

# **EPÄVAKAATA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN POTILAAN HOITO**

Akuuttipsykiatrian osastojen hoitajien  
kuvaamana

Katariina Aimo

Marika Holm

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KATARIINA AIMO & MARIKA HOLM:

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoito  
Akuutti-psykiatrian osastojen hoitajien kuvaamana

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 7 sivua.  
Lokakuu 2012

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden hoitamisesta sekä hoitajien valmiuksia hoitaa tätä potilasryhmää. Tutkimustehtävänä oli selvittää mitkä ovat tämänhetkiset tavat hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita kyseisillä akuutti-psykiatrian osastoilla, millaisena hoitajat kokevat epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitamisen, millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on mielestään hoitaa näitä potilaita sekä millaiset ennakkotiedot ja -käsitykset hoitajilla on dialektisesta käyttäytymisterapiasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opinnäytetyössämme esiteltävien tietojen ja havaintojen avulla hoitajien valmiuksia hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita akuutti-psykiatriisilla osastoilla. Opinnäytetyön tavoite on myös toimia apuvälineenä psykiatrian akuuttiosastojen hoitajien perehdyttämisessä dialektiseen käyttäytymisterapiaan.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Aineisto kerättiin haastattelemalla neljää hoitajaa akuutti-psykiatrian osastoilta. Käytimme aineiston keräämiseen teemahaastattelua. Aineisto analysoitiin luokittelemalla se kysymys kerrallaan yhteenvedoiksi.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokevat epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat haastavana potilasryhmänä. Hoitajat korostivat vastauksissaan sitä, että näiden potilaiden hoidon onnistumisen kannalta yhtenäiset hoitolinjaukset olisivat erityisen tärkeitä. Vastauksista kävi ilmi, että hoitolinjauksissa koettiin olevan vielä puutteita kyseisillä osastoilla. Hoitajat toivat esille, että potilaiden haastavuudesta johtuen näitä potilaita kohtaan esiintyy negatiivisia asenteita, mutta hoitajat kertoivat myös positiivisia kokemuksiaan näistä potilaista. Hoitajien kokemukset omista valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää vaihtelivat. Jotta epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden hoitoa voitaisiin tulevaisuudessa kehittää entistä paremmaksi, hoitajat kertoivat kaipaavansa käyttöönsä konkreettisia hoitomenetelmiä. Hoitajat olivat kiinnostuneita dialektisen käyttäytymisterapian käyttämisestä, mutta he pitivät tärkeänä sitä, että kyseisen terapian hoitotavat pystytään muokkaamaan akuutti-psykiatrian osastoilla toimiviksi.

Jatkotutkimusehdotuksena esitämme, että tulevaisuudessa tutkittaisiin dialektisen käyttäytymisterapian soveltuvuutta akuutti-psykiatrian osastoille ja sen avulla saavutettuja hoitotuloksia. Lisäksi olisi hyvä tehdä hoitajille opas dialektisen käyttäytymisterapian toteuttamisesta akuutti-psykiatrian osastoilla.

---

Asiasanat: persoonallisuushäiriöt, tunne-elämältään epävakaat persoonallisuus, akuuttihoito, dialektinen käyttäytymisterapia

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

**KATARIINA AIMO & MARIKA HOLM:**  
The Treatment of a Patient with Borderline Personality Disorder  
Described by Nurses of Acute Psychiatric Departments

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 7 pages  
October 2012

---

The objective of this thesis was to describe the nurses' experience in treating patients suffering from borderline personality disorder and to improve the preparedness of nurses for treating this particular patient group. Providing help in orientating the nurses with dialectical behavior therapy was another central aim. The thesis was carried out using qualitative methods. The data was collected by interviewing four nurses of acute psychiatric wards. Theme interviewing was used to gather the materials, and the data were analyzed on a general level following the principles of content analysis principles.

The findings indicate that shared clinical guidelines for the treatment of these patients are considered important for the success of the treatment. The results also show that there are still shortcomings in the guidelines in the wards in question. The nurses' attitudes and experiences of dealing with the patient group varied.

The possibility of modifying the treatment methods of dialectical behavior therapy toward a more functional approach for the department of acute psychiatry was considered important. The applicability of the therapy in acute psychiatric wards and the treatment results should be thoroughly researched. Furthermore, it would be ideal to make a guide about the usage of this therapy in the acute psychiatry departments.

---

Key words: personality disorders, borderline personality disorder, acute treatment, dialectical behavior therapy

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
3.1	Persoonallisuushäiriö .....	9
3.1.1	Persoonallisuushäiriölajit .....	12
3.1.2	Epävakaata persoonallisuushäiriö .....	14
3.2	Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitomenetelmät .....	18
3.2.1	Psykoterapeuttiset hoitomenetelmät.....	18
3.2.2	Dialektinen käyttäytymisterapia.....	20
3.3	Akuuttipsykiatrian osasto .....	28
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS .....	29
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	29
4.2	Aineistonkeruumenetelmä .....	29
4.3	Aineiston analyysi.....	31
5	TULOKSET .....	33
5.1	Hoitajien tämänhetkiset tavat hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita akuuttipsykiatrian osastoilla .....	33
5.1.1	Tilanteet, joissa potilaat tulevat hoitoon sekä potilasryhmän kuvaus .....	33
5.1.2	Hoitolinjan yhtenäisyys.....	34
5.1.3	Hoidon onnistumisen kannalta tärkeäksi nähdyt asiat ja hoitomuodot.....	34
5.2	Hoitajien kokemukset epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitamisesta.....	36
5.2.1	Hoitajien yleinen kokemus kyseisestä potilasryhmästä .....	36
5.2.2	Hoitajien positiiviset kokemukset epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista potilaista.....	37
5.2.3	Hoidon haasteet.....	37
5.3	Hoitohenkilökunnan oma näkemys valmiuksistaan kohdata epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita .....	39
5.3.1	Hoitajien valmiudet tällä hetkellä .....	40
5.3.2	Hoitajien käytössä olevat työkalut epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitoon .....	40
5.3.3	Asiat, joista hoitajat kaipaavat lisää tietoa sekä tulevaisuuden kehitysehdotukset .....	40
5.4	Hoitajien tiedot ja ennakkokäsitykset dialektisesta käyttäytymisterapiasta .....	41
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	42
6.1	Opinnäytetyön eettiset kysymykset .....	42
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	43

6.3 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	44
6.4 Kehittämisen- /jatkotutkimusehdotukset .....	49
LÄHTEET .....	50
LIITTEET .....	52
Liite 1. Tiedote .....	52
Liite 2. Suostumuslomake .....	53
Liite 3. Haastattelujen teemarunko.....	54
Liite 4. Sisällönanalyysin eteneminen.....	55
Liite 5. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset .....	57

## 1 JOHDANTO

Persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan sitä, että ihminen käyttää arkielämälleen ja ihmisuhteilleen haitallisia, joustamattomia ja pinttyneitä ajattelu- ja käyttäytymistapoja. Hänen persoonallisuutensa piirteet ovat ”normaaleista” poikkeavia, vaikkei hän sitä itse välttämättä tiedostakaan. Persoonallisuushäiriö aiheuttaa usein paljon inhimillistä kärsimystä. Se miten häiriö oireilee käytännössä, riippuu siitä mitä persoonallisuushäiriötä henkilö sairastaa. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011, 480, 482.) Huomioitavaa on, että henkilö itse ei aina tiedosta kärsivänsä tilanteestaan (Joukamaa & Lepola 2008, 109).

Epävakaata persoonallisuushäiriö on yleisimmin tavattu persoonallisuushäiriön muodoista (Tähkä 2006, 3). Epävakaata persoonallisuushäiriö kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää hyvin laajasti. Sen esiintyvyys väestössä on noin 0,6 prosenttia. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus 2008, 820, 822.) Näiden potilaiden hoito muodostaa merkittävän osan psykiatrisesta avo- ja sairaalahoidosta. Noin 10 prosentilla psykiatriseen avohoitoon hakeutuvilla on todettavissa epävakaata persoonallisuushäiriö sekä psykiatrisen sairaalan potilaista 15–20 prosentilla. (Koivisto 2004, 53; Korkeila 2007, 503; Tähkä 2006, 3.) Lisäksi Korkeilan (2007, 503) mukaan kuusi prosenttia perusterveydenhuollon asiakkaista sairastaa epävakaata persoonallisuushäiriötä. Häiriölle keskeisiä ominaisuuksia ovat tunne-elämän epävakaat, impulsiivisuus sekä vuorovaikutussuhteiden vaikeudet (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus 2008, 824). Näiden potilaiden hoito on usein hyvin haastavaa, mikä kuormittaa työntekijöitä niin perusterveydenhuollossa kuin psykiatrisen hoidon piirissä (Koivisto 2004, 54).

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen oman kiinnostuksemme pohjalta. Koulutukseemme kuuluvien harjoitteluiden aikana meille olemme kohdanneet potilaita, jotka sairastivat epävakaata persoonallisuushäiriötä. He vaikuttivat mielestämme potilailta, joita on haastavaa hoitaa hyvin ja tuloksetta. Halusimme selvittää, miten akuutti-psykiatrian osastolla hoidetaan heitä ja mitkä tekijät mahdollistavat hyviin hoitotuloksiin pääsyn tai toimivat sen esteenä. Olimme kiinnostuneet hoitajien henkilökohtaisista näkemyksistä ja kokemuksista aiheeseen liittyen, joten katsoimme meille parhaiten sopivaksi tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimuksen.

Saimme myös tietää, että kyseisten akuuttipsykiatrian osastojen henkilökuntaa tullaan mahdollisesti kouluttamaan lisää dialektisen käyttäytymisterapian käyttöön. Tästä syystä tavoitteeksemme muodostui myös tarjota opinnäytetyömme muodossa henkilökunnalle perustietoa tästä terapiamuodosta ja sen työtavoista.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden hoitamisesta ja hoitajien valmiuksia hoitaa tätä potilasryhmää.

Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Mitkä ovat tämänhetkiset tavat hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita kyseisillä akuuttipsykiatrian osastoilla?
- 2) Millaisena hoitajat kokevat epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitamisen?
- 3) Millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on mielestään hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita?
- 4) Millaiset ennakkotiedot ja -käsitykset hoitajilla on dialektisesta käyttäytymisterapiasta?

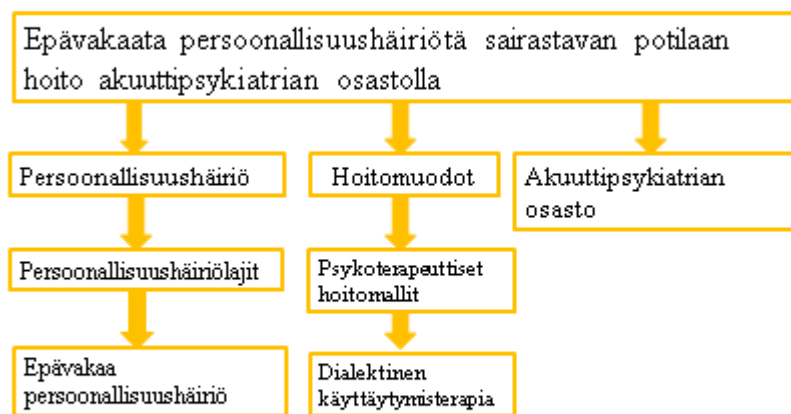
Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opinnäytetyössämme esiteltävien tietojen ja havaintojen avulla hoitajien valmiuksia hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita akuuttipsykiatrian osastoilla. Opinnäytetyön tavoite on myös toimia apuvälineenä psykiatrian akuuttiosastojen hoitajien perehdyttämisessä dialektiseen käyttäytymisterapiaan.



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisiin lähtökohtiin kuuluvat persoonallisuushäiriö, hoitomenetelmät ja akuutti-psykiatrian osasto (kuvio 1). Persoonallisuushäiriö käsitteen alla käymme läpi erilaiset persoonallisuushäiriölajit, erityisesti epävakaan persoonallisuushäiriön. Hoitomenetelmien alla käsittelemme psykoterapeuttisia hoitomalleja, joista syvennymme käsittelemään dialektista käyttäytymisterapiaa.

KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat



#### 3.1 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriöitä voidaan pitää yleisinä, sillä arviolta 6-10 prosenttia väestöstä sairastaa jonkinlaista persoonallisuushäiriötä. On yleistä, että persoonallisuushäiriötä sairastavalla ilmenee samanaikaisesti myös jokin muu mielenterveyshäiriö. Persoonallisuushäiriöt ovat eri elämän alueilla ilmeneviä pitkäaikaisia ajattelu- ja käytösmalleja. Nämä ajattelu- ja käytösmallit ovat toistuvia ja joustamattomia. (Taiminen 2011, 987.) Persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö ei usein kykene normaaleihin ihmissuhteisiin. Häiriötä sairastavaa kuvaa monesti jäykkyys, kyvyttömyys empatiaan ja kypsymättömyys. Persoonallisuushäiriöt haittaavat henkilön toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita näyttäytyen erilaisina tavallisuudesta poikkeavina piirteinä persoonallisuudessa. (Joukamaa & Lepola 2008, 109.)

Johtuen näistä persoonallisuuden piirteistä henkilölle aiheutuu henkilökohtaista kärsimystä (Marttunen ym. 2011, 480). On melko tavallista, että persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö ei usein itse tunnista kärsivänsä häiriöstä. (Joukamaa & Lepola 2008, 109.) Tästä syystä on hyvä pohtia onko parempi sanoa, että henkilö sairastaa persoonallisuushäiriötä kuin kärsii siitä.

Persoonallisuushäiriön syntyyn vaikuttaa pitkäaikaisten haitallisten ympäristötekijöiden lisäksi perinnöllisyys. Lisäksi persoonallisuushäiriötä sairastavilla henkilöillä saattaa esiintyä biologisia poikkeavuuksia. (Marttunen ym. 2011, 484–485.) Erilaiset kielteiset tekijät, kuten väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö sekä muut kielteiset kasvuolosuhteet lapsuudessa lisäävät riskiä sairastua persoonallisuushäiriöön. Geneettisiä tekijöitä on myös tutkittu jonkin verran persoonallisuushäiriöiden synnyssä. Esimerkiksi epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavien sukulaisilla on enemmän mielialahäiriötä kuin verrokkiryhmällä. Eräiden biologisten tekijöiden on todettu olevan yhteydessä joihinkin persoonallisuushäiriöihin, esimerkiksi tuoreiden tutkimustietojen mukaan epäsoisiaalisista persoonallisuushäiriötä sairastavilla ihmisillä on aivojen kuorikerroksen etulohkon alueella harmaan aineen supistumaa. (Marttunen ym. 2011, 484–485.)

Yleisesti ottaen persoonallisuushäiriöt ovat yleisimpiä miehillä kuin naisilla. Tästä poikkeaa kuitenkin epävakaa persoonallisuushäiriö, joka on naisilla yleisempi. Estynyt, riippuvainen sekä huomionhakuinen persoonallisuus ovat yhtä yleisiä sukupuolesta riippumatta. Persoonallisuushäiriöt esiintyvät yleensä nuorilla aikuisilla, naimattomilla sekä eronneilla. (Joukamaa & Lepola 2008, 111.) Persoonallisuushäiriön ensimmäisiä piirteitä voi tulla esille jo lapsena. Siitä huolimatta persoonallisuushäiriödiagnooseja ei aseteta kuin vasta myöhäisnuoruudessa tai varhaisessa aikuisiässä johtuen siitä, että lapsen persoonallisuuden rakenteiden ja identiteetin kehittyminen on vielä kesken. Diagnoosi voidaan asettaa aikaisintaan henkilön ollessa 16–17-vuotias. (Joukamaa & Lepola 2008, 112–113.)

