Procacci 2007). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella metakognitiivisten taitojen ja niiden muutosten merkitystä sekä niiden vahvistamiseen tähtääviä interventioita tunne-elämältään epävakaaan persoonallisuushäiriön piirteitä omaavan nuoren integratiivisessa psykoterapiaprosessissa.

Metakognitio

Kykyä ajatella ja ymmärtää omia ja toisen ihmisen mielen sisältöjä on sanottu yhdeksi ihmisyyden perusluonteiseksi piirteeksi (Gumley 2011). Monet teoreetikot pitävät vaikeuksia tässä kyvyssä yhtenä keskeisenä monenlaiseseen psyykkiseen oireiluun vaikuttavana tekijänä ja sen vahvistamista yhtenä psykoterapian tärkeimmistä tehtävistä. Kykyä tarkastella mieltä on lähestytty eri näkökulmista, ja erilaisia osin päällekkäisiä, pieniä painotuseroja sisältäviä käsitteitä ja määritelmiä on useita. Esimerkiksi käsitteet mentalisaatio, reflektiivinen funktio ja metakognitio viittaavat osin samoihin prosesseihin (Allen, Fonagy & Bateman 2008). Tässä artikkelissa käytetään metakognition käsitettä siinä merkityksessä, jossa sen ovat määritelleet italialaiset kogni-

tiiviset psykoterapeutit erityisesti persoonallisuushäiriöiden hoitoon kehitetyssä psykoterapiamallissaan. Tässä merkityksessä käsite on varsin laaja, sisältäen kyvyn sekä omien että toisen ihmisen tunteiden ja ajatusten ymmärtämiseen sekä kyvyn havainnoida, ymmärtää ja omalla kohdalla myös säädellä sitä, miten nämä sisäiset prosessit vaikuttavat toisiinsa ja käyttäytymiseen (Dimaggio, Montano, Popolo & Salvatore 2015; Dimaggio ym. 2007). Näin määriteltynä metakognitio on hyvin lähellä mentalisaation käsitettä siinä merkityksessä, missä mm. Fonagy & Bateman (2008) sitä käyttävät omassa, erityisesti persoonallisuushäiriöiden hoitoon suunnatussa hoitomallissaan. Metakognitio Dimaggion ym. (2007; 2015) määrittelemänä painottaa kuitenkin kognitiivisesta perinteestä kehittyneenä käsitteenä mentalisaatiota hieman enemmän

tiedollista kognitiivista prosessointia ja ottaa itsessään vähemmän kantaa kehityksellisiin näkökohtiin.

Tutkimuskirjallisuudessa on esitetty kaksi erilaista hypoteesia metakognition tai mentalisaation toiminnasta ja sen mittaamisesta. Fonagyn, Targetin, Steelen ja Steelen (1998) Reflective Functioning Scale lähtee oletuksesta, että mentalisaatio on melko yhtenäinen dimensionaalinen taito, jonka kokonaisuutta ja kompleksisuutta voidaan arvioida. Semerari ym. (2003) puolestaan ovat esittäneet, että metakognitio kokonaisuutena koostuu useista keskenään erillisistä osa-alueista tai taidoista, joista tietynlaisista ongelmista kärsivällä henkilöllä vain osa saattaa olla häiriintyneitä. Semerarin ym. (2003) Metacognition Assessment Scale (MAS) perustuu tähän oletukseen.

MAS-skaalassa metakognitiota on jaoteltu kolmeen osa-alueeseen: oman mielen ymmärtämiseen, toisen mielen ymmärtämiseen sekä metakognitiiviseen hallintaan. Näiden osa-alueiden sisällä erotellaan eritasoisia taitoja, joita voidaan tarkastella toisistaan erillisinä. *Oman mielen ymmärtämisen* sisällä erotellaan monitorointi (jonka osa-alueita ovat kyky kognitioiden tunnistamiseen, emootioiden tunnistamiseen sekä ymmärrys siitä, missä suhteessa nämä oman kokemuksen osat ovat toisiinsa), differentiaatio eli mielen representaatioluonteen ymmärtäminen sekä integraatio eli mielen sisältöjen koherentti ja jatkuva narratiivi. *Toisen mielen ymmärtämisen* sisällä erotellaan monitorointi (joka koostuu samoista osa-alueista kuin oman mielen monitorointi) sekä desentraatio eli kyky ymmärtää ja kuvailla toisen kokemusta erillisenä omasta näkökulmasta. *Metakognitiivinen hallinta* puolestaan on jaoteltu kolmeen eritasoiseen säätelykeinojen käyttöön. Jaottelu perustuu kliinisen kirjallisuuden lisäksi erityisesti erilaisista persoonallisuushäiriöistä kärsivien ihmisten psykoterapiaistuntojen litteraatioihin (Semerari ym. 2003). Mittaria sovelletaan terapiaistuntoihin, joten se soveltuu hyvin psykoterapiaprosessin sisällä tapahtuvan metakognitiivisen kyvyn muutoksien mittaamiseen. Mittarista on kehitetty uudistettu versio MAS-R (Carcione ym. 2009).

Epävakaata persoonallisuushäiriö ja metakognitio

Epävakaan persoonallisuushäiriön keskeisimpiä piirteitä ovat epävakaat tunteiden säätelyssä, impulssikontrollissa, vuorovaikutussuhteissa ja minäkuvassa (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus 2004). Useat teoreetikot ovat esittäneet, että keskeinen näiden piirteiden taustalla vaikuttava tekijä on ongelmat mentalisaatiossa tai metakognitiiossa (esim. Fonagy & Bateman 2008; Gullestad & Wilber 2011). Dimaggio ym. (2007) ovat esittäneet, että eri persoonallisuushäiriöissä metakognitiivisen prosessoinnin eri osa-alueet ovat häiriintyneet eri tavoilla. Heidän mukaansa vastoin aiempia käsityksiä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä ihmisillä kyky erotella sisäisiä tiloja ei ole tyypillisesti häiriintynyt, mutta heillä on ongelmia nimenomaan itseä ja muita koskevien representaatioiden integroimisessa sekä fantasian ja todellisuuden erottelussa.

Tutkimuksessa neljän epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän naisen psykoterapiaprosessista Semerari ym. (2005) havaitsivat, että MAS-asteikon oman mielen ymmärtämiseen liittyvällä osa-alueella kaikilla potilailla esiintyi vaikeuksia oman mielen sisällön integraatiossa ja differentiaatiossa, mutta oman mielen sisällön monitoroinnissa vain yhdellä potilaalla oli vaikeuksia. Integraation ja differentiaation vaikeuksissa oli myös nähtävissä suurta vaihtelua eri tilanteissa, ja kirjoittajat arvioivat, että erityisesti potilaan ihmissuhteiden tila ja niissä ilmenevät stressaavat tilanteet vaikuttavat metakognitiivisen kyvyn vaihteluun. Tämä sopii yhteen epävakaan persoonallisuushäiriön kliinisen kuvan kanssa, jossa potilaan toimintakyky eri tilanteissa saattaa vaihdella huomattavan paljon, ja yhtenevyyttä on myös Allenin ym.:den (2008) näkemyksen kanssa, jossa epävakaalle persoonallisuushäiriölle on tyypillistä mentalisaatiokyvyn väliaikainen menettäminen emotionaalisesti vaikeissa tilanteissa.

MAS-asteikon toisen mielen ymmärtämistä mittaavalla osa-alueella Dimaggio ym. (2009) ovat todenneet neljäntoista erilaisista persoonallisuushäiriöistä kärsivän potilaan terapiais-

tuntojen nauhoituksista, että potilaat yleisesti suurimmaksi osaksi kykenivät kuvailemaan toisen ihmisen mielen sisältöjä, mutta kaikilla persoonallisuushäiriöistä kärsivillä potilailla oli vaikeuksia nimenomaan desentraatiassa eli kyvyssä tarkastella toisen näkökulmaa omasta näkökulmastaan erillisenä.

Epävakaat persoonallisuushäiriöt nuoruusiässä

Personallisuushäiriöt määritellään pysyviksi ja kokonaisvaltaisiksi häiriöiksi tavoissa havainnoida, suhtautua toisiin sekä ymmärtää itseä ja ympäristöä. Osa klinikoista ja tutkijoista on kyseenalaistanut persoonallisuushäiriödiagnoosin validiteetin nuoruusiässä perustuen siihen, että nuoruusiässä kehitys ja muutokset ovat suuria ja epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi nuoruusiässä ei ole riittävän pysyvä ja jatkuva nuoruusiän kehityksen yli. Toiset teoreetikot puolestaan näkevät, että epävakaan persoonallisuuden piirteet olisivat tunnistettavissa jo nuoruusiässä tai sitä ennen, ja he ajattelevat, että epävakaan persoonallisuushäiriön varhainen tunnistaminen auttaisi nuoruusikäisiä vakavasti oireilevia potilaita pääsemään nopeammin oikeanlaiseen hoitoon (ks. Fossati 2014; Miller, Muehlenkamp & Jacobson 2009).

Viimeaikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi on aiempaa arvioitua vähemmän vakaa ja jatkuva myös aikuisväestössä (Sharp & Fonagy 2015), ja seurantatutkimuksissa on todettu, että epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin stabiliteetti nuoruusikäisillä vaikuttaisi olevan samaa luokkaa kuin aikuisilla (esim. Chanen ym. 2004). On myös todettu, että sairaalahoitossa olevilla potilailla epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys on samaa luokkaa aikuisilla ja nuorilla (Becker, Grilo, Edell & McGlashan 2002). Miller ym. (2009) toteavatkin yhteenvedossaan, että epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistaminen ja diagnosointi nuoruusikäisillä olisi perusteltua, mutta se kannattaisi mahdollisesti käsitteellistää enemmän dimensionaaliseksi kuin kategoriseksi häiriöksi kehityksel-

lisyden ja häiriöstä kärsivän potilasryhmän heterogeenisyyden vuoksi.

Metakognitiivisten taitojen harjaannuttaminen psykoterapiassa

Kirjallisuudessa on esitetty, että yksi tärkeä psykoterapian tavoite ja vaikutusmekanismi ylipäätään olisi metakognition tai mentalisaation vahvistaminen. Erityisesti epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon tarkoitettussa psykodynaamisesta teoriaperinteestä lähtöisin olevassa mentalisaatioterapiassa (MBT) eksplisiittisesti pyritään mentalisaatiokyvyn vahvistamiseen sekä stabiloimiseen. Sen kehittäjät esittävät myös, että mentalisaatiota voi pitää yhteisenä selittävänä tekijänä sille, että erilaiset epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon tarkoitettut terapiat toimivat (ks. Bateman & Fonagy 2004). Mentalisaatioterapiassa keskeisiä mentalisaatiota lisääviä interventioita ovat muun muassa utelias, ei-tietävä asenne, turvallinen yhteistyösuhde, jossa mielentiloja voidaan tutkiskella, erilaisten näkökulmien ottaminen vuorovaikutukseen ja itseen, tunteiden validaatio ja sopivan, ei liian kuuman tai liian kylmän tunnelinmapiirin ylläpitäminen, terapatilanteessa tapahtuva transferenssin tutkiskelu sekä terapeutin omien ajatusten ja tunteiden aito jakaminen mentalisaatiovääritymien korjaamiseksi (Allen ym. 2008).

Puolestaan kognitiivisesta teoriaperinteestä lähtöisin olevat psykoterapeutit Dimaggio ym. (2007; 2015) ovat kehittäneet integratiivisen terapiasuuntauksen persoonallisuushäiriöiden hoitoon, jossa pyritään metakognition vahvistamiseen myös eksplisiittisesti. Peruslähtökohdat hoidolle ja yhteistyösuhteelle ovat varsin samanlaisia kuin mentalisaatioterapiassa eli terapeutin odotetaan luovan validoivaa ilmapiiä, olevan aito ja jakavan omia ajatuksiaan potilaalle. Käytettäviä interventioita ovat muun muassa metakognition puutteiden esiintäminen tuomalla esiin terapeutin omaa kokemusta ja näkökulmaa tilanteesta pyrkimyksenä saada potilas omaksumaan ulkopuolista näkökulmaa itseensä ja tilanteeseensa, tietoisuuden kasvattaminen potilaan skeemoista ja interpersoonallisista sykleistä sekä fokuoimi-

nen terapiatilanteessa esiin nouseviin ongelmallisiin tiloihin.

Swenson ja Choi-Kain (2015) ovat tarkastelleet erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriön hoitoon kehitettyä, näyttöön perustuvaa terapiamuotoa dialektista käyttäytymisterapiaa (DKT, Linehan 1987) mentalisaation näkökulmasta. Heidän mukaansa monet DKT:n perusstrategioista voidaan nähdä interventioina, joiden tarkoitus on kehittää mentalisaatiokykyä. Esimerkiksi ketjuanalyysin tekeminen voidaan nähdä strukturoituna tapana mentalisoida, tunteiden hyväksymiseen tähtäävät strategiat (mindfulness, validaatio) voidaan nähdä mentalisaation näkökulmasta ja dialektinen ajattelu jo itsessään voidaan nähdä joustavuutta lisäävänä tapana mentalisoida.

Goodman (2013) on tutkinut erilaisia prototyyppejä ideaalisia psykoterapiaistuntoja ja todennut että transferenssikeskeinen psykoterapia (TFP; Clarkin, Yeomans & Kernberg 1999) ja DKT latautuvat tässä tarkastelussa erillisille tekijöille, DKT samalle kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia ja TFP samalle kuin psykodynaaminen terapia. Puolestaan kolmas tutkimuksessa käytetty prototyyppi, mentalisaation näkökulmasta rakennettu reflektiivisen funktion parantamiseen keskittyvä istuntoprototyyppi latautui samalle tekijälle sekä TFP:n että DKT:n kanssa. Goodmanin mukaan tämä viittaa siihen, että reflektiivisen funktion parantaminen olisi implisiittinen, sekä DKT:lle että TFP:lle ominainen prosessi. TFP:ssä keskeinen interventio on tässä ja nyt tapahtuvassa vuorovaikutuksessa tehtävät transferenssitulkinnat, ja myös TFP:ssä teoreettisesti pyritään eksplisiittisesti vahvistamaan potilaan reflektiivistä funktiota eli mentalisaatiokykyä (Levy ym. 2006).

Skeematerapia (SFT, Young, Klosko & Weishaar, 2003) on myös erityisesti persoonallisuushäiriöiden hoitoon kehitetty integratiivinen psykoterapiamuoto, jonka yhtenä tarkoituksena on lisätä ymmärrystä omista varhaisista kehityksellisistä ja suhteellisen pysyvistä dysfunktionaalisista sisäisistä malleista eli skeemoista, joiden ajatellaan ohjaavan potilaan tulkintoja ja odotuksia erilaisissa tilanteissa. Tavoitteena on vähentää dysfunktionaalisten

skeemojen vaikutusta potilaan elämään (Zanarini 2009). Tämän voidaan ajatella implisiittisesti tarkoittavan potilaan metakognitiivisten taitojen tai mentalisaatiokyvyn vahvistamista.

Empiiristä tutkimustietoa mitatun reflektiivisen funktion tai metakognition vahvistumisesta epävakaa persoonallisuushäiriön psykoterapiaprosessin aikana on niukasti. Levy ym. (2006) ovat todenneet, että vuoden pituinen TFP vahvisti epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden reflektiivistä funktiota, mutta DKT:llä tai supportiivisella psykodynaamisella terapialla ei ollut samaa vaikutusta. Myös Fischer-Kern ym. (2015) ovat todenneet vuoden mittaisen TFP:n parantavan reflektiivistä funktiota epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla. Metakognition osalta tutkimustietoa löytyy vain yhdestä tapaustutkimuksesta, jossa on todettu epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan MAS-mittarilla arvioitujen metakognitiivisten taitojen parantuneen pitkän kognitiivisen psykoterapiaprosessin aikana (Perrella, Semerari & Caviglia 2013).

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaiset olivat epävakaa persoonallisuushäiriön pirteitä omaavan nuoren metakognitiiviset taidot hoitoprosessin alkuvaiheessa ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia niissä esiintyi tutkimuskirjallisuudessa kuvattuihin aikuisten epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien ihmisten metakognitiivisiin taitoihin verrattuna. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella, millaisilla interventioilla terapeutti pyrki vahvistamaan potilaan metakognitiivisia taitoja, sekä selvittää, millaista muutosta potilaan metakognitiivisissa taidoissa tapahtui kahden vuoden integratiivisen psykoterapiaprosessin aikana oireilun vähenemisen myötä.

Menetelmät

Terapiapotilas

Terapiapotilas Liisa oli terapian alkamishetkellä 17-vuotias nainen. Terapian alkuvaiheessa

hän oli sairauslomalla ja keskeyttämässä lukio-opinnot. Hänet oli ohjattu hoitoon nuorisopsykiatrian yksikköön itsemurha-ajatusten, viiltelyn ja päihteiden käytön vuoksi. Ennen terapian alkamista Liisa oli läpikäynyt nuorisopsykiatrisen kriisihoito- ja tutkimusjakson, johon sisältyi hoitoa kokovuorokausiosastolla ja päiväosastolla sekä polikliinisiä tutkimuksia. Diagnostisen haastattelun (K-SADS-PL, Kaufman ym. 1997) perusteella hänelle oli asetettu diagnoosit masennuksesta, ahdistushäiriöstä, syömishäiriöstä ja alkoholin haitallisesta käytöstä. Lisäksi hänelle oli tehty ADOS-vuorovaikutustutkimus (Lord, Rutter, DiLavore & Risi 1999), jonka perusteella hänelle oli asetettu Aspergerin oireyhtymä -diagnoosi. Terapian alkuvaiheessa Liisan ilmoireilussa oli paljon tunne-elämän epävakaudelle tyypillisiä piirteitä, mutta suomalaisen varsin yleisen käytännön mukaisesti tällaista diagnoosia ei asetettu alaikäiselle. Terapian aikana toteutuneella kriisiosastojaksolla Liisalle kuitenkin asetettiin aiempien diagnoosien lisäksi myös muun muassa nuoruusikäisen tunne-elämän epävakautta kuvaava persoonallisuuden kehityksellisten vaikeuksien diagnoosi. ADOS-tutkimus toistettiin terapian lopetusvaiheessa, ja Aspergerin oireyhtymä -diagnoosi päädyttiin purkamaan, koska tutkimuksessa saadut pisteet eivät enää ylittäneet autismikirjon katkaisupistemäärää. Ennen tätä hoitajaksoa Liisa oli aiemmin peruskouluikäisenä käynyt läpi nuorisopsykiatrisen hoitajakson syömishäiriöoireilun vuoksi.

