



LAUREA

AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Skeematerapian menetelmät epä- vakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa: kirjallisuuskatsaus

Tony Jäkärä

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Skeematerapian menetelmät epävakaasta
persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan
osastohoidossa: kirjallisuuskatsaus**

Tony Jäkärä
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Sairaanhoitaja (AMK)

Tony Jäkärä

Skeematerapian menetelmät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa: kirjallisuuskatsaus

Vuosi

2018

Sivumäärä

56

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia skeematerapian menetelmiä jo julkaistussa kirjallisuudessa käytetään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden ympärivuorokautisessa osastohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastoa kehittämään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoitoa. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena yhteistyössä Jorvin sairaalassa sijaitsevan HUS/HYKS psykiatrian mielialahäiriöiden hoitoon keskittyvän osaston P2 kanssa.

Epävakaata persoonallisuushäiriötä on haastava oireyhtymä, joka heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä ja kuormittaa laajasti terveydenhuoltojärjestelmää. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle potilaalle on ominaista pitkäkestoinen tunteiden, identiteetin ja ihmissuhteiden epävakaas sekä impulsiivinen toiminta. Skeematerapia on alun perin persoonallisuushäiriöiden ja muiden pitkäkestoisten psyykkisten ongelmien hoitoon kehitetty terapiamuoto, jossa yhdistyvät kognitiivinen, behavioraalinen, kokemuksellinen ja vuorovaikutteinen työskentely.

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin kaksi tutkimusartikkelia, joista toinen sisälsi tulokset kolmesta osastohoitotutkimuksesta. Aineisto muodostuu siten neljästä erillisestä kontrollotomasta tutkimuksesta, jotka perusteellisen perehtymisen jälkeen analysoitiin induktiivisen sisällönanalysin avulla.

Aineiston perusteella epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoito skeematerapian menetelmin voidaan toteuttaa yksilöskeematerapiaa ja intensiivistä ryhmäskeematerapiaa yhdistelevällä toteutuksella tai ryhmäskeematerapian ja osaston tavanomaisen hoidon yhdistelmällä. Keskimääräiseksi osastohoitoajaksi saatiin 6-18 viikkoa. Skeematerapian menetelmiä sovellettiin ryhmäskeematerapiassa laaja-alaisesti psykoterapeutin ja psykologin toimenkuvii keskittyen. Hoidon vaikuttavuus oli tutkimusten alku- ja loppumittauksissa tilastollisesti merkittävää psyykkisissä yleisoireissa sekä epävakaan persoonallisuushäiriön oireissa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla selvittää, mitkä yksittäiset ryhmäskeematerapian menetelmät tai osa-alueet olisivat hyödyllisimpiä lyhyempikestoisen ja tapaamiskerroiltaan harvemman osastohoidon yhteydessä. Lisäksi voitaisiin selvittää miten osaston muu moniammatillinen henkilöstö voisi hyödyntää skeematerapian menetelmiä työssään.

Asiasanat: skeematerapia, epävakaata persoonallisuushäiriötä, osastohoito

Tony Jäkärä

Schema therapy methods in the inpatient care of borderline personality disorder: a literature review

Year	2018	Pages	56
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to define what kind of schema therapy methods are used in literature focusing on inpatient treatment of borderline personality disorder (BPD). The aim of this thesis is to aid the unit in developing the inpatient care of patients diagnosed with borderline personality disorder. This thesis is a literature review conducted in collaboration with Jorvi Hospital psychiatry ward P2 which focuses on treatment of mood disorders.

Borderline personality disorder (BPD) is a challenging syndrome which significantly weakens the patient's ability to function and places a wide range burden on the healthcare system. Borderline personality disorder is characterised with prolonged emotional, identical and interpersonal instability including impulsive behaviour. Schema therapy was originally developed for the treatment of personality disorders and chronic DSM Axis I disorders. It integrates cognitive, behavioural, experimental and interactional therapies.

In this literature review, two research articles were chosen as research data. One of the chosen articles presented the results of three inpatient studies. In total, the research data consisted of four independent studies which were analysed with inductive content analysis after meticulous familiarisation.

According to the research data, schema therapeutic inpatient treatment of patients with borderline personality disorder can be done by combining individual schema therapy and intensive group schema therapy or with an implementation that combines group schema therapy with an ongoing treatment in the unit. The average treatment time was between 6 and 18 weeks. Schema therapy interventions were used broadly with in group schema therapy by the psychotherapist and psychologist. The results show significant reduction in BPD specific symptoms and in global severity of psychopathology from pre- to post-treatment.

Future studies should define the most effective schema therapy interventions for shorter inpatient treatment with less therapy sessions. It would also be beneficial to define how the multidisciplinary team in the unit could use these interventions in their work.

Keywords: schema therapy, borderline personality disorder (BPD), inpatient care

Sisälllys

1	Johdanto	6
2	Epävakaata persoonallisuushäiriö	7
2.1	Yleisesti persoonallisuushäiriöistä ja diagnosoinnista.....	7
2.2	Esiintyvyys, oheissairastavuus, häiriön synty ja oirekuva	7
2.2.1	Tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeus	9
2.2.2	Käyttäytymisen säätelyn vaikeus.....	10
2.2.3	Ihmissuhteiden ja identiteetin säätelyn häiriö	11
2.2.4	Ajattelun ja havaintotoimintojen lyhytkestoiset häiriöt.....	12
2.3	Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito	12
3	Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoito	13
4	Skeematerapia	15
4.1	Skeema.....	16
4.2	Varhainen sopeutumista haittaava skeema	16
4.3	Haitalliset selviytymiskeinot	18
4.4	Skeemamoodi.....	18
4.5	Terapian tavoitteet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidossa	21
4.6	Ryhmämuotoinen skeematerapia	22
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite & tutkimuskysymys	23
6	Opinnäytetyön toteutus	23
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	23
6.2	Tiedonhaku	24
6.3	Aineiston analyysi.....	25
7	Tulokset	27
7.1	Skeematerapian menetelmät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa	27
7.1.1	Osastohoito	27
7.1.2	Yksilöskeematerapia	28
7.1.3	Ryhmäskeematerapia	29
8	Tulosten tarkastelu	33
9	Pohdinta ja johtopäätökset.....	38
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	40
9.2	Opinnäytetyön eettisyys	41
9.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	41
	Lähteet	43
	Liitteet	46

Johdanto

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito muodostaa tunnetusti merkittävän haasteen terveyden huollolle ja mielenterveystyön ammattilaisille. Tästä johtuen maailmalla käytössä olevista hyvistä ja potilaita auttavista menetelmistä olisi tarve saada lisätietoa. Skeematerapia on alun perin persoonallisuushäiriöiden ja muiden pitkäkestoisten psyykkisten ongelmien hoitoon kehitetty terapiamuoto (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, 94), jossa yhdistyvät kognitiivinen, behavioraalinen, kokemuksellinen ja vuorovaikutteinen työskentely (Lindeman, 2004). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia skeematerapian menetelmiä jo julkaistussa kirjallisuudessa käytetään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden ympärivuorokautisessa osastohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastoa kehittämään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ympärivuorokautista osastohoitoa.

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys on yleisväestössä arviolta 1-2 %. Amerikkalaisten tutkimusten mukaan psykiatrisista avohoitopotilaista 10% ja sairaalapotilaista jopa 20 % kärsii kyseisestä häiriöstä (Marttunen, Eronen & Henrikson 2017, 482). Epävakaa persoonallisuushäiriö on haastava oireyhtymä, joka heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä ja kuormittaa laajasti terveydenhuoltojärjestelmää. Häiriöön liittyy runsaasti psykiatrista ja somaattista oheissairastavuutta ja myös itsemurhariski on merkittävä. (Käypä hoito 2015.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle on ominaista pitkittynyt tunteiden, identiteetin ja ihmissuhteiden epävakaas sekä impulsiivinen toiminta (Koivisto & Korkeila 2016).

Epävakaata persoonallisuushäiriötä hoidetaan ensisijaisesti avohoidossa tai päiväsairaaloissa erilaisten psykoterapeuttisten hoitomenetelmien avulla, joita voidaan myös yhdistää muihin hoitomuotoihin. Sairaalahoittoa ei ensisijaisesti suositella epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohdalla, sillä siihen saattaa liittyä oireiden pahenemisen riski. (Käypä hoito 2015.) Sairaalahoitajaksojen kestoilla on myös taipumus pitkittyä ja uloskirjoitusten jälkeen riski pian toistuvalla uudella osastohoitajakson tarpeelle on kasvanut. Tästä huolimatta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat päätyvät osastohoitoon useammin kuin muista persoonallisuushäiriöistä kärsivät. (Siefert 2012, 502.)

Maailmalla käytävä keskustelu epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitomuodoista on vilkasta eikä parhaiten sopivista menetelmistä ole yksimielisyyttä. Skeematerapia on osoittautunut avohoidossa tehokkaaksi ja toimivaksi psykoterapeuttiseksi hoitomenetelmäksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille. Epäselvää on, pystytäänkö skeematerapian menetelmiä soveltamaan menestyksekkäästi myös ympärivuorokautisen osastohoidon yhteydessä. Tämä opinnäytetyö on tehty työelämän yhteistyöprojektina Laurea-ammattikorkeakoulun ja Jorvin sairaalassa sijaitsevan HUS/HYKS psykiatrian osasto P2:n kanssa, joka keskittyy hoitamaan mielialahäiriöistä kärsiviä potilaita.

1 Epävakaata persoonallisuushäiriö

1.1 Yleisesti persoonallisuushäiriöistä ja diagnosoinnista

Persoonallisuushäiriöt ovat merkittävästi kulttuuriympäristöstä poikkeavia käyttäytymismalleja. Ne ovat yleensä vakiintuneita, joustamattomia ja pitkäaikaisia käyttäytymistapoja. Tavallisesti ne myös tuottavat häiriöstä kärsiville ongelmia toimintakykyyn sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen. Yhteistä kaikille persoonallisuushäiriöille on käyttäytymisen ja persoonallisuuden häiriöt tunne-elämässä, ihmissuhteissa, impulssikontrollissa sekä tiedollisessa toiminnassa ilmeten ainakin kahdella edellä mainituista elämänalueista. Yleensä häiriökäyttäytyminen alkaa lapsuudessa, mutta jokin traumaattinen kokemus tai kriisi voi aiheuttaa sen alkamisen myös aikuisiässä. Persoonallisuushäiriöitä pidetään perinteisesti vaikeahoitoisina. (Kähkönen, Karila & Holmberg, 2013, 222-223.) Persoonallisuushäiriöiden luokittelu tehdään niissä esiintyvien hallitsevien käyttäytymismallien perusteella. Häiriötyypeissä esiintyy päällekkäisyyksiä joidenkin luonteenomaisten piirteiden suhteen, joten ne eivät ole täysin toisiaan pois sulkevia. (Marttunen ym. 2017, 473.)

Suomessa käytössä olevan ICD 10 -tautiluokituksen mukaan persoonallisuushäiriö määritetään kaksivaiheisesti. Tautiluokitus koostuu ensin yleisistä ja myöhemmin erityisistä kriteereistä. Epävakaan persoonallisuuden määrittämiseksi tulee persoonallisuushäiriön yleisten kriteerien ensin täytyä, jotta henkilön voidaan ylipäätään katsoa kärsivän persoonallisuushäiriöstä. ICD 10 -tautiluokitus käyttää epävakaasta persoonallisuushäiriöstä diagnoosinimikettä ”tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus”. Sen mukaan häiriöstä kärsivälle henkilölle on tyypillistä toimia hetken mielijohteesta ja harkitsematta seurauksia. Myös kyvyssä suunnitella asioita etukäteen on usein puutteita. Mieliala on luonteeltaan ennustamaton ja oikukas. Henkilö on altis tunteenpurkauksille ja kokee usein haasteita purkauksellisen käytöksensä kontrolloinnissa. Taipuvaisuus riitaisuuteen ja yhteentörmäykseen toisten kanssa on häiriöstä kärsivälle luonteenomaista, etenkin jos hänen hetken mielijohteitaan noudattavaa käytöstään hillitään tai estetään. ICD 10 -luokituksessa tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus jaotellaan impulsiiviseen häiriötyyppiin ja rajatilatyyppiin. (Koivisto ym. 2009, 13.)

1.2 Esiintyvyys, oheissairastavuus, häiriön synty ja oirekuva

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys on yleisväestössä arviolta 1-2 %. Amerikkalaisten tutkimusten mukaan psykiatrisista avohoitopotilaista 10% ja sairaalapotilaista jopa 20 % kärsii kyseisestä häiriöstä. (Marttunen ym. 2017, 482.) Esiintyvyys on runsainta nuorten aikuisten, naimattomien naisten, matalasti koulutettujen sekä pienituloisten keskuudessa (Käypä hoito 2015). Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä 75% ovat naisia (Korkeila 2007, 503).

Epävakaata persoonallisuushäiriö on haastava oireyhtymä, joka heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä ja kuormittaa laajasti terveydenhuoltojärjestelmää. Häiriöön liittyy runsaasti

psykiatrista ja somaattista oheissairastavuutta ja myös itsemurhariski on merkittävä. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä 70 %:lla esiintyy muita samanaikaisia häiriöitä, kuten esimerkiksi mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö, psykoottinen häiriö, somatisaatiohäiriö, ADHD, päihdehäiriö tai syömishäiriö. On myös arvioitu, että jopa 50%:lla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä on todennäköisesti myös jokin toinen persoonallisuushäiriö. (Käypä hoito 2015.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä kehittää altistavan negatiivisen emotionaalisuuden temperamenttiulottuvuuden ja akuutin sairausprosessin seurauksena (Korkeila 2007, 503). Biologisista tekijöistä ainakin serotoniiniaineenvaihdunnan häiriöt vaikuttaisivat olevan yhteydessä häiriölle tavanomaisiin impulsiivisiin ja vihamielisiin piirteisiin. Joidenkin potilaiden kohdalla häiriön syntyyn liittyvät myös neurologiset ja neurokognitiiviset häiriöt. (Marttunen ym. 2017, 482.) Epävakaan persoonallisuushäiriön ydinpiirteinä on tunne-elämän ailahtelevuus. Luontaisina prosesseina pidetyt persoonallisuuden muutokset (kuten iän myötä lisääntynyt tunne-elämän vakaus) näyttäisivät persoonallisuushäiriöiden yhteydessä tapahtuvan tavallista hitaammin. (Korkeila 2007, 503.)

Epävakaalla persoonallisuushäiriöllä on vahva periytyvyys (0,6-0,8), joskin traumaattiset elämäntapahtumat ja kiintymyssuhdekehitys ovat suuressa roolissa, sillä biologinen tausta herkityy ympäristön vaikutuksen seurauksena (Korkeila 2007, 503). Häiriöstä kärsivät ovat monesti pitkäaikaisesti altistuneet hankalille olosuhteille (Korkeila 2007, 503), kuten esimerkiksi lapsuudenajan puutteellinen tuki, emotionaalinen laiminlyönti, seksuaalinen hyväksikäyttö ja vanhempien vakavat mielenterveysongelmat (Marttunen ym. 2017, 482). Kuitenkin osalle pelkkä biologinen alttius vaikuttaisi riittävän häiriön syntyyn (Korkeila 2007, 503). Epäsuotuisat kasvuolot vaikeuttavat itsesääntelykyvyn kehittymistä, jolloin lapsi ei opi säätelemään tunteitaan ja ylläkkaitaan. Niillä on myös vaikutusta synnynnäisten temperamenttipiirteiden esiintymisen voimakkuuteen. (Koivisto ym. 2009, 43.) Yhtenä keskeisenä tekijänä epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiselle nähdään häiriintynyt lapsen ja vanhempien suhde, jonka seurauksena erityisesti erillistymis-yksilöitymiskehitys on häiriintynyt (Marttunen ym. 2017, 482).

Dialektisen terapian lähtökohtana toimiva biososiaalinen teoria esittää epävakaan persoonallisuushäiriön kehittyvän, kun emotionaalisesti haavoittuva lapsi kasvaa ympäristössä, joka ei mahdollista hänen herkkyytensä käsittelyyn tarvittavien tunteiden säätelyn taitojen oppimista. Tunteiden virhesäätelyn ajatellaan ensisijaisesti aiheuttavan myös häiriöön liittyvät muut ongelmat. (Holmberg & Kähkönen 2013, 226.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle on ominaista pitkittynyt tunteiden, identiteetin ja ihmissuhteiden epävakaus sekä impulsiivinen toiminta. Yksilötasolla henkilö kokee tois-

tuvasti voimakasta emotionaalista tuskaa, jonka kestäminen on hänelle vaikeaa. Sietämättömän tuskan kanssa yritetään tulla toimeen usein epätoivoisilla, impulsiivisilla ja itsetuhoisilla keinoilla. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän tunneherkkyyttä voidaan verrata palovammapotilaan vereslihalla oloon: on kuin suojaavan tunneihon puuttuminen saisi kaiken tuntumaan sietämättömän voimakkaana. Hyvin tavallisesti tunnetilan muutoksia laukaisevat ihmissuhteissa tapahtuvat asiat, jotka henkilö mieltää esimerkiksi hylkäämiseksi, torjunnaksi tai välittämisen puuttumiseksi. Häiriöstä kärsivät ovat usein myös erittäin herkkiä ympäröiville olosuhteille, joten esimerkiksi ulkoista turvaa tuottavien puitteiden muutokset voivat vaikuttaa voimakkaastikin henkilön hyvinvointiin. Intensiiviset tunnetilat kulminoituvat usein kriiseiksi, joita sävyttävät äärimmäinen psyykkinen tuska ja toivottomuus. Häiriön akuuttivaiheessa henkilö saattaa vaikuttaa kulkevan kriisistä toiseen. (Koivisto & Korkeila 2016.)

1.2.1 Tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeus

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän tunne-elämä vaihtelee voimakkaasti vihaisuuden ja ahdistuksen sekä masennuksen ja ahdistuksen välillä (Käypä hoito 2015). Tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeus on tämän hetkisen käsityksen mukaan ydinpiirre epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä. Häiriöstä kärsivän mielialaa kuvaa reaktiivisuus ja muutokset siinä ovat usein tiheästi toistuvia ja voimakkaita. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä erityisesti ihmissuhdetapahtumat voivat laukaista voimakasta tuskaisuutta. (Koivisto ym. 2009, 21.)

Häpeä on useiden psykoterapeuttien mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä keskeisimpiä tunteita ja lisäksi alttius kokea tyhjyyden tunnetta on tavallista (Koivisto ym. 2009, 23-24). Haasteena voi usein olla myös äärimmäinen vihaisuus, jonka ilmaisua on haasteellista säädellä. Viha saattaa ilmetä sarkasmina, katkeruutena tai verbaalisina hyökkäyksinä. Ajoittain raivoksi yltynyt tunnetila voi purkautua tavaroiden heittäjänä ja fyysisenä väkivaltaisuuksena. (Koivisto & Korkeila 2016.) Monien asiantuntijoiden mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän vihan tunteeseen liittyy sekä alikontrollointia että ylikontrollointia. Tunteiden ylikontrolloinnissa pyritään pikemminkin välttämään kaikki negatiivisina pidetyt emootiot. (Koivisto ym. 2009, 22-23.) Affektiivinen epävakaas vaikuttaisi olevan epävakaan persoonallisuushäiriön piirteistä kaikkein pitkäkestoisin. Tunteiden säätelyn vaikeus pohjautuu synnynnäiseen temperamenttiin, joka häiriöstä kärsivillä on luonteeltaan luultavimmin intensiivinen ja labiili. Erityisen tunteiden säätelyn häiriön ajatellaan muodostuvan synnynnäisen temperamentin ja ympäristötekijöiden mutkikkaan yhteisvaikutuksen seurauksena. (Koivisto ym. 2009, 21-22.)

Puhuttaessa tunteiden säätelyn häiriöstä tarkoitetaan yksilön - parhaista yrityksistä huolimatta esiintyvää - kyvyttömyyttä muuttaa tai säädellä tunteita käynnistävien emotionaalisten vihjeiden vastaanottoa, emotionaalista kokemusta sekä emotionien sanallista ja/tai sanatonta ilmaisua normatiivisissa oloissa. Kokonaisvaltaisessa tunteiden säätelyn häiriössä kyvyttömyys

ilmenee laajakirjoisten tunteiden, sopeutumisongelmien ja tilanteiden yhteydessä. Käytännössä tämä ilmenee muun muassa liiallisina tuskaisina tunnekokemuksina, kyvyttömyytenä säädellä voimakasta kiihtyneisyyttä, vaikeuksina kääntää huomio pois emotionaalisista viesteistä, kognitiivisina vääristyminä, tiedon käsittelyyn liittyvinä haasteina ja impulsiivisen käyttäytymisen säätelyn ongelmina. (Linnehan 2015, 6.)

Marsha Linnehan (1993) vertaa potilaan tunneherkkyyttä ”emotionaalisen ihon” puuttumiseen kolmannen asteen palovamman yhteydessä. Hän jakaa emotionaalisen haavoittuvuuden kolmeen tekijään, jotka saattavat havainnollistaa affektiivisen epävakauden ilmentymistä: 1) Herkkyyks tunneärsykeille. Tällä tarkoitetaan, että henkilö reagoi nopeasti pieniinkin emotionaalisiin ärsykkeisiin, kuten tapahtumiin jotka useimpia eivät häiritsisi ollenkaan. 2) Tunnereaktion intensiteetti. Emotionaalisella intensiteetillä viitataan tunnereaktioiden äärimmäisyyteen. Siinä missä vähemmän haavoittuva kokee esimerkiksi lievää harmistuneisuutta, saattaa haavoittuvammassa yksilössä herätä raivoa. 3) Hidastunut palautuminen perustasolle. Tavallisesti tunteet ovat lyhytkestoisia, kestäen sekunneista minuutteihin. Tunteista ja mielialoista tulee pidempikestoisia, jos ne aktivoivat kognitioita (kuten esimerkiksi ajatuksia ja uskomuksia) tai kokonaisvaltaisemmin erilaisia mielentiloja. Esimerkiksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä potilaalla saattaa pelon tunne nostaa pintaan traumamuistoja ja uskomuksia itsestään kelpaamattomana ja pahana. (Koivisto ym. 2009, 21-22.)