Suomessa käytettävä WHO:n julkaisema tautiluokitus ICD-10 jakaa persoonallisuushäiriöt yhdeksään luokkaan (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011) (taulukko 1). Persoonallisuushäiriöt voidaan jakaa myös kolmeen eri ryhmään. Epäluuloinen ja eristäytyvä persoonallisuus kuuluvat ryhmään, jota kuvaa outous ja eriskummallisuus. Toista ryhmää kuvaavat dramaattisuus, tunnepitoisuus sekä epävakaus. Tähän ryhmään kuuluvat huomionhakuinen, narsistinen, epäsosiaalinen ja tunne-elämältään epävakaa per-

soonallisuus. Kolmanteen eli viimeiseen ryhmään kuuluvat ovat usein ahdistuneita ja pelokkaita. Kolmanteen ryhmään kuuluvat siten estynyt, riippuvainen sekä vaativa persoonallisuus. (Joukamaa & Lepola 2008, 122; Taiminen 2011, 987.) Persoonallisuushäiriötä sairastava voi saada useita diagnooseja, koska on mahdollista, että sama ihminen sairastaa useampaa persoonallisuushäiriötä. Häiriöön voi liittyä myös jokin muu mielenterveyshäiriö. Henkilölle voidaan asettaa jokin persoonallisuushäiriö diagnooseista vasta sen jälkeen kun hän täyttää ensin yleiset persoonallisuushäiriölle asetetut diagnostiset kriteerit. (Joukamaa & Lepola 2008, 113.) Diagnoosin tekoa varten olennaista on huomioida potilaan oireiden kesto ja kartoittaa hänen tilanteensa haastatteleamalla myös perheenjäseniä, sillä potilas ei itse välttämättä kykene kertomaan realistisesti tilanteestaan (Joukamaa & Lepola 2008, 113; Marttunen ym. 2011, 482).

TAULUKKO 1. Persoonallisuushäiriöt (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011; Joukamaa & Lepola 2008, 110; Marttunen ym. 2011, 499, muokattu)

F60.0	Epäluuloinen persoonallisuus
F60.1	Eristäytyvä (skitsoidi) persoonallisuus
F60.2	Epäsosiaalinen persoonallisuus
F60.3 F60.30 F60.31	Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus Impulsiivinen häiriötyyppi Rajatilatyypin
F60.4	Huomionhakuinen persoonallisuus
F60.5	Vaativa persoonallisuus = pakko-oireinen
F60.6	Estynyt persoonallisuus
F60.7	Riippuvainen persoonallisuus
F60.8	Muu määritelty persoonallisuushäiriö <ul style="list-style-type: none"> <li>• Narsistinen persoonallisuus</li> <li>• Epäkypsä persoonallisuus</li> <li>• Passiivis-aggressiivinen persoonallisuus</li> <li>• Psykoneuroottinen persoonallisuus</li> </ul> <p>”Tätä koodia käytetään, jos häiriö täyttää persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit, mutta mikään yllä olevista luokista ei sovi. Tätä koodia käytettäessä on erityisen tärkeää kuvata häiriö myös sanallisesti.”</p>

### 3.1.1 Persoonallisuushäiriölajit

Epäluuloisesta persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö on yleensä pitkävihainen, itsekkeinen sekä omahyväinen vaikka monesti heillä on huono itsetunto. Muiden persoonallisuushäiriöiden, kuten epävakaa persoonallisuuden esiintyminen yhdessä epäluuloisen persoonallisuuden kanssa on mahdollista. (Joukamaa & Lepola 2008, 114.) Henkilöä, jolla on todettu epäluuloinen persoonallisuushäiriö, kuvaa laaja-alainen epäluulo muita ihmisiä kohtaan. Henkilö saattaa hyvin usein epäillä ilman perusteita kumppaniaan uskottomuudesta. Häiriötä sairastavaa henkilöä kuvaa myös vaikeus antaa toiselle anteeksi. (Huttunen 2011.)

Eristäytyvää eli skitsoidia persoonallisuushäiriötä sairastavan henkilön yleinen piirre on laaja-alainen vetäytyminen ihmissuhteista. Heidän kykynsä tunteiden ilmaisuun on rajoittunutta. Eristäytyvää persoonallisuushäiriötä sairastava vetäytyy usein mielikuvitukseen ja yksinäisiin harrastuksiin. Hän ei saa mielihyvää juuri mistään toiminnasta. Häiriön oireet muistuttavat läheisesti skitsofreniaa, mutta eroavat siitä varsinaisten psykoottisten oireiden puuttumisella. (Marttunen ym. 2011, 488.)

Epäsosiaalista persoonallisuutta on aiemmin kutsuttu myös muilla termeillä esimerkiksi psykopatia ja sosiopatia. Henkilö, jolla on epäsosiaalinen persoonallisuus, on taipuvainen käyttäytymään vastoin yleisiä normeja eikä hän usein piittaa muista ihmisistä. Epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö käyttäytyy herkästi aggressiivisesti ja väkivaltaisesti. Häiriökäyttäytyminen on alkanut usein jo lapsena. Henkilöt, joilla on tällainen persoonallisuus, ovat epäluotettavia ja välinpitämättömiä. He hakevat yleensä ongelmien syytä omalle käyttäytymiselle muista henkilöistä. Häiriöön liittyy useasti myös päihteiden väärinkäyttöä. (Joukamaa & Lepola 2008, 115–166.)

Huomionhakuista persoonallisuushäiriötä sairastavalle henkilölle kuuluu käyttäytymisen ja tunteiden dramaattisuus ja teatraalisuus. Tällaisella henkilöllä on jatkuva pyrkimys saada huomio itseensä. (Joukamaa & Lepola 2008, 118.) Huomion hakeminen voi tapahtua dramaattisella käytöksellä tai vaikkapa flirttailemalla. Monesti huomionhakuihin henkilö nauttii korostuneesti tilanteesta, jossa hän pääsee yleisön eteen esiintymään. (Marttunen ym. 2011, 494.) Hän on hyvin ulkonäkökeskeinen ja siten korostaa omaa ulkonäköään. Hän saattaa tiedostamattaan käyttäytyä seksuaalisesti viettelevästi tilanteissa, joissa se ei ole sopivaa. (Joukamaa & Lepola 2008, 118; Huttunen 2011.) Huo-

mionhakuista persoonallisuushäiriötä sairastavalle on ominaista suurieleinen esiintyminen, liioitellut tunneilmaisut, alttius vaikutteille, itsekeskeisyys sekä keskittyminen omien halujen tyydyttämiseen. Tällä persoonalla on päällekkäisiä piirteitä narsistin ja epävakaaan persoonan kanssa. (Joukamaa & Lepola 2008, 118.)

Vaativaa eli pakko-oireista persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö on joustamaton, pikku-tarkka ja täydellisyyttä tavoitteleva. Henkilölle voi olla ominaista liiallinen säästeliäisyys sekä vaikeus luopua vanhoista tavaroista. Hänelle työ on hyvin keskeinen asia ja hän yleensä omistautuu sille liiallisesti niin, että se voi jopa syrjäyttää ihmissuhteita. (Joukamaa & Lepola 2008, 118–119.) Tyypillistä tälle persoonalle on esimerkiksi liika tunnollisuus, liiallinen huolellisuus ja itsepäisyys. Varsinainen pakko-oireinen häiriö on kuitenkin eriasia kuin vaativa persoonallisuus, vaikka nämä diagnoosit ovat monesti todettavissa samalla henkilöllä. Vaativaa persoonallisuushäiriötä sairastava saattaa kokea epämiellyttäviä yllätyksiä, jotka eivät ole yhtä pakonomaisia kuin varsinaisessa pakko-oireisessa häiriössä. Mielihyvän kokeminen ja elämästä nauttinen, on monesti haastavaa tälle henkilölle. (Marttunen ym. 2011, 495–496.)

Estynyttä persoonallisuushäiriötä sairastavan henkilön ominaisuuksiin liittyy arkuuden ja epävarmuuden lisäksi myös pelko muun muassa siitä, että hän joutuisi muiden arvostelun kohteeksi. Nämä tekijät vaikeuttavat henkilön ihmissuhteita. (Joukamaa & Lepola 2008, 199.) Häpeän tunteen käsitteleminen on hänelle vaikeaa. Hän kokee monesti alemmuuden tunteita ja kaipaa hyväksyntää korostuneesti mutta hänen läheinen tuttavapiirinsä jää usein pieneksi. Estynyttä persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö reagoi korostuneesti tullessaan hylätyksi. Nämä oireet juontuvat mahdollisesti jo varhaislapsuuden itsetuntovaurioista. Tätä häiriötä sairastava henkilö pelkää kontrollin menettämistä elämästään. (Marttunen ym. 2011, 496–497.)

Henkilöä, jolla on riippuvainen persoonallisuus, kuvaa avuttomuus tulla toimeen itseksensä. Hänen on vaikeaa tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä itse ja hän on liian riippuvainen muiden ihmisten mielipiteistä. Hän pelkää tulevaisuutta hylätyksi ja on liian riippuvainen myös läheisistä ihmissuhteistaan. (Joukamaa & Lepola 2008, 120.)

Muita määriteltyjä persoonallisuushäiriöitä ovat narsistinen, epäkypä, passiivis-aggressiivinen sekä psykoneuroottinen persoonallisuus. Näistä yleisin on narsistinen persoonallisuus, joka ilmenee tyypillisesti henkilön empatian puutteena, uskomuksina

omasta ainutlaatuisuudesta ja erityisestä kyvykkyydestä. Narsisti keskittyy yleensä omien tarpeidensa tyydyttämiseen ja tavoitteidensa saavuttamiseen. Hän pyrkii niihin tarvittaessa muiden ihmisten kustannuksella. Narsistille on ominaista myös suuret luulot itsestään. (Joukamaa & Lepola 2008, 120.) Siitä huolimatta, että narsisti kokee monesti itsensä erityisen lahjakkaaksi ja taitavaksi tämän ajattelun pohjalla on usein heikko itsetunto. Joukamaan ja Lepolan (2008, 120) mukaan myös epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavilla saattaa esiintyä myös narsistisia piirteitä. Yksi persoonallisuushäiriön muoto on juuri tämä tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus, jota käsittelemme tässä opinnäytetyössä.

### 3.1.2 Epävakaata persoonallisuushäiriö

Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuudesta, lyhyemmin sanottuna epävakaata persoonallisuudesta käytetään myös termiä rajatilapersonallisuus (Kåver & Nilsonne 2004, 34). Rajatila käsitteellä on aiemmin kuvattu häiriötä, joka on neuroottista häiriötä vaikeampi hoitaa mutta varsinaista psykoosia lievempi häiriö (Joukamaa & Lepola 2008, 116). Marttunen ym. (2011, 492) mukaan psykodynaamisen ajattelun piirissä rajatilatasoisella häiriöllä tarkoitetaan todellisuudessa paljon laajempaa käsitettä kuin ICD-10-luokitusjärjestelmästä löytyvällä diagnoosilla epävakaata persoonallisuushäiriö. ”Käytännöllisesti katsoen lähes kaikki persoonallisuushäiriöt ovat psykodynaamisesti arvioituna rajatilatasoisia häiriöitä” (Marttunen ym. 2011, 492).

Rajatilapersonallisuusrakenne tarkoittaa erään mallin mukaan, että henkilö ei pysty ajattelussaan yhdistämään oman itsensä tai muiden hyviä ja huonoja ominaisuuksia. Hän siis näkee ihmiset joko hyvinä tai pahoina. Tämän henkilön yleinen tunnetila on viha. Lisäksi hän käyttää primitiivisiä puolustusmekanismeja mutta hänen realiteettitestauksensa on normaali. (Kåver & Nilsonne 2004, 25.) Joukamaan ja Lepolan (2008, 116–117) mukaan rajatilapersonan realiteettitestausta on normaali, mutta realiteettitestausta pettää suhteessa henkilön minäkuvaan ja muiden henkilöiden havaitsemiseen. Rajatilapersonallisuusrakenne voi esiintyä epävakaan persoonan lisäksi esimerkiksi skitsoidilla, huomionhakuksella, narsistisella sekä epäsosiaalisella persoonalla. (Kåver & Nilsonne 2004, 24–25.)

Englanninkielisessä kirjallisuudessa häiriöstä käytetään termiä *borderline personality disorder*. Kirjallisuudessa häiriön rajatila-nimitystä käytetään paljon rinnakkain epävakaa persoonallisuus-nimityksen kanssa. Tästä syystä olemme käyttäneet työssämme lähteitä, joissa käytetään joko nimitystä epävakaa persoonallisuus tai rajatilahäiriö.

Epävakaan persoonallisuushäiriön taustatekijöitä ovat geneettiset tekijät, ympäristötekijät ja yhteiskunnalliset tekijät. Esimerkiksi mikäli lapsi on sellaisessa tilanteessa, että hänen ei ole mahdollista muodostaa turvallista kiintymyssuhdetta vanhempaansa, tilanne on riskitekijä epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiselle. Tämä tilanne on yleinen perheissä, joissa ympäristö on väkivaltainen tai muutoin turvaton. Lapsi sisäistää tällöin hoivaajastaan ristiriitaisia mielikuvia, joita hän ei pysty sovittamaan yhteen. Tällainen jäsentymätön kiintymyssuhde voi johtaa huonontuneeseen kykyyn havaita ja tarkastella omia ja muiden tunteita sekä ymmärtää niitä. Omien ja muiden mielentilojen käsittelyn puutteellisuus heikentää lapsen kokemusta omasta itsestä muista erillisenä olentona. Mielentilojen käsittelyn puutteellisuus aiheuttaa myös tunteiden säätelyn vaikeutta ja sitä kautta vaikeuksia ihmissuhteissa. (Koivisto & Isometsä 2005, 4618.) Lapselta jää puuttumaan sisäistynyt mielikuva empaattisesta ja luotettavasta hoivaajasta, joka myöhemmin näkyy vaikeutena etsiä itselleen apua (Holmberg & Kähkönen 2008, 225).

Epävakaan persoonallisuushäiriön taustalla on todennäköisesti sekä geneettinen perusta että traumaattiset elämäkokemukset. Häiriön biologista perustaa on tutkittu vasta vähän. Geneettisillä tekijöillä on merkittävä vaikutus persoonallisuuden piirteisiin mutta selitettäessä koko epävakaan persoonallisuuden diagnostista oirekuvaa geneettiset tekijät selittävät enemmänkin häiriön yksittäisiä ydinpiirteitä esimerkiksi impulsiivisuutta. (Koivisto & Isometsä 2005, 4618.)

Keskeisimpänä yhteiskunnallisena riskitekijänä voidaan nähdä ydinperhettä suuremman perheyksikön puuttuminen lapsen elämästä. Nykyisessä yhteiskunnassa vallitsevana arvona on yksilöllisyys ja itsenäisyys, joka monesti mahdollistaa impulsiivisen ja aggressiivisen käyttäytymisen paremmin kuin perinteinen yhteiskuntarakenne, joka on tiukemmin pyrkinyt tukahduttamaan tällaista toimintaa. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys väestössä on keskimäärin 0,6 prosenttia väestöstä. Tästä häiriöstä kärsivistä henkilöistä noin 75 prosenttia on naisia. Häiriön esiintyvyys on sidoksissa ikään ja esiintyvyys korkein nuorilla aikuisilla. (Korkeila 2007, 503; Epävaka persoonallisuus: Käypä hoito- suositus 2008, 820–822.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat ryhmä, joka kuormittaa huomattavasti terveydenhuoltojärjestelmää. Häiriöstä kärsivillä henkilöillä noin 70 prosentilla esiintyy samanaikaisia häiriöitä kuten depressiota, ahdistuneisuushäiriöitä ja päihdehäiriöitä. (Epävaka persoonallisuus: Käypä hoito- suositus 2008, 820, 825.)