Terapia

Potilaan psykoterapia toteutui nuorisopsykiatrian poliklinikalla osana nuorisopsykiatrista erikoissairaanhoidoa. Potilas itse toivoi terapialta apua tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn helpottamiseen, negatiivisen ja epävakaa identiteetin selkiytymiseen ja vahvistumiseen sekä sosiaalisen varmuuden ja toimintakyvyn lisääntymiseen. Terapia toteutui työnohjattuna koulutuspsykoterapiana integratiivisen psykoterapiakoulutuksen aikana. Terapian toteutusmuoto oli ei-manualisoitu, vapaasti erilaisia interventioita integroiva integratiivinen psykoterapia. Terapiakäynnit nauhoitettiin. Terapiaa

toteutui vajaan kahden vuoden ajan, 18 kuukauden ajan kaksi kertaa viikossa ja viimeisen kuuden kuukauden aikana käyntitiheyttä asteittain harventaen. Potilaalla oli käytössään myös lääkehoitoa, joka purettiin asteittain ennen terapian lopetusta. Terapian aikana toteutui yksi lyhytaikainen kriisihoitajakso kokovuorokausiosastolla itsemurha-ajatusten ja itsetuhoisen käyttäytymisen vuoksi. Potilaan näkyvimmit oireet, itsetuhoisen käyttäytyminen, impulsiivinen päihteiden käyttö ja ihmissuhteiden epävakaus loppuivat ensimmäisen terapiavuoden aikana, ja terapian loppuvaiheessa potilaalla ei esiintynyt mitään kliinisesti merkittävää oireilua. Psykiatrinen hoito päätettiin samalla kun terapia päättyi.

Metakognitiota vahvistavat interventiot

Käymällä läpi terapeutin muistiinpanoja ja nauhoitettuja terapiaistuntoja etsittiin terapiavuorovaikutuksesta interventiotapoja, joiden voidaan metakognitiivisen mallin (Carcione ym. 2009; Semerari ym. 2003) näkökulmasta teoreettisesti ajatella pyrkivän metakognitiivisten taitojen vahvistamiseen.

Metakognition ja sen muutosten arviointi

Valittiin analysoitavaksi käynti terapian alkuvaiheesta (6. käynti), ensimmäisen terapiavuoden ajalta käynti, jolla käsiteltiin ongelmallista tilannetta (päihteiden käyttötilanne, joka päättyi itsetuhoiseen käyttäytymiseen, käynti 21), ensimmäisen terapiavuoden jälkeen käynti, jolla käsiteltiin ahdistusta herättävää tilannetta (käynti 76), ja terapian loppuvaiheesta käynti, jolla käsiteltiin ongelmallista ja kuormittavaa sosiaalista tilannetta (käynti 112). Valitut käynnit litteroitiin ja jaettiin kolmeen erilliseen osioon. Osiot arvioitiin toisistaan erillisinä MAS-R (Metacognition Assessment Scale 2009-R, Carcione ym. 2009) -asteikkoa käyttäen. Jokaisesta osiosta (ks. Taulukko 1) arvioitiin metakognition osa-alueita erillisinä 5-portaisella Likertin asteikolla. Arvioinnin havainnollistamiseksi ja sen luotettavuuden parantamiseksi esitetään kliinisiä esimerkkejä verbalisaatioista, joissa toimintoa esiintyy.

Taulukko 1. MAS-R-skaalat

Skaala/alaskaala	Lyhenne	Kuvaus
Oman mielen ymmärtäminen		
Oman mielen havainnointi		
Kognitiivinen identifikaatio	UM1	Kognitiivisten toimintojen (esim. ajatukset, muistot, fantasiat) erottelu
Emotionaalinen identifikaatio	UM2	Tunteiden erottelu ja nimeäminen
Suhteuttaminen	UM3	Tunteiden ja ajatusten suhteiden ymmärtäminen
Differentiaatio		
Subjektiiisuuden ymmärtäminen	UM4	Henkilö ymmärtää ajatuksensa subjektiivisiksi representaatioiksi, jotka eivät ole suoraan totta.
Realiteetin erottelu	UM5	Henkilö erottaa toisistaan uskomukset, fantasiat, unet, muistot ja ennustukset.
Integraatio		
Narratiivin koherenssi	UM6	Henkilö osaa kuvata mieltään ja mielentilojen muutoksia koherenttina narratiivina.
Narratiivin jatkuvuus	UM7	Henkilö osaa kuvata mielentilojensa muutoksia jatkuvana narratiivina ylläpitäen samalla representaatiota suhteessa muihin.
Toisen mielen ymmärtäminen		
Toisen mielen havainnointi		
Kognitiivinen identifikaatio	UOM1	Toisen henkilön kognitioiden erottelu
Emotionaalinen identifikaatio	UOM2	Toisen henkilön tunteiden erottelu ja nimeäminen
Suhteuttaminen	UOM3	Toisen henkilön tunteiden ja ajatusten suhteiden ymmärtäminen
Desentraatio	D	Toisen henkilön mielen ymmärtäminen omasta erillisenä
Hallinta		
Perusvaatimus		
M1	M1	Henkilö kuvaa käyttäytymistään ja mielensä sisältöjä asiana, johon voi vaikuttaa.
1. Taso		
	M2	Ruumiilliseen tilaan vaikuttaminen
	M3	Yksinkertainen välttämiskäyttäytyminen tai huomion ohjaaminen muualle sosiaalisen tuen avulla
2. Taso		
	M4	Mielentilaan tietoisesti vaikuttaminen ryhtymällä/estämällä käyttäytymistä
	M5	Mielentilaan vaikuttaminen ohjaamalla tietoisesti ajatuksia tai tunteita
3. Taso		
	M6	Käyttää säätelyyn tietoa itselleen ominaisesta uskomuksesta tai tavasta reagoida.
	M7	Käyttää säätelyyn tietoa toisen mielen toiminnosta.
	M8	Säätlee tilaansa kohtaamalla kypsällä tavalla oman rajallisuutensa.

Oman mielen ymmärtäminen

Oman mielen ymmärtäminen -alaskaala sisältää oman mielen havainnointia, representaatioluonteen ymmärtämistä ja integraatiota mitaavat asteikot. Havainnointi koostuu kolmesta alaskaalasta. Kognitiivisella identifikaatiolla (UM1) tarkoitetaan kykyä eritellä omia kognitiivisia toimintoja, kuten muistoja, mielikuvia, fantasioita, unia, ajatuksia.

Potilas: Silleen mä en ollu yllättynyt. Mä vaan halusin että tää loppuis, toivon että maanantaina tilanne olis jotenki jossain jamassa.

Emotionaalisella identifikaatiolla (UM2) tarkoitetaan kykyä erotella ja nimetä omia tunteita.

Terapeutti: Siin on niinku ahdistuksen tunne, mut mitähän muita tunteita se sussa herättää? Potilas: Ärsytys ja inhotus ja sit myös semmonen vähän kyseenalainen sääli.

Lisäksi oman mielen havainnoinnissa arvioidaan kykyä yhdistää omien mielen sisäisten asioiden suhteita eli omien ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen syitä ja vaikutuksia toisiinsa (UM3).

P: En tiä, tulee syyllinen olo siitä. Ku ajattelee et en mä halua ystäväystyä tuon ihmisen kanssa.

Representaatioluonteen ymmärtäminen koostuu kahdesta alaskaalasta. UM4:ssä arvioidaan, miten hyvin henkilö ymmärtää omat ajatuksensa subjektiivisiksi ja todellisuudesta erillään oleviksi asioiksi, jotka saattavat muuttua kontekstista riippuen.

P: Sitä täytyy silleen, kyllä automaattisesti jos mä ajattelen jostain ihmisestä niinkun silleen negatiivisesti niin siitä tulee silleen voi kauheeta, mutta pitää vaan ajatella silleen että tilanne nyt on vaan tämä.

UM5 arvioi henkilön kykyä erotella toisistaan realistisesti uskomuksia, fantasioita, unia, muistoja ja ennakoarvioita niin, että hän tun-

nistaa, missä ja milloin mikäkin asia tapahtuu.

T: Mitä ajatuksia sulla pyöri silloin päässä kun se iski se, tai kun oli sellanen?

P: Se oli silleen vaan et ei tuntunut miltään ja... En mä osaa oikein kuvailla, se oli vaan tosi saamaton, tuntu et ei jaksa tehdä ikinä enää mitään. Se oli aika samantapainen olotila kun muistan joskus syksyllä meni silleen monta päivää et katoin elokuvia tietokoneelta ja istuin sohvalla.

Integraatio on jaettu kahteen alaskaalaan. UM6:ssa arvioidaan, kuinka henkilö kykenee luomaan koherentin narratiivin omista mielentiloistaan, niiden muutoksista ja muutoksiin vaikuttaneista tekijöistä.

T: Mitä sit just siinä hetkessä kun sulla meni hermot, miltä susta just sillon tuntu?