1.2.2 Käyttäytymisen säätelyn vaikeus

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien oirekuvaan kuuluu osaltaan taipumus impulsiiviseen tai aggressiiviseen käyttäytymiseen. Häiriöstä kärsivä henkilö ajautuu hetkellisestä tyydytystä tuottaviin toimintoihin, joiden seuraukset pidemmällä aikavälillä ovat ilmeisen haitallisia. Impulsiivinen toiminta voi ilmetä esimerkiksi päihteidenkäyttönä, harkitsemattomina seksisuhteina, ahmimisena tai itsensä viiltelynä. Impulsiivisuudessa on myös hyvin tavallisesti mukana itsetuhoisia piirteitä. Impulsiivisella käytöksellä pyritään usein tuottamaan positiivisia tunteita tai välttämään negatiivisten tunteiden kokeminen. (Koivisto ym. 2009, 24-25.) Vakavimmillaan impulsiivisuus saattaa vakavasti vaarantaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän fyysisen terveyden ja hengen. Usein se myös vaikeuttaa pitkän aikavälin tavoitteiden toteutumista. (Koivisto & Korkeila 2016.)

Toistuva itsetuhoinen käytös voi liittyä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän oirekuvaan. Toiminnallaan häiriöstä kärsivä pyrkii tavallisesti helpottamaan emotionaalista tuskansa. Laukaisevana tekijänä voi toimia esimerkiksi kokemus torjutuksi tulemisesta, erouhka tai koettu ympäristön vaatimustason nousu suhteessa yksilöön. Vaikkakin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän itsetuhoinen käytös ilmenee usein ilman varsinaista itsemurha-aikomusta, on itsemurhan riski häiriöstä kärsivällä merkittävä ja myös itsemurhat ovat yleisiä. (Koivisto & Korkeila 2016.)

1.2.3 Ihmissuhteiden ja identiteetin säätelyn häiriö

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmissuhteet ovat usein intensiivisiä ja epävakaita. Ihmissuhteita luonnehtii usein myös ihannoinnin ja vähättelyn vuorottelu. Anthony Batemanin ja Peter Fonagyn (2006) havaintojen mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä voisi ilmentää hyperaktiivinen / hypersensitiivinen kiintymyssuhdesysteemi, josta johtuva normaalin emotionaalisuuden etäisyyden puute tuottaisi kietoutuneilta ja takertuvilta vaikuttavia ihmissuhteita. Tästä herkästi aktivoituvasta kiintymyssuhdesysteemistä johtuen hyvin läheiset ja intensiiviset suhteet muihin muodostuvat myös epätavallisen nopeasti. (Ks. Koivisto ym. 2009, 26.) Ihmissuhteet voidaan kokea eri hetkinä hyvin erilaisin tavoin: esimerkiksi vaihteluna hyvántahtoisesta tukijasta aina pahantahtoiseen rankaisijaan tai hyljeksijään. Vaihtelun suhtautumisen voidaan yhdestä näkökulmasta tarkasteltuna nähdä olevan seurausta huonosti suuntautuneesta tai jäsentymättömästä kiintymyssuhteesta, joka erityisesti psyykkisen kuormituksen alla haasteellisesti aktivoituu. (Koivisto ym. 2009, 26-27). Äkilliset vaihdokset voivat johtua myös vahvasta tarpeesta saada kokea ainutkertaista välittämistä sekä kuvitteellisen ihannekuvan romahtamisesta, kun täydellistä välittämistä ei olekaan saatavilla. Lisäksi kokemukseen ihmissuhteesta vaikuttanee jatkuva hylkäämisen ja torjutuksi tulemisen ennakointi. (Koivisto & Korkeila 2016.) Intensiivisiin ja vaihtuviin ihmissuhteisiin liittyvät erotilanteet tuottavat tyypillisesti voimakasta ahdistusta, sillä osa häiriöstä kärsivän psyykkisistä toiminnoista perustuu vahvasti toisen henkilön läsnäoloon sekä tavoitettavuuteen (Ojala 2008, 145).

Hylätyksi tai torjutuksi tulemisen pelko on epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä yleistä. Hylkääminen mielletään usein seuraukseksi omasta pahuudesta. Yksin olo on monille vaikeaa, sillä yksin jäämiseen voi liittyä suunnaton turvattomuutta. Läheisissä ihmissuhteissa voi esiintyä epätoivon sävyttämiä yrityksiä estää hylkäämisen toteutuminen muun muassa tarkistelun, takertumisen tai anelemisen muodossa. Itsetuhoisen käyttäytyminen liittyy tavallisesti juuri hylätyksi tulemisen pelkoon. (Koivisto & Korkeila 2016.) Hylätyksi tulemisen pelon ajatellaan kehittyvän seurauksena turvattomasta kiintymyssuhteesta (Koivisto ym. 2009, 26).

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön saattaa liittyä identiteetin epävakaas. Identiteetillä tarkoitetaan pysyvää kokemusta itsestä, joka pysyy yhtenäisen samana jatkumona hetkestä toiseen. Identiteetin ollessa epävakaas käsitys itsestä, omista arvoista ja elämäntavoitteista voi vaihdella. Näistä vaihteluista johtuen työpaikoissa, uraan liittyvissä päämäärissä, seksuaalisessa suuntautumisessa, ystävissä ja ydinkokemuksessa itsestä ilmenee äkillisiä muutoksia. Minäkuvaan liittyy usein kokemus itsestä pahana ja ajoittain jopa itsen olemassaolo saattaa tuntua puuttuvan. (Koivisto & Korkeila 2016.) DSM-tautiluokituksen diagnostisena kriteerinä

identiteettihäiriö pohjautuu Otto Kernbergin rajatilapersonallisuusorganisaation identiteetti- fuusion käsitteeseen, jonka ajatellaan heijastavan yksilön haasteita yhdentää positiivisia ja negatiivisia sisäistettyjä mielikuvia (Koivisto ym. 2009, 27).

Vaikeudet ihmissuhteissa ja identiteetin säätelyssä liittyvät toisiinsa, sillä identiteetin erillis- tymis-yksilöitymiskehityksen häiriöstä johtuen saattaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän olla haasteellista erottaa muiden ihmisten kokemukset ja tunnetilat omistaan. Mui- den ihmisten tunnetilojen ja ajatusten tarttumisen lisäksi saatetaan kokea, että myös omat tunteet siirtyvät vastavuoroisesti toiseen. (Koivisto ym. 2009, 27.)

1.2.4 Ajattelun ja havaintotoimintojen lyhytkestoiset häiriöt

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän oirekuvaan voi emotionaalisen kuormituksen ai- kana sisältyä ohimeneviä dissosiativisia oireita tai vainoharhaista ajattelua. Dissosiaation yh- teydessä kyky yhdistellä omia ajatuksia, kokemuksia, tunteita ja muistoja yhtenäiseksi koko- naisuudeksi on estynyt. (Koivisto ym. 2009, 29.) Dissosiaatiohäiriön aikana kokemus itsestä ja ympäristöstä saattaa tuntua hetkellisesti vieraalta. Myös ajantaju ja muisti voivat tilapäisesti kadota. (Koivisto & Korkeila 2016.) Lyhytkestoiset kuulo- ja näköharhat ovat myös mahdolli- sia. Stressiin liittyviä hetkellisiä ajattelu- ja havaintotoimintojen häiriöitä on raportoitu esiin- tyvän epävakaan persoonallisuushäiriön yhteydessä jopa kolmella neljästä. Psykoosisairauk- sista poiketen ne ovat kuitenkin kestoltaan lyhytaikaisia. (Koivisto ym. 2009, 29.)

1.3 Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito

Epävakaan persoonallisuushäiriön ennustetta voidaan pitää jopa lupaavana, sillä kymmenen vuoden jälkeen potilaista ainoastaan pieni osa täyttää häiriön diagnostiset kriteerit. Potilai- den toimintakyky paranee kuitenkin muuta oireistoa hitaammin. Epävakaata persoonallisuus- häiriötä hoidetaan ensisijaisesti avohoidossa tai päiväsairaaloissa erilaisten psykoterapeuttis- ten hoitomenetelmien avulla, joita voidaan myös yhdistää muihin hoitomuotoihin. (Käypä hoito 2015.) Hoitomuotona psykoterapia koostuu terapeutin ja potilaan välisestä vuorovaiku- tuksesta, potilaan hoitoon sitoutumisesta ja osallistumisesta sekä psykoterapeutin myötäelä- misestä. Edellä mainituiden osa-alueiden toteutumisella on keskeinen merkitys hoidon vaikut- tavuuteen. (Leppänen 2015, 44.) Tyypillisesti häiriöstä kärsivälle tuottaa haasteita muodostaa pitkäjännteinen psykoterapeuttinen hoitosuhde ja potilas käyttää lyhytaikaisesti monien eri te- rapeuttien palveluita (Käypä hoito 2015).

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa tehokkaiksi todettuja kognitiivis-behavioraalisen terapiasuunatauksen psykoterapioita ovat dialektinen käyttäytymisterapia ja skeematerapia. Puolestaan psykodynaamisen terapiasuunatauksen psykoterapioista tehokkaiksi ovat osoittautu- neet mentalisaatioterapia ja transferenssikeskeinen psykoterapia. (Leppänen 2015, 44.) Ta-

vanomaiseen avohoidossa toteutettuun psykiatriseen hoitoon liitetty STEPPS-ohjelma (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) näyttäisi vaikuttavan laajasti häiriöstä kärsivien oireisiin ja toimintakykyyn (Käypä hoito 2015).

Pitkäkestoisen psykoterapian ja muun hoidon ohella lääkityksellä voidaan vaikuttaa erilaisten oireiden ilmenemiseen, joskaan sillä ei kohdennutusti epävakaata persoonallisuushäiriötä voida hoitaa. Lääkehoidolle saattaa olla tarvetta sekä akuuttien kriisitilanteiden yhteydessä että persoonallisuushäiriön kanssa samaan aikaan esiintyvien mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden oireiden lievittämisessä. Lääkehoidolla voidaan myös tavoitella epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvien keskeisten ja pitkäkestoisten piirreoireiden hallintaa. (Koivisto ym. 2009, 117.) Useiden erilaisten oireiden hillitseminen lääkkeillä voi johtaa epätarkoituksenmukaiseen polyfarmasiaan. Lisäksi lääkehoidon suunnittelussa tulee huomioida kasvanut riski lääkkeillä tehtävään itsemurhaan sekä itseä vahingoittavaan käytökseen, taipumus lääkeriippuvuuteen ja päihdeongelmat (Käypä hoito 2015).

2 Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoito

Vuonna 2015 julkaistun Epävakaasta persoonallisuus käypä hoito -suosituksen mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa ja päiväsairaloissa. Ympäri vuorokautista sairaalahoitoa voidaan käyttää tilanteissa, joissa esiintyy: akuuttia ja vakavaa itsemurhavaaraa, hallitsematonta psykoottista oireilua, toimintakykyä laskevaa dissosiaatio-oireilua, vaikeaa mielialahäiriötä ja vaikeaoireisen potilaan hallitsematonta päihteiden käyttöä. Krooniseen itsetuhoisuuteen liittyvän ilman todellista kuolemanaietta tehdyn lievän itsemurhayrityksen jälkeen sairaalahoidosta saattaa useimmiten olla enemmän haittaa kuin hyötyä. (Käypä hoito 2015.) Haitat muodostuvat muun muassa regressioalttiuden ja itsetuhokäyttäytymisen lisääntymisestä (Paris 2002, 740).

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kliinisen tilan heikentymisen ja erityisesti itselle vahingollisen toiminnan lisääntymisen vaaran vuoksi tulisi sairaalahoitojakson olla mahdollisimman strukturoitu, jolloin lisätuella ja kokemuksella ympäristön ennakoitavuudesta pystytään mahdollisesti kohentamaan potilaan vointia. Lyhyt kriisi-interventio osastolla yhdessä häiriöön erikoistuneeseen avohoidon jatkumon kanssa saattaa vähentää akuutisti itsetuhoisen ja masentuneen potilaan sairaalahoidon tarvetta seurannassa. (Käypä hoito 2015.) Vaikka sairaalahoidossa pyritään pääosin lyhyisiin jaksoihin, joudutaan ajoittain turvautumaan myös pidempiin osastohoitojaksoihin, mikäli potilaan monihäiriöisyys, vakava-asteinen itsetuhoisuus tai väkivaltaisuus sitä pitkittyessään vaatii (Koivisto ym. 2009, 198).

Vuonna 2008 julkaistu The Dutch multidisciplinary guidelines for personality disorders -suositus suosittelee lyhyiden sairaalaosastohoitojaksojen käyttöä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä

kärsivän potilaan hoidossa ja kriisitilanteen rauhoittamisessa. Maksimissaan 3 vrk:n kestoiset, hoitosuunnitelmiltaan selkeät ja maksimi määrältään rajoitetut lyhyet osastohoitojaksot ovat siten Hollannissa toistuvassa käytössä. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa, silloin kun kriisitilanne ei ole ajankohtaisesti aktiivisena. (ks. Helleman, Goossens, Kaasenbrood & Achterberg 2014, 66.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys ympärivuorokautisessa psykiatrisessa osastohoidossa on arvioitu olevan 20 - 40% välillä (Marttunen ym. 2017, 482; van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, & van Furth 2014, 9). Sairaalahoitajakson aikana on todennäköistä, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat kokevat haasteita (Siefert 2012, 502), jotka ilmenevät muun muassa samanlaisina vuorovaikutusongelmina, kuin potilaan muissakin ihmissuhteissa (Koivisto ym. 2009, 198). Osasto-olosuhteissa emotionaalisesti haavoittuvat ja vuorovaikutussuhteissaan herkäät potilaat löytävät itsensä tilanteesta, jossa ympäristö on uusi ja hoitohenkilöstö ennestään tuntematonta. Suhtautumista sairaalaan henkilöstöön voikin sävyttää epäileväisyys ja henkilöstö saatetaan nähdä etäisinä tai välttelevinä. Joskus myös potilas-henkilöstö vuorovaikutustilanteet saatetaan kokea emotionaalisesti mitätöivinä. (Siefert 2012, 503.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden pitkäkestoiset ongelmat eivät varsinaisesti kuulu sairaalassa hoidettaviksi. Tästä huolimatta sairaalahoitoon päädytään kuitenkin useammin kuin esimerkiksi muiden persoonallisuushäiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla. Myös sairaalahoitajaksojen kestoilla on taipumus pitkittyä ja uloskirjoitusten jälkeen riski pian toistuvalla uuden osastohoitojakson tarpeelle on kasvanut. Useista osastohoitokerroista huolimatta lyhyen osastohoitojakson hyödyt ovat kyseenalaisia. (Siefert 2012, 502.)

Sairaalahoidon aikana yksi hoitajien suurimmista haasteista on turvallisen ja tehokkaan hoidon tarjoaminen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle itsetuhoiselle potilaalle, joista yli 70 %:lla on taustallaan itsemurhayritys. Itsemurhariski edellyttää tarkemman seurannan ja toistuvien hoidollisten väliintulojen käyttöä, jotta potilas voidaan suojata omalta impulsiiviselta ja vastuuttomalta toiminnaltaan. (Bland, Tudor & Whitehouse 2007, 206-207.)

Itseä vahingoittava toiminta, kuten kudosten viiltely, polttaminen ja naarmuttaminen ovat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle potilaalle tyypillisiä (Roth & Pressé, 2003, 21-22). Yleensä toiminnalla tavoitellaan ahdistuneisuuden lievittymistä (Koivisto ym. 2009, 198). Tätä esiintyessä osastolla on hoitohenkilöstön tarpeen tarkkailla potilasta intensiivisemmin, mikä puolestaan voi kuormittaa osaston henkilöstöresursseja. Yksi epävakaan persoonallisuushäiriön tunnusmerkeistä on pyrkimys välttää kokemus hylätyksi tulemisesta - olkoon se sitten todellinen tai kuviteltu. Häiriöstä kärsivät saattavatkin valehdella hoitohenkilöstölle saadakseen huomioita tai hoivaa ja usein myös ajaudutaan erilaisiin valtataisteluihin. (Ritter & Platt

2016, 39.) Tavallisesti valtataistelut liittyvät sairaalahoidon päättämiseen, joka nostaa potilaissa esiin lisääntyntä tuskaisuutta (Siefert 2012, 504).

Häiriöstä kärsivälle potilaalle on sairaalahoidon aikana tyypillistä ympäristöä ja muiden potilaiden hoitoa häiritsevää käytös. Hoitohenkilöstön keskuudessa epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat herättävät usein toisistaan poikkeavia näkemyksiä suhteessa hoitotiloihin. Tämän on esitetty olevan seurausta potilaan ns. ”splitting” -puolustusmekanismista. (Ritter & Platt 2016, 39.) Halkominen eli ”splitting” tarkoittaa henkilöiden tai ilmiöiden näkemistä yksinkertaisesti hyvinä tai pahoina. Se on ilmentymä potilaan kyvyttömyydestä yhdistää mielikuvia kohteen turhauttavista ja tyydyttävistä ominaisuuksista toisiinsa nivoutuvaksi kokemukseksi. Toisin sanoen kielteiset ja myönteiset ominaisuudet eivät voi olla potilaan mielessä yhtä aikaa edustettuina. (Ojala 2008, 145.)

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvä potilaan krooninen tyhjyyden tunne aiheuttaa usein hoitajiin ripustautumista. Samaan aikaan hyvän hoitosuhteen muodostumista vältellään, johtuen sekä potilaan voimakkaista mielialan vaihteluista että aikaisemmista huonoista ihmissuhdekokemuksista. Potilaan intensiiviset tuntemukset hoitajaa kohtaan vaihtelevat ihannoinnista aina äkilliseen väheksyntään, etenkin jos potilas kokee, ettei häntä ymmärretä eikä hän saa tukea. Potilaan tunne-elämän epävakaus ilmenee sopimattomina ja intensiivisinä tunteenpurkauksina, jotka saattavat johtaa jopa fyysisiin yhteenottoihin osastolla. Tämä affektien voimakas vaihtelu asettaa haasteen turvalliselle hoidolliselle ympäristölle, jossa mielialan vaihteluita olisi mahdollista ilmaista vaarantamatta itseä tai muita. (ks. Bland ym. 2007, 207.)

Mielenterveystyössä olevilla ammattilaisilla on usein negatiivinen käsitys epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä potilaista ja heistä myös saatetaan puhua halventavasti. Potilaita pidetään monesti itsekkäinä ja manipulatiivisina ihmisinä. Negatiivinen asennoituminen tähän potilasryhmään on hoitamisen este, sillä se ruokkii entisestään potilaan epäterveitä piirteitä. (Young ym. 2012, 456.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat voivat vaikuttaa koko osaston moniammatilliseen tiimiin. Häiriöstä kärsivän potilaan dynaamisten tekijöiden ymmärtäminen auttaa henkilöstöä suunnitelmallisesti minimoimaan splitting-ilmiötä, tiedostamatonta käytöstä ja ei-toivottua vaikutusta muihin potilaisiin ja henkilökuntaan. Oikeanlaisella lisäkoulutuksella, tuella ja työnohjauksella voidaan hoitotyöhön liittyviä haasteita kuitenkin vähentää sekä saavuttaa suotuisia tuloksia niin potilaille kuin henkilöstöllekin. (Bland ym. 2007.)

3 Skeematerapia

Skeematerapia on syntynyt kognitiivisen psykoterapian piiristä, vaikkakin teoreettista näkökulmaa on laajennettu erityisesti kiintymyssuhdeteorian suuntaan (Koivisto ym. 2009, 94). Se

on integratiivinen psykoterapiasovellutus, jossa yhdistyvät kognitiivinen, behavioraalinen, kokemuksellinen ja vuorovaikutteinen työskentely (Lindeman, 2004). Yhdysvaltalainen Jeffrey Young on kehittänyt psykoterapiamallia 1980-luvulta alkaen varsinkin persoonallisuushäiriöiden sekä muiden pitkäkestoisten psyykkisten ongelmien hoitoon (Koivisto ym. 2009, 94).

3.1 Skeema

Psykologiassa skeeman käsitteellä on rikas historia. Yleisimmin sitä käytetään kuvaamaan kognitiivista kehitystä: skeema on malli, jonka lävitse havainnoidaan maailmaa tai kokemusta, ja pyritään helpottamaan niiden selittämistä itselle. (Young, Klosko & Weishaar 2012, 23.) Skeemalla tarkoitetaan mielen sisäistä mallia todellisesta maailmasta. Ihminen järjestää tietoa skeemoihin, joita myöhemmin käytetään uuden tiedon ymmärtämiseen. Skeema on sisäisesti järjestäytynyt muistirakenne, jonka tehtävänä on kiteyttää ja pelkistää valtaisa havainnoin saatua tietotulvaa sekä nopeuttaa tiedosta syntyviä johtopäätöksiä. Skeeman aktivoituessa aktivoituvat myös skeeman merkitykseen kytkeytyvät tunteet, fysiologiset reaktiot, käyttäytyminen ja motivaatio. (Holmberg & Kähkönen 2015, 81.)