Epävaka persoonallisuus näyttäytyy tunteiden hallinnan erityisenä vaikeutena ja impulssikontrollin heikkoutena. Henkilön ihmissuhteita ja minäkuvaa luonnehtii epävakaus. (Koivisto ym. 2007, 1399.) Nämä piirteet ovat hyvin laaja-alaisia, pitkäkestoisia ja esiintyvät varhaiseen aikuisikään mennessä (Koivisto & Isometsä 2005, 4619). Tunne-elämän epävakaus tarkoittaa mielialan herkkää reagoitua ympäristön ärsykkeisiin. Henkilön tunnetilat ovat hyvin voimakkaita ja niistä palautuminen kestää normaalia pidempään. Tunnetilojen hallitsemattomuus altistaa henkilön monesti päihteiden väärinkäytölle, joka puolestaan edesauttaa tunne-elämän epävakautta. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619.)

Epävakaaseen persoonallisuuteen kuuluu impulsiivinen tapa käyttäytyä. Impulssikontrollin menettäminen saattaa näkyä esimerkiksi ylilyönteinä seksisuhteissa, pelaamisesta tai päihteiden käytössä. Itsetuhoinen käytös on yleistä. Sen tarkoituksena on monesti tasata sietämätöntä tunnetilaa, jonka on saattanut aiheuttaa esimerkiksi hylkäämiskokemus. Tämä saattaa ilmetä muun muassa viiltelynä, syömisestä kieltäytymisenä tai muunlaisena itsensä pahoinpitelynä. Oman kehon pahoinpitelyn tarkoitus voi olla myös itsensä rankaisu. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä saattaa epätoivoisesti pelätä, että hallitsemattomat ja sietämättömät tunteet eivät ikinä vähene, jolloin itsetuhoisuus saattaa vaikuttaa ainoalta keinolta välttää kärsimystä (Holmberg & Kähkönen 2008, 233).

Epävakaasta persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö ajautuu monesti ihmissuhdevaikeuksiin, koska hän suhtautuu monesti ailahtelevaisesti muihin ihmisiin (Koivisto & Isometsä 2005, 4619). Epävakaasta persoonallisuutta sairastava ei kykene yhdistämään sekä positiivisia että negatiivisia ajatuksia samasta asiasta tai ihmisestä, joten hän pyrkii splittaamaan kokemuksensa, eli hän ajattelee toisen ihmisen tai jonkin asian olevan ko-



konaan hyvä tai paha. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava saattaa myös kokea saman ihmisen yhdessä tilanteessa hyvänä ja toisessa pahana. (Ojala 2008, 145). Tällaista käytöstä voidaan selittää lapsuuden jäsentymättömällä kiintymysmallilla. Tämä tarkoittaa, että henkilö on lapsena sisäistänyt ristiriitaisia ja vaihtelevia mielikuvia häntä hoivanneesta henkilöstä, joka on johtanut epävarmuuteen ja hylätyksi tulemisen pelkoon ja vaihtelevaan suhtautumiseen toisiin ihmisiin. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619.)

Epävakaaseen persoonallisuuteen kuuluu itsekeskeisyys, jolloin henkilö itse katsoo olevansa tapahtumien keskellä ja muut ihmiset toimivat joko hänen tarpeidensa tyydyttäjinä tai niiden estäjinä. Muiden ihmisten arvo tälle henkilölle määräytyy sen mukaan, miten hyvin he pystyvät hänen tarpeitaan tyydyttämään. (Ojala 2008, 144–145.)

Oman itsen ja muiden ymmärtäminen on vaikeaa ja hän saattaa kokea ihmissuhteensa vain pinnallisesti (Koivisto & Isometsä 2005, 4619). Henkilö saattaa siis muodostaa erittäin intensiivisen ihmissuhteen, mutta sen muodostuessa epätydyttäväksi, ihmissuhde katkeaa helposti ja henkilö pyrkii korvaamaan sen uudella. Itse erotilanne saattaa olla erittäin vaikea ja ahdistava epävakaalle persoonalle, koska hänen psyykeensä on vielä osittain riippuvainen kumppanin läsnäolosta. (Ojala 2008, 145.)

Epävakaan persoonallisuuden oirekuvaan saattaa kuulua myös psykoottiselta vaikuttavat oireet, kuten vainoharhaisuus, kuuloharhat tai vakavaa dissosiativisuutta. Epävakaaminäkuva tarkoittaa jatkuvaa muutosta itsensä kokemisessa. Henkilö ajattelee itsestään monesti erittäin negatiivisesti. Hän saattaa myös epäillä, ettei ole lainkaan olemassa. Epävakaat persoonat kokevat monesti tyhjyyden tunnetta, joka saattaa olla kytköksissä pyrkimykseen hallita kaoottisia tunnetiloja. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619.) Varhaisten puolustusmekanismien käyttö on tavallista runsaampaa. Näitä varhaisia puolustusmekanismeja ovat esimerkiksi kieltäminen ja projektion eli omien tunnetilojen sijoittaminen toisen henkilön ominaisuuksiksi. Kokonaisuuksien hahmottaminen on epävakaalle persoonalle vaikeaa, tämä voi näyttäytyä esimerkiksi puutteellisena ajantajuna. (Ojala 2008, 145.)

Epävakaata persoonallisuutta tarkoittaa identiteetin osalta epäselvyyttä ja identiteetin vaikeaa kiintumattomuutta. Muut ihmiset kokevat helposti epävakaata persoonallisuutta sairastavan henkilön käyttäytyvän eri tavoin riippuen siitä, missä vuorovaikutustilanteessa

hän toimii. Henkilö ei välttämättä ole tietoinen kaikista persoonallisuutensa piirteistä ja ne saattavat esiintyä tilanteesta riippuen eri yhdistelminä. (Ojala 2008, 144–145.)

### **3.2 Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitomenetelmät**

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta on olemassa suosituksia. Käypä hoito- suosituksen (2008) mukaan hoidossa keskeistä ovat psykoterapeuttiset menetelmät. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville on tyypillistä etteivät he noudata hoitosopimuksia ja heillä on usein vaikeaa muodostaa pitkäaikaista hoitokontaktia. He käyttävät erilaisia hoitopalveluita hyvin runsaasti ja usein myös lyhytaikaisesti. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus 2008, 828.) Myös American Psychiatric Associationin (APA) on julkaissut vuonna 2001 hoitosuosituksen koskien epävakaata persoonallisuushäiriötä. APA:n ensisijaisina hoitomuotoina hoitosuositusten mukaan ovat psykodynaamiset psykoterapia sekä dialektinen käyttäytymisterapia, DKT. Näiden rinnalla voidaan käyttää oireisiin kohdistuvaa lääkehoitoa. (Koivisto ym. 2007, 1399.)

#### **3.2.1 Psykoterapeuttiset hoitomenetelmät**

Epävakaan persoonallisuuden hoidossa käytetään psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä. Psykodynaamisiin hoitomenetelmiin kuuluvat mentalisaatioterapia ja transferenssikehinen psykoterapia. Mentalisaatio tarkoittaa kykyä ajatella ja ymmärtää omia toisten ihmisten mielentiloja ja niiden erillisyyttä toisistaan. Mentalisaatiokyvyn myötä henkilö ymmärtää, että jokaista ihmistä ohjaa hänen omat ajatuksensa. Tällainen kyky saavutetaan normaalikehityksessä ainakin osittain 4-6-ikävuoteen mennessä. Mentalisaatioterapian tavoite on epävakaan persoonan mentalisaatiokyvyn kehittäminen yksilö- sekä ryhmäterapiassa. Tässä terapiassa tavoitellaan epävakaan persoonan minäkuvan vakauttamista, jonka pohjalle on mahdollista rakentaa turvalliseen ihmissuhteeseen perustuvia suhteita. Terapiayhteisö tarjoaa mahdollisuuden turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiselle. Terapialla tavoitellaan potilaalle muodostuvaa itseymmärrystä ja sitä, että hän oppisi ymmärtämään omien ajatusten sekä tunteidensa vaikutuksia ihmissuhteisiinsa ja koko elämäänsä. Terapiassa on tarkoitus oivaltaa puutteellisen itseymmärryksen johtavan niihin ongelmiin, joita henkilön elämässä on esiintynyt. (Koivisto ym. 2009, 72, 76.)

Transferenssikeskeinen psykoterapia on psykodynaamista psykoterapiaa. Se pohjautuu rajatilapersoonallisuusorganisaatioon, joka sisältää neljä keskeistä piirrettä. Niitä ovat identiteetin vaihtelevuus, varhaisten puolustusmekanismien käyttö, pääasiassa toimiva realiteettitestausta sekä tilannekohtainen vaihtelu siinä, miten henkilö kokee toisen ihmisen. Terapia toteutuu avohoidossa yksilöterapiana. Terapiassa käytetään erityistä hoitotekniikkaa, jonka avulla päästään vuorovaikutuksen keinoin eroon potilaalle haitallisesta varhaisesta puolustuskeinosta eli splittaamisesta. Terapian tavoitteena on muodostaa potilaalle kyky yhdistää hyvät ja huonot kokemukset toisesta ihmisestä ja rakentaa hänen terve ihmissuhde. (Koivisto ym. 2007, 1404.)

Kognitiivisiin psykoterapian hoitomalleihin kuuluvat skeematerapia ja dialektinen käyttäytymisterapia, jonka käsittelemme laajemmin seuraavassa luvussa. Skeematerapiassa on keskeistä erilaiset moodit, joilla tarkoitetaan henkilölle varhain kehittyneitä skeemoja ja niihin liittyviä selviytymiskeinoja. Skeematerapian tavoitteena on potilaan käytössä olevien skeemojen eli sisäisten mallien tunnistaminen ja ymmärtäminen lapsuus- ja nuoruusajan kehityksen pohjalta. Tavoitteena on skeemojen korjaantuminen tai vähintään näiden virheellisten skeemojen merkityksen vähentäminen henkilön ajatteluun ja toimintaan. Moodien osalta tavoitellaan henkilön käytössä olevien haitallisten moodien yhdistymistä hyödyllisiin moodeihin. Vähitellen henkilön käyttöön pyritään muodostamaan terveen aikuisen moodeja. (Koivisto ym. 2007, 1401.)

Epävakaan persoonallisuuden hoidossa käytetään myös kognitiivis-analyttista psykoterapiaa. Se on rakennettu alkuperäisten kognitiivisen ja psykodynaamisen perinteiden pohjalta omaksi terapiamuodokseen. Terapiassa yhdistyy aineksia näistä molemmista psykoterapiasuuntauksista. Tässä terapiassa tutkitaan psykodynaamisen työskentelyn tapaan potilaan elämänhistoriassa esiintyviä vuorovaikutussuhteita mutta niitä tarkastellaan kognitiivisen psykoterapian tapaan erityisesti suhteessa nykyhetkeen. Psykodynaamisessa työskentelyssä pohditaan ongelmallisten toimintatapojen syytä kun taas kognitiivis-analyttisessa terapiassa keskitytään sen pohtimiseen miten ongelmalliset toimintatavat rakentuvat ja miten niitä voidaan hallita. (Koivisto ym. 2009, 112–113.)

Epävakaata persoonallisuutta hoidetaan avohoidon lisäksi myös tarvittaessa erikoissairaanhoidon piirissä. (Koivisto ym. 2009, 70.) Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava potilas joutuu psykiatriseen sairaalahoitoon elämänkriisitilanteissa. Hoito sairaalas-

sa jää usein pintapuoliseksi, joten hoidon vaikutuskin on kyseenalaista. (Koivisto 2007, 1399.) Lääkehoito on usein osana epävakaata persoonallisuus häiriötä sairastavan potilaan hoitoa. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan lääkitys valitaan hänellä esiintyvien oireiden mukaan. Tästä esimerkkinä jos potilaalla on impulsiivisuutta tai mielialan vaihteluita kokeillaan ensin SSRI-lääkkeitä tai uuden polven antipsykootteja. Mikäli potilas kärsii psykoottisista kokemuksista, lääkkeeksi valitaan uuden polven antipsykootti tai pieni annos perinteistä antipsykoottia. Impulsiiviset potilaat voivat hyötyä mahdollisesti myös mielialantasaajien käytöstä. (Huttunen 2008, 237.)

### **3.2.2 Dialektinen käyttäytymisterapia**

Marsha Linehanin kehittämä dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on yksi epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomuodoista. Sen käyttöä myös muiden häiriöiden hoidossa on kehitetty. (Holmberg & Kähkönen 2008, 224–225.) Hoidon tärkeimmät tavoitteet ovat potilaan ongelmaratkaisutaitojen sekä hänen omien tunteidensa ja mielipiteidensä itsearvostuksen lisääntyminen. Hoidon tärkeimpänä tavoitteena on myös se, että potilaalle muodostuu kyky olla tietoisesti läsnä nykyhetkessä. (Koivisto 2010, 177.) Dialektisessa käyttäytymisterapiassa keskitytään enemmän potilaan perimmäisten arvojen ja toiveiden selvittämiseen kuin hänen ajattelunsa vääristymiin. Tämä erottaa dialektisen käyttäytymisterapian perinteisestä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. (Holmberg & Kähkönen 2008, 226.)

Terapeutti etsii yhdessä potilaan kanssa sellaisia käyttäytymistapoja, joilla hän voi saavuttaa omat tavoitteensa. Dialektiseen käyttäytymisterapiaan kuuluu päiväkirjan pitäminen. Potilas kirjaa päivittäin siihen vointinsa ja mahdollisen ongelmakäyttäytymisensä. Päiväkirjaan hän merkitsee myös ne taidot, joita hän on soveltanut ongelmatilanteeseen ja näiden taitojen vaikutukset. Päiväkirja kulkee mukana koko terapian ajan istuntojen tukena. (Kåver & Nilsonne 2004, 105–106.)

Terapeutti ratkoo potilaan ongelmia yhdessä potilaan kanssa käyttämällä apunaan ketjuanalyysia. Ketjuanalyysi alkaa ongelman tunnistamisella. Seuraavaksi kartoitetaan ongelmakäyttäytyminen tilanteessa, jonka jälkeen kartoitetaan ne muuttujat, jotka ovat laukaisseet tai tukeneet ongelmakäyttäytymistä. Näihin laukaiseviin tekijöihin kuuluvat haavoittuvuustekijät kuten stressi, laukaisevat tekijät kuten riitatilanne ja välilliset teki-

jät kuten tilanteeseen liittyvät ajatukset, tunteet ja teot. Viimeisenä kartoitetaan mitä tapahtumasta seurasi lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Tämän analyysin jälkeen terapeutti pohtii potilaan kanssa yhdessä miten tilanne olisi pitänyt ratkaista, jotta hän olisi päässyt parempaan lopputulokseen. Terapeutti nostaa esille erilaisia elämänhallintaa tukevia taitoja, joita potilaan on mahdollista käyttää tulevaisuudessa, mikäli hän joutuu vastaavanlaiseen tilanteeseen. Näitä taitoja harjoitellaan istunnon aikana. (Kåver & Nilsonne 2004, 74–76.) Potilaat käyvät yksilöterapian rinnalla myös taitovalmennusryhmässä opettelemassa näitä elämänhallintaan kuuluvia taitoja (Holmberg & Kähkönen 2008, 242).