P: Mä olin silleen tosi herkällä siinä, sit ku se opettaja sano Liisa pese sä vaikka toi lattia, ja sitä lattiaa oli paljo ja siinä on paljo niitä vaiheita. Mä siitä olin et en mä jaksa ja ei ja... Kun mä sitä yritin tehdä niin sitten se, siinä oli sellanen hirvee paloletku millä mä tyyliin sitä suihkutit sit kun se jäi johonki jumiin johonkin pöydän jalkaan. Sit mä vaan heitin sen siihen ja taisin kastella jotain.

UM7 viittaa siihen, kuinka henkilö kykenee luomaan jatkuvan narratiivin omista vaihtuvista mielentiloistaan pitäen samalla yllä jatkuvaa representaatiota itsestään suhteessa muihin.

P: Se on vaan se että mä halveksin, olen aina halveksinut että vietetään välitunnit niin että puhutaan jostakusta paskaa, niin sit jos mä oon ite siinä myötäilemässä ja tunnen sen ihan ok tilanteeksi... Mutta toisaalta onhan sekin sit puhunu kaikista, tai en tiä kaikista mutta monesta ja kertonu jotain henkilökohtaisia asioita ja semmosta.

Toisen mielen ymmärtäminen

Toisen mielen ymmärtäminen sisältää toisen mielen havainnointia sekä desentraatiota eli toisen näkökulman ymmärtämistä omasta nä-

kökulmasta erillisenä asiana koskevat asteikot. Toisen mielen havainnoinnissa erotellaan kolme alaskaalaa, jotka ovat samat kuin oman mielen havainnoinnissakin. Kognitiivisessa identifikaatiossa (UOM1) arvioidaan henkilön kykyä arvioida ja erotella toisen henkilön kognitiivisia toimintoja.

P: Se opettaja nyt just silleen, kyllä se ymmärtää että se häiritsee sitä opiskelua ja keskittymistä, parin tyypin yöuniakin ja semmosta kun se oikeesti viestittää ja jotkut kokee niin velvollisuudeks vastata sille kun se muuten ahdistuu ja silleen.

Emotionaaliossa identifikaatiossa (UOM2) arvioidaan henkilön kykyä erotella ja verbalisoida toisen ihmisen tunnetiloja.

T: Mitä sä arvelet että miks se, mikä sitä ajaa niinku siihen... Mitä se oikeen niinku ajattelee... Ku se puhuu niin?

P: Varmaan sitä et se on pettynyt muhun, varmaan sitä mitä se puhuu et mä en saa mitään aikaan.

Lisäksi arvioidaan henkilön kykyä yhdistää toisen ihmisen mielen sisäisten asioiden suhteita eli tämän ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen syitä ja vaikutuksia toisiinsa (UOM3)

T: Ilmeisesti olit ihan näkyvästi humalassa? Et ne niinku huomaa sun vanhemmat sen? Vai sanoiks sä siitä?

P: En mä sanonu mitään siitä, ne tuli vaan sinne että Liisa sä oot humalassa. Kyllä ne päätteliki sen silleen ja pelkäs sitä ja oli herkkiä ja tarkkoja ja silleen.

Desentraatiossa (D) arvioidaan henkilön kykyä kuvata toisen ihmisen mieltä ja näkökulmaa omasta näkökulmasta erillisenä eli toisin sanoen kykyä siirtyä pois itsekeskeisestä näkökulmasta toisen ihmisen mielen sisältöä arvioitaessa.

P: Kyllä mä tajuan että se on normaalia, että joku voi sanoa jotain että onpa raskas päivä tai että nyt on masentava olo, ja muut ja minä on

siinä tukena ja lohduttaa ja silleen. Mutta sitten kun joskus, jos on ollut silleen tosi paha olo, tiesin että jos avautuisi siitä yhtään tai jos kuvailisi sitä yhtään niin siitä tulisi tosi rankkaa tavaraa, tosi rankkaa kuultavaa kenelle tahansa kaverille, sit se olis tosi epätasapainossa silleen... Silleen että joku sanoo että matikankoe meni tosi huonosti ja sitten mä sanoisin että oon ajatellu pelkkää itsemurhaa tänään, niin ei se mee ihan silleen niinku vastavuoroisesti.

Hallinta

Metakognitiiviseen hallintaan liittyvissä skaloissa arvioidaan henkilön kykyä verbalisoida mielensisältöä ratkaistaviksi ongelmiksi ja siirtyä pelkästä mielensisällön kuvaamisesta aktiiviseen ongelmanratkaisuun psykologista tietoa apuna käyttäen. Hallinnassa erotellaan eritasoisia ja kompleksisuudeltaan erilaisia taitoja. Perustason hallinta (M1) liittyy siihen, miten henkilö kykenee kuvaamaan mieltään tiloina, joihin on mahdollista vaikuttaa ja johon on mahdollista ottaa aktiivinen ongelmaratkaisupositio. Ensimmäisen tason hallintastrategioissa ensimmäinen on M2, jolla tarkoitetaan ongelmallisen tilan muuttamista yksinkertaisesti omaan ruumiilliseen tilaan vaikuttamalla, esimerkiksi ottamalla lääkettä. Toiseen ensimmäisen tason hallintakeinoon (M3) koodataan yksinkertainen välttämiskäyttäytyminen tai sitten yksinkertainen sosiaalisen tuen hakeminen lähinnä oman huomion ohjaamiseksi muualle.

T: Mikähän muu vois sellases tilantees palauttaa maan pinnalle?

P: No sitä en tiedä... Ehkä jos soittais jollekin ihmiselle tai jotain.

Toisen tason hallintastrategiat ovat hieman kompleksisempia. M4 tarkoittaa hallintaa, jossa henkilö pyrkii vaikuttamaan omaan mielentilaan joko tietoisesti ryhtymällä tai tietoisesti estämällä itseään ryhtymästä johonkin käyttäytymiseen.

P: Sit mä huomaan itessäni että mun tekis aina mieli sanoo, kun mä oon vihainen tekis

aina mieli vetää kaikki mahdollinen sitä tyyppiä vastaan ja sanoo sille jotain tosi loukkaavaa. Mut mä kuitenkin jotenkin osaan hillitä itteni onneks, koska sellanen olis tosi kauheeta.

M5 tarkoittaa taitoa, jossa henkilö säätelee omaa tilaansa ohjaamalla huomiotaan pois kärsimystä aiheuttavista ajatuksista ja tunteista.

P: Kyl mä nyt oon oikeestaan silleen aika ymmärtäväinen itseäni kohtaan, et mä oon kuitenkin yrittäny ja yritin niinku olla silleen ja pystyä elämään sen asian kanssa.

Kolmannen tason hallintastrategiat vaativat vahvaa reflektiota ja tietoa itselle tai toiselle tyypillisistä tavoista ajatella ja reagoida. M6 tarkoittaa strategiaa, jossa henkilö käyttää tietoa omista uskomuksistaan tai itselleen ominaisesta tavasta reagoida ongelmallisen asian ratkaisuun.

T: Tosi painostava tilanne.

P: Niin... Ja kun en mä silleen oo tottunu ku ei mulla oikeesti oo mitään tommosta... Tai en osannut odottaa ku en mä nyt hirveesti oo ollu mukana missään tollasissa kuvioissa.

Hallintastrategia, jossa henkilö käyttää tietoa toisen ihmisen mielen toiminnoista, koodataan kohdassa M7.

P: ...emmätiä ku seki purkaa muhun jotain sen väsymystä ja turhautumista silleen, sanoo jotain silleen jotenki, emmätiä. Voi olla vähän samaa meissä. Kyllä se huomaa, tai se, mä sanoin sille et tajuuksä että sä olit koko ajan vähän sellanen mulle, niin kyllä se tajus sen. Mut se oli varmaan joku et sitä väsytti, se pelkää että sitä syytetään kaikesta.

Kolmannen tason hallintastrategioissa koodataan vielä lisäksi kohtaan M8 se, jos henkilö kohtaa ongelman hyväksymällä kypsällä tavalla oman rajallisuutensa sisäiseen tilaansa ja ulkoihin tapahtumiin vaikuttamisessa.

P: Siihen tulee vähä sellasta itsensä syytelyä

myös, siis ihan aiheesta kun me välillä vaan puhutaan siitä kuinka ärsyttävä se on. Siitä puhutaan oikeesti silleen miten en haluais puhua kenestäkään selän takana. Mut se on vaan niin rasittava. Sille ei voi mitään. Jotenki silleen puodaan ja käsitellään sitä turhautumista silleen vähän huonosti.

Tulokset

Metakognition vahvistamiseen tähtääviä interventioita

Osa aineistossa käytetyistä interventioista oli selkeästi ensisijaisesti lähtöisin yhdestä teoreettisesta viitekehuksesta, mutta suuri osa interventioista sopisi käytettäväksi useamman teoreettisen viitekehysten sisältä käsin. Taulukossa 2 on esitetty aineistosta löydetty metakognition vahvistamiseen tähtäävät interventiot, intervention ensisijainen teoreettinen viitekehys tai viitekehukset ja intervention tavoite erityisesti metakognitiivisen mallin näkökulmasta. Esitellään tarkemmin joitain esimerkkejä käytetyistä interventiotavoista.