Psykoterapeuttisen hoidon kannalta on olennaista, että lapsuuden ja nuoruuden aikana muodostuneet skeemat pysyvät aktiivisena ja kokemuksia säätelevinä vielä aikuisiälläkin, vaikka eivät enää edistäisikään sopeutumista parhaalla mahdollisella tavalla. Kyseessä on kognitiivinen konstinenssi eli tarve säilyttää vakiintunut minä- ja maailmankuva, vaikka ne olisivatkin vääristyneitä ja pirstoutuneita. Skeema voi olla luonteeltaan myönteinen tai kielteinen, adaptiivinen (sopeutumista edistävä) tai maladaptiivinen (sopeutumista haittaava). (Young ym. 2012, 34.)

3.2 Varhainen sopeutumista haittaava skeema

Jeffrey Young havaitsi 1990-luvulla, että erityisesti vahingollisten lapsuuskokemusten seurauksena kehittyneet skeemat saattavat liittyä persoonallisuushäiriöiden, lievempien luonnehäiriöiden ja pitkäaikaisten psyykkisten ongelmien ydinolemuksen. Young nimesi skeemat varhaisiksi maladaptiivisiksi skeemoiksi (Young ym. 2012, 34), joten puhuessaan ”skeemasta” Young ja hänen työtoverinsa tarkoittavat (EMS - early maladaptive schema) varhaista sopeutumista haittaavaa skeemaa (Karila 2013, 204). Young työtovereineen on tunnistanut 18 erillistä varhaista sopeutumista haittaavaa skeemaa (Liite 1), jotka voidaan koostaa viideksi laajemmaksi skeemakokonaisuudeksi: 1) irrallisuus ja hylkääminen, 2) heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen, 3) heikentyneet rajat, 4) muut-suuntautuneisuus sekä 5) ylivarovaisuus ja estyneisyys. (Karila 2013, 205.) Vahvimmat ja tuhoisimmat varhaiset sopeutumista haittaavat skeemat ovat: hylkääminen, kaltoinkohtelu, tunnevaje ja vajaavuus (Young ym. 2012, 35).

Varhaiset sopeutumista haittaavat skeemat ovat kehityksellisesti varhain rakentuneita, itseä mitätöiviä emotionaalisia ja kognitiivisia malleja, jotka toistuvat elämän aikana (Young ym.

2012, 35). Ne ovat aikuisiällä kertautuvia teemoja ja kuvioita, jotka sisältävät muistoja, tunteita, ajatuksia ja ruumiintuntemuksia, jotka liittyvät itseen tai vuorovaikutukseen muiden kanssa. Luonteeltaan ne ovat merkittävässä määrin haitallisia ja vaikuttavat voimakkaasti siihen, miten henkilö tuntee, ajattelee ja toimii suhteessa muihin. Haitallisuudestaan huolimatta varhaiset sopeutumista haittaavat skeemat tuntuvat potilaista tutuilta ja turvallisilta. Ne ovat ikään kuin elämän perustotuksia. (Karila 2013, 204.) Varhain kehittyneen luonteensa vuoksi potilaat ylläpitävät haitallisia skeemojaan sekä tietoisesti että tiedostamattaan (Lindeman 2004). Käyttäytyminen ei varsinaisesti kuulu osaksi skeeman määritelmää. Haitallinen käyttäytyminen syntyy pikemminkin reaktiona aktivoituneelle skeemalle. (Young ym. 2012, 35.)

Skeema vaikuttaa tiedonkäsittelyssä tarkkavaisuuden suuntaamiseen, havaitsemiseen ja muistista hakemiseen. Henkilö saattaa antaa luonteeltaan neutraaleille tapahtumille skeeman mukaisia merkityksiä. Näin skeeman valossa tehdyt päätelmät ja valikoiva huomion suuntaus toistuvasti vahvistavat ja ylläpitävät skeemaa. Esimerkiksi vahvan hylkäämisskeeman omaava uskoo, että lopulta hänet tullaan kuitenkin hylkäämään. Hän havaitsee herkästi ympäristössään pienetkin oletettuun hylkäykseen viittaavat merkit. Hän saattaa rekisteröidä vain skeemaa tukevan tiedon ja yhtäältä jättää huomioimatta skeeman vastaisen tiedon. Haitallisista skeemoista aiheutuva kärsimys on pitkäkestoista, koska skeemat jatkuvasti pitävät yllä itseään. (Koivisto ym. 2009, 98.)

Jotkut sopeutumista haittaavista skeemoista ovat ehdottomia kuten esimerkiksi vajaavuuden/häpeän skeema tai tunnevuorovaikutuksen puutteen (tunnevaje) skeema. Osa skeemoista puolestaan kehittyy ehdollisina, kun henkilö yrittää selviytyä ehdottomien skeemojen kanssa. Esimerkiksi vajaavuuden skeeman kanssa voidaan yrittää pärjätä hyväksynnän ja tunnustuksen hakemisen skeeman avulla. (Koivisto ym. 2009 97-98.)

Young työtovereineen on esittänyt näkemyksen, että varhaiset sopeutumista haittaavat skeemat syntyvät, kun lapsen varhaisiin emotionaalsiin ydintarpeisiin jätetään vastaamatta. Ydintarpeet perustuvat useisiin teorioihin ja skeematerapian kehittäjien omaan kliiniseen kokemukseen. Skeematerapian päämääränä on löytää potilaalle sopeutumista edistäviä keinoja vastata näihin ydintarpeisiin. Emotionaaliset ydintarpeet Youngin ym. mukaan ovat: 1) turvalliset kiintymyssuhteet muihin, 2) autonomisuus, pystyvyys ja identiteetti, 3) vapaus ilmaista perusteltuja tunteita ja tarpeita, 4) spontaanius ja leikki, 5) realistiset rajat ja itsehillintä. (Young ym. 2012, 37-38.)

Esimerkiksi lapsuudessaan liian vähän tunnetason huolenpitoa, ymmärrystä, ohjausta tai suojelua saaneelle potilaalle on kehittynyt tunnevajetta kuvaava varhainen sopeutumista haittaava skeema. Potilas kokee usein tyhjyyttä ja yksinäisyyttä, joista johtuen hän on vakuuttunut, ettei hänestä pidetä eikä häntä ymmärretä. Suojautuakseen näiltä kipeiltä tuntemuksilta

ja uskomuksilta hän pyrkii liioiteltuun itseriittoisuuteen suhteessa muihin ihmisiin. (Karila 2013, 204.)

3.3 Haitalliset selviytymiskeinot

Jo lapsuuden aikana lapselle kehittyy sopeutumista haittaavia reaktiotapoja ja selviytymiskeinoja, joiden avulla hän selviytyy sopeutumista haittaavien skeemojen virittämien voimakkaiden tunnekokemusten kanssa, ja samalla pyrkii sopeutumaan ympäröiviin olosuhteisiin. Selviytymiskeinot toimivat tiedostamattomasti ja ne palvelivat lapsuuden aikana terveenä sopeutumis- ja eloonjäämismekanismeina. (Young ym. 2012, 70-71.) Aikuisiässä ne muuttuvat kuitenkin sopeutumista haittaaviksi, koska ne vaikeuttavat haitallisiin skeemoihin liittyvien tunteiden kohtaamista. Lisäksi haitalliset selviytymiskeinot estävät henkilöä tavoittamasta asioita ja keinoja, joita tarvitaan hänen emotionaalisten ydintarpeidensa täyttämiseen. (Leppänen 2015, 54.)

Haitallisia selviytymiskeinoja on kolme: ylikompensointi, välttäminen ja antautuminen. Ne vastaavat kaikkien elollisten perusreaktioita vaaran uhatessa: taistelua, pakoa ja paikalleen jähmettymistä. Selviytymiskeinot mahdollistavat haitallisten skeemojen herättämän intensiivisen ja kivuliaan tunnetilan välttämisen, mutta haitallisia skeemoja ne eivät korjaa. (Leppänen 2015, 54.) Haitalliset selviytymiskeinot pitävät skeemaa yllä, vaikka olosuhteet henkilön elämässä muuttuvat aikuistumisen myötä ja näköpiirissä olisi enemmän vaihtoehtoja (Young ym. 2012, 71). Niistä tulee osa sopeutumista haittaavien skeemojen toistuvaa aktivoitumisprosessia, ja ne ylläpitävät näihin skeemoihin liittyviä vuorovaikutustapoja ja ihmissuhteita (Leppänen 2015, 54).

3.4 Skeemamoodi

Young ja hänen työtoverinsa ovat myöhemmin lisänneet skeematerapian käsitteisiin moodikäsitteen. Skeemamoodin käsite on kehittynyt epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden terapiatyössä, sillä heidän skeemansa, tunnetilansa ja selviytymiskeinonsa ovat liian rajattomia ja nopeasti vaihtuvia alkuperäiselle skeemamallille. (Young ym. 2012, 80.) Skeemamoodilla kuvataan kullakin hetkellä aktiivisesti vaikuttavia skeemoja sekä niihin liittyviä selviytymiskeinoja, jotka esiintyvät erilaisina kokemis-, ajattelu- ja tuntemistapoina sekä käyttäytymismalleina. Skeemamoodin käsitteellä tavoitetaan potilaan mielentila tässä ja nyt. (Koivisto ym. 2009, 98.) Skeemamoodit aktivoituvat usein tilanteissa, jotka potilas kokee vahvasti emotionaalisina (Farrel, Reiss & Shaw 2014, 8).

Skeemat ja selviytymiskeinot kerääntyvät yhteen henkilön minuuden osiksi. Osa skeemoista tai selviytymiskeinoista aktivoituu samanaikaisesti. Esimerkiksi haavoittuvan lapsen moodissa tunnetila on pelokas, hauras ja surullinen. Potilaan ollessa tässä moodissa voivat haavoittuvuuden, tunnevajeen ja hylkäämisen skeemat olla yhtäaikaisesti aktivoituneina. Suojautujan

moodia puolestaan luonnehtii emootioiden puute yhdistettynä korostuneeseen välttämiskäyt-
täytymiseen. Osa moodeista koostuu etupäässä skeemoista, jotkut moodit puolestaan ensisi-
jaisesti selviytymiskeinoista. (Young ym. 2012, 81.)

Tunnistettuja skeemamoodeja on kymmenen (Liite 2) ja ne on jaettu neljään kategoriaan seu-
raavasti: lapsimoodit, maladaptiiviset selviytymismoodit, maladaptiiviset vanhemman moodit
ja terveen aikuisen moodi. Lapsimoodien ajatellaan olevan sisäsyntyisiä ja universaaleja, joi-
hin kaikilla ihmisillä on syntyessään valmiudet. Tunnistetuttuja lapsimoodeja on neljä: 1) haa-
voittuva lapsi, 2) vihainen lapsi, 3) impulsiivinen tai kuriton lapsi ja 4) tyytyväinen lapsi. Ma-
ladaptiivisia selviytymismoodeja on kolme: 5) mukautuja, 6) suojautuja ja 7) ylikompensoija.
Haitalliset selviytymismoodit ovat yhteneväisiä kolmen selviytymiskeinon (antautuminen, vält-
täminen ja ylikompensointi) kanssa. Maladaptiivisia vanhemman moodeja on tunnistettu
kaksi: 8) rankaiseva vanhempi ja 9) vaativa vanhempi. Näissä moodeissa henkilö on sisäistänyt
oman vanhempansa. Rankaiseva vanhempi pyrkii rankaisemaan osaa henkilöllä esiintyvistä
lapsimoodeista ja vaativa vanhempi puolestaan toistuvasti painostaa lasta yltämään erityisiin
ja vaativiin suorituksiin. Kymmenes moodi on: 10) terve aikuinen, jota terapiassa pyritään eri-
tyisesti vahvistamaan. Myös tyytyväisen lapsen moodi edustaa potilaan tervettä puolta, jossa
haitalliset skeemat eivät aktivoidu. Kahdeksaa muuta moodia puolestaan pyritään muokka-
maan, hoitamaan ja parantamaan terapiaprosessin avulla. (Young ym. 2012, 83-84, 394.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä potilaalla voivat moodit aktivoitua ja vaihdella
toisikseen hyvinkin nopeasti (Koivisto ym. 2009, 105). Yksinkertaisin tapa tunnistaa moodi on
tutkia sen aikaan saamaa tunnetilaa, sillä jokaiseen moodiin liittyy sille ominainen affekti
(Young ym. 2012, 438). Jonkin moodin ollessa aktiivinen voivat muut moodit väistyä täysin
taka-alalle. Moodien ollessa vahvasti dissosioituneita potilaalla saattaa tietyssä moodissa olla
haasteellista edes muistaa muita moodeja ja niihin liittyviä tunnetiloja. Skeematerapiassa
dialogin ja yhteyksien luominen vaihtuvien ja irrallisten moodien välillä auttaa hiljalleen in-
tegroimaan mahdollisesti voimakkaastikin dissosioituneita moodeja. (Koivisto ym. 2009, 105).
Moodityöskentely on epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidossa keskeistä
(Young ym. 2012, 435-436).

Youngin ja hänen kumppaniensa (2012) mukaan epävakaassa persoonallisuushäiriössä on viisi
keskeisesti vaikuttavaa skeemamoodia:

Hylätyn (haavoittuvan) lapsen moodi on tyypillinen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kär-
sivälle potilaalle, jonka kokemukset nivoutuvat hylkäämisen ympärille (Young ym. 2012, 438).
Moodiin kiteytyy kärsimys potilaan ydinskeemoista. Hylätyn lapsen moodille on tyypillistä voi-
makkaan tuskan kokeminen, lohduton surullisuus, turvattomuus, alemmuus ja lapsenomai-
suus. (Koivisto ym. 2009, 106.) Potilaalla on pakkomielteen omainen tarve löytää itselleen

vanhemman korvike, joka huolehtii hänestä, ja hän tekee epätoivoisilta vaikuttavia tekoja estääkseen huolta pitävien ihmisten hylkäämistä itseään. Toisinaan kokemukset hylätyksi tulemisesta kasvavat jopa harhaisiin mittasuhteisiin. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ollessa hylätyn lapsen moodissa, pyrkii terapeutti auttamaan häntä emotionaalisten ydintarpeiden tunnistamisessa, hyväksymisessä ja tyydyttämisessä. (Young ym. 2012, 439). Tällöin terapeutti auttaa muun muassa vanhemmoinnin eli toisin sanoen validoinnin, aidon myönteisen palautteen ja lämminhenkisen suhtautumisen välityksellä viestimään potilaalle, että koetut tunteet ja tarpeet ovat tärkeitä ja hyväksyttäviä. (Koivisto ym. 2009, 106).

Vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodissa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas on raivostunut ja vaativa. Käytös on muita aliarvioivaa, manipulatiivista ja piittaamatonta, koska hänen emotionaalisia tarpeitaan ei ole kohdattu. Tämän moodin ollessa aktiivinen kiukun purkaminen on voimakasta ja rajatonta. Myös itsemurhalla uhkaaminen on tavanomaista. Vihainen ja impulsiivinen lapsi on oikeastaan hylätty lapsi, jonka emotionaaliset tarpeet eivät ole täyttyneet. (Karila 2013, 209.) Mielenterveystyön tekijät liittävät kaikkein tavallisimmin juuri vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivään potilaaseen, vaikka todellisuudessa se on häiriöstä kärsivillä harvinaisin moodi. Potilaat liukuvat tähän moodiin tuulettaakseen vihaansa ja pyrkivät impulsiivisella toiminnallaan saamaan emotionaalisille perustarpeilleen tyydytystä. (Young ym. 2012, 439-440.) Terapeutti antaa ensin vihaisen lapsen ilmaista vihaansa täysillä, minkä seurauksena potilas yleensä rauhoittuu hieman (Karila 2013, 209). Äärimmäisen tunnetilan laantumisen jälkeen oikea terapeutin lähestymistapa on asettaa rajoja sekä tutkia soveliaita ja rakentavia keinoja vihan ilmaisuun ja tarpeiden täyttymisen aikaansaamiseksi (Young ym. 2012, 440).

Rankaisevan vanhemman moodi rankaisee potilasta tämän toimiessa ”väärin”, kuten esimerkiksi ilmaisee tarpeitaan tai tunteitaan. Moodissa potilas on sisäistynyt joko toisen tai kumman vanhemmansa inhon, kaltoinkohtelun, vihan ja raivon. Viha kohdistuu itseän, sillä potilas on tuonut esiin normaaleja tarpeitaan, joita lapsuuden kasvuympäristössä ei saanut ilmaista. Moodin tunnistaa itseinhoista ja itsen kritisoinnista. Itseään vahingoittava toiminta, itsemurha-ajatukset ja itsetuhoinen käyttäytyminen ovat moodin aktivoituessa tavallisia. Potilas rankaisee itseään esimerkiksi viiltelemällä tai nälkiinnyttämällä ja puhuu itsestään ankaaraan ja syyttävään sävyyn. Rankaisevan vanhemman moodissa ei ole ainuttakaan potilasta hyödyttävää piirrettä ja se on hänelle kaikkein tuhoisin. Potilaan ollessa rankaisevan vanhemman moodissa, pyrkii terapeutti auttamaan vanhemman viestien torjumisessa sekä potilaan omanarvontunnon vahvistamisessa. Terapeutti tukee hylätyn lapsen emotionaalisia tarpeita ja pyrkii syrjäyttämään haitallisen vanhemman vaikutusta. (Young ym. 2012, 441-442.)

Suojautujan moodi piilottaa potilaan haavoittuvammat moodit taakseen ja pyrkii estämään niihin liittyvän tuskan kokemista. Tällöin henkilö vaikuttaa usein ”normaalilta”, vaikkakin mukautuu konemaisesti ja on passiivisen alistuvainen. Tunteiden välttämiskeinoina voi esiintyä

muun muassa addiktiivista itsen tyynnyttämistä, eristäytymistä muista ihmisistä, ajattelun ja tunteiden välttämistä. Toisaalta potilas saattaa addiktiivisella toiminnallaan tavoitella myös moodin liittyvän turtuneisuuden muuttamista. Moodin tunnistaa tunteiden puuttumisesta ja terapeuttisessa hoidossa on varottava sen vahvistamista. Skeematerapiassa pyritään edistämään tunteiden kokemista turruttamatta niitä ja rohkaistaan potilaan aitoa ja spontaanimpaa itsen ja tarpeiden ilmaisua ihmissuhteissa. (Koivisto ym. 2009, 107-108.) Kaikkein haastavimpia tapauksia lukuun ottamatta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat pysyttelevät valtaosan ajasta suojautujan moodissa, jolloin yhteys omiin tarpeisiin ja tunteisiin on poikennut (Young ym. 2012, 441, 453).

Terveen aikuisen moodi on minuuden terve ja aikuinen puoli, joka ikään kuin ”johtaa” muita moodeja. Terve aikuinen auttaa saamaan lapsen emotionaalisiin perustarpeisiin vastauksen. Potilaan terveen aikuisen moodin vahvistaminen on moodityöskentelyn ydintä, jonka avulla potilas oppii pärjäämään ja kykenee muuntamaan muita moodejaan. Terveen aikuisen moodi on vakavammista psyykkisistä oireista kärsivillä potilailla heikompi kuin toimintakykyisemmällä ja vähempioireisilla potilailla. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla tämä moodi on erityisen alikehittynyt, joten terapeutin tehtävänä on moodin vahvistaminen. Terve aikuinen suojelee, hoivaa ja vahvistaa haavoittunutta lasta. Se asettaa rajoja vihaiselle ja impulsiiviselle lapselle vastavuoroisuuden ja itsehallinnan kautta. Terve aikuinen myös vastustaa ja muuntaa sopeutumista haittaavia selviytymiskeinoja sekä haitallisia vanhemman moodeja. (Young ym. 2012, 399.)

Psykoterapiassa terveen aikuisen moodi alkaa vahvistua potilaan sisäistäessä terapeutin toimintatavan osaksi moodiaan. Aluksi moodin edustus tapahtuu terapeutin kautta aina, kun potilas ei siihen itse pysty. Näin tapahtuu esimerkiksi, kun potilas ei pysty taistelemaan rankaisevan vanhemman moodia ja hyökkää itseään vastaan puolustautumatta. Tällöin terapeutti asettuu vastustamaan rankaisevaa vanhempaa potilaan puolesta. Tilanteissa, joissa potilas kykenee itse vastustamaan rankaisevaa vanhemman moodia, ei terapeuttista interventiota tarvita. Tämän kaltaisen terapeutin toteuttaman vanhemmoinnin kautta potilas kykenee asteittain saamaan haltuunsa terveen aikuisen moodin. (Young ym. 2012, 399-400.)

3.5 Terapian tavoitteet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidossa

Skeematerapiassa epävakaan persoonallisuushäiriön ajatellaan kehittyvän, kun synnynnäiseltä temperamentiltaan intensiivisen ja ailahteleavan lapsen emotionaalisia ydintarpeita ei kohdata. Terapian ydintavoitteena onkin oppia tunnistamaan omat tunnetason tarpeet, luottaa niiden turvallisuuteen ja oppia niiden ilmaiseminen muille ihmisille, siten että se edistää sopeutumista. Lisäksi tavoitteena on skeemojen, skeemamoodien ja selviytymiskeinojen tunnistaminen ja ymmärtäminen oman lapsuus- ja nuoruusajan kehityksen pohjalta, edeten hiljalleen kohti niiden lievittymistä tai korjaantumista. (Koivisto ym. 2009, 102.)