Terapia voidaan jakaa neljään vaiheeseen, joita edeltää perehdyttämisvaihe (Kåver & Nilsonne 2004, 12). Ensimmäisessä vaiheessa terapiaa opetellaan erilaisia vuorovaikutustaitoja sekä pyritään pois itsetuhoisesta käytöksestä, joka heikentää elämän laatua. Tällainen käytös haittaa myös itse terapian etenemistä. Toisessa vaiheessa keskitytään traumaperäisen stressin vaikutuksen vähentämiseen. Kolmannessa ja neljännessä vaiheessa etsitään keinoja lisätä potilaan itsekunnioitusta ja pyritään edistämään hänen yksilöllisten tavoitteidensa saavuttamista, jotta mielekäs elämä on saavutettavissa. (Kåver & Nilsonne 2004, 12, 99.)

Perehdyttämisvaiheen tarkoituksena on potilaan ja terapeutin toisiinsa tutustuminen sekä potilaan motivoiminen terapiaan. Tässä vaiheessa käydään läpi taustatietoja dialektisesta käyttäytymisterapiasta sekä epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä. Näitä tietoja potilas tarvitsee tehdessään päätöstä siitä, että haluaako hän kyseistä terapiaa. Tässä vaiheessa selvitetään myös, mitä potilas odottaa terapialta ja millaisia tavoitteita hänellä on elämässään. Samalla kartoitetaan potilaan itsetuhoisuutta ja siihen liittyvä ongelma-käyttäytyminen, joka on tarkoitus poistaa. Terapeutti pyrkii selvittämään, mikäli potilaalla on ollut ongelmia aikaisemmissa terapioiden ja millaisia ne ovat olleet. Mikäli potilas valitsee perehdyttämisvaiheen jälkeen dialektisen käyttäytymisterapian avukseen, terapeutti ja potilas tekevät hoitosopimuksen. (Kåver & Nilsonne 2004, 95–96.)

Ensimmäisen vaiheen tavoitteet liittyvät turvallisuuden saavuttamiseen eli potilaan vakauttamiseen. Ensimmäisessä vaiheessa puututaan mahdolliseen itsemurhakäyttäytymiseen. Terapiassa pyritään vähentämään itsemurhakäyttäytymistä ja itsetuhoisia ajatuksia. Terapeutti ja potilas yhdessä etsivät muunlaisia ratkaisuja vaikeista tilanteista tai tunteista selviämiseen. Seuraavaksi terapeutti puuttuu terapiaa haittaavaan käyttäytymiseen. Poti-

laan kohdalla se tarkoittaa terapian laiminlyöntiä ja terapeutin kohdalla muun muassa liian suuria tai pieniä odotuksia. (Kåver & Nilsonne 2004, 96–97.)

Kolmas päätavoite ensimmäisessä vaiheessa on puuttuminen käyttäytymiseen, joka heikentää elämänlaatua. Terapeutti selvittää esimerkiksi potilaan ihmissuhteita, taloudellista tilannetta sekä mahdollista päihteiden väärinkäyttöä. Ensimmäisessä vaiheessa viimeisenä tavoitteena on taitojen kehittäminen. Nämä taidot liittyvät vaikeiden tilanteiden sietämiseen, omien tunteiden säätelyyn sekä ihmissuhteiden hoitamiseen ja tietoiseen läsnäoloon. Potilas oppii ratkaisemaan ongelmiaan ja ottamaan oman itsensä todesta eli validoimaan itseään. (Kåver & Nilsonne 2004, 98.)

Kun potilas on vakaa, voidaan siirtyä traumaattisten elämäkokemusten työstämiseen eli toiseen vaiheeseen. Tällöin traumat pyritään sanoittamaan, käymään läpi ja lopulta hyväksymään. Tämän vaiheen tavoitteet liittyvät traumaperäisten stressin vaikutusten vähentämiseen ja muistojen läpikäymiseen ilman että potilas joutuu omien tunteidensa valtaan. Mikäli potilaalle näiden kokemusten läpikäynti on vieläkin liian vaikeaa eikä hän kykene soveltamaan aiemmassa vaiheessa oppimiaan taitoja ja sortuu itsetuhoisuuteen, on terapeutin palattava takaisin terapian ensimmäiseen vaiheeseen. Tällöin hän pyrkii uudelleen vakauttamaan potilaan ennen kuin he voivat siirtyä takaisin toiseen vaiheeseen. (Kåver & Nilsonne 2004, 99.)

Kolmas ja neljäs vaihe on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllistä, koska niiden tavoitteet nousevat potilaan henkilökohtaisista arvoista, toiveista ja tarpeista. Tavoitteet liittyvät itsekunnioituksen lisääntymiseen, potilaan tavoitteiden saavuttamiseen ja hänelle mielekkään elämäntilanteen muodostamiseen. (Kåver & Nilsonne 2004, 99–100.)

Dialektiseen käyttäytymisterapiaan kuuluu myös toissijaisia tavoitteita, jotka kulkevat läpi koko terapian. Nämä tavoitteet liittyvät potilaan kykyyn säädellä tunteita. Tunteiden säätelyn vaikeudet ilmenevät niin, että nämä potilaat säätelevät samanaikaisesti osaa tunteistaan liian vähän ja toisia liian paljon. Toisin sanoen näille potilaille ominaista on käyttäytymistapojen vastakkaisuus. (Holmberg & Kähkönen 2008, 232; Kåver & Nilsonne 2004, 100–101.)

Vastakkaisia käyttäytymistapapareja ovat tunnehaavoittuvuus – itsen mitätöinti, aktiivinen passiivisuus – näennäinen kompetenssi sekä toistuvat kriisit – estynyt sureminen.

Esimerkkinä ensimmäisestä vastaparista toimii tilanne, jossa henkilö on samaan aikaan herkkä ja hänellä on voimakkaita tunteita, joita hän ei kykene hallitsemaan. Toisaalta hän on yhtä aikaa tunnetasolla mykkä eikä pysty hyväksymään näitä tunteita. Toista käyttäytymisparia kuvaa tilanne, jossa henkilö on aktiivisesti passiivinen eli hän heittäytyy avuttomaksi ongelmatilanteessa mutta vaatii samalla muita ihmisiä ratkaisemaan tilanteen hänen puolestaan. Tämän saman henkilön näennäisellä kompetenssilla tarkoitetaan että hän on kuitenkin kyvykäs selviytymään vaikeista tilanteista, silloin kun hän ei ole tunnekuohun vallassa. Kolmas käyttäytymispari tarkoittaa tilannetta, jossa henkilö kulkee kriisistä toiseen reagoiden pieniinkin vastoinkäymisiin erittäin voimakkaasti mutta samalla hänellä on vanhoja todellisia ja läpikäymättömiä traumoja, joita hän ei ole antanut itsensä surra eikä käsitellä. (Kåver & Nilsonne 2004, 233.)

Dialektiset strategiat ovat tyypillisiä dialektiselle käyttäytymisterapialle ja niitä on tarkoitus soveltaa läpi koko terapian. Näiden strategioiden avulla on tarkoitus selventää itse terapiassa sekä potilaan henkilökohtaisessa elämässä esiintyviä ristiriitoja. (Kåver & Nilsonne 2004, 123.) Terapeutti pyrkii muuttamaan potilaan ajatusmaailmaa ”mustavalkoisesta joko – tai – ajattelusta dialektiseen sekä – että – ajatteluun”. Tätä kutsutaan synteeksiksi. (Holmberg & Kähkönen 2008, 234.)

Holmbergin ja Kähkösen (2008, 234) mukaan erityisiin dialektisiin strategioihin kuuluu seuraavia olennaisia piirteitä. Ensinnäkin potilas pyritään pitämään sen verran epätasapainossa, ettei hän ei kykene pitämään yllä aiempia jäykkiä tapoja käyttäytyä, ajatella ja tuntea. Terapeutin on tarkoitus haastaa potilasta siinä määrin mihin potilas on kykenevä vastaamaan sekä pysyä valppaana havaitsemaan potilaan mielialanmuutokset, jotka hänen on kyettävä myös hyväksyä. (Holmberg & Kähkönen 2008, 234.)

Erityisiin dialektisiin strategioihin kuuluu viisauden löytäminen. Tarkoituksena on pyrkiä siihen, että potilas pystyisi hallitsemaan elämäänsä ottamalla samanaikaisesti huomioon tunteensa sekä järjen äänen. Terapeutti auttaa häntä löytämään asioihinsa sellaisen näkökulman, jossa nämä molemmat tekijät tulisivat huomioiduiksi. Olennaista on tietoisuustaitojen eli tässä ja nyt - olemisen oppiminen. Tietoisuustaitojen oppiminen mahdollistaa niiden lähtötilanteiden tuntemisen, joita itse terapiassa pyritään ratkaisemaan rakentavasti. Tietoisuustaidot ovat koko terapiatyöskentelyn vankka pohja, jonka päälle muita taitoja lähdetään rakentamaan. (Kåver & Nilsonne 2004, 125.)

Metaforia eli kielikuvia käytetään terapiassa monesti siitä syystä, että potilaan on helpompi niiden avulla tarttua ongelmaansa ja ymmärtää oman käyttäytymisen muutostarve kuin että hänelle annettaisiin suora määräys tai ohje. Näiden metaforien hyvä puoli on se, että niitä voidaan tulkita ja soveltaa asiakkaan tarvitsemalla tavalla mutta samalla niissä piilee väärin ymmärryksen vaara, joka terapeutin on huomioitava. Metaforien kautta on mahdollista osoittaa potilaalle, että nopeaa tietä tavoitteiden saavuttamiseen ei yleensä ole ja ne auttavat häntä sietämään hitaalta tuntuva edistymistä. (Kåver & Nilsonne 2004, 125–126.)

Paradokseja käytetään terapiassa, jotta potilas harjaantuisi ajattelemaan asioita useammasta näkökulmasta. Paradoksi tarkoittaa tilannetta, johon on löydettävissä yhden sijaan useampi oikea vastaus. Näitä paradokseja pohtiessaan potilas joutuu hylkäämään jäykät ennakkokäsitykset oikeasta ja väärästä tai hyvästä ja huonosta. Strategioihin kuuluu edellä mainittujen lisäksi myös paholaisen asianajaja-strategia. Terapeutin on tarkoitus esittää potilaalle äärimmäinen väite tai uskomus jostakin potilaalle ristiriitaisesta asiasta. Esimerkkinä tästä terapeutti voi kyseenalaistaa tarvitseeko potilaan tilanteeseen tulla muutosta. Hän voi kysyä potilaalta, että ”Eikö sairaalassa olo olisikin mukava tapa viettää loppuelämä?”. Tämän jälkeen hän pyytää potilasta esittämään vasta-argumentin eli antiteesin, jolloin potilaan on perusteltava se, miksei hän halua viettää loppuelämäänsä sairaalassa. Tätä kautta päästään synteisiin eli sekä - että - ajatteluun. Näitä asiakkaan argumentteja voidaan käyttää myöhemmin terapian tukena, mikäli potilaan yhteystyöhalukkuus vähenee. (Kåver & Nilsonne 2004, 128–129.)

Eräs terapeutin käyttämä strategia on kärjistäminen. Siinä terapeutti suhtautuu potilaan kertomaan vakavammin kuin mitä potilas olisi odottanut. Mikäli potilas uhkaa haluavansa jotakin tai muuten hän vahingoittaa itseään, terapeutti tarttuu välittömästi itsetuhoisuuteen ja ilmoittaa potilaalle että hänen havittelemansa asia jää toissijaiseksi. Tämän tarkoituksena on saada potilas huomaamaan uhkauksensa todellinen vakavuus ja perumaan itsetuhoisia puheitaan. Terapeutti voi käyttää yhtenä strategiana myös potilaan ongelmatilanteiden näkemistä mahdollisuuksina. Terapeutti antaa tällöin potilaalle mahdollisuuden harjoitella terapiassa oppimiaan taitoja ongelmansa ratkaisemiseksi. On tärkeää, ettei terapeutti mitätöi potilaan ongelmaa mutta nostaa esille mahdollisuuden harjoitella sen ratkaisua. (Kåver & Nilsonne 2004, 129–130.)



Dialektiseen käyttäytymisterapiaan kuuluu olennaisesti tietoisuustaitojen kehittäminen. Tietoisuustaidoissa on kyse pysähtymisestä tähän hetkeen. Sitä voidaan toteuttaa käyttämällä erilaisia hengitysharjoituksia ja mietiskelytekniikoita. Tietoisuustaitojen harjoittelun tavoite on harjoittaa ihmisen mieli pois yliopituista tai automaattisista toimintatavoista. Näillä taidoilla pyritään saamaan mieli sellaiseen tilaan, että ihmisen on mahdollista ajatella asiat selvemmin ja kirkkaammin, jolloin päästään eroon havaintojen vääristyneestä tulkitsemisesta. (Holmberg & Kähkönen 2008, 230.)

Tietoisuustaidot muodostavat pohjan taitoalennukselle. Taitoalennus toteutetaan tehokkaimmin ryhmässä, jolloin estetään sen muuttuminen terapiamaiseksi keskusteluksi. Taitoryhmää vetää kaksi ohjaajaa, joista toisen on tarkoitus tarjota potilaille hyväksyntää ja tukea samalla kun toinen ohjaaja keskittyy muutostarpeeseen ja siihen tarvittaviin taitoihin. Ryhmän tarkoituksena onkin tasapainoilla hyväksynnän ja muutostarpeen välillä. Taitoalennukseen kuuluu erilaisten taitojen opettelu, joihin kuuluvat vuorovaikutustaidot, tunteiden säätelytaidot ja vaikeuksien sietokyvyn kasvattaminen. (Holmberg & Kähkönen 2008, 229–230.)

Vuorovaikutustaitoja opetellaan koska potilaiden ihmissuhteet ovat yleensä hyvin vaikeita, jotka altistavat mahdollisesti itsetuhoisuudelle muiden hallintakeinojen puuttessa. Tämän apuna käytetään esimerkiksi rooliharjoituksia. Näissä harjoituksissa pyritään erityisesti kasvattamaan itsekunnioitusta, omien toiveiden tunnistamista ja asioiden pyytämistä. Tunteiden säätelytaitojen opettelussa harjoitellaan tunnistamaan tunteita ja niiden kanssa pärjäämistä. Tässä osiossa opetellaan myös käyttäytymään omasta mielialasta riippumatta, esimerkiksi suorittamaan jonkin tehtävä vaikka se ei tuntuisikaan mielenkiintoiselta. Viimeisessä osiossa opetellaan konkreettisia taitoja, joilla selviydytään kriiseistä ja ongelmatilanteista. Tavoitteena on, ettei potilas pahenna tilanteitaan vaan oppii sietämään niitä. Viimeinen osio hankala erityisesti niille, jotka ovat kärsimättömiä. (Holmberg & Kähkönen 2008, 234–236.)