Minätilatyöskentely, sisäisen dialogin käsittely

Tämä interventiotapa on ominainen skeematerapeutiselle tai kognitiivis-analyttiselle (Ryle, Poynton & Brockman 1990; ks. myös Bateman, Ryle, Fonagy & Kerr 2007) käsitteellistämistavalle. Interventiossa pyritään tekemään näkyväksi potilaan dissosioituneita minän eri puolia, minätiloja tai moodeja ja virittämään dialogia niiden välille. Interventiolla on myös muita teoreettisia lähtökohtia kuin metakognition vahvistaminen, mutta se otettiin mukaan tarkasteluun, koska sen tavoitteena voidaan muun muassa pitää metakognition laaja-alaista vahvistamista sekä laajemman perspektiivin ottamista omiin ajatuksiin ja ajankohtaiseen kokemukseen.

Esimerkki käynniltä 25: Terapeutti ottaa esiin paperin ja kirjoittaa sille kolmeen ryyppäeseen aiemmin käsiteltyjä erillisiin minätiloihin liittyviä ajatuksia: negatiiviseen ja itseä inhoavaan minätilaan liittyviä (esim. ”Tunteet vaihtelee,

Taulukko 2. Aineistossa käytetyt interventiot

Interventio	Teoreettinen viitekehys	Intervention tavoite
Tunteiden ja kokemuksen validaatio	DKT, MBT, MIT	Tunteiden ja kokemuksen hyväksyminen, turvallisen ilmapiirin luominen mielen tarkastelun mahdollistamiseksi
Epäjatkuvuuden ja kokemuksen muutosten näkyväksi tekeminen ja ihmettely	MIT	Metakognitiivisen integraation vahvistaminen
Palaaminen aiemmin käsiteltyyn asiaan	MIT, MBT	Metakognitiivisen integraation vahvistaminen
Ulkopuolisen näkökulman ottamisen ehdottaminen	MBT, MIT	Metakognitiivisen desentraation ja differentiaation vahvistaminen
Konkreettisen esimerkin pyytäminen, konkretisointi	MBT	Metakognitiivisen integraation vahvistaminen
Ketjuanalyysi	DKT	Ajatusten, tunteiden ja niiden yhteyksien jäsentäminen ja kokemuksen parempi ymmärtäminen, metakognitiivisen monitoroinnin vahvistaminen
Muiden ihmisten mielentilojen tarkastelu, vaihtoehtoisten selitysten hakeminen muiden käyttäytymiselle	MBT, MIT	Mentalisaatiovääristymien korjaaminen, metakognitiivisen desentraation vahvistaminen
Mindfulness; tunteiden, tuntemusten ja kokemusten kokeminen analysoinnin sijaan	DKT	Kokemuksen hyväksyminen, metakognitiivisen monitoroinnin vahvistaminen
Tunnekokemukseen fokuointi kun sellainen tulee esiin terapiatilanteessa	MBT	Kokemuksen hyväksyminen, metakognitiivisen monitoroinnin vahvistaminen
Tranferenssitulkinta, terapeutissa heräävien tunteiden esiin nostaminen	TFP, MBT, MIT	Metakognitiivisen desentraation ja differentiaation vahvistaminen
Minätilatyoiskentely, sisäisen dialogin käsittely	SFT, Kognitiivis-analyttinen terapia	Metakognitiivisen monitoroinnin, differentiaation ja integraation vahvistaminen
Omien ajatusten ja tulkintojen kriittinen tarkastelu: vaikuttaako odotukset, tunnetila ja skeemat tulkintaan?	SFT	Metakognitiivisen differentiaation vahvistaminen
Ajatusleikit ja ajatuskokeet	Hyväksymis- ja omistautumisterapia	Metakognitiivisen differentiaation ja monitoroinnin vahvistaminen

DKT=Dialektinen käyttäytymisterapia, MBT=Mentalisaatioterapia, MIT=Metakognitiivinen interpersoonallinen terapia (Dimaggio ym. 2007, 2015), TFP=Transferenssikeskeinen terapia, SFT=Skeematerapia

joten olen hullu epävakaa, ei toivoa”), positiivisempia ja itseä rauhoittavia (esim. ”Kaikki ei ole huonosti” tai ”Mielialat voi vaihdella normaalistikin”) ja suojautuvaan minätilaan liittyviä (esim. ”Millään ei ole mitään väliä”)

T: Jos tää on niitä itseinhon ajatuksia ja se on se yks tila mihin sä meet, tää on sitte tämänönen yks tila joka ajattelee erilailla, ja tää on vielä yks. Siinä tilanteessa ku sä oot täällä, sä poimit vaan näitä ajatuksia. Miten sitten pääsis vähän niinku ulkopuolelle ja näkis että tää on myös näitä muita... Elikkä silloin ku sä siirryt tänne niin se kapeutuu tänne näin. Niin että pitäis pystyy rauhottuun sen verran että saa vähä laajennettua että saa täältä poimittua jonku toisenki ajatuksen mukaan... Emmä tiedä, kuulostaaks tuo tommosena ajatuksena järkevältä?

P: No siis joo, mut vaan tuntuu että se ei oo mahdollista.

T: Se on yhtäkkiä tosi vaikeeta.

P: Mmm.

T: Sen takia mä lähdin tätä piirtään et mulle tuli sellanen ajatus että mitä useemmalla tavalla sä saat sen mielees sen asian, niin sitä isompi todennäköisyys on siihen että sit kun tulee se tilanne, niin vois jollakin lailla pälkähätä mieleen se, vaikka tää tilanne missä me ollaan piirretty näitä tähän, ja jollakin lailla tulla mieleen sellasia vihjeitä jotka vois auttaa sua muistamaan että on niinku muutakin.

P: Niinpä.

T: Sitä pääsis niinku näin (piirtää yhteyksiä ajatusryppäiden välille), sais yhteyttä niille, ettei ne oliskaan ihan erilliset. Mut ei siitä pidä itteensä kauheesti haukkua ja syyttää jos ei siihen yhtäkkiä joka tilanteessa pysty, se on aika vaikeeta... Ihan kenelle tahansa.

Myöhemmin terapian aikana erilaisissa tilanteissa voidaan viritellä dialogia eri minätilojen välille; esimerkiksi pohtia, millaisia neuvoja reflektoiva minätila antaisi itseään inhoavalle minän osalle ja mitä se ehkä vastaisi.

Ajatusleikit ja ajatuskokeet

Erityisesti hyväksymis- ja omistautumisterapialle (Hayes, Strosahl & Wilson 1999) tyyppi-

siä ovat kokemukselliset interventiot, joissa pyritään lisäämään psykologista joustavuutta tai toisin sanoen tukemaan metakognitiivista differentiaatiota ja ajatusten representaatio- luonteeseen ja sattumanvaraisuuden ymmärtämistä. Esimerkkinä interventio, jossa pyydetään potilasta ajattelemaan jotain pelottavaa asiaa ja tarkastellaan ajatuksen vaikutusta omaan kokemukseen.

Esimerkki käynniltä 105: Potilas kertoo joistain ahdistusta herättävistä ajatuksista ja kertoo murehtivansa niitä sekä kokevansa murehtimistilanteessa, että ajatukset ovat totta ja vaativat reagointia mutta toisaalta ajattelevansa, että murehtimalla voi valmistautua pahimpaan ja että se on hyödyllistä. Terapeutti valmistelee intervention ehdottamalla, että kokeillaan ajatusharjoitusta, ja keskustelemalla siitä, mitä potilas saattaisi pelätä.

T: Voiks sä luoda nyt itelles mieleen ajatuksen... Sun vieressä on tollanen tyynykasa. Luo vaikka itelles ajatus että sen tyynykasan alla on käärme, sellanen myrkyllinen. Tuleeks siitä jonkinlainen olo?

P: No ehkä sellanen että pitäisi lähteä tästä huoneesta pois.

T: Että se saa sussa jonkinlaisen reaktion aikaan?

P: No joo.

T: Jollain lailla epämiellyttävän... Se oli nyt sellanen ajatus minkä sun mieli pysty sulle tuottaa ja se sai sulla aikaan reaktion, mut se ei kuitenkaan oo sellanen järkevä ajatus mitä olis syytä ajatella jotenkin paljo tai loppuun asti tai mitään. Osa sun kaikista muistakin ajatuksista on ehkä samanlaisia, ei ne kaikki suinkaan oo sellasii että ne on totta tai tärkeitä, osa on sellasii mitä sun mieli vaan tuottaa.

Epäjatkuvuuden ja kokemuksen muutosten näkyväksi tekeminen ja ihmettely

Kyseessä on erityisesti Dimaggion ym. (2007) kognitiivisessa lähestymistavassa kuvattu interventio. Potilaan käyttäytyminen ja narratiivi on epäjatkuva eli metakognitiivisessa integraatiossa on puutteita. Interventiossa pyritään ihmettelemällä nopeita muutoksia ja epäjatku-

vuotta nostamaan tätä näkyväksi ja tekemään potilasta tietoisemmaksi kokemuksen epäjatkuudesta.

Esimerkki käynniltä 23:

T: Mites kotona nyt... vanhempien kanssa?

P: No siellä on aikalailta niinkun tosi hyvin kaikki. Tai siis tälleen.

T: Tällä hetkellä on taas hyvin?

P: Tässä muutaman päivän tai siis kaks päivää, ei oo ollut mitään ihmeempiä.

T: Mä jotenki kiinnitän täs huomiota siihen, että tapahtuu kauheen sellasii nopeita muutoksia.

P: Joo.

T: Että jotenki, jos me nähdään kaks kertaa viikossa, niin saattaa olla toisella kerralla on kotona ihan hirveetä, kaoottinen tilanne, ja sitte saattaa muutaman päivän päästä olla että kaikki on tosi hyvin.