Terapian ensimmäinen vaihe on liittoutumisen ja vakaantumisen vaihe. Tällöin potilas ja terapeutti muodostavat liittouman, joka pohjautuu turvallisen kiintymyssuhteen edistämiseen ja ”rajattuun vanhemmointiin” (limited reparenting). (Koivisto ym. 2009, 102-103.) Toinen vaihe on moodityöskentelyn vaihe, joka on epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan terapeutin hoidon ydintä (Young ym. 2012, 460). Terapeutti pyrkii edistämään potilaan tunteiden kokemista ja mallintaa vanhemmoinnin kautta terveen aikuisen moodia. Terveen aikuisen moodin asteittaisen kehittymisen seurauksena potilas oppii hiljalleen säätelemään tunnetilojaan ja heikentämään haitallisten skeemamoodien vaikutusta elämässään. Terapian onnistumisen ajatellaan riippuvan pitkälti suojautujan moodin ohittamisen, rankaisevan vanhemman moodin häädön ja hylätyn lapsen moodin tavoittamisen onnistumisesta. Terapian kolmas ja viimeinen vaihe keskittyy autonomian edistämiseen, jolloin terapiassa aikaansaattaa muutosta pyritään siirtämään potilaan arkielämään. (Koivisto ym. 2009, 102-104.)

3.6 Ryhmämuotoinen skeematerapia

Ryhmäskeematerapian malli noudattaa yhteneväistä teoreettista pohjaa yksilöskeematerapian kanssa. Myös hoidolliset tavoitteet ja terapeutin lähestymistavat ovat samoja. Skeematerapian terapeutit on mukautettu ryhmämuotoon sopiviksi ja muun muassa potilasmateriaaleja, kuten kotitehtäviä, harjoitteita ja esitteitä on saatavilla. Ryhmäskeematerapiassa esiintyviä ryhmän hoidollisia vaiheita ovat: 1) lähentyminen ja yhteenkuuluvuus, 2) ristiriitojen esiintyminen, 3) sisäisten normien muodostuminen ja 4) aktiivisesti työskentelevä ryhmä. Terapeutti vahvistaa ja edesauttaa aktiivisesti kulloinkin esiintyvien ryhmän vaiheiden kehittymistä, ylläpitoa tai ratkaisujen löytymistä. Rajojen asettaminen ja empaattinen konfrontaatio auttavat ryhmässä väistämättä esiin nousevien ristiriitojen ratkaisua toipumista ja kasvua edistävällä tavalla. Aktiivisen työskentelyn vaihe ryhmäskeematerapiassa vastaa yksilöskeematerapian viimeistä vaihetta, eli autonomian edistämisen vaihetta. Ryhmän siirtymistä aktiivisen työskentelyn vaiheeseen helpottaa, jos joillakin potilaista on jo alustava yhteys omaan terveen aikuisen moodiinsa. Aktiivisen työskentelyn vaiheen alussa terapeuttien on usein tarpeen johtaa toimintaa tai lainata ryhmän käyttöön omaa terveen aikuisen malliaan. Myöhemmässä vaiheessa on puolestaan tärkeää, että terapeutit pysyttelevät taka-alalla ja antavat potilaiden itse soveltaa omia terveen aikuisen taitojaan. Ryhmäterapiassa vaiheet eivät kehity lineaarisesti, vaan monesti on tarpeen palata lähentymisen ja yhteenkuuluvuuden tai ristiriitojen esiintymisen vaiheisiin. Tätä tapahtuu erityisesti ryhmässä esiintyvien haasteellisten tapahtumien tai vaikeiden elämäntilanteiden yhteydessä. (Farrell ym. 2014, 27.)

Ryhmä itsessään on merkityksellinen lähde jäsenten väliselle oppimiselle ja tarjoaa lisäksi monia mahdollisuuksia mallintamiselle ja välilliselle oppimiselle. Potilaat ovat muun muassa usein kuvanneet, kuinka ryhmän vertaisjäsenellä havainnoitu vihaisen lapsen moodille ominainen raivokohtaus on saanut heidät ymmärtämään kyseisen käytöksen vaikutukset toisiin ihmisiin ja motivoinut heitä itseään muutokseen. Skeematerapiaryhmä toimii tukea tarjoavana

perheenä ja edustaa monelle potilaista ensimmäistä tämänkaltaista kokemusta. Ryhmän sisällä vallitsevalla hyväksynnällä on emotionaalisen tasolla merkittävä terapeuttinen arvo haavoittuvan lapsen moodille. Ryhmässä voi lisäksi harjoitella terveempien ihmissuhteiden muodostamista ja ylläpitoa, rajojen kokeilemistä, kehittää vuorovaikutustaitoja ja opetella neuvottelua sekä tilanteiden ratkaisua, kun ryhmän jäsenten tarpeet poikkeavat toisistaan. Persoonallisuushäiriöissä suuri osa haasteista ilmenee ihmissuhteissa ja vuorovaikutuksessa, joten kyseiselle osa-alueelle painottaminen on perusteltua, jotta korjaavien emotionaalisten kokemusten luonti olisi mahdollista. (Farrel ym. 2014, 27-28.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite & tutkimuskysymys

Kuvailevana kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ympärivuorokautisessa osastohoidossa käytettäviä skeematerapian menetelmiä. Maailmalla käytävä keskustelu epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitomuodoista on vilkasta, ja parhaiten sopivista menetelmistä ei ole yksimielisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastoa kehittämään epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ympärivuorokautista osastohoitoa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä on:

Millaisia skeematerapiaan liittyviä menetelmiä käytetään epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jolla kootaan ja kuvaillaan aikaisempaa tutkimustietoa sekä tarkastellaan sitä jäsentyneesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus vastaa usein kysymykseen ”Mitä ilmiöstä tiedetään?”. Se voi myös selvittää, mistä ilmiön keskeiset käsitteet muodostuvat ja mitkä ovat niiden väliset suhteet. Tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää itsenäisesti tai osana isompaa tutkimusta. Se mahdollistaa tarkastelun ohjaamisen perustellusti tarkkoihin erityiskysymyksiin ja menetelmän toisena vahvuutena voidaan pitää sen argumentoituutta. Kritiikki puolestaan on kohdistunut tutkimusmenetelmän subjektiiviseen ja sattumanvaraiseen luonteeseen. (Kangasniemi, Pietilä, Utriainen, Jääskeläinen, Ahonen & Liikanen 2013.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat 1) tutkimuskysymys, 2) aineiston valinta, 3) kuvailun tuotto, 4) syntyneiden tulosten tarkastelu.

Tutkimuskysymys on kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa keskeinen tekijä, joka ohjaa koko tutkimusprosessia. Se ohjaa aineistonvalintaa, sillä aineiston valinnassa tarkastellaan jokaisen alkuperäistutkimuksen tutkimuskysymykseen vastaamista. Tutkimuksen aineisto muodostuu siis aiemmasta tutkimustiedosta, joka on tutkimusaiheen kannalta merkityksellistä. Useimmiten aineisto pyritään koostamaan viimeaikaisimmasta tutkimustiedosta, mutta tärkeimpänä kriteerinä on silti aineiston tarkoituksenmukaisuus suhteessa tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

Kuvailun rakentaminen on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin. Siinä harkitusti valitun aineiston laadullisella kuvailulla pyritään vastaamaan esitettyyn tutkimuskysymykseen ja tekemään uusia johtopäätöksiä. Kuvailussa pyritään yhdistämään ja analysoimaan sisältöä kriittisesti sekä syntetisoimaan eri tutkimuksien tietoa. Aiemmasta tutkimuksesta voidaan siis mahdollisesti tuottaa uusi tulkinta, joka ei kuitenkaan sisällä alkuperäisen tiedon muuttamista. Uusi tulkinta syntyy pikemminkin aiemman tiedon yhdistelystä eli toisin sanoen synteestistä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa synteesi luodaan tavallisesti erilaisia laadullisia analyysimenetelmiä käyttäen. Myös kuvailevien kvantitatiivisten menetelmien käyttö on mahdollista, jolloin pystytään esimerkiksi laskemaan erityisten teemojen tai sisällöllisten tekijöiden esiintyvyyttä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeisin vaihe on tulosten tarkastelu, joka sisältää myös pohdinnan sisällöllisistä ja menetelmällisistä tekijöistä sekä arvion tutkimuksen etiikkasta ja luotettavuudesta. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.)

5.2 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku tehtiin vuoden 2017 marras- ja joulukuun aikana kotimaisiin ja kansainvälisiin sähköisiin tietokantoihin. Haku toteutettiin Medic, Finna, Cinahl, Cochrane library, Elsevier (Science Direct), PubMed, Psycinfo ja Proquest central tietokantoihin. Luotettavuuden lisäämiseksi aineistohaku toistettiin ja tulokset varmistettiin kertaalleen. Aineistohaussa käytettiin apuna myös manuaalista hakua valikoitujen tutkimusten sisällysluetteloiden ja Google scholar -tietokantaa hyödyntäen, mutta se ei tuottanut kirjallisuuskatsauksen aineistoon lisää tutkimuksia.

Tutkimukseen hyväksyttiin ainoastaan tieteelliset julkaisut, kuten gradut, väitöskirjat, tutkimusartikkelit tai alkuperäistutkimukset. Aineiston tuoreudelle ei ollut ajallisia vaatimuksia, mutta sen kielenä tuli olla suomi tai englanti. Valitun aineiston tuli vastata aiemmin esitettyyn tutkimuskysymykseen, joskin päädyin laajentamaan tutkittavaa potilasryhmää hyväksymällä myös tutkimukset, joissa epävakaa persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneita potilaita oli tutkimuksen otoksesta (n) vähintään 75 prosenttia. Näin ollen tulokset voitiin oikeutetusti yleistää koskemaan opinnäytetyön aiheena olevaa epävakaa persoonallisuushäiriön diagnoosinimikettä. Ratkaisu oli perusteltavissa myös sillä, että laajentamalla hieman tutkittavaa potilasryhmää saatiin opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppanina toimivan osaston puitteita

ja profiilia mukaileva toteutusympäristö mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Opinnäytetyössä käytetyn aineiston tuli olla saatavilla ilmaiseksi.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> - Gradu, väitöskirja, tutkimusartikkeli tai alkuperäistutkimus - Tutkimuksen kielenä on suomi tai englanti - Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen ja tutkimuksen otoksesta(n) vähintään 75% on epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneita potilaita - Tutkimusartikkeli tai alkuperäistutkimus on saatavilla ilmaiseksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Gradu-tasoa alempi taso - Muun kuin suomen tai englannin kieliset tutkimukset -Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen / Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen, mutta tutkimuksen otos(n) sisältää alle 75 % epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneita potilaita - Maksulliset aineistot

Aineistonhaussa yhdisteltiin seuraavia sanoja ja sanapareja: epävakaa pers*, skeematerapia, ”borderline personality disorder”, ”schema therapy”, ”schema focussed therapy”, ja inpatient. Tarkemmin käytetyt rajaukset ja hakusanojen yhdistelmät on taulukoitu tietokannoitain erilliseen taulukkoon (Liite 3). Tulosten niukkuudesta johtuen sisäänottokriteereissä määriteltyjä rajoituksia ei käytetty kuin Cinahl, Psycinfo ja Proquest central -tietokantoihin ja silloinkin vain osittain.

Kokonaisuudessaan hakutuloksia saatiin sähköisistä tietokannoista 244 kappaletta, joista otsikon ja abstraktin perusteella hyväksyttiin 5 tutkimusta. Päällekkäisten tulosten poiston jälkeen luettiin kokonaisuudessaan 4 artikkelia, joista lopulliseen aineistoon valikoitui 2 tutkimusta. Toinen valikoituneista tutkimusartikkeleista oli kolmen pilottitutkimuksen yhteisjulkaisu, joten todellisuudessa opinnäytetyön aineisto muodostui neljästä erillisestä tutkimuksesta. Valikoituneet artikkelit oli julkaistu vuosina 2014 ja 2017. Manuaalisessa haussa käytiin läpi hyväksytyjen artikkeleiden sisällysluettelot, mutta ne johtivat ainoastaan saksankielisiin julkaisuihin tai skeematerapiamanuaalikirjojen lukuihin, eivätkä näin ollen lisänneet kirjallisuuskatsauksen aineistoa.

5.3 Aineiston analyysi

Laadullisella aineiston analyysillä pyritään informaatioarvon lisäämiseen, jolloin hajanaisesta aineistosta luodaan mielekäs, selkeä ja yhtenäinen kuvaus. Laadullinen analyysi mielletään monesti induktiiviseksi tai deduktiiviseksi analyysiksi. Edellä mainittu jako perustuu tulkintaan tutkimukseen sovelletusta päättelyn logiikasta; induktiivinen päättely etenee yksittäisestä yleiseen ja deduktiivinen päättely yleisestä yksittäiseen. Tieteellisesti tämän kahtiajaon käyt-

täminen on kuitenkin ongelmallista, sillä mahdollisuus ”puhtaaseen” induktioon voidaan asettaa kyseenalaiseksi. Uuden teorian luonti - perustuen vain ja ainoastaan havaintoihin - ei tämän ajatuksen mukaan ole mahdollista. Kahtiajaossa unohdetaan myös kokonaan kolmas teoreettisen päättelyn logiikka eli abduktiivinen päättely. Abduktiivisen päättelyn mukaan teorianmuodostus on mahdollista, kun havaintojen teko liitetään johonkin johtoajatukseen tai johtolankaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 95, 108.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusaineiston analyysimenetelmänä induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka Miles ja Huberman (1994) ovat karkeasti jakaneet kolmeen eri vaiheeseen: 1) aineiston pelkistäminen, 2) aineiston ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (ks. Sarajärvi & Tuomi 2009, 108-109). Aineiston pelkistämässä analysoitavasta aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimuskysymys, johon aineistosta etsitään vastauksia. Vastaukset voidaan merkitä esimerkiksi alleviivaamalla. Aineiston ryhmittelyn vaiheessa aineistosta poimitut vastaukset käydään pelkistämisen jälkeen tarkasti lävitse ja pyritään löytämään niistä yhteneväisyyksiä ja/tai eroavaisuuksia. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja muodostetaan alaluokiksi, jotka sitten nimetään alaluokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelun myötä aineisto tiivistyy; yksittäiset asiat/kuvaukset sisällytetään laajempiin käsitteisiin. Alaluokista muodostetaan edelleen samaa periaatetta käyttäen yläluokkia ja yläluokista pääluokkia. Ryhmittelyn voidaan katsoa olevan osa abstrahointiprosessia, jossa edetään alkuperäisen informaation käyttämisestä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Aineiston abstrahointia toteutetaan yhdistelemällä luokituksia, kunnes se aineiston sisällön näkökulmasta ei enää ole mahdollista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 109-111.)

Taulukko 2. Esimerkki tutkimusaineiston luokittelusta.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Rajattu vanhemmointi on ryhmäskeematerapian perusmenetelmä, jota sovellettiin kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan.	Rajattu vanhemmointi ryhmäskeematerapiassa	Ryhmäskeematerapia	Skeematerapian menetelmät epävaakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa
Intensiivisen ryhmäskeematerapian klassisen skeematerapian komponentissa keskitytään rajattuun vanhemmointiin.			
Skeemamoodi roolileikkejä, joissa näytettiin moodeja.	Draaman menetelmät ryhmäskeematerapiassa		
Skeemamoodi roolileikkejä, joissa arvioitiin moodeja toisissa.			

Ennen aineiston analysointia tutkimusaineisto luettiin perinpohjaisesti läpi useaan kertaan. Perusteellisen perehtymisen jälkeen aineistosta etsittiin tutkimuskysymykseen vastauksen antavat kohdat, jotka merkittiin alleviivauksin. Seuraavaksi saadut vastaukset pelkistettiin oleellista tietoa kuvaavaan muotoon ja listattiin taulukkoon. Ryhmittelyn vaiheessa samaa aihepiiriä kuvaavista asioista muodostettiin alaluokkia, jotka nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alaluokat ryhmiteltiin edelleen yläluokiksi, joista muodostettiin lopulta koko

aineistoa kuvaava pääluokka. Skeematerapian menetelmiä epävakaasta persoonallisuus häiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa kuvaavia yläluokkia aineistosta muodostui kolme. Sisällysluokituksen luokittelurunko kokonaisuudessaan on taulukoitu erillisenä dokumenttina (Liite 5).

6 Tulokset

Aineistosta nousi kohtalaisesti vastauksia tutkimuskysymykseen. Osastohoidon aikana yksilöskeematerapiassa ja/tai ryhmäskeematerapiassa käytetyt skeematerapian menetelmät pyrkivät epävakaan persoonallisuushäiriön skeematerapeuttisen ydinyymmärryksen mukaisesti vaikuttamaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan skeemamoodeihin. Tämä tapahtuu heikentämällä potilaan haitallisia skeemamoodeja ja vahvistamalla potilaan hyödyllisiä skeemamoodeja.

6.1 Skeematerapian menetelmät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa

Opinnäytetyön niminä toimiva ”Skeematerapian menetelmät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa” -pääluokka muodostettiin kirjallisuuskatsauksen aineistosta nousseista osastohoito-, yksilöskeematerapia-, ryhmäskeematerapia -yläluokista.

6.1.1 Osastohoito

Osastohoidon yläluokka muodostettiin aineistosta nousseiden skeematerapeuttisen osastohoidon sisältö, skeematerapeuttisen hoidon osastoympäristö ja skeematerapeuttisen osastohoidon kesto -alaluokista.

Skeematerapeuttisen osastohoidon sisältö koostuu aineistossa kahdesta erilaisesta toteutuksesta; yksilöskeematerapiaa ja ryhmäskeematerapiaa yhdistelevästä toteutuksesta sekä skeematerapeuttisesta näkökulmasta vain ryhmäskeematerapiaan keskittyvästä toteutuksesta. Shaw:n ja Farrell:n (2005-2008) pilottitutkimuksessa 1, Shaw:n ja Farrell:n (2008-2010) pilottitutkimuksessa 2 sekä Reiss:n ja Lieb:n (2008-2009) pilottitutkimuksessa 3 osastohoito-ohjelmat ovat ajallisesti rajattuja vaikean epävakaan persoonallisuushäiriön hoito-ohjelmia, jotka yhdistelevät yksilö- ja ryhmäskeematerapiaa. Ne ovat teoreettisesti yhteneväisiä skeematerapian epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomallin kanssa. Pilottitutkimukset käyttävät toteutuksessaan avohoidon ryhmäskeematerapian kehittäjien muokkaamaa ryhmäskeematerapian intensiivimallia, joka yhdistetään yksilöskeematerapian kanssa. Yhdistelmähoito on tarkoitettu vaikeasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kattavaksi osastohoito-ohjelmaksi. (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw & Farrell 2014, 355, 357, 358, 364-365.)

Nenadića, Lamberth ja Reiss (2017) toteuttivat vain ryhmäskematerapiaan keskittyvän osastohoitototeutuksen, jonka ryhmäskematerapian hoitointerventio on mukautettu 12-15 tapauksiskerran, aikarajoitteisen osastohoidon ja psykiatrisen subakuuttiosaston edellyttämiin helppomman toteutuksen tarpeisiin. Toteutuksen ryhmäskematerapiaohjelma on sovellettu palvelemaan osastokriisi-interventiota sekä lyhytaikaisen hoidon yksikköä. Ryhmäskematerapian ohella potilaat osallistuvat myös osaston tavanomaiseen hoitoon, joka sisältää 1-2 viikoittaista yksilötapaamista kognitiivisen käyttäytymisterapeutin kanssa, fysioterapiaa ja toimintaterapiaa sekä myös yleispsykiatrian psykoedukaatiota. (Nenadića, Lamberth & Reiss 2017, 10).

Skeematerapeuttisen hoidon osastoympäristö on pilottitutkimuksissa 1 & 2 epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoitoon erikoistunut 11 paikkainen hoitoyksikkö, jolla kaikilla potilailla on epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi. Pilottitutkimuksessa 3 osasto on 17 paikkainen yleispsykiatrian osasto, josta 8 potilaspaikkaa on osoitettu epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden skeematerapeuttisen osastohoito-ohjelman käyttöön. (Reiss ym. 2014, 360.) Pelkkään ryhmäskematerapeuttiseen hoitoon keskittyvässä osastohoitototeutuksessa hoito toteutetaan kriisi-interventioihin erikoistuneella yleispsykiatrian avoimella subakuuttiosastolla. Osaston potilaspaikkojen kokonaismäärää ei ole tiedossa, mutta skeematerapiaohjelman aloittamisen tavoitekokona on vähintään 5 asetetut kriteerit täyttävää potilasta. (Nenadića ym. 2017, 10.)

Skeematerapeuttisen osastohoidon kesto on pilottitutkimuksessa 1 aina 14 - 52:n viikon välillä. Keskimääräiseksi hoitoajaksi tutkimuksessa ilmoitetaan 18 viikkoa. Pilottitutkimuksessa 2 osastohoidon kesto on 12 viikkoa ja pilottitutkimuksessa 3 osastohoidon kestonä on 10 viikkoa. (Reiss ym. 2014, 360.) Subakuuttiosaston ryhmäskematerapeuttisessa osastohoito-ohjelmassa hoidon kestonä on 6-7 viikkoa (Nenadića ym. 2017, 10).

6.1.2 Yksilöskeematerapia

Osastolla toteutettavaa yksilöskeematerapiaa kuvataan aineistossa osastohoitototeutukseen sisältyvien viikoittaisten yksilöskeematerapiatuntien muodossa. Yksilöskeematerapian yläluokka muodostettiin siten yksilöskeematerapian määrät viikossa -alaluokasta.

Yksilöskeematerapian määrät viikossa ovat samaa luokkaa kaikissa vaikeasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoitoon suunnitelluissa osastohoito-ohjelmissä. Pilottitutkimuksessa 1 ja 2 yksilöskeematerapiaa annetaan potilaille 1 tunti viikossa. Pilottitutkimuksessa 3 potilaat saavat yksilöskeematerapiaa hieman aikaisempia tutkimuksia enemmän, sillä yksilöterapiän määrä on 1.5 tuntia viikossa. (Reiss ym. 2014, 358, 360, 364-365.)