Epävakaata persoonallisuutta sairastavan henkilön kohdalla osastohoitoa suositellaan jos potilas on psykoottinen ja hän on uhannut itsemurhalla. Osastohoito on suositeltavaa myös tilanteessa, jossa lääkäri katsoo osastohoidon haittojen olevan pienempi riski potilaalle kuin se, että hänet jätettäisiin sairaalahoidon ulkopuolelle. Tällainen tilanne on esimerkiksi kun potilaan itsemurhavaara on suuri. Osastohoitoa suositellaan silloin kun potilas tarvitsee valvottua lääkehoitoa. Osastohoitoa harkitaan myös kun potilas ei saa

tarvitsemaansa apua terapiasta ja on lisäksi vakavasti masentunut tai lamaannuttavasti ahdistunut. Kun potilas on hallitsemattomassa kriisissä eikä hänellä ole muuta turvallista ympäristöä, jossa hän voisi olla osastohoito voi olla tarpeellista. Potilas on vakavasti psykoottinen ja on samanaikaisesti ilman riittävää sosiaalista tukea, tässä tilanteessa harkitaan myös osastolle sisäänkirjoittamista. (Häkkinen 2009.)

Potilaan ottaminen osastolle saattaa pelastaa hänen tai hänen omaisensa hengen tai katkaista kriisiytyneen elämäntilanteen ja lisätä motivaatiota. Osastohoidon aikana voidaan tarkentaa diagnoosia sekä etsiä uusia näkökulmia hänen hoitoonsa. Osastohoito mahdollistaa perheintervention toteuttamisen. Osastohoidosta voi olla myös haittaa potilaalle. Mikäli osastohoidosta muodostuu potilaalle ensisijainen selviytymistapa vaikeista tilanteista, häneltä jää oppimatta rakentavammat tavat selvitä vaikeuksista. Jos potilas kokee osastolla olon mieluksena, se voi edesauttaa potilaan ongelmakäyttäytymistä siviilissä. Osastohoito keskeyttää mahdollisesti myös toimivan terapiasuhteen sairaalan ulkopuolella. Akuuttipsykiatrian osastolla olo saattaa tuottaa potilaalle myös lisää stressiä ja hän saattaa poimia sieltä mallia uudelleenlaiseen ongelmakäyttäytymiseen. Osastohoidon pitäisikin valmistella potilasta arkielämässä selviytymiseen. (Häkkinen 2009.)

Parhaan avun potilas saa silloin kun henkilökunta auttaa häntä muuttumaan siten, että hän ei tarvitse eikä halua sairaalahoitoa. Osastohoidon tulee olla selkeää ja täsmällistä. Henkilökunnan tulee pystyä suhtautumaan potilaaseen empaattisesti ja pitää häntä tasavertaisena yhteistyökumppanina. Hoitajien on sitouduttava käyttämään työnohjausta oman työnsä ja jaksamisensa apuna. (Häkkinen 2009.) Tämä on erityisen tärkeää persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita hoidettaessa.

Häkkisen (2009) mukaan on tärkeää, että koko työryhmä sitoutuu dialektiseen työtapaan. Tämä tarkoittaa, että ”Kukaan yksittäinen henkilö tai mikään yksittäinen näkökanta ei ole ehdottoman ”oikea”. Jokaisen näkökulma on jollakin tavalla validi.” Hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä yhdistämään erilaisia näkökulmia ennemmin kuin suoraan tyrmätä jokin yksittäinen näkökulma. Henkilökunnan tulisi suhtautua, paitsi potilaaseen, myös toisiinsa empaattisesti. (Häkkinen 2009.) Empatialla tarkoitetaan kykyä asettua toisen asemaan ja pyrkimystä ymmärtämään hänen kokemustaan.

Henkilökunnan tulisi toimia mahdollisimman johdonmukaisesti ja keskittyä kunkin potilaan hoitoa koskeviin tavoitteisiin. Tätä toteuttaessaan jokainen yksittäinen hoitaja saa

hoitaa potilaita omalla persoonallisellaan tavallaan, kunhan hoito tähtää potilaalle muodostettuihin tavoitteisiin. Osastohoidossa keskitytään ratkomaan sitä ongelmaa, joka johti sairaalahoidon tarpeeseen. Hoidon tavoitteet pohjautuvat tähän sairaalaan johtaneeseen syyhyn. Hoitajan tulee hyväksyä oma erehtyväisyytensä, sillä ne virheet tarjoavat mahdollisuuden oppimiseen. Potilas hyöttyy huomattavasti enemmän siitä, että hoitaja harjaannuttaa hänen vuorovaikutustaitojaan, kuin siitä että hoitaja hoitaisi potilaan asiat hänen puolestaan. (Häkkinen 2009.) Häkkisen (2009) mielestä sairaalahoido toimii tarvittaessa avohoidon tukena. Hänen näkemyksensä on, että hoitajaksojen tulisi olla mahdollisimman lyhyitä. Ymmärrämme Häkkisen tarkoittavan, että potilaan varsinaisen hoidon tulee tapahtua avohoidon piirissä. Häkkisen (2009) mielestä on myös tärkeää, että hoitaja suhtautuu potilaaseen tuomitsematta häntä.

Osasto-olosuhteissa työskenteleville Häkkinen (2009) tarjoaa seuraavanlaisia dialektisen käyttäytymisterapian mukaisia työkaluja potilaiden hoitoa varten. Näitä ovat validointi ja ketjuanalyysin käyttö, toivotun käyttäytymisen vahvistaminen ja ahdistuksen sieto- sekä kriisitaitojen opettaminen. (Häkkinen 2009.) Validointi on näistä työkaluista ensimmäinen, jolla tarkoitetaan, että hoitaja ottaa potilaan esille tuomat asiat todesta. Hoitaja osoittaa näin potilaalle, että esimerkiksi potilaan tuntemat tunteet ja kokemat pelot ovat merkityksellisiä. Ketjuanalyysia käyttäen hoitaja auttaa potilasta oivaltamaan millaisella käytöksellä hän pääsee toivomiinsa päämääriin. Tähän samaan tavoitteeseen hoitaja pyrkii vahvistamalla potilaan myönteisiä käyttäytymistapoja. Ahdistuksen sieto- ja kriisitaitojen opetellulla pyritään löytämään potilaalle rakentavia keinoja ratkaista kriisejä ja sietää ahdistavia tilanteita. Näillä uusilla taidoilla pyritään korvaamaan aikaisemman haitalliset selviytymistavat. Potilaan toimivaa ja toivottua käyttäytymistä tulee tukea ja sitä tulee vahvistaa esimerkiksi positiivisen palautteen avulla. (Häkkinen 2009.)

Osastohoidon tavoitteena on potilaan tukeminen siihen, että potilas aktivoituu ottamaan oman vastuunsa hoidostaan. Häntä autetaan luopumaan passiivisesta hoitoa tarvitsevan potilaan roolista. Osastohoidon kokonaistavoite on antaa potilaan käyttöön sellaiset työkalut, joilla hän selviää arkielämässään ilman sairaalahoidtoa. Tavoitteet tulisi olla realistisia ja täsmällisesti määriteltyjä. Ne kuvataan potilaalle siten, että hän ymmärtää mitä hänen konkreettisesti tulee tehdä. Tavoitteet asetetaan myös potilaan tilanteen vaatimaan tärkeysjärjestykseen. Hoitaja ei muodosta tavoitteita yksin, vaan yhteistyössä potilaan kanssa. (Häkkinen 2009.)

### **3.3 Akuuttipsykiatrian osasto**

Akuuttipsykiatrian osastolla hoidetaan kriisiytyneessä tilanteessa olevia potilaita, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa eikä avohoidon palvelut riitä vastaamaan potilaan tarpeisiin. Akuuttipsykiatrian osastolle tullaan aina lääkärin läheteellä. Potilaat ovat hoidossa joko vapaaehtoisesti tai vastentahtoisesti. Akuuttipsykiatrian osastoja on erilaisia ja kukin on linjannut omat tehtäväalueensa. Yleensä akuuttipsykiatrian osastoilla hoidetaan esimerkiksi itsemurhavaarassa olevia, vaikeasti masentuneita tai psykoottisia potilaita.

## **4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS**

### **4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä**

Olemme käyttäneet opinnäytetyössä laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Sen tarkoitus ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa mahdollistuu muun muassa ilmiön, tapahtuman tai jonkin tietyn toiminnan ymmärtäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Laadullista tutkimusta pidetään empiirisenä eli kokemusperäisenä tutkimuksena (Tuomi & Sarajärvi 2009, 22).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei aseta hypoteeseja eli ennakko-olettamuksia tutkimuksen kohteesta tai sen tuloksista. Toisin sanoen ”voidaan ajatella, että aineistojen tehtävänä ei ole perinteisesti hypoteesien todistaminen, vaan hypoteesien keksiminen.” Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein harkinnanvaraista otantaa eli tutkimukseen valitaan tiedonantajia, joilla on sitä tietoa tai niitä kokemuksia mitä tutkimukseen halutaan. Toisaalta ei ole poissuljettua, ettei tutkija voi halutessaan tutkia jotakin ennalta tuntematonta asiaa. (Eskola & Suoranta 2000, 18–20.)

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme tutkia opinnäytetyön tehtäviä rajatussa kohteessa. Laadullinen menetelmä mahdollisti kokemusperäisen tiedon keräämisen. Halusimme myös kuvata sellaisten hoitajien omakohtaisia kokemuksia, joilla on riittävästi työkokemusta epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidosta kyseisillä osastoilla.

### **4.2 Aineistonkeruumenetelmä**

Valitsimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun. Teemahaastattelulla eli puolistrukturoidulla haastattelulla pyritään tutkimaan erilaisia ilmiöitä ja hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin. Teemahaastattelussa edetään etukäteen päätettyjen teemojen ja niitä tukevien ennalta valittujen tarkentavien kysymysten pohjalta. Nämä ennalta päätetyt teemat rakentuvat tutkitusta ilmiöstä jo tiedetyistä asioista. Teemahaastattelu keskittyy ihmisten tulkintoihin ja asioille annettuihin merkityksiin ja siihen, miten nämä merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa itse haastattelutilanteessa.

Haastattelussa on tarkoitus kysyä sellaisia kysymyksiä, joilla saadaan merkityksellisiä vastauksia tutkittavan ilmiön havainnollistamiseksi ja ymmärtämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Valitsimme teemahaastattelun opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi, koska halusimme opinnäytetyössämme kerätä ennalta valitsemistamme teemoista tietoa. Opinnäytetyössämme halusimme keskittyä erityisesti hoitajien omakohtaisiin kokemuksiin kyseisen potilasryhmän hoidosta ja heidän näkemyksiinsä omista valmiuksistaan siihen. Teemahaastattelu mahdollisti tämän hoitajien henkilökohtaisten kokemusten keräämisen.

Olimme yhteydessä osastonhoitajaan koko opinnäytetyöprosessin ajan ja hän tiedotti ja valmisti henkilöstöä opinnäytetyöhön liittyvistä asioista sekä valitsi osastoilta haastateltavat työntekijät. Pyysimme osastonhoitajaa valitsemaan haastateltavat, koska odotimme heiltä riittävää kokemusta epävakaasta persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden hoidosta kyseisillä osastoilla. Näin katsoimme saavamme hakemiamme vastauksia tutkimustehtäviin. Haastatteluihin osallistui neljä hoitajaa. Lähetimme osastonhoitajalle opinnäytetyötämme koskevan tiedotteen, jonka pyysimme häntä antamaan haastateltavien luettavaksi ennen haastatteluja (liite 1). Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Tavoitteenamme oli toteuttaa opinnäytetyön haastattelut yhdessä. Kuitenkin yhden haastattelun kohdalla, vain toinen opinnäytetyön tekijöistä pääsi haastattelutilanteeseen paikalle. Hoitajien työkokemus vaihteli muutamista työvuosista kymmeneen vuosiin.

Haastattelut rakentuivat ennalta suunniteltujen teemojen kautta, jotka perustuivat opinnäytetyön tehtäviin (liite 3). Teemojen alle valitsimme jokaista teemaa tarkentavia apukysymyksiä, joiden avulla varmistimme, että saamme käsittelemästämme aiheesta kattavasti tietoa. Toisaalta apukysymykset auttoivat meitä samalla rajaamaan käsiteltävää aihetta ja siten pitämään keskustelun tiettyjen raamien sisäpuolella.

### 4.3 Aineiston analyysi

Alkuperäinen tarkoituksemme oli käyttää opinnäytetyön analyysimenetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Käytännössä kuitenkin käsittelimme aineiston ennalta valitsemien teemojen sisällä luokitellen aineiston kysymys kerrallaan yhteenvedoiksi. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan varsinainen sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jolla ennalta kerätty aineisto järjestetään tämän menetelmän avulla johtopäätösten tekemistä varten valmiiksi. Aineiston on tarkoitus kuvata tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tehtävänä on muodostaa tutkittavasta ilmiöstä sanallinen ja mahdollisimman selkeä kuvaus. Sisällönanalyysilla järjestetään aineisto tietoineen mahdollisimman tiiviiseen ja selkiytettyyn muotoon. Näin hajanaisesta aineistosta voidaan luoda tietoa, joka on mielekästä, selkeää sekä yhtenäistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Kolmeen eri vaiheeseen jaettava analyysi toteutetaan kolmevaiheisena prosessina. Ensimmäiseksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Tässä vaiheessa aineistosta jätetään pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen. Aineistosta etsitään tutkimustehtävien avulla olennaiset asiat. Alkuperäisille ilmauksille luodaan pelkistetty ilmaus. Pelkistämisen yhteydessä voidaan alleviivata eri väreillä tutkimustehtäviin liittyvät ilmaisut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.) Toteutimme ensimmäisen vaiheen aukikirjoittamalla äänittämämme aineiston sanasta sanaan ja sitten alleviivasimme aina tiettyyn teemaan ja apukysymyksiin kuuluvat vastaukset omalla värillään. Alleviivasimme tekstistä vain ne vastaukset, jotka katsoimme olevan tutkimustehtävien kannalta olennaisia. Pelkistimme myös kysymyksiimme saadut vastaukset aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti.

Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Tässä vaiheessa aineistosta löydetyistä pelkistetyistä ilmauksista pyritään etsimään samankaltaisuuksia ja yhdistämään ne luokiksi. Aluksi muodostetaan alaluokat, joista yhdistellään yläluokat. Yläluokkia ryhmittelemällä saadaan pääluokat, joista viimeisenä voi muodostua yhdistävä luokka. Luokkien nimeäminen tapahtuu luomalla niiden sisältöä kuvaava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.)

Päädymme ratkaisuun, jossa analysoimme aineiston teemahaastattelun kysymysten pohjalta eli haimme kysymyksiin vastauksia kysymys kerrallaan. Katsoimme, että tällainen varsinaisten tutkimuskysymysten ulkopuolinen tieto on koko opinnäytetyömme

näkökulmasta hyvin olennaista emmekä halunneet jättää näitä vastauksia analyysimme ulkopuolelle. Tästä tutkimustehtävän ulkopuolisesta kysymyksestä esimerkkinä ”Millaisissa tilanteissa potilaat tulevat hoitoon?” (liite 3).

Viimeisessä vaiheessa luodaan teoreettiset käsitteet eli abstrahoidaan. Käsitteellistämässä muodostetaan teoreettisia käsitteitä tutkimuksen kannalta olennaisesta ja validista tiedosta. Tarkoituksena olisi, että alkuperäisistä tiedoista edetään kohti teoreettisia käsitteitä ja niistä kohti johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Tämän vaiheen korvasimme tekemällä jokaiseen kysymykseemme saamistamme vastauksista yhteenvedon. Nämä jokaiseen eri teemaan ja sen apukysymyksiin saadut tiedot löytyvät kohdasta tulokset.