Transferenssitulkinta, terapeutissa heräävien tunteiden esiin nostaminen

Kyseessä on interventio, jossa terapeutti nostaa esiin tilanteessa itsellään heräävää tunnetilaa ja jossa voidaan yhdessä pohtia, mistä siinä on mahdollisesti kysymys. Voidaan myös keskustella potilaassa heräävistä tunteista, terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksesta ja siitä, mikä osa vuorovaikutuksesta ja siinä heräävistä tunteista saattaisi olla peräisin muualta kuin itse välittömässä terapiatilanteessa tapahtuvista asioista. Intervention tarkoituksena on korjata mentalisaatiovääristymiä ja saada potilasta tietoisemmaksi omien mahdollisesti kokemusperäisten ajatusten ja tulkintojen vaikutuksesta tilanteessa heräviin tunteisiin eli toisin sanoen vahvistaa metakognitiivista desentraatiota ja differentiaatiota.

Esimerkki käynniltä 78: Potilas kertoo, että hänellä on iltapäivällä sosiaalityön palaveri ja hän on huolissaan, kykeneekö ottamaan esiin haluamiaan asioita siellä. Terapeutti huomaa, että aikataulujen puitteissa kykenisi osallistumaan palaveriin. Hän huolestuu siitä, saako potilas asioitaan hoidettua ja hänen mielensä tekisi ehdottaa, että tulee mukaan auttamaan potilasta palaverissa.

T: Mä katon että mä pääsisin sinne palaveriin, ja huomaan että mun tekis mieli ehdottaa että tulis sinne mukaan. Mut sitten samaan aikaan mä huomaan että mä mietin että oonko mäkin tässä tulossa tekemään asioita sun puolesta, vähän niinku sun äiti tekee. Mitä sä ajattelet tästä?

Tämän jälkeen potilas kykenee sanomaan, että hänestä olisi parasta, että hän kykenisi itse hoitamaan asiansa palaverissa, ja käytetään aikaa siihen, että mietitään tarkemmin, mitä hän haluaa sanoa, miten hänen kannattaa sanoa asiansa ja mikä voisi mennä pieleen. Käydään myös ennakoimismielessä dialogia aiemmin määriteltujen minätilojen välillä, jotta potilas kykenisi kuormittavassa tilanteessa ottamaan sopivasti etäisyyttä kokemukseensa, jos hän menee liiaksi suojautuvaan minätilaan.

Omien ajatusten ja tulkintojen kriittinen tarkastelu

Kyseessä on erityisesti skeematerapiassa käytettävä interventio, jossa tarkastellaan omien skeemojen vaikutusta tulkintoihin vuorovaikutustilanteista. Metakognitiivisen mallin näkökulmasta tavoitteena on metakognitiivisen differentiaation vahvistaminen.

Esimerkki käynniltä 98: Potilas kertoo kokeneensa ja ajatelleensa edellisenä iltana vahvasti monessa tilanteessa, että kukaan ei jaksa häntä ja että kaikki vihaavat häntä. Käydään läpi tarkkaan hetki hetkeltä yksi vuorovaikutustilanne poikaystävän ja yksi tilanne äidin kanssa, joissa molemmissa tällaiset kokemukset olleet läsnä. Terapeutti pyrkii erityisesti ohjaamaan potilasta muistelemaan omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan ja pyytää peilaamaan niitä siihen, mitä tämä tällä hetkellä ajattelee näistä ajatuksistaan. Potilas kertoo, että ei nyt löydä tilanteista mitään sellaista, jonka näkisi oikeuttavan tällaiset tulkinnat.

T: Mikäköhän sai sut ajattelemaan niin?

P: Ei siinä tapahtunu mitään, se vaan tuli silleen.

T: Siinä tilanteessa ei ollut mitään mikä sen ois laukaissut, se vaan jotenkin tuli susta itsestä?

P: Mmmm.

Keskustellaan välillä hetki siitä, että potilas on huolissaan siitä, että pitkästä aikaa menee tilaan, jossa tekee tällaisia tulkintoja ja kokee näin.

T: Meidän täytyy muistaa se että sulla on sielä taustalla se ajatusmalli olemassa kuitenkin että sä tunnet itteks tosi huonoksi.

P: Mmm.

T: Sitte se joissain tilanteissa tulee esille. Varmaan niitä tulee tulevaisuudessakin sellaisia tilanteita. Jos sä ajattelet siitä eilisestä, niin kuinka voimakkaasti sä jouduit sen tunteen valtaan? Oliko sä ihan toimintakyvytön, tai oliko sä ihan kyyvön ajattelemaan että ehkä sun äiti ei ihan oikeesti vihaa sua?

P: En mä kyllä siinä kohtaa silleen tullu ajatelleeksi. Aina ku tulee tollasia, niin tuntuu että mä vaan teen sellasia huomioita ulkomaailmasta jotka on täysin realistisia, mutta sitten ne ei oookkaan. Et mä olin vaan silleen et äiti vihaa mua ja tulin surulliseksi. Et vaikka mä tiedän että mulla on taipumusta suurennella ja keksiä ite tommosia et mitä ne musta ajattelee, niin jotenki sitä ei muista silleen.

T: Miten sitä olis voinu muistuttaa?

P: En mä tiä.

T: Tää oli sullekin ehkä aikamoinen yllätys, ei oo pitkään aikaan ollut tollasta noin voimakkaasti. Mitä sä nyt ajattelet niistä sun huomiosta?

P: No että vähän ihmeellisiä. Ku just se oli äitin idea että se tulee käymään siellä mun luona, ja sit mä vaan ajattelin ettei se varmaan halua. Ku ei sen vaan ois ollu pakko, ei vaan ois ehdottanu. Ja sit se oli ihan ymmärrettävää et sen piti mennä kotiin.

T: Et nyt sä et pidä niitä niin hyvinä huomiaina, vaan enemmänkin niin että ne oli vähän vinoutuneita.

P: Mmm. Kyl se on musta ihan hyvä että ainakin jälkikäteen pystyy kyseenalaistaan.

Metakognition arviointi

Kuva 1 näyttää MAS-R-asteikolla arvioidun kokonaispistemäärän keskiarvon käynneittäin

(vasemmalta oikealle käynti 6, käynti 21, käynti 76 ja käynti 112). Kuvasta nähdään, että MAS-R-kokonaispisteet ovat korkeimmillaan terapian loppuvaiheessa. Matalimmillaan pisteet ovat ensimmäisen terapiavuoden jälkeen arvioitavaksi valitulla käynnillä, ja terapian alkuvaiheesta analysoitavaksi valitut käynnit menevät näiden väliin.

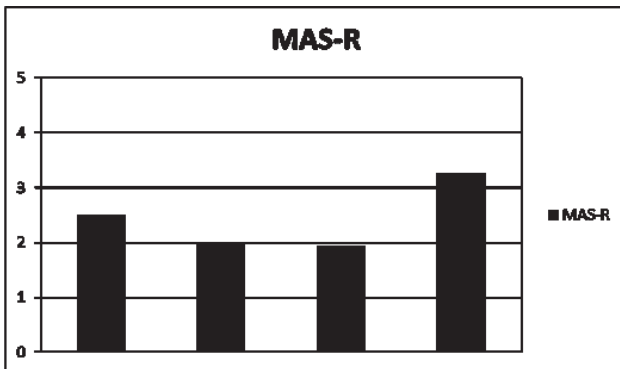
Kuva 2 näyttää MAS-R-asteikolla arvioidut keskiarvot käynneittäin ja metakognition osa-alueittain. Kuvasta nähdään, että käynnin 76 matalaa kokonaispistemäärää selittää eniten metakognitiivisen desentraation hyvin matala taso tällä käynnillä. Myös metakognitiivinen differentiaatio on terapian keskivaiheilta valitulla käynnillä alhaisemmalla tasolla kuin aiemmillä käynneillä. Terapian alkuvaiheesta analysoiduilla käynneillä differentiaatio ja desentraatio ovat hieman korkeammalla tasolla kuin oman ja toisen mielen monitorointi ja integraatio. Viimeisellä arvioidulla käynnillä (käynti 112) kaikki metakognition osa-alueet ovat selvästi korkeammalla tasolla kuin muilla käyneillä. Metakognitiivinen hallinta on matalalla tasolla kaikilla terapian alkuvaiheen ja keskivaiheen käynneillä, ja terapian loppuvaiheen käynnillä sen saama pistemäärä on selvästi korkeampi.

Pohdinta

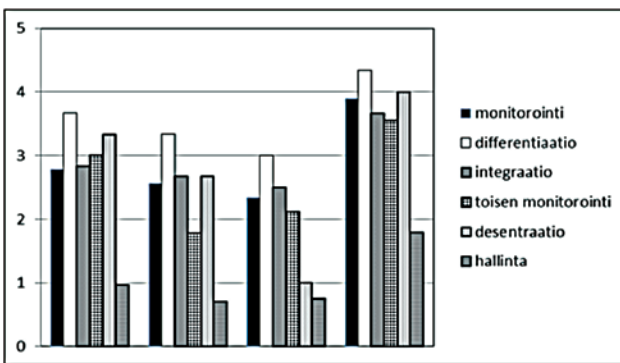
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden piirteitä omaavan nuoren metakognitiivisia taitoja terapian alkuvaiheessa ja tarkastella niiden muutosta onnistuneen psykoterapiaprosessin aikana. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida ja kuvata terapeutin käyttämiä, metakognitiota ja mentalisaatiota vahvistamaan tarkoitettuja interventioita.