6.1.3 Ryhmäskeematerapia

Osastolla toteutettavaa ryhmäskeematerapiaa kuvataan tutkimuksen aineistossa laajimmin. Ryhmäskeematerapian yläluokka muodostettiin: ryhmäskeematerapian määrät viikossa-, ryhmäskeematerapian toteuttavat terapeutit- ja 22 kappaleesta erilaisia ryhmäskeematerapiassa käytettävien menetelmien (kuten esimerkiksi kokemuksellinen työskentely ja psykoedukaatio) alaluokista.

Ryhmäskeematerapian määrät viikossa ovat lähes yhteneväisiä vaikeasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden skeematerapeuttisen osastohoidon pilottitutkimuksissa 1, 2 ja 3. Pilottitutkimuksessa 1 ja 2 osastohoito-ohjelmaan osallistuneet potilaat saavat ryhmäskeematerapiaa 8.5 tuntia viikossa. Pilottitutkimuksessa 3 potilaat osallistuvat ryhmäskeematerapiaan 8 tuntia viikossa. (Reiss ym. 2014, 358, 360, 364-365.) Skeematerapian näkökulmasta pelkkään ryhmäskeematerapiaan keskittyvässä osastohoito-ohjelmassa on terapiahoito-ohjelmaa lyhennetty vähintään 12:sta 45-50 minuutin tapaamiseen, jotka on jaettu 6-7 viikon ajalle. Koko hoidon aikana järjestetyistä tapaamisista 2-3 kappaletta ovat tuplaistuntoja. (Nenadića ym. 2017, 10.)

Ryhmäskeematerapian toteuttavat terapeutit koostuvat kirjallisuuskatsauksen aineistossa pääosin kahden terapeutin tiimistä, joskin yhdessä tutkimuksista ryhmäskeematerapian toteuttaa vain yksi terapeutti. Ryhmäskeematerapiassa tulisi lähtökohtaisesti kahden terapeutin tiimin työskennellä yhdessä ja jakaa huomionsa tasaisesti yksilöiden ja ryhmän välille (Reiss ym. 2014, 360). Ryhmäskeematerapia vain yhden terapeutin ohjaamana ei täytä ryhmäskeematerapialle asetettuja vaatimuksia (Reiss ym. 2014, 364). Pilottitutkimuksessa 1 ryhmäskeematerapian toteuttaa 2 terapeuttia, jotka ryhmäskeematerapian koulutustasoltaan ovat ryhmäterapiaohjelman kehittäjiä. Pilottitutkimuksessa 2 ryhmäskeematerapia on toteutettu vain yhden terapeutin vetämänä. Yksin toimiva terapeutti on ryhmäskeematerapian koulutustasoltaan ryhmäterapiaohjelman kehittäjä tai tämän kouluttama terapeutti. Pilottitutkimuksessa 3 ryhmäskeematerapian toteuttaa 2 terapeuttia, jotka koulutustasoltaan ovat skeematerapeutteja, ilman ryhmäskeematerapian erillistä koulutusta. (Reiss ym. 2014, 360.) Skeematerapian näkökulmasta ainoastaan ryhmäskeematerapiaan keskittyvässä osastohoito-ohjelmassa ryhmäskeematerapian toteuttaa 2 terapeuttia. Ryhmäskeematerapiaistuntoja johtaa psykiatri/psykoterapeutti, joka on myös ISST:n (The International Society of Schema Therapy) sertifioima skeematerapeutti ja skeematerapeuttikouluttaja. Hänen apulaisterapeutinaan toimii kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksen omaava psykologi. (Nenadića ym. 2017, 10.)

Ryhmäskeematerapian sääntöjen sopiminen toteutetaan pelkkään ryhmäterapiaan keskittyvän osastohoito-ohjelman esittelyosassa. Sääntöihin kuuluu muun muassa luottamuksellisuus ja kunnioittava käytös ryhmän muita jäseniä kohtaan. Lisäksi potilaat sitoutuvat osallistumaan

kaikkiin ryhmäskeematerapian istuntoihin sekä kotitehtävien tekemiseen. (Nenadića ym. 2017, 10.)

Psykoedukaatiota toteutetaan intensiivisen ryhmäskeematerapian skeematerapeuttisen ymmärryksen lisäämisen komponentissa, jossa luodaan yleisiä tavoitteita moodityöskentelyyn. Osastohoito-ohjelman mooditietoisuuden komponentissa on puolestaan tavoitteena tunnistaa, kun moodi on aktiivinen. (Reiss ym. 2014, 361.) Skeematerapeuttisesta näkökulmasta pelkään ryhmäskeematerapiaan keskittyvässä osastohoito-ohjelmassa skeemamoodimallin esittely sisältää mallin teorian esittelyn, joka toistuu myös myöhemmän syväluotaavan moodityöskentelyn aikana. Osastohoito-ohjelman viimeiset 2-3 istuntoa painottuvat skeemamoodityöskentelyn käyttöön myöhemmässä avohoidossa, keskittyen moodidynamiikan ymmärtämiseen ja potilaiden tietoisuuden lisäämiseen. (Nenadića ym. 2017, 10-11).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä käytetään psykiatrisella subakuuttiosastolla toteutetussa 12- 15 tapaamisen lyhyen aikavälin ryhmäskeematerapiaohjelmassa. Hoito-ohjelma sisältää kognitiivisen käyttäytymisterapian interventioita epävakaasta persoonallisuushäiriöstä tai C-ryhmän persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille (Nenadića ym. 2017, 9).

Kognitiivisia menetelmiä käytetään vaikeasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan intensiivisen ryhmäskeematerapian skeematerapeuttisen ymmärryksen lisäämisen komponentissa, jossa on tavoitteena selvittää, kuinka moodi koetaan suhteessa kognitioihin. Intensiivisen ryhmäskeematerapian kognitiivisen moodityöskentelyn komponentissa on tavoitteena selvittää moodeihin liittyvät kognitiiviset vääristymät ja löytää kognitiivisia vastalääkkeitä moodeille. Moodien hallintasuunnitelmissa kehitetään suunnitelmia vaihtoehdoiselle terveille toiminnalle, joka pystyy vastaamaan moodien taustalla piileviin emotionaalisiin tarpeisiin. (Reiss ym. 2014, 361.)

Behavioraalisia menetelmiä käytetään vaikeasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan intensiivisen ryhmäskeematerapian skeematerapeuttisen ymmärryksen lisäämisen komponentissa, jossa on tavoitteena selvittää, kuinka moodi koetaan suhteessa käyttäytymiseen. Aikaisemmin kehitettyjen moodien hallintasuunnitelmien mukaan toimiminen vie potilaan moodien hallintasuunnitelmat käytännön tasolle, jolloin vaihtoehdoisella terveellä toiminnalla vastataan moodin taustalla piileviin tarpeisiin. Moodikäyttämisen vaikutuksiin potilaan ihmissuhteissa keskitytään ryhmäterapien moodit vuorovaikutuksessa komponentissa, jossa myös opetellaan terveen aikuisen käytöksen tehokkaampaa käyttöä. (Reiss ym. 2014, 361.)

Kokemuksellinen työskentely on keskeisessä roolissa kummassakin tutkimukseeni kuuluvassa ryhmäskeematerapian osastohoitototeutuksessa. Psykiatrisella subakuuttiosastolla toteutettava 12- 15 tapaamisen lyhyen aikavälin ryhmäskeematerapiaohjelma sisältää kokemuksellisia

interventioita epävakasta persoonallisuushäiriöstä tai C-ryhmän persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille. Myös ohjelman varsinainen terapiavaihe pyrkii keskittymään kokemukselliseen ryhmätyöskentelyyn Farrell:n ja Shaw:n (2012) ”Group Schematherapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook” -ryhmäskeematerapiamanuaalin harjoituksia käyttäen. Esimerkiksi ”Effigy”(nukke) -kokemuksellisen harjoitteen avulla työstetään rankaisevien vanhempien moodeja. (Nenadića ym. 2017, 10-11.) Intensiivisen ryhmäskeematerapian toteutuksen kokemuksellisen moodityöskentelyn komponentissa on tavoitteena oppia kokemuksellisista moodien laukaisijoista sekä kehittää kokemuksellisia vastalääkkeitä moodeille (Reiss ym. 2014, 361).

Ryhmäskeematerapiaan painottuvassa osastohoitototeutuksessa kokemukselliseen mielikuva-työskentelyyn annetaan esittely ryhmäskeematerapian esittelyosassa. Mielikuvatyöskentelyä hyödynnetään ”turvakupla” -mielikuvaharjoitteessa, jonka avulla saadaan luotua potilaille turvallinen työympäristö. Lisäksi mielikuvatyöskentelyä käytetään myös ”verkko” -mielikuvaharjoitteessa, jonka tavoitteena on saavuttaa yhteenkuuluvuuden tunnetta ryhmän jäsenten välille. (Nenadića ym. 2017, 10.) Intensiivisen ryhmäskeematerapian klassisen skeematerapian komponentissa toisena keskeisenä menetelmänä ovat kokemukselliset tekniikat, joihin lukeutuvien mielikuvituksen uudelleenkirjoittamisen ja tuolitekniikoiden avulla kehitetään ja käytetään kokemuksellisia vastalääkkeitä toimimattomiin moodeihin sekä annetaan kokemuksellista tukea lapsimoodeille. (Reiss ym. 2014, 361.)

Draaman menetelmiä hyödynnetään ryhmäskeematerapian aikana skeemamoodiroolileikeissä, joissa potilaat näyttelevät erilaisia moodeja. Skeemamoodiroolileikkien aikana myös arvioidaan moodeja potilastovereissa. (Nenadića ym. 2017, 10-11.)

Tunteisiin liittyviä menetelmiä hyödynnetään intensiivisen ryhmäskeematerapian skeematerapeutin ymmärryksen lisäämisen komponentissa, jossa on tavoitteena selvittää, kuinka moodi koetaan suhteessa tunteisiin. Tunteisiin keskitytään osastohoito-ohjelmassa lisäksi myös ryhmäskeematerapian mooditietoisuuden komponentissa, jossa tavoitteena on oppia erottelemaan moodit toisistaan koettujen tuntemusten perusteella. (Reiss ym. 2014, 361.) Pelkkään ryhmäskeematerapiaan keskittyvässä osastohoitototeutuksessa tunteisiin liittyviä menetelmiä hyödynnetään varsinaisen terapeutin hoidon aikana, jolloin keskittymisen kohteena on emotionaalinen ryhmätyöskentely Farrell:n ja Shaw:n (2012) ”Group Schematherapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook” -ryhmäskeematerapiamanuaalin harjoituksia käyttäen. Lisäksi osastohoito-ohjelman viimeiset 2-3 istuntoa painottuvat skeemamoodityöskentelyn käyttöön myöhemmässä avohoidossa, keskittyen omien tunteiden ja tilojen leimaamiseen. Viimeisissä istunnoissa toteutetaan myös **avohoidon terapiaan valmentaminen**, jossa painotusalueena on aktiivisempaan muutosvaiheeseen siirtyminen, ajatellen myöhemmin avohoidossa toteutettavaa psykoterapiaa. (Nenadića ym. 2017, 10-11.)

Ryhmän jäsenten hyödyntämistä käytetään ryhmäskematerapiassa monin eri tavoin. Ryhmäskematerapia on käytännössä integratiivinen toteutus, joka yhdistelee prosessi- ja edukaatiivisten ryhmien näkökulmia hyödyntääkseen tarkoituksenmukaisesti yhteenkuuluvuuden tunnetta ja välillistä oppimista ryhmäterapeuttisena tekijänä (Reiss ym. 2014, 360). Ryhmäterapiaan osallistujien persoonallisuuden piirteiden samankaltaisuuden ja yksilöllisyyden painottaminen on ryhmäskematerapian perusmenetelmä, jota sovelletaan kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan. Jo skeemamoodimallin esittely sisältää ryhmän sisäistä keskustelua henkilökohtaisista esimerkeistä ja myös myöhemässä syväluotaavammassa moodityöskentelyssä ryhmäläiset jakavat henkilökohtaisia esimerkkejään ja keskustelevat moodien välisistä eroista. (Nenadića ym. 2017, 10-11.) Intensiivisen ryhmäskematerapian henkilöiden välisessä skeematerapiassa keskitytään potilaiden kokemuksiin moodeihin ryhmässä sekä ryhmän sisäiseen vuorovaikutukseen (Reiss ym. 2014, 361).

Intensiivisen ryhmäskematerapian yhtenä osa-alueena on potilaiden **ihmissuhteisiin keskittyminen**. Ihmissuhteita työstetään intensiivisen ryhmäskematerapian moodit vuorovaikutuksessa komponentissa, jossa paneudutaan moodikäyttäytymisen vaikutuksiin potilaan ihmissuhteissa (Reiss ym. 2014, 361).

Terapeutin **rajattu vanhemmointi** on ryhmäskematerapian perusmenetelmä, jota sovelletaan osastohoito-ohjelmassa kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan (Nenadića ym. 2017, 10). Myös intensiivisen ryhmäskematerapian klassisen skeematerapian komponentissa keskitytään rajattuun vanhemmointiin terapeuttisena menetelmänä (Reiss ym. 2014, 361). **Rajattu terapeutin ”self disclosure”** on ryhmäskematerapian perusmenetelmä, jota sovelletaan kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan. Menetelmä sisältää esimerkiksi terapeutin selittävien esimerkkien käyttöä moodityöskentelyistuntojen aikana. Ryhmäskematerapian perusmenetelmiin lukeutuu myös **transitionaalisten objektien käyttö**, jota sovelletaan kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan. Ryhmäskematerapiassa transitionaalisen objektina käytetään esimerkiksi ryhmän yhteenkuuluvuuden luomista ja painottamista kokemuksellisenä komponenttina. (Nenadića ym. 2017, 11.)

Terveen aikuisen moodin ja iloisen lapsen moodin työstämistä toteutetaan intensiivisen ryhmäskematerapian sopeutumista edistävien moodien kehittämisen komponentissa, jossa havainnoidaan potilaan kykyä päästä terveeseen aikuisen- ja iloisen lapsen moodiin. Moodien tavoittamisen seurauksena potilas kykenee suorittamaan viikon moodiin liittyvän erityisen skeematerapiatavoitteensa. Terveen aikuisen moodin tehokkaampaa käyttöä opitaan myös intensiivisen ryhmäskematerapian moodit vuorovaikutuksessa komponentissa. (Reiss ym. 2014, 361.) Pelkkään ryhmäskematerapiaan keskittyvässä osastohoito-ohjelmassa iloisen lapsen moodin käytännöllisillä harjoitteilla ja kotitehtävillä lisätään potilaan tietoisuutta ja sisällytetään iloisen lapsen aktivointia ja kokemista potilaan arkiympäristössä. Lisäksi tässä toteutuk-

sessä potilaille annetaan jo skeemamoodimallin esittelyn yhteydessä kotitehtäviä terveen aikuisen moodille ja iloisen lapsen moodille. Skeemamoodimallin esittelyn yhteydessä potilaat saavat kotitehtäviä myös haitallisille moodeille, kuten **haavoittuvan lapsen moodi, vihaisen lapsen moodi, rankaisevan vanhemman moodi** ja **selviytymismoodit**. Tehtävien hyödyntämistä jatketaan myöhemmässä syväluotaavassa moodityöskentelyssä, johon sisältyy itsenäistä **moodityöskentelyä kotitehtävien avulla**. (Nenadića ym. 2017, 10.)

Intensiivisessä ryhmäskeematerapiassa yhtenä työskentelyn osa-alueena on **moodien taustalla piileviin tarpeisiin keskittyminen**. Työskentely kuuluu moodien hallintasuunnitelmat -komponenttiin, jossa potilaiden tehtävänä on kehittää suunnitelmia vaihtoehdoiselle terveelle toiminnalle, joka vastaisi moodien taustalla piileviin tarpeisiin. Suunnitelmien luomisen jälkeen potilaiden tehtävänä on suunnitelmiensa toteuttaminen. (Reiss ym. 2014, 361.)

7 Tulosten tarkastelu

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita voidaan aineistoon kuuluvien tutkimusten mukaan hoitaa kahdella erilaisella skeematerapeuttisella osastohoitototeutuksella. Shaw ja Farrell (2005 - 2008 & 2008 - 2010) sekä Reiss ja Lieb (2008 - 2009) pilottitutkimuksissa potilaita hoidetaan yksilöskeematerapiaa ja intensiivistä ryhmäskeematerapiaa yhdistelevällä osastohoitototeutuksella. Osastoympäristönä voidaan tällöin käyttää epävakaaseen persoonallisuushäiriöön erikoistunutta hoitoyksikköä tai yleispsykiatrian osastoa, josta osa potilaspai-koista on varattu skeematerapeuttisen hoito-ohjelman käyttöön. Kyseisissä osastohoitototeutuksissa keskimääräinen hoitoaika on 10-18 viikkoa. (Reiss ym. 2014.) Nenadića, Lamberth & Reiss (2017) tutkimuksessa osastohoito koostuu ryhmäskeematerapian ja osaston tavanomaisen hoidon yhdistelmästä kriisi-interventioihin erikoistuneella yleispsykiatrian avoimella subakuuttiosastolla, jossa hoitoaikana on 6-7 viikkoa. (Nenadića ym. 2017.) Psykiatrisessa hoidossa ”subakuutti” tarkoittaa akuuttihoitoa astetta alemmaa hoitotasoa, jossa hoitoajat ovat yleensä pidempiä (Thomas & Rickwood 2013, 1140).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ympärivuorokautisessa osastohoidossa käytettäviä skeematerapian menetelmiä, joita aineistosta nousee erityisesti ryhmäskeematerapian osalta. Yksilöskeematerapiaa on aineistossa kuvattu vain terapiaistuntojen viikoittaisissa tuntimäärissä. Ryhmäskeematerapiassa käytetyt menetelmät jäävät aineistossa varsin abstraktille/yleiselle tasolle. Alkuperäistutkimuksissa lukijaa ohjataankin tarkemman kuvauksen suhteen kääntymään Farrell ja Shaw (2012, 2013) ja Farrell, Reiss & Shaw (2014) ryhmäskeematerapia manuaaleihin, joissa skeematerapian menetelmät on esitelty yksityiskohtaisemmin:

Skeematerapeuttinen hoito alkaa psykoedukaatiolla, joka keskittyy skeematerapiamalliin ja selittämään sen mukaisesti psyykkisiä ongelmia sekä niiden hoitoa. Tämä tehdään potilaille ymmärrettävällä kielellä, jolla terapeutit ja potilaat pystyvät kommunikoimaan keskenään. Tiedon saaminen on potilaille voimaannuttavaa ja edesauttaa yhteistyön syntymistä. (Farrell ym. 2014, 28.) Hoidon alussa potilaiden on tarpeen oppia skeematerapian keskeiset käsitteet, kuten esimerkiksi sopeutumista haittaava skeema ja skeemamoodi, sekä niiden seurauksena syntyvät ongelmat skeematerapian termein. Skeematerapeuttisen psykoedukaation toteuttamista voidaan helpottaa potilasmateriaaleilla, jotka sisältävät jaettavia monisteita ja harjoitteita. Materiaalit on suunniteltu sekä ryhmäterapiaistuntoihin että kotitehtäviin. Intensiivisessä ryhmäskeematerapiassa psykoedukaatiota toteutetaan 1 tunti päivässä ensimmäisen viikon ajan. Kevyemmissä toteutuksissa ehdotetaan, että psykoedukaatioistuntoja toteutetaan vähintään kaksi kappaletta, ennen skeematerapian muihin menetelmiin siirtymistä. Tavallisesti psykoedukaation jälkeen aletaan työstämään potilaiden haitallisia selviytymismodeja. (Farrell ym. 2014, 70.)

Yksinkertaistettuna kognitiiviset tekniikat hyödyntävät potilaiden ajattelua ja järkeilyä (Farrell ym. 2014, 90). Kognitiivisessa työskentelyssä potilaiden kanssa arvioidaan moodien hallitsemien reaktioiden tehokkuutta saavuttaa heidän tarpeisiinsa vastaus sekä luodaan ja arvioidaan vaihtoehtoisia toimintasuunnitelmia, joita kutsutaan moodien hallintasuunnitelmiksi. Tässä yhteydessä työstetään kaikki muutosta vastustavat tekijät, kuten esimerkiksi uskomukset ja toiminnot, jotka ylläpitävät sopeutumista haittaavaa moodikäyttäytymistä. (Farrell ym. 2014, 29.) Ryhmäskeematerapian keskeisiin kognitiivisiin tekniikoihin kuuluvat: hyöty- ja haittalistojen tekeminen, joissa pohditaan mitä etua ja mitä haittaa kulloinkin aktiivisena olevassa moodissa on. Moodien ylläpitoon liittyvien kognitiivisten vääristymien selvittäminen (kuten esimerkiksi kaikki tai ei mitään -ajattelu, katastrofiajattelu ja ajatustenlukeminen). Moodialogit eri moodien välillä, joita ryhmäterapiassa esittävät potilaan kanssa vertaiset tai terapeutit, ja yksilöterapiassa potilas näyttölee tyhjän tuolin tekniikalla moodit itse. Moodi muistutuskortit, jotka sisältävät esimerkiksi potilaalle hyödyllisiä tekniikoita ja suunnitelmia matkalla muutokseen. Moodien tarkkailussa potilas pitää kirjaa tilanteista ja hetkistä, joissa huomaa jonkin moodeistaan nousevan pintaan. (Farrell ym. 2014, 90, 167.)