## 5 TULOKSET

### 5.1 Hoitajien tämänhetkiset tavat hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita akuuttipsykiatrian osastoilla

Tämän ensimmäisen teeman sisällä selvitimme tilanteita, joissa potilaat tulevat kyseisille osastoille hoitoon ja sitä onko potilaissa ja heidän elämäntilanteissaan samankaltaisuuksia. Lisäksi selvitimme onko kyseisillä osastoilla yhtenäisiä linjauksia koskien heidän hoitoaan sekä mitkä hoitomuodot ja asiat nousivat hoitajien mielestä tärkeiksi näiden potilaiden kohdalla. Käytännössä tätä potilasryhmää aineiston mukaan hoidetaan melko pitkälle samoin kuin osaston muitakin potilaita ja osaston toiminta koetaan tästä syystä ajoittain sekavana.

#### 5.1.1 Tilanteet, joissa potilaat tulevat hoitoon sekä potilasryhmän kuvaus

Yhdistimme kahteen ensimmäiseen kysymykseemme, jotka koskivat hoitoon tulotilannetta ja potilasryhmän mahdollista yhteneväisyyttä, saamamme vastaukset yhteen tehdessämme yhteenvetoa kysymyksiin saaduista vastauksista. Päätimme tehdä näin, koska näihin kahteen kysymykseen saadut vastaukset liittyvät tiiviisti yhteen. Hoitajat kertoivat epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden tulevan akuuttipsykiatrian osastoille erilaisissa elämänkriisitilanteissa. Näihin kriiseihin he kertoivat kuuluvan esimerkiksi itsemurhayritykset, avioero, päihteiden liikakäytön ja vakavan masennuksen.

Hoitajat kuvasivat potilaiden hoitoon tulotilannetta kaoottiseksi, johon saattaa kuulua arjenhallinnan vaikeutta sekä erilaisia taloudellisia ongelmia. Haastatteluista kävi ilmi, että potilaiden hoitoon tulotilanteista löytyy samankaltaisuuksia. Jokainen potilas tulee hoitoon kuitenkin omasta elämäntilanteestaan, vaikkakin näistä tilanteista löytyy myös yhtenäisiä piirteitä. Näistä potilaistakin löytyy hoitajien kertoman mukaan samanlaisia tyypillisiä piirteitä. Silti tulee muistaa, että jokainen potilas on aina oma persoonansa.

– – *tietysti jokaisella on erilainen elämäntilanne mutta siis muuten varmaan samanlaisia tyypillisiä piirteitä heistä löytyy.*

– – *ajattelen kaikkien potilaitten kohdalla niin että potilaat eroavat kovasti toisistaan – –*

### 5.1.2 Hoitolinjan yhtenäisyys

Hoitajat näkivät tämän potilasryhmän kohdalla erittäin tärkeänä yhtenäisen hoitolinjan, josta jokaisen hoitajan on pidettävä kiinni. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että tällaiselle yhtenäiselle hoitolinjalle ei löydy osastoilta selkeää kirjallista ohjetta tai käytäntöä. Hoidon suunnittelusta kerrottiin sen riippuvan aina potilaan tilanteesta ja persoonasta. Riittävä tiedottaminen muille hoitajille potilaalle suunnitellusta hoidosta on tärkeää, jotta muut hoitajat pystyvät pitämään kiinni sovituista asioista. Vaikka epävakaa persoonallisuutta sairastavan potilaan hoitoa varten ei osastoilta löytynyt tarkkaa ohjetta, kävi haastatteluissa kuitenkin ilmi että, heidän hoidossaan pyrittiin ottamaan huomioon tietyt keskeiset asiat. Näitä olivat erityinen turvallisuuden korostaminen, jota luodaan rajaamalla potilaita. Rajaamiseen nähtiin kuuluvan esimerkiksi tavaroiden tarkistaminen potilaan tullessa osastolle. Potilaan kanssa tehdään myös hoitosopimus osastolle tullessa.

– – *ei meillä mitään semmosta käsikirjaa oo eikä mitään ohjetta – –se on aina vähän niinku tilanne ja potilas, persoona kohtanen se.*

– – *luodaan ne turvalliset rajat – –turvallisuutta pyritään niinku aina korostaan – –*

### 5.1.3 Hoidon onnistumisen kannalta tärkeäksi nähdyt asiat ja hoitomuodot

Aineistoa tutkiessamme huomasimme toisen teeman sisällä olevan kysymyksen, joka koskee potilaan kohtaamisessa erityisesti huomioitavia asioita, kuuluvan paremmin myös tämän ensimmäisen teemaan alla käsiteltäväksi. Ensimmäisen teeman sisällä pohditaan potilaan hoitoa kokonaisuutena. Liitimme yhteen kaikkiaan kolmen eri kysymyk-

sen vastaukset. Nämä kysymykset koskivat asioita ja hoitomuotoja, jotka nousivat tärkeiksi näiden potilaiden hoidossa sekä erityisesti hoidossa huomioitavia asioita. Näihin kahden kysymysten vastauksiin liitimme siis vielä vastaukset, jotka saimme kysyessämme hoitajilta mihin asioihin potilaiden kohtaamisessa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Näiden kolmen kysymyksen vastaukset päätimme liittää yhteen, koska katsoimme potilaan kohtaamisen itsessään kuuluvan potilaan hoitoon.

Aineistosta nousi selkeästi esille työryhmän yhtenäisyyden olevan avaintekijä hoidon onnistumiselle. Jokaisen hoitajan on kyettävä pitämään kiinni säännöistä ja rajoituksista, jotka löytyvät potilaan hoitosopimuksesta. Hoitajat näkivät tärkeäksi potilaan hoidon olevan selkeästi suunniteltu ja rakennettu.

*– – pitää olla selkee se hoito, niinkun et on selkeesti suunniteltu ja rakennettu, et mitä siihen hänen hoitoon kuuluu ja sit et kaikki hoitajat sitoutuu siihen ja pitää kiinni niistä linjoista ni se on ehkä se tärkein se tuo sen turvallisuuden ja sen välittämisen – –*

Akuuttiosastolla keskitytään potilaan kriisitilanteen hoitoon. Potilaan rajoittamisen tarkeys nousi myös hoidon onnistumisen kannalta tärkeäksi asiaksi. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava käyttää herkästi splittaamista eli katsoo osan hoitajista olevan kokonaan hyviä ja toisten taas pahoja. Hoitajien ei pidä mennä tähän mukaan eikä hyväksyä sitä.

Hoitajat nostivat esille epävakaata persoonallisuutta sairastavien potilaiden kyvyn hallita tilaa osastolla ja pyörittää henkilökuntaa haluamallaan tavalla esimerkiksi asettamalla hoitajia toisiaan vastaan. Tämän ehkäisemiseksi he näkivät tärkeänä sen, että hoitajat pyrkivät jokaisessa tilanteessa säilyttämään ammatillisuutensa. Hoitajan on kyettävä olemaan jämäkkä, reilu ja suora. Hänen olisi kyettävä tekemään asiat selväksi potilaalle, eikä tulkinnan varaa kannata jättää. Samalla hoitajan tulisi kyetä osoittamaan hänelle empatiaa. Hoitajan tulisi nähdä, että sairauden ja ongelmakäyttäytymisen takana on ihminen. On tärkeää ottaa huomioon myös potilaan mahdollinen traaginen elämänhistoria. Tämä auttaa hoitajaa säilyttämään ammatillisuutensa ja empaattisuutensa.

*– – se ihminen ei ole se persoonallisuushäiriö – –*

*– – elämän tarinat näillä ihmisillä on kyllä hyvin traagisia yleensä aina että kun sen tietää ni jotenki niinku ymmärtää että ei oo voinu selviytyä esimerkiksi jollainlailla olla vaurioitumatta.*

Haastatteluissa hoitajat kertoivat hoidolla pyrittävän siihen, että potilas alkaisi ymmärtää omaa tilannettaan ja käyttäytymistään. Pyritään myös siihen, että potilas oivaltaisi ongelmien tulevan myös hänestä itsestään eikä ainoastaan hänen ympäriltään. Potilas oivaltaisi ajallaan myös syyn osastolla oloonsa sekä häntä koskeviin rajoitustoimenpiteisiin.

*– – että ne itte oivaltas sen oman tilansa ku useesti he niinku ulkopuolisesta löytää ne kaikki viat.*

## **5.2 Hoitajien kokemukset epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitamisesta**

Tämän teeman sisällä selvitimme millaiseksi tämä potilasryhmä yleisesti koetaan. Selvitimme myös millaisia positiivisia kokemuksia ja haasteita heihin liittyy. Yleisesti epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavat potilaat koettiin yhdeksi haastavimmista potilasryhmistä, joiden kohdalla negatiiviset asiat nousevat helposti esille. Tämä potilasryhmä koettiin kuitenkin mielenkiintoiseksi ja positiivisesti haastavana.

### **5.2.1 Hoitajien yleinen kokemus kyseisestä potilasryhmästä**

Hoitajat näkivät tämän potilasryhmän vaikeahoitoisena, joskus tuloksettomana ja sitä kautta turhauttavana sekä toivottomuutta aiheuttavana. Hoitohenkilökunta väsyä ja uupuu helposti tätä potilasryhmää hoitaessaan, potilaiden saadessa monesti koko osaston sekaisin. Näistä syistä hoitohenkilökunnalle syntyy helposti negatiivisia asenteita näitä potilaita kohtaan. Haastatteluissa tuli esille myös positiivisia asioita koskien näiden potilaiden hoitoa.

*– – persoonallisuushäiriöinen ihminen on yks niistä haastavimmista potilaista hoitajan kohdata, koska he herättää niin monenlaisia tunteita – –*

*– – joskus – – he saavat osaston sekaisin systeemit – –*

*– – valitettavasti edelleen aina joskus on niitä negatiivisia asenteita niinkun ne ihmiset olis itse valinneet sen sairautensa jotenkin taikka sen tapansa käyttäytyä tai toimia.*

### **5.2.2 Hoitajien positiiviset kokemukset epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista potilaista**

Osa hoitajista pitää näiden potilaiden hoitamisesta, sillä he näkevät siinä haasteen itselleen. Potilaan hoidon ja jatkohoidon onnistuminen nähtiin positiivisena asiana. Palkitsevaa hoitajien mielestä oli nähdä potilaiden selviytyvän myöhemmin omassa elämässään, niin ettei potilaan hoidon tarve uusiutunut. Hoitajat näkivät, että riittävän pitkä hoitojakso on edellytys hoidon onnistumiselle. Hoitajat kokivat palkitsevana potilaan oman elämäntilanteen korjaantumisen näkemisen. Toivoa herättävänä he kokivat sellaisen tilanteen, jossa potilas jo kykenee katsomaan omaan elämäänsä ikään kuin sivusta ja ymmärtämään siihen liittyviä asioita.

*– – jos – – on riittävä se hoitojakson pituus niin siinä niinku mun mielestäni niin näkee sitten sitä tulosta – –*

*– – hän on pysäyttänyt semmosen oravanpyörän missähän nää monesti pyörii tuolla siviilissä – –*

### **5.2.3 Hoidon haasteet**

Haastatteluista nousi esille monia haasteita hoitoon liittyen. Nämä voidaan jakaa potilaasta, henkilökunnasta ja osaston käytännöistä nouseviin haasteisiin. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat ovat potilasryhmä, joka herättää henkilökunnassa monenlaisia ajatuksia ja tunteita. Potilaasta nousseita haasteita olivat hoitajien mukaan esimerkiksi impulsiivisuus, itsetuhoisuus ja ympäristöön negatiivisesti vaikuttava käytös. Keskeisimmiksi haasteiksi nähdään hoitoon sitoutumattomuus, joka ilmenee esimerkiksi säännöistä kiinnipitämättömyytenä ja pahimmillaan hoidon kesken jättämis-

nä. Yksi keskeisimmistä haasteista on myös hoidon tarpeen uusiutuminen. Tämä potilasryhmä vaatiikin monesti pitkän yhteistyösuhteen.

Hoitoontulotilanteessa hoitajan saattaa olla vaikea erottaa potilaan puheesta mitkä asiat ovat totta, mitkä pelkoja ja luuloja. Potilas ei välttämättä sairasta ainoastaan persoonallisuushäiriötä vaan mahdollisesti useampaa muutakin sairautta. Osastolla ollessaan potilas saattaa aiheuttaa hämmennystä muuntelemalla kuulemiaan asioita. Hoitajat kokevat potilaan rajaamisen haastavaksi esimerkiksi siitä syystä, että potilaan on monesti vaikea sietää muiden potilaiden saamia erilaisia vapauksia. Epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavaa potilasta kuvattiin taitavaksi manipuloidjaksi, joka pyrkii hämmentämään osastoa. Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajilla on monesti erilaisia toimintatapoja, joiden takia yhteisistä linjoista kiinnipitäminen vaikeutuu.

*– – muiden potilaiden tämmönen manipulointi että – – tulee niinku äkkiä vastakkain että me ja hoitajat – –*

*– – siinä on tietysti sen ihmisen tuomat haasteet mut mä nään ehkä suurempana haasteena sen, että miten se työyhteisö suhtautuu ja pitää sen yhtenäisen linjan ja säilyttää sen empaattisuutensa ja sen jaksamisensa – –*

Hoitajat toivat esille haasteita, jotka nousevat henkilökunnasta. Tällainen haaste on esimerkiksi se, että persoonallisuushäiriöinen kategorioidaan liian helposti. Tästä syystä henkilökunnan kyky tarkastella omia asenteitaan on olennaista. Empaattisuuden ja oman jaksamisen säilyttäminen on haastavaa.

*– – ärsyttää suuresti se, että kun joku tulee hoitoon niin no se on pershäiriöinen, et se niinku kategorioidaan jo johonkin ryhmään, kun hänessä on paljon muutakin.*

Aineistosta nousi esille muutamia ennakkoluuloja koskien tätä potilasryhmää. Tällaisia olivat esimerkiksi maininnat, että potilaan tunnistaa monesti jo ulkoisesta habituksesta sekä ajatus siitä, että potilas monesti haluaa ratkaista tilanteensa pelkän lääkehoidon avulla. Nämä ennakkoluulot johtuvat mahdollisesti hoitajien kokemista todellisista tilanteista.

Itse osaston toimintaan liittyviin haasteisiin katsottiin kuuluvan yhteisten hoitolinjausten ja työkalujen puute. Samalla osastolla hoidetaan hyvin erilaisia potilaita, jotka haittaavat toistensa hoitoa. Aineistosta kävi esille myös, ettei osaston hoito palvele tätä potilasryhmää täysin. Tämä on hyvin ymmärrettävää, koska itse persoonallisuushäiriöitä ei ole mahdollista hoitaa akuuttipsykiatrian osastolla. Usein ilmenevänä ongelmatilanteena koettiin se, kun potilas on rikkonut hoitosopimusta. Hoitosopimukseen on useasti kirjotettu seuraamukseksi uloskirjaaminen. Tätä on käytännössä välillä hoitajan hankala toteuttaa potilaan ilmeisestä itsemurhavaarasta johtuen. Tällöin potilaan toiminta saattaa jäädä ilman seuraamuksia, mikä herättää hoitohenkilökunnassa ristiriitaa.

### **5.3 Hoitohenkilökunnan oma näkemys valmiuksistaan kohdata epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita**

Tämän teeman sisällä selvitimme hoitajien omaa mielipidettään valmiuksistaan, ovatko ne riittävät, mitä työkaluja hoitajilla on näiden potilaiden kohtaamiseen ja missä asioissa hoitajat kaipaavat lisää tietoa koskien näiden potilaiden hoitoa.