Metakognition arviointi

Vastoin odotuksia terapian alkuvaiheesta analysoiduilla käynneillä potilaan metakognitiivinen integraatio, differentiaatio ja desentraatio eivät olleet matalammalla tasolla kuin oman ja toisen mielen monitorointi. Tämä on ristiriidassa aiemmin aikuisilla persoonallisuushäiriöistä kärsivillä potilailla kuvattujen MAS-asteikolla



Kuva 1. MAS-R-keskiarvot käynneittäin.



Kuva 2. MAS-R keskiarvot käynneittäin alaskaaloittain ryhmiteltynä.

mitattujen metakognitiivisten profiilien kanssa (Dimaggio ym. 2010, Semerari ym. 2005). Tähän yhtenä selityksenä voi olla se, että tässä tutkimuksessa käytetty metakognitiivisen mittarin uudistettu versio, MAS-R (Carcione ym. 2009) eroaa jossain määrin aiemmissä tutkimuksissa käytetystä MAS-mittarista (Semerari ym. 2003).

On myös mahdollista, että tutkimuksen nuori terapiapotilas eroaa metakognitiiviselta profiililtaan aikuisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivästä niin, että hänen metakognitiivinen prosessointinsa ei olisi häiriintynyt yhtä vakavalla tavalla. On esitetty, että nuorilla epävakaata persoonallisuushäiriötä olisi syytä käsitteellistää dimensionaaliseksi häiriöksi kehityksellisyyden ja populaation heterogeenisyyden vuoksi (Miller

ym. 2009). Toisin sanoen voisi olla niin, että nuoruusikäisellä potilaalla metakognition vähemmän vakava häiriintyminen saattaisi saada kehityksellisistä syistä aikaan ulospäin vakavammalta vaikuttavaa oireilua, ja oireilu ei välttämättä aikuisiässä enää näyttäytyisi sellaisena, joka täyttää epävakaan persoonallisuushäiriön kriteerit. On myös mahdollista, että mikäli tämän potilaan kehitys olisi edennyt ilman hoitoa epäsuotuisasti persoonallisuushäiriökehityksen suuntaan, voisi pitkittynyt epävakaata käyttäytyminen ja siihen liittyvä sosiaalisten suhteiden muotoutuminen epävakaaksi ja epäjatkuviksi vaikuttaa potilaan metakognitiivisen prosessoinnin kehitykseen niin, että se alkaisi enemmän muistuttaa aiemmin kuvattua aikuisen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän metakognitiivista profiilia.

Tulosten perusteella potilaan metakognitiiviset taidot olivat terapian loppuvaiheessa selvästi alku- ja keskivaihetta korkeammalla tasolla. Tämä vastaa aiemmin raportoituja tutkimustuloksia (Fischer-Kern ym. 2015; Levy ym. 2006; Perrella ym. 2013). Vastoin odotuksia metakognitio kuitenkin oli hoidon keskivai-

heilla, jolloin vakavin oireilu oli jo tasoittunut, matalammalla tasolla kuin hoidon aluksi. Tämä on jossain määrin ristiriidassa sen oletuksen kanssa, että metakognition vahvistuminen olisi hyvä terapian tuloksellisuuden markkeri (ks. Dimaggio ym. 2011) ja että ongelmat metakognitiiossa tai mentalisaatioissa aiheuttaisivat epävakaalle persoonallisuushäiriölle tyypillisiä oireita (ks. Allen ym. 2008; Dimaggio ym. 2007, Dimaggio ym. 2015). Toisaalta on todettu, että epävakaassa persoonallisuushäiriössä metakognitio ja mentalisaatio on epävakaata ja vaihtelevaa (Semerari ym. 2005) eli on mahdollista, että keskivaiheilta valitulla käynnillä MAS-R pistemäärä jäi vaihtelun vuoksi alhaisemmaksi kuin muilla terapian keskivaiheen käynneillä olisi jäänyt.

On myös huomioitava, että MAS-R-pistemäärät pohjautuvat potilaan verbalisaatioihin, ja potilaan mielen sisältöjen sanalliset kuvaukset voivat jäädä joillain käynneillä ohuiksi myös muista syistä kuin siitä, että potilaan metakognitiivisissa prosesseissa olisi todellisia hankaluuksia. Toisin sanoen metakognition mittaaminen on varsin haasteellista, ja MAS-R ei väistämättäkään tavoita ilmiön moniulotteisuudesta kuin osan. Verbalisaatioihin perustuvan mittarin validiteetti jää jossain määrin epäselväksi eli voi olla myös mahdollista, että mittari mittaa ainakin joillain potilailla ja joissain tilanteissa jotain muuta kuin metakognitiota. Esimerkiksi katkos terapiasuhteessa voisi näyttäytyä matalampina MAS-R pisteinä, jos se johtaisi siihen, että potilas ei haluaisi tuoda terapiatilanteessa esiin mielestään olevia asioita. Tämä voisi korostua erityisesti nuorten psykoterapiassa, jossa terapiasuhteen muodostaminen ja siihen liittyvät tekijät ovat kompleksisempia ja vähemmän suoraviivaisia kuin aikuisten terapiassa (Shrik, Kaver & Brown 2011).

Mielenkiintoinen yksityiskohta on se, että potilaalle oli ennen hoidon alkua asetettu Aspergerin oireyhtymä -diagnoosi ADOS-vuorovaikeustutkimuksen perusteella, mutta hoidon lopussa toistetussa ADOS-tutkimuksessa pisteet jäivät niin alhaiseksi, että diagnoosi päätettiin purkamaan. Myös autismikirjon häiriötä on käsitteellistetty mentalisaation häiriönä niin, että jos epäbakaassa persoonallisuushäiriössä on tyypillistä, että mentalisaatio on haurasta ja vaihtelevaa, autismikirjon häiriöissä mentalisaation vaikeus on jatkuva (Allen ym. 2008). Erityisen paljon potilaan ADOS-pisteet olivat laskeneet omien emootioiden kuvailuun liittyvissä osioissa. Tämän voi osaltaan ajatella vahvistavan tämän tutkimuksen tuloksia, ja viittaavaan samaan kuin kohonneet MAS-R-pisteet eli siihen, että potilaan metakognitiiviset valmiudet ja kyky verbalisoida omia ja toisen mielen sisältöjä olivat vahvistuneet terapian aikana.

Tämän tapaustutkimuksen tulokset ovat yhteneviä aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa onnistuneen psykoterapian on todettu vaikuttavan vahvistavasti reflektiiviseen funk-

tion tai metakognition epäbakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla (Fischer-Kern ym. 2015; Levy ym. 2006; Perrella ym. 2013). Jatkossa tarvittaisiin kuitenkin tarkempaa ja yleistettävämpää terapeuttisen prosessin ja metakognition tai reflektiivisen funktion muutosten tutkimusta metakognitiivisten valmiuksien tai mentalisaation näkökulmasta sen määrittämiseksi, missä määrin tätä voidaan pitää hoitotulosta ja oireilun vähenemistä välittävänä tekijänä. On myös mahdollista, että oireilun helpottuminen voisi vaikuttaa metakognitiota vahvistavasti tai että metakognition vahvistuminen olisi oireilusta ja hoitotuloksesta riippumaton erillinen tekijä.

Metakognitiivisten taitojen vahvistamiseen pyrkivät interventiot

Tulokset metakognitiivisten taitojen vahvistamiseen tähtäävien interventioiden osalta viittaavat siihen, että eri terapiasuuntauksista peräisin olevia interventioita on mahdollista integroida joustavasti nuoren epäbakaalle persoonallisuushäiriölle tyypillisiä käyttäytymispiirteitä omaavan potilaan psykoterapiaan. Lisäksi vaikuttaa siltä, että käytännössä varsin samantyyppisiä interventioita on mahdollista käsitteellistää teoreettisesti eri näkökulmasta.

Clarkin, Cain ja Livesley (2015) ovat todenneet, että näyttöön perustuvien hoitomallien suora soveltaminen persoonallisuushäiriöiden hoitoon sisältää useita ongelmia. Persoonallisuushäiriöiden sisällä on paljon heterogeenisyyttä myös tietyn diagnoosin sisällä, ja potilaiden yksilöllisyyden vuoksi he esittävät, että tarvitaan selvemmin yksilöllisesti räätälöityjä hoitoja tiukasti sovellettujen hoitomallien suoran soveltamisen sijaan. He toteavat myös, että DKT, MBT ja FTF ovat kaikki näyttöön perustuvia hoitoja epäbakaalle persoonallisuudelle, mutta emme tiedä, mikä elementti minkäkin hoidon taustalla on vaikuttava. Lisäksi jotkut ihmiset eivät hyödy tietystä hoitomallista lainkaan, ja Clarkinin ym. (2015) mukaan yksilöllisempi ja räätälöidympi hoito voisi tällaisessa tapauksessa tuottaa muutosta tehokkaammin. Tässä tutkimuksessa osoitettiin, että on mahdollista integroida

räätelöidysti ja tilanteeseen sopivasti erilaisia interventioita näistä ja muistakin näyttöön perustuvista hoitomalleista ja samalla tarkastella näitä interventioita teoreettisesti ehystä viitekehystä, joka tässä tapauksessa oli Semerarin ym. (2003) kehittämä ja Carcionen ym. (2009) eteenpäin kehittämään metakognitiiviseen malliin perustuva.