Skeematerapiassa merkittävin muutos syntyy kokemuksellisen työskentelyn välityksellä, jolloin siirrytään älyllisen tason tietämisestä emotionaaliseen uskomiseen: skeemojen mukainen totuus ei pidä paikkaansa. Runsaiden toistojen avulla kognitiivisilla ja behavioraalisilla menetelmillä saavutetaan pienimuotoisia muutoksia. Kokemuksellisten työtapojen kautta saavutettavat isommat muutokset perustuvat syvemmän tason eheyttäviin emotionaalisiin kokemuksiin. Niissä hyödynnetään potilaan inhimillistä kykyä prosessoida tietoa syvemmin, kun affektit ovat läsnä. (Young ym. 2012, 171.)

Ryhäskeematerapian kokemuksellinen moodityöskentely pitää sisällään visuaalisia mielikuvaharjoituksia, mielikuvituksellista uudelleenkirjoitusta, moodialogeja, moodiroolileikkejä ja luovaa työtä, jolla symboloidaan positiivisia kokemuksia (Farrell ym. 2014, 29). Ryhäskeematerapiassa potilaiden halutaan olevan tietoisia haitallisten moodien taustalla olevista ”alkujuuri” kokemuksista. Tällöin terveen aikuisen moodin on mahdollista valmistaa psykologisia ”vastalääkkeitä”: rauhoittavia ja lohduttavia kokemuksia sisäiselle lapselle, joiden myötä eheytyminen ja eteneminen terveempään ja onnellisempaan elämään on mahdollista. (Farrell ym. 2014, 90.)

Turvakupla mielikuvaharjoitteessa potilaita pyydetään rentoutumaan hengityksen avulla ja kuvittelemaan ympärilleen ”maaginen turvakupla”, joka suojaa koko ryhmää. Harjoitus sopii skeematerapian kehitykselliseen lähestymiseen, joka ehdottaa, että turvan ja suojeluksen pitäisi pohjimmiltaan tulla terapeuteilta. (Farrell ym. 2014, 67.) Ryhmää yhdistävässä verkko-harjoitteessa muodostetaan piiri, johon myös ryhmäterapeutit kuuluvat. Piirissä heitellään lankakerää siten, että lanka muodostaa lopulta yhteyden ringin jokaisen jäsenen välillä. Aina ennen seuraavalle heittoa esittäytytään ja kerrotaan missä tehtävässä ryhmässä toimii (potilaat kertovat mistä ovat kotoisin). Tämän jälkeen muodostetaan samasta lankakerästä vielä toinen yhteys antamalla se aina ringissä seuraavana olevalle ja esittäytytään uudestaan. Potilaita pyydetään tallentamaan mielikuviinsa ”kuva” syntyneistä yhteyksistä ja painotetaan heidän tärkeyttään ryhmälle. Harjoituksen seuraavassa vaiheessa, jokaista pyydetään kertomaan mitä heidän yhteytensä verkkoon edustaa tai antaa ryhmälle, kuten myös havainnollistetaan mitä ryhmän sisäisen yhteyden katkeaminen merkitsee. (Farrell ym. 2014, 60-61.)

Mielikuvituksellisessa uudelleenkirjoituksessa potilaan moodiin liittyvät kivuliaat lapsuuden muistot kohdataan mielikuvissa ja uudelleen kirjoitetaan niille uusi loppu, jossa emotionaaliset ydintarpeet tulevat kohdatuksi. Mielikuvatyöskentely aloitetaan tilanteista, joissa pieni lapsi olisi tarvinnut ”hyvää vanhempaa”, mutta tukea ei ollut saatavilla. Tällöin potilas alkaa tuntea uudelleen lapsuuden kipua, joka on ikään kuin jähmettyneenä hänen haavoittuvan lapsen moodiinsa. Mielikuvatyöskentelyn avulla on mahdollista luoda uusi kokemus ja uusi muisto tilanteeseen, joka tavanomaisesti sisältää: lapsen suojelua, lapsen lohduttamista tai rankaisevan vanhemman karkottamista ja vastustamista. Lopulta lapsuuden kivuliaat muistot heikenevät potilaan saadessa kokemuksen, jossa hänen emotionaaliset ydintarpeensa tulevat kohdatuksi. (Farrell ym. 2014, 230.) Tyypillisesti ryhäskeematerapiassa potilaat jakavat vaikeita lapsuuden kokemuksiaan lyhyissä otoksissa. Terapeutit myös rajaavat potilaita, ettei liiallisia yksityiskohtia tai traumoja tarvitsisi kokea uudestaan. Eheytyksen kannalta erityisesti tarinan päätös tarvitsee uudelleen kirjoituksen, jossa se mitä lapsi tarvitsee - myös tapahtuu. (Farrell ym. 2014, 56-57.) Joissakin tapauksissa ryhmäterapiassa aloitetut mielikuvitukselliset uudelleenkirjoitukset ohjataan yksilöskeematerapian istuntoihin (Farrell ym. 2014, 30).

Moodialogit ovat yksi kokemuksellinen tai emootiokeskeinen tapa lähestyä moodin taustalla piilevien tarpeiden kohtaamista. Yksilöskeematerapiassa työskentely tapahtuu muun muassa tyhjien tuolien avulla, joille sijoitetaan eri moodeja. Esimerkiksi haavoittuvan lapsen moodialogissa tuoleille sijoitetaan terve aikuinen, haavoittuva lapsi ja kolmannelle tuolille mahdollisesti vielä esiin nouseva moodi. Potilas istuu ensin haavoittuvan lapsen moodin tuolille ja häntä pyydetään sanomaan kaikki mitä moodi hänessä haluaa sanoa, erityisesti keskitytään tunteisiin ja mahdollisesti moodin taustalla piileviin emotionaalisiin tarpeisiin. Seuraavaksi potilasta pyydetään siirtymään terveeseen aikuisen tuoliin. Mikäli potilaalla ei ole vielä yhteyttä terveeseen aikuisen moodiinsa, toimii terapeutti tässä roolissa. Terveen aikuisen moodi huolehtii haavoittuvan lapsen tarpeista validoimalla niitä ja samalla viestii, että terve aikuinen ottaa nyt tilanteen hoitaakseen ja vastuulleen. Lapsen tarpeita täytetään, kunnes hän rauhoittuu. ("Minä olen tässä sinua varten, enkä anna tämän tapahtua." / "...mutta minä huolehdin tästä. Olet turvassa."). Lopuksi palataan terapiatuoleihin ja kysytään potilaan tuntemuksia sekä mietitään, kuinka harjoituksen antia voisi hyödyntää potilaan päivittäisessä elämässä. (Farrell ym. 2014, 300-301.) Ryhmäskematerapian moodialogissa ryhmän jäsenet ja terapeutit esittävät vuorollaan eri moodeja sekä niiden mukaisia toimintoja (Farrell, 2014, 90).

Skeemamoodiroolileikeissä voidaan esimerkiksi karkottaa haitallisia vanhemman moodeja, joita edustaa yhdessä tehty "Effigy" (nukke)-hahmo. Hahmoon liittyvää haitallisen vanhemman moodin roolia esittää joku potilaista ja toinen potilas tukee häntä tehtävässä. Hahmon tarkoituksena on myös erottaa roolia suorittava potilas haitallisesta vanhemmasta ja terapeuttien tehtävänä on arvioida, että roolia näyttelevä potilas kestää harjoitteen. Terapeuttien tulee pysyä "hyvinä vanhempina", joten sekaannusten välttämiseksi he eivät näyttele haitallisia vanhempien moodeja. Haitallisen vanhemman halutaan harjoituksessa pysyvän jonnain epäinhimillisenä, jonka haavoittuva lapsi on aikanaan omaksunut osaksi itseään. Haitallisten vanhempien moodin viestit karkotetaan terveeseen aikuisen moodin suorittamalla vastustuksella. Karkotus voidaan harjoituksessa tehdä yksi potilas kerrallaan tai koko ryhmän voimin. Harjoitukseen kykenemättömät pelokkaat ja välttelevät potilaat oppivat välillisesti myös tarkkailemalla, ettei mitään paha tapahtunut, mikä heidän kohdallaan saattaa olla tärkeä ensiaskel. (Farrell ym. 2014, 225-226.)

Behavioraaliset tekniikat ovat menetelmiä, joilla muutetaan potilaiden vanhoja tapoja toimia ja kehitetään uusia taitoja. Kognitiivisella työskentelyllä muutettu tapa ajatella ja kokemuksellisilla menetelmillä aikaansaatu muutos tunteissa, ei yksinään riitä. Korvaamalla moodien aiheuttamat epäterveet käyttäytymismallit ja kaavat terveeseen aikuisen taidoilla, saadaan psykoterapeuttisen hoidon avulla luodut positiiviset muutokset siirtymään kokonaisvaltaisesti potilaiden elämään. (Farrell ym. 2014, 91-92.) Kognitiivisilla menetelmillä luotujen moodien hallintasuunnitelmien mukaan toimimalla potilaiden on mahdollista muuttaa käyttäytymismallejaan myös terapeutin ympäristön ulkopuolella (Farrell ym, 2014, 29).

Terapeutin rajattu vanhemointi on sekä terapeutin tyyli että menetelmä moodien muuttamisessa. Rajattu vanhemointi voidaan määritellä seuraavasti: hyvänä vanhempana toimimista, joka vastaa lapsen moodien tarpeisiin soveliaan terapiasuhteen rajojen sisällä. Rajatun vanhemmoinnin tyyli on erilainen jokaiselle skeemamoodille. Rajatun vanhemmoinnin tavoitteena on aikaansaada aktiivinen, kannustava ja aito suhde, jossa potilas kykenee olemaan haavoittuvainen sekä ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan. Terapeutti pyrkii kompensoimaan potilaan täyttämättä jääneitä emotionaalisia perustarpeita sekä täyttämään kriittisiä aukkoja emotionaalisessa oppimisessa turvallisen kiintymyssuhteen ja peilaamisen avulla. Näiden seurauksena potilas alkaa tuntea itsensä arvostetuksi ja riittäväksi. Ryhmäskematerapiassa terapeuttien on tasapainoitava ryhmän kollektiivisten tarpeiden kanssa, samaan tapaan kuin vanhempi tasapainoilee usean sisaruksen kanssa. Ryhmäterapiassa potilaan emotionaalsiin tarpeisiin vastaavat terapeutit ja myös ryhmä, joka tarjoaa lisämahdollisuuksia emotionaaliseen oppimiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ryhmäskematerapiassa terapeuttien vanhemmoinnin ensisijaiset tehtävät ovat turvallisuuden ja yhteyden aikaansaaminen. (Farrell ym. 2014, 10-11, 15.) Moniammatillisessa tiimissä, jossa ei ole skeematerapiakoulutusta saatetaan rajattu vanhemointi nähdä potilaiden ”hemmotteluna” tai liiallisena löyhyytenä. Tällöin psykoterapeuttien on tärkeää tuoda esiin, että rajatun vanhemmoinnin tyylin täytyy vastata potilaan sen hetkistä moodia. (Farrell ym. 2014, 44.)

Terapeutin ”self-disclosure” sisältää valikoitua omien moodikokemusten jakamista, joissa terapeutti kertoo esimerkiksi jonkin tapahtuman omasta lapsuudestaan, jossa hänen emotionaaliset tarpeensa jäivät täyttämättä puutteellisen hyvän vanhemmoinnin seurauksena. ”Self-disclosure” on yksi skeematerapeutin keinoista päästä lähemmäksi potilaita näyttämällä olevansa ”tavallinen ihminen”, aito ja ajoittain myös haavoittuva. Tavallisesti tämä johtaa myös potilaiden lisääntyneeseen haluun näyttää haavoittuvuuttaan. Moodikokemuksistaan puhuessa terapeutin on tärkeää tehdä ero tavallisten ja arkisten mooditilojen sekä vakavien tai usein toistuvien mooditilojen välillä. (Farrell ym. 2014, 54, 78, 231.)

Pienillä lapsilla ilmenee voimakasta eroahdistusta vanhemmasta, sillä heillä ole kykyä tietää vanhemman olemassaolosta ilman hänen näkemistään. Objektikonstanssin kehittymisen myötä heille kehittyy kyky luoda mielikuva rauhoittavasta vanhemmasta myös silloin kun tämä ei ole fyysisesti paikalla. Näin alkaa itsen rauhoittamiskyvyn kehittyminen. Lapsilla on usein mukanaan heidän peittonsa transitionaalisenä objektina, joka muistuttaa rauhoittavasta vanhemmasta lämpimään sänkyyn peittelyn muodossa. Käsin kosketeltava esine, joka edustaa vanhempaa auttaa lasta tuntemaan vanhempi todelliseksi. Haavoittuvan lapsen moodissa potilaat kokevat täyttämättä jääneisiin emotionaalsiin perustarpeisiin liittyvän pelon, yksinäisyyden ja surun tunteet, joihin mielikuvaharjoituksissa pyritään tuottamaan korjaava kokemus. Skeematerapian transitionaaliset objektit auttavat haavoittuvaa lasta siirtymään ulkoisen lohdutuksen ja rauhoituksen lähteestä (terapeutti, ryhmä) kautta kykyyn tarjota sitä sisäisesti

omasta terveen aikuisen moodista lähtöisin. Transitionaalisena objektina käytetään muun muassa pehmeää kangaspalaa, jonka potilaat saavat hyvän vanhemman vuorosanat -harjoitteen (lista asioista, joita ajattelisi hyvän vanhemman sanovan) kirjoittamisen yhteydessä. Esineet auttavat potilasta harjoituksen sisäistämässä. Hyvän vanhemman vuorosanat tai muut viestit haavoittuvalle lapselle voidaan tehdä muistikorteiksi, runoiksi, lauluiksi tai miksi tahansa transitionaaliseksi objektiksi, joka on käsin kosketeltava, ja jota voidaan pitää helposti saatavilla terapian ulkopuolella. Terapeuteilta tai ryhmältä saadut transitionaaliset objektit auttavat potilaita muistamaan lohdutuksen, jota he ovat kokeneet mielikuvaharjoitteissa tai muistamaan hyväksyvään ryhmään kuulumisen luoman turvan. (Farrell ym. 2014, 222-224.)

8 Pohdinta ja johtopäätökset

Kaikissa kolmessa yksilö- ja ryhmäskematerapiaa yhdistelevässä osastohoidon pilottitutkimuksessa hoidon alku- ja loppumittaukset osoittavat epävakaan persoonallisuushäiriön oireissa ja psyykkisissä yleisoireissa tilastollisesti merkittävää laskua. Pilottitutkimuksessa 3 toteutetaan myös hoidon vaikuttavuuden seurantamittaus 3 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen. Seurantamittauksessa tulokset eivät yltäneet tilastollisesti merkittävälle tasolle, mikä kertoo oireiden uusiutumisesta sairaalahoidon jälkeen. (Reiss ym. 2014, 362.) Virallisia tietoja pilottitutkimuksen 3 jälkeisestä toteutuneesta avohoidosta ei ole saatavilla, mutta lienee aiheellista olettaa, että vaikeasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat tarvitsevat sellaista. Pilottitutkimus 3:n toteutusajankohtana Saksan Rhineland-Palatatinessa avohoidon psykoterapian keskimääräinen jonotusaika oli 14,2 viikkoa, josta voidaan olettaa, että seuranta-aikana potilaat eivät saaneet psykoterapeuttista hoitoa. Pilottitutkimuksessa 1 saadaan merkittävin hoidon vaikuttavuusaste verrattuna pilottitutkimukseen 2 & 3. Eroa vaikuttavuudessa selittää osaltaan hoidon pituus, joka vaihtelee pilottitutkimus 1:n keskimääräisestä 18 viikosta pilottitutkimus 3:n keskimääräiseen 10 viikkoon. Myös pilottitutkimusten ryhmäskematerapeuttien lukumäärässä ja koulutustasossa on eroja. Yhtenä selittävänä tekijänä voivat myös olla erot potilasaineistossa (esimerkiksi pilottitutkimuksessa 1 potilaista 85% ovat työttömiä vs. pilottitutkimuksen 3 potilaista 20% ovat työttömiä). (Reiss ym. 2014, 363-364.)

Ryhmäskematerapiaa ja osaston tavanomaista hoitoa yhdistelevässä tutkimuksessa hoidon vaikuttavuus on psyykkisten yleisoireiden suhteen tilastollisesti merkittävää. Haitallisten skeemamoodien suhteen hoidon vaikuttavuus on edelleen kohtalaista, mutta sopeutumista haittaavien skeemojen suhteen muutos ei ole tilastollisesti merkittävä. Tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että ryhmäskematerapiaa voidaan käyttää ja mukauttaa myös lyhyempään 6-7 viikon mittaiseen osastohoitoon. Lisäksi tutkimuksen tulokset antavat olettaa, että persoonallisuushäiriöissä jotkin osa-alueet ovat lyhyen skeematerapeuttisen osastohoidon suhteen vastaanottavaisempia kuin toiset. Kohtalaiset tai heikot muutokset skeema-alueella kuitenkin kuvaavat ajallisesti lyhyen ja hoitokerroiltaan vähäisen skeematerapeuttisen hoidon

riittämättömyyttä vaikuttamaan skeemamoodeihin ja erityisesti sopeutumista haittaaviin skeemoihin. (Nenadića ym. 2017, 10-11.)

Vaikka kirjallisuuskatsaukseen kuuluvien kontrolloimattomien tutkimusten tuloksissa skeematerapeuttisen osastohoidon vaikuttavuus on monilta osin lupaavaa, tulisi hoidon vaikuttavuus varmistaa satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa. Tutkimusten hoidollisia vaikutuksia arvioitaessa näyttää siltä, että pidempi skeematerapeuttinen osastohoito ja terapeutisten hoitokertojen suurempi määrä johtavat parempiin tuloksiin. Skeematerapeuttisen osastohoidon jälkeinen kotiutus ilman avohoidon psykoterapeuttista jatkohoitoa näyttäisi johtavan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohdalla oireiden uusiutumiseen.

Opinnäytetyön kirjoittamisen hetkellä on julkaisussa parasta aikaa tutkimus, joka tutkii mentalisaatioterapiaan perustuvan pitkäkestoisen (2-8 viikkoa) osastohoidon vaikutuksia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviin potilaisiin. Asiantuntijat ovat tunnetusti vastahakoisia hoitamaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita sairaalahoidossa muutamaa päivää pidempää. Syynä tähän pidetään potilaan psyykkisen voinnin heikentymistä ja sairaalahoidon ei-toivottuja seurauksia, joskaan varsinaista tutkimustietoa aiheesta ei ole saatavilla. Kyseisen tutkimuksen tuloksissa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat (n=245) hyötyivät pitkästä osastohoidosta usealla osa-alueella. Osastohoidon aikaista kliinisen tilan heikentymistä ja ei-toivottuja seurauksia ilmeni epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kohdalla maksimissaan 1.1 prosentilla, kuten myös verrokkiryhmän potilailla (n=220). Tutkimuksen potilasryhmien välillä ei siis ilmennyt eroja osastohoidon vähäisiksi jääneiden epäedullisten vaikutusten suhteen. (Fowler, Clapp, Madan, G.Allen, Fruehe, Fonagy & Oldham 2018.)

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastoa kehittämään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ympärivuorokautista osastohoitoa, johon opinnäytetyö antaa uusia ja toteutettavissa olevia näkökulmia. Nykyisessä avohoitoon painottuvassa psykiatrisessa hoidossa pitkät osastohoidot eivät kuitenkaan lähtökohtaisesti kuulu valittavissa oleviin keinoihin. Lyhemmän osastohoidon suhteen skeematerapian ryhmämuotoinen toteutus lienee hoidon taloudelliset tekijät huomioiden toteuttamiskelpoisin. Mikäli skeematerapiaa hyödyntävän osastohoidon keston ajatellaan olevan esimerkiksi 2-3 viikon mittainen, voisi se silloin toimia avohoidossa toteutettavaan skeematerapiaan valmistavana toteutuksena. Tällöin hoidon merkittävimminä painotusalueina voisi olla hoidollisen yhteyden saaminen, skeematerapeuttiseen malliin keskittyvä psykoedukaatio ja skeematerapian terapeuttisiin perusmenetelmiin tutustuminen. Tämän seurauksena potilaiden skeematerapeuttiseen hoitoon myöntyminen ja avohoitoon sitoutuminen saattaisivat toteutua sujuvammin.

Nykyisin Oulun julkisella sektorilla toteutetaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan psykoterapeuttista hoitoa yhdistelemällä skeematerapian ja dialektisen käyttäytymisterapian elementtejä. Hoitomallissa haluttiin voida hyödyntää jo olemassa olevia terveydenhuollon resursseja. Yksilöterapeutteina toimivilta ei edellytetty psykoterapeutin pätevyyttä, mutta heidän tuli olla kiinnostuneita epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidosta. Hoitomallista saatujen käytännön kokemusten ja alustavien tutkimustulosten perusteella se otettiin heti interventiovuoden (8/2010-7/2011) osaksi kaupungin mielenterveyspalveluja. Hoitomalliin on omaksuttu skeematerapiasta kaksi keskeistä terapeutista menetelmää; rajattu vanhemmointi ja empaattinen konfrontaatio. Tavoitteeksi hoitomallille on asetettu potilaan terveen aikuisen moodin vahvistaminen, jota työntekijät hoidon alussa mallintavat. Hoitomallia toteuttaa nykyisin Oulun kaupungin mielenterveyspalveluihin perustettu Epävakaatyöryhmä, joka vuonna 2012 päätyi lopulliseen muotoonsa, koostuen kuudesta sairaanhoitajasta, toimintaterapeutista ja erikoislääkäristä. (Leppänen 2015, 22, 74-75, 80, 118.)