Osa hoitajista näki valmiutensa aika hyvinä, osa kohtalaisina ja osa katsoi, että toisilla hoitajilla valmiudet ovat paremmat kuin toisilla. Valmiuksien kerrottiin periaatteessa olevan hyvät, mutta turhautuminen nähtiin valmiuksien esteenä. Hoitajat kertoivat hyödyntävän muiden hoitajien kokemusta kyseisestä potilasryhmästä, jotta tulevia asioita pystytään paremmin ennakoimaan. Hoitajat kertoivat saaneensa koulutusta aiheesta luentojen ja opintokäyntien muodossa. He olivat myös saaneet tietopaketin kyseisen potilasryhmän hoidosta, tosin sen tietoa on ollut vaikeaa toteuttaa kyseisillä osastoilla, sillä se on alun perin suunnattu muun tyyppiselle osastolle. Hoitajat kokivat, että asiaa on käsitelty mutta heiltä puuttuu käytännön työkaluja.

### 5.3.1 Hoitajien valmiudet tällä hetkellä

Osa hoitajista koki, että valmiudet eivät ole riittävät hoitaa epävakaata persoonallisuutta sairastavia potilaita. Osa katsoi valmiudet suurimmaksi osaksi riittävinä, koska työryhmä pystyy hyödyntämään yhdenkin hoitajan kokemusta asiasta. Valmiuksia kuvattiin asiana, johon kuuluu jatkuva kehittymisen tarve.

*– – tää on varmaan semmonen potilasryhmä että – – ei tässä taida olla ikinä sillai – – valmis tähä.*

### 5.3.2 Hoitajien käytössä olevat työkalut epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitoon

Keskeisin hoitajien esille tuoma työmenetelmä on hoitosopimus, jonka sisällä potilaan toimintaa ja käyttäytymistä rajataan. Tärkeänä nähdään omahoitaja suhteen muodostuminen ja potilaan kanssa käytävät omahoitajakeskustelut. Lääkehoito nostettiin myös yhdeksi tärkeäksi työkaluksi hoidossa. Hoitajan omasta persoonasta nouseviksi työkaluina pidettiin kykyä olla reilu, suora ja luottamusta herättävä.

*– – lääkehoito on todella tärkeä tietenkin – –*

*– –kun sitten persoonallisuushäiriöinen tulee kysymään asiaa monelta hoitajalta – – palautetaan sit aina että omahoitaja – – on tänään töissä – –*

### 5.3.3 Asiat, joista hoitajat kaipaavat lisää tietoa sekä tulevaisuuden kehitysehdotukset

Hoitajat kaipasivat osaston käyttöön tutkittua tietoa ja konkreettisia hoitotapoja, jotka ovat osastoille sovellettavissa. Aineistosta nousi esille paljon kehitysehdotuksia ja toiveita tulevaisuutta varten, vaikka emme niitä varsinaisesti haastattelussa kysyneet. Hoitajat toivoivat erityisesti osastoille yhteisiä linjauksia koskien epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa. Hoitajat kaipasivat myös yhteistä keskustelua asiasta ja hoitolinja-



uksista. Yhtenä toiveena esitettiin myös, että kyseiselle potilasryhmälle olisi oma heille suunnattu osasto, jossa heidän hoitonsa tapahtuisi.

*– – et ois joku semmonen selkee tutkittu tapa että miten osastolosuhteissa voidaan auttaa näitä ihmisiä.*

*– – enempi semmosta meidän hoitajien välistä – – yhteistä niinku puhumista siitä asiasta – –*

#### **5.4 Hoitajien tiedot ja ennakkokäsitykset dialektisesta käyttäytymisterapiasta**

Tämän teeman sisällä kysyimme hoitajilta onko dialektinen käyttäytymisterapia heille terapiamuotona tuttu sekä millaisia ennakkokäsityksiä heillä on sen sovellettavuudesta heidän osastolleen.

Osalle hoitajista terapiamuoto ei ollut lainkaan tai vain nimeltä tuttu. Osa tiesi siitä hie-  
man. Kaikilla hoitajilla ei ollut ennakkokäsitystä dialektisen käyttäytymisterapian sovel-  
lettavuudesta osastolle. Osa piti sitä mielenkiintoisena ja hyvänä ja uskoi sen olevan  
käyttökelpoinen osastoilla. Toisaalta taas sen sovellettavuus mietitytti. Aineistosta kävi  
myös ilmi, että hoitajilla on paljon kysymyksiä dialektisesta käyttäytymisterapiasta.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tuomen (2007, 143) mukaan ”Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä (good scientific practice).”

Tutkimuksen aiheen valinta kuuluu olennaisena osana eettisiin kysymyksiin. Tutkijan on hyvä pohtia ketä tutkimusaiheen käsittely palvelee. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Valitsimme aiheemme oman kiinnostuksemme pohjalta, mutta katsoimme tämän aiheen käsittelystä olevan hyötyä myös potilaille ja hoitajille. Saimme luvan opinnäytetyöllemme toukokuussa 2012 Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Hyvässä eettisessä tutkimuksessa haastateltavat suojataan kaikilta mahdollisilta riskeiltä tutkimukseen liittyen. Haastateltavien osallistuminen tutkimukseen tulee olla aina vapaaehtoista ja siitä voi jälkikäteenkin kieltäytyä. Tutkijan vastuulla on saattaa tämä haastateltavien tietoon. Haastateltavilla on oikeus saada tietää mitä tutkimus koskee ennen kuin he tekevät päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkijan on selvitettävä tutkimuksensa tarkoitus haastateltaville niin, että he ymmärtävät sen. Haastattelumateriaali kuuluu säilyttää siten, että ulkopuoliset eivät pääse siihen käsiksi ja niiden saa käyttää vain kyseisen tutkimuksen tekemiseen. Haastateltavilla on oikeus säilyä nimettöminä koko tutkimusprosessin ajan sekä itse tuotoksessa. (Tuomi 2007, 145–146.)

Saimme haastattelujen tekoa varten rauhallisen paikan, jossa haastattelu onnistui ilman keskeytyksiä. Haastateltavat olivat saaneet etukäteen tutustua teemahaastatteluiden kysymyksiin ja aiheeseen. Olimme varanneet aikaa myös haastattelun alkuun, kertoaksemme opinnäytetyöstämme haastateltaville. Kerroimme haastateltaville haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä opinnäytetyöhömmme osallistumisesta missä tahansa vaiheessa (liite 3).

Pyysimme luvan myös haastattelun nauhoittamisille suullisesti ja korostimme, että käsittelemme aineistoa luottamuksellisesti. Huolehdimme haastateltavien nimettömyydestä ja käytimme haastatteluista otettuja lainauksia huolehtien siitä, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu. Opinnäytetyöhön liittyvää aineistoa on säilytetty alusta alkaen vain opinnäytetyöntekijöiden hallussa. Hävitimme opinnäytetyön valmistuttua keräämämme haastattelumateriaalin ja suostumuslomakkeet.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus kattaa koko tutkimusprosessin. Yksi keskeisimmistä luotettavuuden kriteereistä on tutkimusta tekevä henkilö. (Eskola & Suoranta 2000, 210.) Luotettavan tutkimuksen elementteihin kuuluu huolellisesti tehty tutkimussuunnitelma (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Opinnäytetyön suunnitelmalle saimme luvan ylihoitajalta.

Haastateltavat valitsi osastonhoitaja, joten emme itse olleet vaikuttamassa haastateltavien valintaan. Pyysimme kuitenkin osastonhoitajaa valitsemaan sellaiset haastateltavat, joilla on riittävästi työkokemusta tämän kyseisen potilasryhmän kanssa työskentelystä. Tätä pyysimme siksi, että saisimme opinnäytetyömme kannalta oleellista tietoa. Tämä lisää saamiemme tulosten luotettavuutta. Haastattelut toteutettiin yhtä lukuun ottamatta niin, että kumpikin opinnäytetyöntekijä oli mukana haastattelussa. Haastatteluissa edettiin teemahaastattelurungon mukaisesti niin, ettei kumpikaan haastattelija vaikuttanut haastateltavan vastauksiin. Toisaalta tutkimuksemme luotettavuuteen voi vaikuttaa se, ettei kummallakaan opinnäytetyöntekijöistä ollut aiempaa kokemusta haastattelemisesta. Luotettavuutta on voinut lisätä se, että annoimme hoitajille ennakotietoa opinnäytetyömme aiheesta ja haastattelun teemoista. Tällä voi olla luotettavuuden kannalta myös negatiivisia seurauksia. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että yksi haastateltavista ei valitettavasti ollut saanut etukäteen lähettämäämme ennakotiedotetta eikä haastattelun teemoja, eikä siten voinut olla haastatteluun mitenkään valmistautunut.

Olemme pyrkineet takaamaan tutkimuksemme luotettavuutta kuvaamalla tarkasti kaikki opinnäytetyön vaiheet, joihin kuuluu esimerkiksi sisällönanalyysi. Lisäksi valitsimme luotettavia ja tuoreita lähteitä teoriaosuuksiemme pohjalle. Käytimme johtopäätöstem-

me ja pohdintamme pohjana aiheitamme koskevia aiempia tutkimuksia ja pyrimme mahdollisimman kattavasti tuomaan esille niiden tuottaman tiedon muuttamatta sitä.

### 6.3 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Aiemmissa tutkimuksissa tulee esille, että psykiatristen sairaanhoitajien asenteita epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita kohtaan on tutkittu suhteellisen vähän ja tämä aihe kaipaa lisää tutkimista. (Westwood & Baker 2010, 661; James & Cowman 2007, 671). Lisäksi aiemmassa tutkimuksessa tuotiin esille, ettei kaikkia tutkimustuloksia voi verrata kaikkiin mielenterveystyötä tekeviin henkilöihin (Westwood & Baker 2010, 658). Westwoodin ja Bakerin aiemmassa tutkimuksessa (2010, 660) on esitetty, että hoitajat pitävät epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavia vaarallisina sekä itselleen että ympäristölleen. Saamissamme tuloksissa käy ilmi, että hoitajat korostivat yhteisten hoitolinjojen tärkeyttä. Hoitajat näkivät erityisen tärkeänä juuri turvallisuuden korostamisen hoitotyössä. Jamesin ja Cowmanin (2007, 674) tutkimuksessa vastaajat olivat raportoineet kiinnittävänsä huomiota potilaan aiempaan itsetuhoiseen tai aggressiiviseen käyttäytymiseen potilastietoja ja taustoja kerätessään. Mielestämme tämä on yksi hyvä tapa varautua mahdollisiin tuleviin riskitilanteisiin.

Haastatteluissa hoitajat kertoivat näiden potilaiden useasti harjoittavan splittaamista eli pitävän toisia ihmisiä joko hyvinä tai huonoina. Hoitajat kertoivat, että tällaiseen potilaan käytökseen ei pidä mennä mukaan. Löysimme aiemmasta tutkimuksesta sellaisen kohdan, jossa ei viitattu suoranaisesti splittaamiseen vaan näiden potilaiden tapaan heijastaa omia negatiivisia tunteitaan henkilökuntaan. Tällaisen toiminnan katsottiin tutkimuksessa aiheuttavan hoitajassa transferenssi ja vastatransferenssi tunteita johtaen siihen, että osa henkilökunnasta alkaa torjua näitä potilaita. (Westwood & Baker 2010, 660.) Hoitohenkilökunnan tuleekin mielestämme olla tietoinen tähän sairauteen kuuluvista haitallisista toimintatavoista tai ajattelumalleista, jotta hoitajat voivat vastata niihin rakentavasti ja ammatillisesti.

Tuloksissamme kävi esille, että hoitajan tulisi kyetä osoittamaan empatiaa epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavaa persoonallisuutta kohtaan. Haastattelemamme hoitaja toi esille, että jokaisen tulisi kyetä nähdä oireiden takana oleva ihminen. Aiemmissa tutkimuksissa käsitellään myös empatian tarvetta ja keinoja sen kasvattamiseen. Esi-

merkkinä kerrottiin, että hoitajat saattavat pitää näitä potilaita muita potilaita terveempinä ja käyttäytyvän tarkoituksella hankalasti. Samalla hoitajat näkevät virheellisesti, että he halutessaan pystyisivät kontrolloimaan haitallista käyttäytymistään paremmin kuin muut potilaat. Hoitajat eivät välttämättä näe tällaista vaikeaa käytöstä sairauden oireena vaan potilaan ominaisuutena. Tällainen ajattelu johtaa, siihen että henkilökunnan on vaikeaa osoittaa potilaalle empatiaa. (Westwood & Baker 2010, 658, 660.) Hoitajat kokevat vaikeaksi muodostaa luottamuksellista hoitosuhdetta näiden potilaiden kanssa ja osoittaa empatiaa heille. Tämä vaikeus voi johtua siitä, että osa hoitajista katsoo näiden potilaiden olevan manipuloijia, henkisiä kiristäjiä, kiusankappaleita sekä ajanhukkaa. (Deans & Meocevic 2006, 47.)

Useat käyttämämme lähteet osoittavat, että epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat potilaat ovat hoitajien mielestä vaikeahoitoisia. Cowmanin ja Jamesin (2007, 673) tutkimuksessa kävi ilmi, että 80 prosenttia hoitajista uskoi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sairastavien potilaiden hoidon olevan vaikeampaa kuin muiden. Westwoodin ja Bakerin (2010, 657) tutkimuksessa kerrotaan, että monet ammattilaiset kokevat vuorovaikutuksen näiden potilaiden kanssa olevan hankalaa. Syy tähän on todennäköisesti se, että potilaan oirekuvaan kuuluu juuri vaikeudet ihmissuhteissa. Nämä vaikeudet näkyvät luonnollisesti myös hoitosuhteessa.

Vaikeahoitoisuus ja hoitohenkilökunnan negatiiviset asenteet tulivat myös tutkimuksemme esille. Nämä negatiiviset asenteet ja näkemykset vaikuttavat näiden potilaiden saamaan hoidon laatuun (Westwood & Baker 2010, 660). Päättelimme tästä, että ongelmallinen tilanne muodostuu hoitajien kokiessa negatiivisia kokemuksia ja tuntemuksia näistä potilaista johtuen ja näistä syistä heille muodostuu negatiivinen asenne tämän potilasryhmän hoitamista kohtaan. Tämä vaikuttaa potilaiden saaman hoidon laatuun ja sen kärsiessä potilaat oirehtivat mahdollisesti entistä pahemmin. Näin hoitajien kokemukset potilaista jatkuvat negatiivisina. Tällaisen ongelmakierteen ratkaisemiseksi olisi hoitajien tärkeää pohtia omia asenteitaan ja sitä kautta kehittyä yhä paremmaksi hoitajaksi.

Tuloksissamme nousi esille myös hoitajien positiivisia kokemuksia epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista potilaista. Optimismi tätä potilasryhmää kohtaan on lisääntymässä, koska hoitajat ovat alkaneet nähdä tämän potilasryhmän mahdollisena hoitaa. Hoitajat ovat tuoneet esille, että tällä näillä potilailla on mahdollisuus parantua.

Tutkimuksessa kerrotaan hoitajien tästä potilasryhmästä saamien kokemusten vaikuttavan optimismin määrään. (Westwood & Baker 2010, 660–661.) Aineistosta tuli esille, että hoitajien mielestä oli palkitsevaa nähdä potilaan selviävän omassa elämässään. Katsoimme, että hoitajien tulisi hyödyntää mahdollisia positiivisia kokemuksiaan näistä potilaista ja heidän toipumisestaan.