Tutkimuksissa on osoitettu, että eri psykoterapiasuuntauksia toteuttavat terapeutit saattavat kuitenkin käytännössä toimia varsin samalla tavalla (ks. esim. Ablon & Jones 1998, 2002), ja on todettu, että huolimatta terapiasuuntausten teoreettisista oletuksista terapian vaikuttavista tekijöistä meillä ei ole täsmällistä tietoa siitä, mitkä eri terapeuttien menetelmien ja hoitomallien vaikuttavat ja terapeutista muutosta välittävät tekijät ovat (Kazdin 2009). Tässä tutkimuksessa onkin pyritty tarkastelemaan onnistuneen vapaamuotoisen ja ei-manualisoidun integratiivisen psykoterapiaprosessin sisällä käytännössä käytettyjä psykoterapiatekniikoita. Goodmanin (2013) mukaan vaikuttaisi siltä, että keskenään hyvin erilaisten epävakaalle persoonallisuushäiriölle sopivien terapiamuotojen DKT:n ja TFP:n implisiittisenä tavoitteena olisi mentalisaatiokyvyn vahvistaminen. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaisi siltä, että varsin laaja kirjo eri terapiamuodoissa käytettäviä konkreettisia tekniikoita on mahdollista nähdä metakognition tai mentalisaatiokyvyn vahvistamiseen pyrkivinä.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin terapian tarkasteluun metakognitiivisen prosessoinnin ja mentalisaation näkökulmasta, ja interventioiden käsittely rajattiin interventioihin, joiden voidaan metakognitiivisen mallin näkökulmasta arvioida pyrkivän metakognition tai mentalisaation vahvistamiseen. Muut hoidon ensiarvoisen tärkeät osat, kuten esimerkiksi terapiasuhteen muodostaminen ja ylläpitäminen, eivät olleet tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena. Tämä rajaus on toisaalta myös ongelmallinen, koska ei varmastikaan ole yhdentekevää, millä tavalla ja millaisessa tilanteessa esitetyt interventioita käytetään. Esimerkiksi tutkitussa terapiaprosessissa tehokkaalta vaikuttava interventio saattaisi

toisen potilaan kanssa tai samankin potilaan kanssa toisessa tilanteessa, esimerkiksi terapiasuhteen katkostilanteessa toteutettuna, näyttää erilaiselta. Tämän tarkastelun perusteella ei myöskään ole mahdollista arvioida, olivatko käytetyt teoreettisesti perustellut interventiot oikeasti tehokkaita tai oliko jokin interventio muita tehokkaampi. Tarvittaisiinkin lisää toisaalta yksityiskohtaisempaa, toisaalta kokonaisvaltaisempaa onnistuneen epävakaita käyttäytymispiirteitä omaavien henkilöiden psykoterapiaprosessien tutkimista ja kuvaamista eri teoreettisista ja integratiivisista näkökulmista.

Tällä tutkimuksella on joitain metodologisia rajoitteita. Kyseessä on tapaustutkimus, jonka tuloksia ei voi suoraan yleistää koskemaan muita potilaita tai terapiaprosesseja. MAS-R-pisteytykset ovat saman henkilön arvioita, joka myös on toiminut tarkastellussa psykoterapiassa terapeuttina. Pisteytysten reliabiliteettia lisäisi, jos ne olisi tehty sokkona tietämättä, miltä terapiaistunnolta ne ovat. Lisäksi luotettavuutta lisäisi, jos arvioijia olisi useita ja arvioitsijoiden välinen reliabiliteetti voitaisiin laskea.

Kirjallisuus

- Ablon, J. Stuart & Jones, Enrico E.** (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71–83.
- Ablon, J. Stuart, & Jones, Enrico E.** (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 775–783.
- Allen, Jon G.; Fonagy, Peter & Bateman, Anthony W.** (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, Anthony W. & Fonagy, Peter** (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36–51.
- Bateman, Anthony W.; Ryle, Anthony; Fonagy, Peter & Kerr, Ian B.** (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *International Review of Psychiatry*, 19, 51–62

- Becker, Daniel F.; Grilo, Carlos M.; Edell, William S. & McGlashan, Thomas H.** (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042–2047.
- Carcione, Antonino; Dimaggio, Giancarlo; Conti, Laura; Fiore, Donatella; Nicolò, Giuseppe & Semerari, Antonio** (2009). *Metacognition Assessment Scale 2009-R*. Rome: Third Center of Cognitive Psychotherapy.
- Chanen, Andrew M.; Jackson, Henry J.; McGorry, Patrick D.; Allot, Kelly A.; Clarkson, Verity & Yuen, Hok Pan** (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526–541.
- Clarkin, John F.; Cain, Nicole & Livesley, John W.** (2015). An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 3–12.
- Clarkin, John F.; Yeomans, Frank, & Kernberg, Otto F.** (1999). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. New York: Wiley.
- Dimaggio, Giancarlo; Carcione, Antonino; Nicolò, Giuseppe; Conti, Laura; Fiore, Donatella; Pedone, Roberto; ... & Semerari, Antonio** (2009). Impaired decentration in personality disorder: A series of single cases analysed with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 450–462.
- Dimaggio, Giancarlo; Carcione, Antonino; Salvatore, Giampaolo; Nicolò, Giuseppe; Sisto, Antonella & Semerari, Antonio** (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 70–83.
- Dimaggio, Giancarlo; Montano, Antonella; Popolo, Raffaele & Salvatore, Giampalolo** (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders*. New York: Routledge.
- Dimaggio, Giancarlo; Semerari, Antonio; Carcione, Antonino; Nicolò, Giuseppe & Procacci, Michele** (2007). *Psychotherapy of personality disorders*. New York: Routledge.
- Fischer-Kern, Melitta; Doering, Stephan; Taubner, Svenja; Hörz, Susanne; Zimmermann, Johannes; Rentrop, Michael; ... & Buchheim, Peter** (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *British Journal of Psychiatry*, 207, 173–174.
- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony** (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4–21.
- Fonagy, Peter; Target Mary; Steele, Howard & Steele, Miriam** (1998). *Reflective-functioning manual version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College.
- Fossati, Andrea** (2014). *Borderline personality disorder in adolescence: Phenomenology and construct validity*. Teoksessa Sharp, Carla & Tackett, Jennifer T. (toim.), *Handbook of borderline personality disorder on children and adolescents*. New York: Springer.
- Goodman, Geoff** (2013). Is mentalization a common process in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions? *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 179–192.
- Gullestad, Frida Rø & Wilber, Theresa** (2011). Change in reflective functioning during psychotherapy – A single-case study. *Psychotherapy Research*, (21), 97–111.
- Gumley, Andrew** (2011). Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190, 72–78.
- Hayes, Steven C.; Strosahl, Kirk D. & Wilson, Kelly G.** (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kazdin Alan E.** (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 418–428.
- Kaufman, Joan; Birmaher, Boris; Brent, David; Rao, Uma; Flynn, Cynthia; Moreci, Paula; ... & Ryan, Neal** (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – present and life-time version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980–988.
- Levy, Kenneth N.; Clarkin, John F.; Yeomans, Frank E.; Scott, Lori N.; Wasserman, Rachel & Kernberg, Otto F.** (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481–501.
- Levy, Kenneth N.; Meehan, Kevin B.; Kelly, Kristen M.; Reynoso, Joseph S.; Clarkin, John F. & Kernberg, Otto F.** (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.

- Lieb, Klaus; Zanarini, Mary C.; Schmahl, Christian; Linehan, Marsha M. & Bohus, Martin** (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 456–461.
- Linehan, Marsha M.** (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261–276.
- Lord, Catherine; Rutter, Michael; DiLavore, Pamela C. & Risi, Susan** (1999). Autism Diagnostic Observation Schedule. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Miller, Alec L.; Muehlenkamp, Jennifer J. & Jacobson, Colleen M.** (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969–981.
- Perrella, Raffaella; Semerari, Antonio & Caviglia, Giorgio** (2013). Metacognition, borderline pathology and psychotherapeutic change: A single-case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 102–108.
- Ryle, Anthony; Poynton, Amanda M. & Brockman, Bee J.** (1990). *Cognitive-analytic therapy: Active participation in change: A new integration in brief psychotherapy*. Oxford: Wiley & Sons.
- Semerari, Antonio; Carcione, Antonino; Dimaggio, Giancarlo; Falcone, Maurizio; Nicolò, Giuseppe; Procacci, Michele & Alleva, Giorgio** (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238–261.
- Semerari, Antonio; Carcione, Antonino; Dimaggio, Giancarlo; Nicolò, Giuseppe; Pedone, Roberto & Procacci, Michele** (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690–710.
- Sharp, Carla & Fonagy, Peter** (2015). Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence: Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266–1288.
- Shrik, Stephen R, Kaver, Marc S. & Brown, Renee** (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 41, 17–24.
- Swenson, Charles R. & Choi-Kain, Lois W.** (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 199–217.
- Young, Jeffrey E.; Klosko, Janet S. & Weishaar, Marjorie E.** (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, Mary C.** (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 373–377.