Varhaisten sopeutumista haittaavien skeemojen keskeisyys epävakaassa persoonallisuushäiriössä on havaittavissa akuutilla mielialahäiriöosastolla toteutettuun sairaalapotilaiden erotusdiagnoosiin keskittyvässä tutkimuksessa. Tutkimuksessa 100 potilasta arvioitiin SCID 1, SCID 2 ja Young Schema Questionnaire (YSQ-2) mittareita käyttäen. Tuloksissa varhaisten sopeutumista haittaavien skeemojen havaittiin toimivan herkkinä ja tarkkoina epävakaan persoonallisuushäiriön osoittajina. Vastaavaa ei ollut havaittavissa kaksisuuntaisen mielialahäiriön, vakavan masennuksen tai skitsoaffektiivisen häiriön suhteen, mikäli epävakaata persoonallisuushäiriötä ei esiintynyt samanaikaisesti. (Cohen, Tanis, Ardan, Yaseen & Galynker 2016, 395, 400.)

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytys tieteellisen tutkimuksen hyväksyttävyydelle, luotettavuudelle ja uskottavuudelle. Tiedeyhteisön hyväksymien toimintamallien mukaan tutkimustyön jokaisessa vaiheessa tulee noudattaa yleistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. (Tutkimuseettinen tiedekunta 2012.) Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus ovat sidoksissa toisiinsa, joten koko tutkimusprosessin läpinäkyvä ja johdonmukainen eteneminen on merkityksellistä. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa keskeisesti tutkimuksen aineiston perusteiden kuvaaminen. Tiedostamaton tai tiedostettu tarkoitushakuisuus aineiston valinnassa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Myös tutkimuksen menetelmäosan selkeä kuvaus ja läpinäkyvyys kuuluvat olennaisena osana kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointiin. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

Tutkimuksen teossa noudatettiin tarkkuutta ja totuudenmukaisuutta työn jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu monissa kohdin tuoreimmasta mahdoli-

sesta lähdeaineistosta, joskaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidosta ei tällä hetkellä ole saatavilla tasokasta näyttöön perustuvaa tietoa (Käypä hoito 2015). Opinnäytetyön tutkimusaineistoon hyväksyttiin ainoastaan vertaisarvioidut tieteelliset julkaisut. Aineistohaku toistettiin ja saadut tulokset tarkistettiin kertaalleen. Tutkimusaineistolle ei saatavilla olevan tutkitun tiedon niukkuudesta johtuen ollut sisäänottokiriteereissä määritetty ajallisia tuoreusvaatimuksia, mutta tästä huolimatta tutkimuksen aineisto päättyi koostumaan alle 5 vuotta vanhasta aineistosta. Opinnäytetyön luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, ettei tutkijan äidinkieli ole englanti, kuten myös tutkijan kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen teossa. Lisäksi on aiheellista mainita, että kahden tutkijan osallistuminen kirjallisuuskatsauksen tekoon parantaisi tutkimuksen luotettavuutta.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden kannalta jo aiheen valinta ja tutkimuskysymyksien muodostaminen ovat merkityksellisiä seikkoja, sillä tutkimuksen tulisi aina kerryttää terveystieteiden tietoperustaa. (Kylmä & Juvakka 2014, 144). Vaadittujen tutkimuslupien anominen kuuluu eettisesti hyväksyttävään tieteelliseen tutkimukseen. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien soveltamisen tulee tapahtua tieteellisen tutkimuksen kriteerien sekä eettisesti kestävien menetelmien mukaisesti. Muiden tutkijoiden julkaisut, työt ja saavutukset huomioidaan asianmukaisella tavalla sekä niihin myös viitataan asianmukaisesti. Tutkimuksen raportointi sekä tutkimuksen synnyttämän tietoaineiston tallennus tehdään tieteelliselle tiedolla määritettyjen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimus-eettinen tiedekunta 2012.)

Opinnäytetyö keskittyy ajankohtaiseen ja vähän tutkittuun aiheeseen, sillä aineistoa löytyi vain vähän ja löydetyt alkuperäistutkimukset oli nimetty otsikkotasollakin pilottitutkimuksiksi. Muiden tutkijoiden tekemä työ huomioitiin viittaamalla lähdeaineistoon, siten että tekstin alkuperäinen merkitys säilytettiin ja myös lähdeviitteet tehtiin huolellisesti. Tutkimuksen muoto on kirjallisuuskatsaus, joten erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu. Tutkimuksessa ei myöskään ole eettisyyteen ja luotettavuuteen mahdollisesti vaikuttavaa rahoitusta, eikä tutkijalla ole tutkimuksen suorittamisen kannalta merkityksellisiä sidonnaisuuksia.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Aineiston perusteella epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden 6 - 18 viikon kestoisessa osastohoidossa käytettävät ryhmäskematerapiatoteutukset soveltavat laaja-alaisesti menetelmiä skeematerapiamanuaalien mukaisesti (Reiss ym. 2014, 360; Nenadića ym. 2017, 12). Jatkotutkimusaiheena voisi olla selvittää, mitkä yksittäiset ryhmäskematerapian menetelmät tai osa-alueet olisivat hyödyllisimpiä lyhyempi kestoisen ja tapaamiskerroiltaan harvemman osastohoidon yhteydessä sekä toimisivat parhaiten avohoidon jatkumoa palvelevina. Aineistossa skeematerapeuttinen osastohoito on kuvattu ainoastaan psykoterapeuttien ja psykologin toteuttamana, joten jatkotutkimusaiheena voisi olla myös, miten osaston muu

moniammatillinen henkilöstö voisi hyödyntää skeematerapian menetelmiä työssään ja osallistua potilaiden skeematerapeuttiseen hoitoon.

Lähteet

Painetut aineistot:

Farrel, J., Reiss, N. & Shaw, I. 2014. The Schema Therapy Clinician's Guide - A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2015. Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa M. Huttunen & H. Kalska (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2013. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3.-6., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim

Linnehan, M. 2015. DBT skills training manual - second edition. Guilford press.

Karila, I. 2013. Skeematrapia persoonallisuushäiriössä. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koivisto, M., Stenberg, J-H., Nikkilä H., & Karlsson, H. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Bookwell Oy. Porvoo: 2014.

Ojala, K. 2008. Rajatilahäiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) Kohti vastavuoroisuutta Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Duodecim, 141-156.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2017. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqwist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 12. painos. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. 2012. Skeematerapia. Suom. J. Tuulari. Edita Publishing Oy.

Sähköiset aineistot:

Bland, A., Tudor, G. & Mcneil/Whitehouse, D. 2007. Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. Perspectives in psychiatric care. 43(4). Viitattu 12.11.2017.

- Cohen, L., Tanis, T., Ardan, F., Yaseen, Z. & Galynker, I. 2016. Maladaptive interpersonal schemas as sensitive and specific markers of borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Psychiatry research* 242. Viitattu 1.4.2018.
- Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A., & Achterberg, T. 2014. Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature. *Perspectives in psychiatric care* 50. Viitattu 4.10.2017.
- Kangasniemi, M., Pietilä, A-M., Utriainen, K., Jääskeläinen, P., Ahonen, S-M. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*: 25(4), 291-301. Viitattu 20.12.2017.
- Koivisto M., & Korkeila J. 2016. Epävaka persoonallisuushäiriö. Lääkirikirja Duodecim. Viitattu 9.10.2017.
- Korkeila, J. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa aihetta optimismiin. *Duodecim*; 123. 503-5. Viitattu 25.10.2017.
- Käypä hoito. Epävaka persoonallisuus. 2015. Duodecim. Viitattu 28.10.2017.
- Leppänen, V. 2015. Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes print. Viitattu 10.11.2017
- Lindeman, S. 2004. Persoonallisuushäiriöitä voidaan hoitaa - sisäiset skeemat ja niiden korjaaminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*. 2004;120(24):2889-96 Viitattu 25.11.2017 <http://duodecimlehti.fi/duo94680>
- Nenadića, I., Lamberth, S. & Reiss, N. 2017. Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research* 253 (2017) 9-12. Viitattu 3.3.2018.
- Paris, J. 2002. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services*. 53:738-742. Viitattu: 19.10.2017
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. & Farrell, J., 2014. Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behav. Cogn. Psychother.* 42 (3), 355-367. Viitattu 27.2.2018.
- Ritter, S. & Platt, L. 2016. What's new in treating inpatients with personality disorders? *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol. 54, No. 1, 2016. Viitattu 10.12.2017.

Roth, B., & Pressé, L. 2003. Nursing interventions for parasuicidal behaviors in female offenders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(9). Vitattu 14.11.2017.

Siefert, C. 2012. A Goal-Oriented Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalizations. *Psychotherapy* 2012, Vol. 49, No. 4, 502-518. Viitattu 12.12.2017.

Thomas, K. & Rickwood, D. 2013. Clinical and Cost-Effectiveness of Acute and Subacute Residential Mental Health Services: A Systematic Review. *PSYCHIATRIC SERVICES* 2013 Vol. 64 No. 11. Viitattu 19.4.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 30.11.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

van den Bosch, L., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. 2014. Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 152- 161. Viitattu 2.10.2017.

Julkaisemattomat

Fowler, C., Clapp, J., Madan, A., Allen, J., Frueh, C. Fonagy, P. & Oldham, J. 2018. A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. Author's Accepted Manuscript. Julkaistaan: *Journal of Affective Disorders*.

Liitteet

Liite 1: Taulukko 3. Sopeutumista haittaavat skeema-alueet ja skeemat.	47
Liite 2: Taulukko 4. Skeemamoodit ja moodeihin kytkeytyvät skeemat	48
Liite 3: Taulukko 5. Aineistohaut ja hakusanat tietokannoittain	49
Liite 4: Taulukko 6. Tutkijan taulukko.	50
Liite 5: Taulukko 7. Tutkimusaineiston analyysirunko	52

Liite 1: Taulukko 3. Sopeutumista haittaavat skeema-alueet ja skeemat. (Karila 2013)

<p>1. Irrallisuus ja hylkääminen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odottaa, että pysyvyyden, turvallisuuden, hoivan saannin tai ymmärretyksi tulemisen tarpeet eivät tule tyydytetyksi johdonmukaisella tai ennustetavalla tavalla. ▪ Tavanomainen perheilmasto on kylmä, hylkivä, ennustamaton, räjähtelevä, irrallinen. <ul style="list-style-type: none"> ◦ hylkääminen / epävakaisuus ◦ epäluottamus / kaltoinkohtelu / hyväksikäyttö ◦ tunnevaje: hoivan / ymmärtämisen / suojelun puute ◦ vajavuus / häpeä ◦ sosiaalinen eristäytyminen / vieraantuminen
<p>2. Heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odottaa, että yksilön omat tai hänen ympäristönsä odotukset estävät yksilöä irtautumasta ja toimimasta itsenäisesti. ▪ Tavanomainen perheilmasto on kietoutunut, lapsen kykyä selviytyä perheen ulkopuolella ei vahvisteta. <ul style="list-style-type: none"> ◦ riippuvuus / kyvyttömyys ◦ suojattomuus / alttius joutua vaaraan / saada sairaus ◦ kietoutuneisuus / minän kehittymättömyys ◦ epäonnistuminen
<p>3. Heikentyneet rajat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luonteenomaista sisäisten rajojen puuttuminen, mikä aiheuttaa vaikeuksia toisten oikeuksien kunnioittamisessa, yhteistoiminnassa ja sitoutumisessa tai henkilökohtaisten päämäärien saavuttamisessa. ▪ Tavanomainen perheilmasto on salliva, ylihemmotteleva, ”ylihyvä”. <ul style="list-style-type: none"> ◦ oikeutus / suuruuskuvitelmat ◦ riittämätön itsekontrolli / itsekuri
<p>4. Muut-suuntautuneisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luonteenomaista huomion suuntautuminen muiden haluihin, tunteisiin ja mieltymyksiin omien kustannuksella, jotta saavuttaisi hyväksyntää ja tunteen kuulumisesta johonkin tai välttääkseen. Omat tunteet, erityisesti vihan tunteet ovat tukahdutettuja. ▪ Tavanomainen perheilmasto perustuu ehdolliselle hyväksynnälle. <ul style="list-style-type: none"> ◦ alistuminen ◦ uhrautuminen ◦ hyväksynnän etsintä / tunnustuksen etsintä
<p>5. Ylivoivaisuus tai estyneisyys</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luonteenomaista spontaanien tunteiden, impulssien ja valintojen tukahduttaminen tai toimiminen jäykällä sisäistettyjen sääntöjen mukaisella tavalla monesti onnellisuuden, itseilmaisun, rentoutumisen, läheisten ihmissuhteiden tai terveyden kustannuksella. ▪ Tavanomainen perheilmasto on ankara, vaativa ja joskus myös rankaiseva. <ul style="list-style-type: none"> ◦ kielteisyys / pessimismi ◦ emotionaalinen estyneisyys ◦ vaativuus / ylikriittisyys ◦ rankaisevaisuus

Liite 2: Taulukko 4. Skeemamoodit ja moodeihin kytkeytyvät skeemat (Karila 2013; Young 2012)

<p>I Lapsimoodit</p> <p>1. Haavoittuva (hylätty) lapsi</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuntee olonsa yksinäiseksi, eristäytyneeksi, väärinymmärretyksi, tukea vaille olevaksi, huonoksi, puutteelliseksi, musertuneeksi, epäpäteväksi, epäilee minuuttaan, on tarvitseva, toivoton, pelokas, ahdistunut, huolissaan, on uhrin asemassa, arvoton, ei-rakastettu, hukassa oleva, hauras, heikko, sorretty, voimaton, ulkopuolelle jätetty, pois suljettu tai pessimistinen. <p>Tavallisesti kytkeytyvät skeemat: Hylkääminen, tunnevale, vajavuus, epäluottamus, sosiaalinen eristyisyys, riippuvuus, suojaus, kietoutuneisuus, kieltäisyys.</p> <p>2. Vihainen lapsi</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuntee itsensä erittäin vihaiseksi, raivoa täynnä olevaksi, kärsimättömäksi, turhautuneeksi, koska haavoittuvan lapsen perustarpeita tunteiden tai fyysisten tarpeiden tasolla ei kohdata. <p>Tavallisesti kytkeytyvät skeemat: Hylkääminen, tunnevale, epäluottamus, alistuminen (tai joskus mikä vain haavoittuvaan lapseen kytkeytyvä skeema).</p> <p>3. Impulsiivinen tai kuriton lapsi</p> <ul style="list-style-type: none"> Keskittyy omien halujensa ja yllykkeidensä, ei perustarpeiden, tyydyttämiseen itsekeskeisesti ja tai hallitsemattomalla tavalla ja on monesti haasteellista odottaa edes hetken aikaa tyydytyksen saamista. Tuntee monesti voimakasta vihaa, kärsimättömyyttä ja turhautumista, kun haluja ja yllykkeitä ei voi heti tyydyttää. Saattaa vaikuttaa pilalle hemmotelulta. <p>Tavallisesti kytkeytyvät skeemat: Oikeutus, riittämätön itsekontrolli.</p> <p>4. Tyytyväinen lapsi</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuntee itsensä rakastetuksi, muihin yhteydessä olevaksi, tyytyväiseksi, kuulluksi, hyväksytyksi, arvokkaaksi, itseensä luottavaksi, sellaiseksi, jota ohjataan, validoidaan, joka on kyvykäs, sopivasti itsenäinen, kykenee sopeutumaan, joustava, on mukana, optimistinen, spontaani. <p>Tavallisesti kytkeytyvät skeemat: Ei mitään. Aktivoituvia skeemoja ei ole.</p>
<p>II Sopeutumista haittaavat selviytymismoodit (coping modes)</p> <p>5. Mukautuja (compliant surrender)</p> <ul style="list-style-type: none"> Käyttäytyy passiivisesti, alistuvasti, hyväksyntää etsivästi tai itseä mitätöivästi muiden seurassa, koska pelkää hylkäämistä tai ristiriitoja. Sietää huonoa kohtelua tai hyväksikäyttöä, ei ilmaise tunteita tarpeitaan tai halujaan muiden suhteen. Valitsee ihmissuhteensa tai on mukana käyttäytymiskaavoissa, jotka ylläpitävät itsen mitätöintiä. <p>6. Suojautuja (detached protector)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sulkee pois tunteet ja tarpeet, eristää itsensä emotionaalisesti muista ja torjuu muiden avun, on etäinen, syrjäin vetäytyneet, hämmentynyt tai häiriintynyt, ei yhteyttä muihin, depersonaloitunut, tyhjyyttä kokeva tai ikävystynyt. Harrastaa itsen rauhoittelua ja itsensä kiihottamista pakonomaisiin tavoin tai liiallisesti. Voi omaksua kynnisen ja pessimistisen asenteen välttääkseen panostamista ihmisiin tai toimintoihin. <p>7. Ylikompensoija</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuntee itsensä, ja myös käyttäytyy kohtuuttoman mahtipontisesti, hallitsevasti, aggressiivisesti, arroganttisesti, alentuvasti, aliarvioivasti, kapinallisesti, manipuloivasti, hyväksikäyttävästi, huomionhakuisesti tai arvonantoa haakevasti. Nämä käytösmallit ja tunteet ovat alkujaan kehittyneet kohtaamattomien ydintarpeiden takia tai niiden tyydyttämiseksi.
<p>III Haitalliset vanhemman moodit (parent modes)</p> <p>8. Rankaiseva vanhempi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kokee, että itse tai muut ansaitsevat moitteita tai rangaistuksen, ja monesti myös käyttäytyy syyttelevästi, rankaisevasti tai tekee itselleen väkivaltaa esim. viiltelemällä, tai on muita hyväksikäyttäviä. Tämä moodi viittaa enemmän siihen tapaan, jolla sääntöjä yli-vahvistetaan, ei niinkään sääntöjen luonteeseen. <p>Tavallisesti kytkeytyvät skeemat: Alistuminen, rankaisuus, vajavuus, epäluottamus, kaltoinkohtelu (kaltoinkohtelijana).</p> <p>9. Vaativa vanhempi</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuntee, että ”oikea” tapa on olla täydellinen tai saavuttaa mahdollisimman paljon, tai että kaiken on oltava järjestyksessä. On pyrittävä saavuttamaan statusta, täytyy olla nöyrä, laitettava muiden tarpeet omien edelle tai on oltava tehokas eikä saa haaskata aikaa; tai tuntee, että on väärin ilmaista tunteita tai käyttäytyä spontaanisti. Tämä moodi viittaa enemmän sisäistettyjen korkeiden vaatimusten ja ankarien sääntöjen luonteeseen kuin siihen tapaan jolla sääntöjä vahvistetaan. Tämän moodin säännöt eivät ole luonteeltaan kompensatorisia. <p>Tavallisesti kytkeytyvät skeemat: Vaativuus, uhrautuminen.</p>
<p>IV Terveen aikuisen moodi</p> <p>10. Terve aikuinen</p> <ul style="list-style-type: none"> Pitää huolta, arvioi ja vahvistaa haavoittuvan lapsen moodia, laittaa rajoja vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodille, kannustaa ja tukee tyytyväisen lapsen moodia, asettuu vastustamaan ja myöhemmin korvaa sopeutumista haittaavat selviytymismoodit, neutraali ja hillitsee haitallisia vanhemman moodeja. Tämä moodi tuo esiin sopivia aikuisen toimintoja, kuten vastuunottamisen, sitoutumisen työssä käymisen ja vanhempana olon. Pyrkii miellyttävään aikuisen toimintaan, kuten seksuaalisuuteen, älylliseen, kulttuuriseen ja esteettiseen kiinnostukseen. Pyrkii liikunnallisiin harrastuksiin ja terveyden ylläpitämiseen.

Liite 3: Taulukko 5. Aineistohaut ja hakusanat tietokannoittain.

Tietokanta	Hakulause	Rajaukset	Tulokset	Tiivistelmän mukaan hyväksytyt	Hyväksytyt
MEDIC	1. Epävaka pers* AND skeematerapia		1	0	0
FINNA	Epävaka pers* AND skeematerapia		1	0	0
CINAHL	2. "borderline personality disorder" AND "schema therapy" OR "schema focused therapy" AND inpatient	- Full text	33	0	0
COCHRANE LIBRARY	"borderline personality disorder" AND "schema therapy" OR "schema focused therapy" AND inpatient		5	0	0
SCIENCE-DIRECT (ELSEVIER)	"borderline personality disorder" AND "schema therapy" OR "schema focused therapy" AND inpatient		51	1	1
PUBMED	"borderline personality disorder" AND "schema therapy" OR "schema focused therapy" AND inpatient		8	1	0
PSYCINFO	3. "schema therapy" OR "schema focused therapy" AND inpatient	- Full text - All Journals - English language	55	2	(+)0
PROQUEST CENTRAL	4. "borderline personality disorder" AND "schema therapy" AND inpatient	- Full text - Peer reviewed	90	1	1

Liite 4: Taulukko 6. Tutkijan taulukko.

Tutkimuksen tekijät & julkaisutiedot	Tutkimuksen nimi	Tarkoitus	Aineisto & menetelmät	Keskeiset tulokset
Shaw, I. & Farrell, J. 2014. Cambridge, Englanti: Behavioural cognitive psychotherapy.	Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. (Pilot study 1.)	Vaikeahoitoisen epävakaaan persoonallisuushäiriön osastohoidon pilottitutkimus, jonka tarkoitus olla ensiaskel intensiivisen skeematerapian osastohoito-ohjelman tuloksellisuuden arvioimisessa.	Kontrolloimaton tutkimus. Potilasaineisto vuosilta 2005-2008 (n=41). Yhdysvaltalainen epävakaaan persoonallisuushäiriön hoitoon erikoistunut 11 paikkainen hoitoyksikkö. Keskimääräinen hoitoaika 18 viikkoa. Hoito sisälsi yksilöskeematerapiaa (1h/vko) ja ryhmäskeematerapiasta (8.5h/vko). Ryhmäskeematerapeuttien lukumäärä: 2. Ryhmän koko: 11.	Hoidon vaikuttaavuutta mitattiin alku- ja loppumittauksilla. Epävakaan persoonallisuushäiriön oireissa oli merkittävää laskua: (BSI) $d=2.15$; $p<.01$ Toimintakyvyssä oli merkittävää nousua: (GAF) $d=2.84$; $p<.01$
Shaw, I. & Farrell, J. 2014. Cambridge, Englanti: Behavioural cognitive psychotherapy.	Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. (Pilot study 2.)	Vaikeahoitoisen epävakaaan persoonallisuushäiriön osastohoidon pilottitutkimus, jonka tarkoitus olla ensiaskel intensiivisen skeematerapian osastohoito-ohjelman tuloksellisuuden arvioimisessa.	Kontrolloimaton tutkimus. Potilasaineisto vuosilta 2008-2010 (n=36). Yhdysvaltalainen epävakaaan persoonallisuushäiriön hoitoon erikoistunut 11 paikkainen hoitoyksikkö. Hoitoaika 12 viikkoa. Hoito sisälsi yksilöskeematerapiaa (1h/vko) ja ryhmäskeematerapiaa (8.5h/vko). Ryhmäskeematerapeuttien lukumäärä: 1. Ryhmän koko: 11.	Hoidon vaikuttaavuutta mitattiin alku- ja loppumittauksilla. Epävakaan persoonallisuushäiriön oireissa oli merkittävää laskua: (BSL-21) $d=1.34$; $p<.01$ Psykkisissä yleis-oireissa oli merkittävää laskua: (SCL-90-R GSI) $d=0.98$; $p<.01$
Reiss, N. & Klaus, L. 2014. Cambridge, Englanti: Behavioural cognitive psychotherapy.	Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. (Pilot study 3.)	Vaikeahoitoisen epävakaaan persoonallisuushäiriön osastohoidon pilottitutkimus, jonka tarkoitus olla ensiaskel intensiivisen skeematerapian osastohoito-ohjelman tuloksellisuuden arvioimisessa.	Kontrolloimaton tutkimus. Potilasaineisto vuosilta 2008-2009 (n=15). Saksalainen 17 paikkainen yleispsykiatrian osasto, josta 8 potilaspaiikkaa oli osoitettu hoito-ohjelmalle. Hoitoaika 10 viikkoa. Hoito sisälsi yksilöskeematerapiaa (1.5h/vko) ja ryhmäskeematerapiaa (8h/vko) Ryhmäskeematerapeuttien lukumäärä: 2. Ryhmän koko: 8.	Epävakaan persoonallisuushäiriön oireissa sekä psykkisissä yleis-oireissa oli merkittävää laskua tutkimuksen alku- ja loppumittauksissa. (BSL-95) $d=.73$; $p<.05$ (SCL-90-R GSI) $d=.96$; $p<.01$ 3kk:n seurannassa tehdyt mittaukset eivät kuitenkaan poikenneet alkumittauksen tuloksista tilastollisesti merkittävästi, kertoen oireiden uusiutumisesta.
Nenadić, I., Lamberth S. & Reiss, N. 2017. Amsterdam, Hollanti: Elsevier. Psychiatry research.	Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings.	Epävakaan persoonallisuushäiriön (n=6) tai C-ryhmän persoonallisuushäiriön (n=2) osastohoidon pilottitutkimus ryhmäskeematerapia-hoito-ohjelmasta, joka oli sovellettu palvelemaan kriisi-interventiota sekä lyhytaikaisen hoidon yksikköä. Tutkimus keskittyi mukautetun hoito-ohjelman käytettävyyteen	Kontrolloimaton tutkimus. Potilasaineisto (n=8). Saksalainen kriisi-interventioihin erikoistunut yleispsykiatrinen subakuutiosasto. Hoitoaika 6-7 viikkoa. Hoito sisälsi 12-15 istuntoa ryhmäskeematerapiaa (45-50min, 2-3 kpl tuplaistuntoja). Lisäksi potilaat osallistuivat osaston tavanomaiseen hoitoon (mm. yksilöterapiaa [KKT] 1-2x/vko, fysioterapiaa ja	Ryhmäskeematerapiaa voidaan käyttää ja mukauttaa lyhyeen osastohoitoon. Hoidon vaikuttaavuutta mitattiin alku- ja loppumittauksilla. Psykkisissä yleis-oireissa oli merkittävää laskua: (BSCL-53-S) $d=0.857$; $p=0.0229$

		<p>kriisi-interventioympäristössä sekä hoito-ohjelman vaikuttavuuteen.</p>	<p>toimintaterapiaa). Ryhmäterapeuttien lukumäärä: 2. (skeematerapeutti ja psykologi [KKT]) Tutkimusaineisto kerätty 2:lta eri ryhmältä, jolle tavoitekoko oli väh. 5 potilasta.</p>	<p>Haitallisten skeemamoodien väheneminen oli kohdalaista: (SMI) d=0.693; p=0.054 Maladaptiivisten skeemojen muutokset eivät olleet merkittäviä: (YSQ) d=0.216; p=0.291</p>
--	--	--	---	--

Liite 5: Taulukko 7. Tutkimusaineiston analyysirunko.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Osastohoito-ohjelmat yhdistelevät skeematerapian yksilö- ja ryhmämodaaleja.	Skeematerapeuttisen osastohoidon sisältö	Osastohoito	Skeematerapian menetelmät epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidossa
Potilaat saivat ryhmäskeematerapiaa lisänä osaston tavanomaiseen hoitoon.			
Ryhmäskeematerapian ohjelma, joka oli sovellettu palvelemaan osastokriisi-interventiota sekä lyhytaikaisen hoidon yksikköä.			
Ryhmäskeematerapian hoitointerventio oli mukautettu 12-15 tapaamisen aikarajoitteisen osastohoidon ja psykiatrisen subakuutti-osaston edellyttämän helpomman toteutuksen tarpeisiin.			
Ajallisesti rajattu vaikean epävakaan persoonallisuushäiriön osastohoito-ohjelma, joka yhdistelee yksilö- ja ryhmäskeematerapiaa.			
Osastohoito-ohjelmat ovat teoreettisesti yhteneväisiä skeematerapian epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomallin kanssa.			
Avohoidon ryhmäskeematerapian kehittäjät muokkasivat ryhmäskeematerapiasta intensiivimallin, joka yhdistetään yksilöskeematerapian kanssa. Yhdistelmähoito on tarkoitettu kattavaksi vaikean epävakaan persoonallisuushäiriön osastohoito-ohjelmaksi.	Skeematerapeuttisen osastohoidon kesto		
Pilottitutkimuksessa 1 hoidon kesto oli 14 - 52 viikkoa. Keskimääräinen kesto oli 18 viikkoa.			
Pilottitutkimuksessa 2 hoidon kesto oli 12 viikkoa.			
Pilottitutkimuksessa 3 hoidon kesto oli 10 viikkoa.			
Subakuuttiosaston ryhmäskeematerapeuttisessa osastohoito-ohjelmassa hoidon kesto oli 6-7 viikkoa.	Skeematerapeuttisen hoidon osastoympäristö		
Pilottitutkimuksessa 1 osasto oli erillinen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön erikoistunut 11 paikkainen osasto. Kaikilla potilailla oli epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi ja kaikkia hoidettiin skeematerapialla.			
Pilottitutkimuksessa 2 osasto oli erillinen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön erikoistunut 11 paikkainen osasto. Kaikilla potilailla oli epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi ja kaikkia hoidettiin skeematerapialla.			
Pilottitutkimuksessa 3 osasto oli 17 paikkainen yleispsykiatrian osasto, josta 8 potilaspaiikkaa oli osoitettu epävakaaseen persoonallisuushäiriöön keskittyvän skeematerapiaohjelman käyttöön.			
Ryhmäskeematerapeuttiseen hoitoon keskittyvä tutkimus toteutettiin kriisi-interventioihin erikoistuneella yleispsykiatrisella subakuuttiosastolla. Skeematerapiaohjelman aloittamisen tavoitekokona oli vähintään 5 potilasta.	Yksilöskeematerapian määrä viikossa	Yksilöskeematerapia	
Pilottitutkimuksessa 1 oli yksilöterapiaa 1 tunti viikossa.			
Pilottitutkimuksessa 2 oli yksilöterapiaa 1 tunti viikossa.			
Pilottitutkimuksessa 3 oli yksilöterapiaa 1.5 tuntia viikossa.	Ryhmäskeematerapian määrä viikossa	Ryhmäskeematerapia	
Pilottitutkimuksessa 1 oli ryhmäskeematerapiaa 8.5 tuntia viikossa.			

Pilottitutkimuksessa 2 oli ryhmäskeematerapiaa 8.5 tuntia viikossa.			
Pilottitutkimuksessa 3 oli ryhmäskeematerapiaa 8 tuntia viikossa.			
Ryhäskeematerapiaohjelman sovelluksessa terapiahoito-ohjelma oli lyhennetty vähintään 12:sta 45-50 minuutin tapaamiseen, jotka oli jaettu 6-7 viikon ajalle. Tapaamisista 2 - 3 olivat tuplaistuntoja.			
Pilottitutkimuksessa 1 ryhmäskeematerapiassa oli 2 terapeuttia.	Ryhäskeematerapian toteuttavat terapeutit		
Pilottitutkimuksessa 2 ryhmäskeematerapiassa oli 1 terapeutti.			
Pilottitutkimuksessa 3 ryhmäskeematerapiassa oli 2 terapeuttia.			
Terapiaistuntoja johti psykiatri/psykoterapeutti, joka oli myös ISST:n sertifioima skeematerapeutti ja skeematerapeuttikouluttaja sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksen omaava psykologi apulais-terapeutina.			
Kahden terapeutin tiimi työskentelee yhdessä ja jakaa huomionsa tasaisesti yksilöille ja ryhmälle.			
Ryhäskeematerapia yhden terapeutin ohjaamana ei täytä ryhmäskeematerapialle asetettuja vaatimuksia.			
12- 15 tapaamisen lyhyen aikavälin ryhmäskeematerapiaohjelma psykiatrisella subakuuttihoito-osastolla, joka sisälsi kognitiivisen käyttäytymisterapian interventioita epävakaasta persoonallisuushäiriöstä tai C-ryhmän persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille.		Kognitiivinen käyttäytymisterapia ryhmäskeematerapiassa	
Intensiivisen ryhmäskeematerapian skeematerapeutin ymmärryksen lisäämisen komponentissa on tavoitteena selvittää, kuinka moodi koetaan suhteessa kognitioon.	Kognitiiviset menetelmät ryhmäskeematerapiassa		
Intensiivisen ryhmäskeematerapian kognitiivisen moodityöskentelyn komponentissa on tavoitteena selvittää moodeihin liittyvät kognitiiviset vääristymät.			
Intensiivisen ryhmäskeematerapian kognitiivisen moodityöskentelyn komponentissa on tavoitteena löytää kognitiivisia vastalääkkeitä moodeille.			
Intensiivisen ryhmäskeematerapian moodien hallintasuunnitelmissa kehitetään suunnitelmia vaihtoehtoiselle terveelle toiminnalle, joka vastaa taustalla piileviin tarpeisiin.			
Intensiivisen ryhmäskeematerapian skeematerapeutin ymmärryksen lisäämisen komponentissa on tavoitteena selvittää, kuinka moodi koetaan suhteessa käyttäytymiseen.		Behavioraaliset menetelmät ryhmäskeematerapiassa	
Intensiivisen ryhmäskeematerapian moodien hallintasuunnitelmissa toteutetaan suunnitelmia vaihtoehtoiselle terveelle toiminnalle, joka vastaa taustalla piileviin tarpeisiin.			
Intensiivisen ryhmäskeematerapian moodit vuorovaikutuksessa komponentissa keskitytään moodikäyttäytymisen vaikutuksiin ihmissuhteissa ja opetellaan terveen aikuisen tehokkaampaa käyttöä.			
Intensiivisen ryhmäskeematerapian klassisen skeematerapia-komponentin kokemuksellissa tekniikoissa, kuten esim. mielikuviuksellinen uudelleen kirjoitus, kehitetään ja käytetään kokemuksellisia vastalääkkeitä toimintatomiin moodeihin.	Kokemuksellinen työskentely ryhmäskeematerapiassa		

Intensiivisen ryhmäskematerapian klassinen skeematerapia-komponentin kokemuksellisisa tekniikoissa, kuten esim. mielikuvituksellinen uudelleen kirjoitus, annetaan kokemuksellista tukea lapsimodeille.			
Esittelyosa sisälsi esittelyn mielikuvatyöskentelyyn.			
Mielikuvatyöskentelyllä luotua turvallisen työympäristön saavuttamista ”turvakupla” -mielikuvaharjoitteella.			
Mielikuvatyöskentelyllä luotua ryhmän yhteenkuuluvuuden tunteen saavuttamista ”verkko” -mielikuvaharjoitteella.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian klassinen skeematerapia-komponentin kokemuksellisisa tekniikoissa, kuten esim. tuoli tekniikat, kehitetään ja käytetään kokemuksellisia vastalääkkeitä toimimattomiin moodeihin.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian klassinen skeematerapia-komponentin kokemuksellisisa tekniikoissa, kuten esim. tuoli tekniikat, annetaan kokemuksellista tukea lapsimodeille.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian kokemuksellisen moodityöskentelyn komponentissa on tavoitteena oppia kokemuksellisista moodien laukaisijoista.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian kokemuksellisen moodityöskentelyn komponentissa on tavoitteena kehittää kokemuksellisia vastalääkkeitä moodeille.			
12- 15 tapaamisen lyhyen aikavälin ryhmäskematerapiaohjelma psykiatrisella akuuttihoito-osastolla, joka sisälsi kokemuksellisia interventioita epävakaa ja persoonallisuushäiriöstä tai C-ryhmän persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille.			
”Effigy”(nukke) -kokemuksellisen harjoitteen avulla työstetään rankaisevien vanhempien moodeja.			
Varsinainen terapiavaihe pyrki keskittymään kokemukselliseen ryhmätyöskentelyyn ryhmäskematerapiamanuaalin harjoituksia käyttäen.			
Skeemamoodi roolileikkejä, joissa näytettiin moodeja.	Draaman menetelmät ryhmäskematerapiassa		
Skeemamoodi roolileikkejä, joissa arvioitiin moodeja toisissa.			
Varsinainen terapiavaihe pyrki keskittymään emotionaaliseen ryhmätyöskentelyyn ryhmäskematerapiamanuaalin harjoituksia käyttäen.	Tunteisiin liittyvät menetelmät ryhmäskematerapiassa		
Viimeiset 2-3 istuntoa painottuivat skeemamoodityöskentelyn käyttöön myöhempään avohoitoon keskittyen omien tunteiden ja tilojen leimaamiseen.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian skeematerapeutisen ymmärryksen lisäämisen komponentissa on tavoitteena selvittää, kuinka moodi koetaan suhteessa tunteisiin.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian mooditietoisuuden komponentissa on tavoitteena oppia erottamaan moodit toisistaan koettujen tunteiden perusteella.			
Ryhmän osallistujien persoonallisuuden piirteiden samankaltaisuuden ja yksilöllisyyden painottaminen on ryhmäskematerapian perusmenetelmä, jota sovellettiin kauttaaltaan koko ryhmäterapijan ajan.	Ryhmän jäsenten hyödyntäminen ryhmäskematerapiassa		
Myöhempää syväluotavaa moodityöskentelyä sisältäen henkilökohtaisia esimerkkejä.			

Myöhempää syväluotaavaa moodityöskentelyä sisältäen keskustelua mielialojen välisistä eroista.			
Skeemamoodimallin esittely sisälsi ryhmän sisäistä keskustelua henkilökohtaisista esimerkeistä.			
Ryhäskeematerapia on integratiivinen toteutus, joka yhdistelee prosessi- ja edukaatiivisten ryhmien näkökulmia hyödyntääkseen tarkoituksenmukaisesti yhteenkuuluvuutta ryhmäterapeuttisena tekijänä.			
Ryhäskeematerapia on integratiivinen toteutus, joka yhdistelee prosessi- ja edukaatiivisten ryhmien näkökulmia hyödyntääkseen tarkoituksenmukaisesti välillistä oppimista ryhmäterapeuttisena tekijänä.			
Intensiivisen ryhäskeematerapian henkilöiden välisessä skeematerapiassa keskitytään potilaiden kokemuksiin mielialoihin ryhmässä.			
Intensiivisen ryhäskeematerapian henkilöiden välisessä skeematerapiassa keskitytään ryhmän sisäiseen vuorovaikutukseen.			
Myöhempää syväluotaavaa moodityöskentelyä sisältäen esittelyn.	Psykoedukatio ryhäskeematerapiassa		
Skeemamoodimallin esittely sisälsi mallin teorian esittelyn.			
Intensiivisen ryhäskeematerapian skeematerapeutin ymmärryksen lisäämisen komponentissa luodaan yleisiä tavoitteita moodityöskentelyyn.			
Intensiivisen ryhäskeematerapian mooditietoisuuden komponentissa on tavoitteena tunnistaa, kun mieliala on aktiivinen.			
Viimeiset 2-3 istuntoa painottuivat skeemamoodityöskentelyn käyttöön myöhempään avohoitoon keskittyen mielialadynamiikan ymmärtämiseen.			
Viimeiset 2-3 istuntoa painottuivat skeemamoodityöskentelyn käyttöön myöhempään avohoitoon, keskittyen tietoisuuden lisäämiseen.			
Rajattu vanhemointi on ryhäskeematerapian perusmenetelmä, jota sovellettiin kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan.	Rajattu vanhemointi ryhäskeematerapiassa		
Intensiivisen ryhäskeematerapian klassisen skeematerapian komponentissa keskitytään rajattuun vanhemointiin.			
Rajattu terapeutin ”self disclosure” on ryhäskeematerapian perusmenetelmä, jota sovellettiin kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan. Sisältäen esim. selittäviä esimerkkejä moodityöskentelyistuntojen aikana.	Rajattu terapeutin ”self disclosure” ryhäskeematerapiassa		
Esittelyosaan kuului terapian sääntöjen sopiminen.	Sääntöjen sopiminen ryhäskeematerapiassa		
Intensiivisen ryhäskeematerapian mooditvuorovaikutuksessa komponentissa keskitytään mielialakäyttäytymisen vaikutuksiin ihmisuhteissa.	Ihmisuhteisiin keskittyminen ryhäskeematerapiassa		
Viimeiset 2-3 istuntoa painottuivat aktiivisempaan muutosvaiheeseen siirtymiseen myöhemmässä avohoidon terapiassa.	Avohoidon terapiaan valmentaminen ryhäskeematerapiassa		
Transitioaalisten objektien käyttö on ryhäskeematerapian perusmenetelmä, jota sovellettiin kauttaaltaan koko ryhmäterapian ajan. Sisältäen esim. ryhmän yhteenkuuluvuuden luomisen ja painottamisen kokemuksellisenä komponenttina.	Transitioaalisten objektien käyttö ryhäskeematerapiassa		

Myöhempiä syväluotaavaa moodityöskentelyä sisältäen kotitehtäviä.	Syvällisempää moodityöskentelyä kotitehtävien avulla ryhmäskematerapiassa		
Intensiivisen ryhmäskematerapian moodien hallintasuunnitelmissa kehitetään suunnitelmia vaihtoehtoiselle terveelle toiminnalle, joka vastaa taustalla piileviin tarpeisiin.	Moodien taustalla piileviin tarpeisiin keskittyminen ryhmäskematerapiassa		
Intensiivisen ryhmäskematerapian moodien hallintasuunnitelmissa toteutetaan suunnitelmia vaihtoehtoiselle terveelle toiminnalle, joka vastaa taustalla piileviin tarpeisiin.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian moodit vuorovaikutuksessa komponentissa opitaan terveen aikuisen käytöksen tehokkaampaa käyttöä.	Terveen aikuisen moodin työstäminen ryhmäskematerapiassa		
Intensiivisen ryhmäskematerapian sopeutumista edistävien moodien kehittämisen komponentissa havainnoidaan kykyä päästä terveen aikuisen moodiin, jonka seurauksena pystytään suorittamaan viikon skeematerapia tavoite suhteessa viikon moodiin.			
Skeemamoodimallin esittely sisälsi tehtäviä terveen aikuisen moodille.			
Intensiivisen ryhmäskematerapian sopeutumista edistävien moodien kehittämisen komponentissa havainnoidaan kykyä päästä iloisen lapsen moodiin, jonka seurauksena pystytään suorittamaan viikon skeematerapia tavoite suhteessa viikon moodiin.	Iloisen lapsen moodin työstäminen ryhmäskematerapiassa		
Skeemamoodimallin esittely sisälsi tehtäviä iloisen lapsen moodille.			
Iloisen lapsen moodin käytännöllisillä harjoitteilla lisätään tietoisuutta ja sisällytetään iloisen lapsen aktivointia ja kokemista arkiympäristössä.			
Iloisen lapsen moodin kotitehtävillä lisätään tietoisuutta ja sisällytetään iloisen lapsen aktivointia ja kokemista arkiympäristössä.			
Skeemamoodimallin esittely sisälsi tehtäviä haavoittuvan lapsen moodille.	Havoittuvan lapsen moodin työstäminen ryhmäskematerapiassa		
Skeemamoodimallin esittely sisälsi tehtäviä vihaisen lapsen moodille.	Vihaisen lapsen moodin työstäminen ryhmäskematerapiassa		
Skeemamoodimallin esittely sisälsi tehtäviä rankaisevan vanhemman moodille.	Rankaisevan vanhemman moodin työstäminen ryhmäskematerapiassa		
Skeemamoodimallin esittely sisälsi tehtäviä selviytymismoodille.	Selviytymismoodien työstäminen ryhmäskematerapiassa		