Haastattelemamme hoitajat toivat esille sen, että tuloksia näiden potilaiden kohdalla voidaan akuuttihoidossakin saavuttaa, mikäli hoitojakso on riittävän pitkä. Häkkinen (2009) puolestaan esitti, että hoitojakson tulee olla akuuttipuolella lyhyt. Päättelimme, että vaikka hoito olisikin lyhytkestoista akuuttiosastolla, siellä hoitajien on tarkoitus ensisijaisesti motivoida potilasta ottamaan avopuolen hoitoa vastaan ja tietysti auttaa häntä pärjäämään sairaalan ulkopuolisessa elämässä. Avohoidossa on tarkoitus toteuttaa potilaan pitkäaikainen ja ehkä eniten pysyviä tuloksia tuottava hoito. Mikäli hoito akuutti puolella jää kuitenkin liian lyhyeksi, potilasta ei välttämättä ehditä riittävästi auttamaan kriisitilanteen hallinnassa ja motivoimaan häntä tarpeeksi avopuolen hoitoon.

Tuloksissamme nousi esille paljon haasteita, jotka jaoimme potilaasta, hoitajasta sekä osaston käytännöistä lähteviin haasteisiin. Blandin ja Rossenin (2005, 508) mukaan kirjallisuudesta on löydettävissä seuraavanlaisia ongelmia suhteessa tähän potilasryhmään. Niitä ovat ihmissuhteiden pysymättömyys, mielialojen vaihtelu, manipuloiva käytös sekä taipumus splittaamisen, transferenssin ja vastatransferenssin ilmenemiseen. Osaston käytäntöihin liittyviksi haasteiksi nousivat tuloksissamme yhteisteisten hoitolinjausten ja hoitajien käytössä olevien työkalujen puute. Jamesin ja Cowmanin (2007, 675) tutkimuksessa käsiteltiin moniammatillista tiimityöskentelyä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa henkilökunnasta uskoo moniammatillisen tiimin erimielisyyksien johtavan riittämättömään hoitoon. Tutkimuksessa kerrotaankin että ammatillisen hoidon tulee hyvin ohjeistettua, jotta koko henkilökunta voi sitoutua yhtenäisiin työtapoihin. (James & Cowman 2007, 657.)

Hoitajat ovat vastentahtoisia sisäänkirjoittamaan näitä potilaita syistä, jotka liittyvät osaston olosuhteisiin eivätkä varsinaisesti itse potilaisiin. Akuutin mielenterveystyön yleinen haaste on terapeutin hoitoympäristön luominen ja ylläpitäminen. Lisäksi haasteina on sellaisten asioiden käsittely, jotka liittyvät hoitajapulaan, johtamisen puutumiseen ja ongelmiin, jotka nousevat toimimattomista hallintamenetelmistä. (Westwood & Baker 2010, 657.) Näiden ongelmien epäonnistunut ratkaisu johtaa niihin olosuhteisiin, joissa hoitajat kokevat näiden potilaiden hoitamisen vaikeaksi tai mahdottomaksi.

Haastattelussa hoitaja nosti esille, että epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavalla potilaalla on yleensä ongelmia pitää kiinni hoitosopimuksesta, joka hänen kanssaan on laadittu hoidon alussa. Hoitosopimuksen tarkoitus on sitouttaa potilas osastolla hyväksyttävään käytökseen ja oman hoitonsa tavoitteisiin. Hoitosopimuksen rikkomisesta tulisi olla seurauksia potilaalle, jotta potilas ymmärtää sopimuksen tärkeyden. Akuutiosastoilla hoitosopimuksen rikkomisen seuraamuksien vaihtoehdot ovat rajalliset. Yleisimmin sopimusrikkomuksista seuraa uloskirjoitus. Haastattelemamme hoitajan mielestä tämä seuraamus näiden potilaiden kohdalla on erittäin ongelmallinen, koska potilaat ovat monesti erittäin itsetuhoisia.

Blandin ja Rossenin (2005, 512) artikkelissa kerrotaan tästä samasta ongelmasta liittyen valtataisteluun, jota hoitajat joutuvat käymään potilaan kanssa, jotta potilaat eivät vahingoita itseään. Epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan ennakoinen uloskirjoittaminen ja hoitosuhteen päättäminen voi johtaa itsetuhoisuuteen ja pahimmillaan itsemurhaan. Artikkelissa esitetään itsetuhoisen käyttäytymisen syyksi yrityksen hallita voimakkaita tunteita, jotka estävät kognitiivisia toimintoja ja tuloksekasta ongelmanratkaisua. Itsetuhoisuutta voidaan torjua ymmärtämällä potilaan syitä tähän käytökseen ja auttamalla potilasta tunnistamaan ärsykkeet, jotka laukaisevat intensiiviset tunteet ja itsetuhoisen käytöksen. Lisäksi hoitajan tulisi auttaa potilasta löytämään itselleen turvallisia selviytymiskeinoja näihin tilanteisiin. (Bland & Rossen 2005, 512–513.) Deansin ja Meovicevicin (2006, 46) tutkimus osoitti hoitajien ristiriitaiset ajatukset suhteessa vastuuseensa potilaiden itsetuhoisuudesta. Hoitajat kertovat, että eivät koe olevansa vastuussa potilaiden tekemisistä esimerkiksi lain rikkomisesta tai itsemurhasta. Toisaalta hoitajat kertoivat, että heillä on samalla kuitenkin vastuu pitää potilaat turvassa. (Deans & Meovicevic 2006, 46–47.)

Bland ja Rossen (2005, 513) tuovat esille artikkelissa, että työnohjauksen avulla hoitajan on mahdollista ymmärtää oma rajallisuutensa suhteessa potilaan itsetuhoisen käyttäytymisen estämiseen. Lisäksi tuodaan esille, että jos ylläpidetään suoraan tai epäsuorasti yllä ajatusta sataprosenttisen potilasturvallisuuden mahdollisuudesta, on se haitallista hoitajien työssä jaksamiselle (Bland & Rossen 2005, 513). Työnohjaus on erityisen tärkeää niille hoitajille, jotka työskentelevät epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan ihmisen kanssa. Se tarjoaa hoitajalle tietoa ja emotiaaalista tukea. Työnohjauksen avulla hoitaja voi havaita ja tiedostaa ne ongelmat, jota käytännön hoitotyössä ilmenee. Tämän jälkeen hän voi reflektoida omaa työtään, lisätä itsetuntemustaan ja kehittyä ammattilaisena. (Bland & Rossen 2005, 511.) Työnohjauksen monipuolinen käyttö on yksi keino edistää hoitajan työssä jaksamista sekä hoidon laadun kehittämistä paremmaksi.

Tuloksissamme ilmeni, että osa hoitajista koki valmiuksien hoitaa kyseistä potilasryhmää riittämättöminä. Osa katsoi valmiutensa suurimmaksi osaksi riittävinä. Jamesin ja Cowmanin (2007, 673) tutkimuksessa 75 prosenttia vastaajista ilmoitti olevansa joko päteviä tai kohtalaisen päteviä hoitamaan näitä potilaita. Kuitenkin 90 prosenttia vastaajista ilmoitti, että hyödyntäisivät koulutusta, mikäli sellaista olisi saatavilla. Tutkimuksessa havaittiin, että jos sairaanhoitajat saisivat parempaa koulutusta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, työnohjausta sekä hyvää johtamista nämä tekijät auttaisivat hoitajia selviytymään paremmin näiden potilaiden kanssa. (James & Cowman 2007, 674, 676.)

Tulevaisuuden kehitysehdotuksena hoitajat kertoivat kaipaavansa yhtenäistä keskustelua asiasta ja hoitolinjauksista. Yhtenä toiveena esitettiin, että kyseiselle potilasryhmälle olisi oma heille suunnattu osasto. Blandin ja Rossenin (2005, 509) artikkelissa kerrotaan, että hoitajat joutuvat monesti tasapainoilemaan epävakaan persoonallisuushäiriötä sairastavien ja muiden osastolla olevien potilaiden tarpeiden ja vaatimusten välillä.



Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa opinnäytetyössämme esiteltävien tietojen ja havaintojen avulla hoitajien valmiuksia hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita akuutti-psykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyön tavoite on myös toimia apuvälineenä psykiatrian akuuttiosastojen hoitajien perehdyttämisessä dialektiseen käyttäytymisterapiaan. Opinnäytetyömme sisältää mielestämme hyvän tietopaketin dialektisesta käyttäytymisterapiasta yleensä ja tietoa myös siitä, miten tätä terapiaa voidaan soveltaa akuutti-psykiatrian osastoille.

Pyrimme tuomaan mahdollisimman kattavasti esille tietoa myös epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, sen hoidon tavoitteista akuutti-psykiatrian osastolla sekä hoidon mahdollisista kompastuskivistä. Näiden tietojen ja havaintojen pohjalta toivomme hoitajien pystyvän entistä paremmin ymmärtämään epävakaan persoonallisuushäiriön aiheuttamaa oirehdintaa ja tiedostamaan omia asenteitaan suhteessa näiden potilaiden hoitamiseen. Toivomme, että opinnäytetyössämme esitetyt tiedot ja havainnot auttavat akuutti-psykiatrian osastoja muokkaamaan hoitokäytäntöjään entistä paremmiksi osastojen omien hoitajien esille tuomien asioiden ja tarpeiden pohjalta.

#### **6.4 Kehittämisen- /jatkotutkimusehdotukset**

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava potilas tutkitusti hyötyy dialektisesta käyttäytymisterapiasta. Haastattelemamme hoitajat olivat kiinnostuneita tämän hoitomuodon käyttämisestä omalla osastollaan mutta heitä mietitytti, miten tätä terapiaa voidaan parhaiten soveltaa akuutti-psykiatrian osastoilla. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme, että tulevaisuudessa tutkittaisiin dialektisen käyttäytymisterapian soveltuvuutta akuutti-psykiatrian osastoille ja sen avulla saavutettuja hoitotuloksia. Lisäksi olisi hyvä tehdä hoitajille opas dialektisen käyttäytymisterapian toteuttamisesta akuutti-psykiatrian osastoilla.

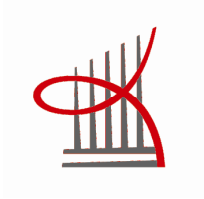
## LÄHTEET

- Bland, A. R. & Rossen, E. K. 2005. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Mental Health Nursing* 26:507-517.
- Deans, C. & Meocevic, E. 2006. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse* 21: 43-49.
- Epävaka persoonallisuus. 2008. Käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 10.12.2012. <http://www.kaypahoito.fi/>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2008. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. 3. uusittu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 222–244.
- Huttunen, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 7.9.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Huttunen, M. O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim.
- Häkkinen, M. 2009. DKT- periaatteet ja osastohoito. Ajatuksia periaatteista, oletuksista ja säännöistä. Luentomateriaali 11.11.2009. Jorvin sairaala.
- James, P. D. & Cowman, S. 2007. Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14 (7), 670–678.
- Joukamaa, M. & Lepola U. 2008. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Hakola, P., Isohan-ni, M., Joukamaa, M., Koponen, H., Leinonen, E. & Lepola, U. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 109–121.
- Koivisto, M. 2004. Persoonallisuudeltaan epävaka potilas hoitosuhteessa – kognitiivisen psykoterapian ja kiintymyssuhdeteorian näkökulmia vuorovaikutuksen haasteisiin. *Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti*. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys 1 (2). 53–74.
- Koivisto, M. 2010. Epävaka persoonallisuus – riittääkö yksi hoitomalli? Havaintoja hoitomallien integraatiosta. *Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti*. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys 2010, 7, (2), 170-210.
- Koivisto, M. & Isometsä, E. 2005. Katsausartikkeli: Epävakaan persoonallisuushäiriön kliininen kuva ja ennuste. *Suomen lääkirilehti* 45/2005.
- Koivisto, M., Keinänen, M. & Isometsä, E. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoito. *Duodecim*; 123:1398–407.
- Koivisto, M., Stenberg, J-H., Nikkilä, H. & Karlsson, H. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Helsinki: Duodecim.

- Korkeila, J. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa aihetta optimismiin. *Duodecim*; 123:503–5.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita.
- Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. 480–500.
- Ojala, K. 2008. Rajatilahäiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) *Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde*. Helsinki: Duodecim, 141–156.
- Taiminen, T. 2011. Persoonallisuushäiriöt ja työkyky. *Duodecim*; 127:987–93.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Verkkojulkaisu. Luettu: 5.10.2012.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tähkä, J. 2006. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito päiväsairaalaissa. Verkkojulkaisu. Tampereen päiväsairaala 2 (MPS2). Luettu 10.12.2012. Päivitetty 14.04.09. <http://www.jormatahka.com/hoito.htm>.
- Westwood, L. & Baker, J. 2010. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17 (7), 657–662.

## LIITTEET

### Liite 1. Tiedote



**TIEDOTE**

23.4.2012

### **Hyvä sairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja !**

Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kohtaamisesta ja hoitajien valmiuksia hoitaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Toteutamme aineiston keruun teemahaastatteluna. Osastonhoitaja valitsee viisi haastateltavaa työyhteisöstänne. Yhden hoitajan haastattelu kestää noin tunnin ja nauhoitamme haastattelut. Haastattelua varten olemme laatineet teemoja, joiden mukaan haastattelu tapahtuu. Teemat pohjautuvat opinnäytetyön tutkimustehtäviin, joita ovat:

Mitkä ovat tämänhetkiset tavat kohdata ja hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita akuuttipsykiatrian osastolla?

Millaisena hoitajat kokevat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisen?

Millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on mielestään kohdata epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita?

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

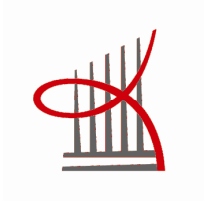
Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Katariina Aimo  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
katariina.aimo@piramk.fi  
puh. xxx xxxxxxx

Marika Holm  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
marika.holm@piramk.fi  
puh. xxx xxxxxxx

## Liite 2. Suostumuslomake



## SUOSTUMUS

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaaminen - Akuuttipsykiatrian osastojen hoitajien kuvaamana

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kohtaamisesta ja hoitajien valmiuksia hoitaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijöiden allekirjoitukset

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennykset

### Liite 3. Haastattelujen teemarunko

#### HAASTATTELUJEN TEEMAT

**Mitkä ovat tämänhetkiset tavat kohdata ja hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita kyseisillä akuuttipsykiatrian osastoilla?**

- Millaisissa tilanteissa nämä potilaat tulevat hoitoon?
- Onko kyse yhtenäisestä potilasryhmästä vai onko potilaiden tilanteet hyvin erilaisia?
- Onko osastoilla heidän hoitoaan varten yhteisiä linjauksia?
- Mitkä asiat/ hoitomuodot nousevat hoitajien mielestä tärkeiksi näiden potilaiden hoidossa?
- Mitä asioita hoidossa tulee erityisesti huomioida?

**Millaisena hoitajat kokevat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisen ja hoitamisen?**

- Millaisia positiivisia kokemuksia hoitajilla on koskien tätä potilasryhmää?
- Onko hoidossa haasteita?
- Millaiseksi tämä potilasryhmä yleisesti koetaan?
- Mihin asioihin hoitajana tulisi erityisesti kiinnittää huomiota potilaan kohtaamisessa?

**Millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on mielestään kohdata epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita?**

- Mitä työkaluja hoitajilla on näiden potilaiden kohtaamiseen?
- Ovatko hoitajien valmiudet riittävät kohdata epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas?
- Missä asioissa hoitajat kaipaisivat lisää tietoa/osaamista, koskien heidän hoitoaan?

**Millaisia tietoja hoitajilla on dialektisesta käyttäytymisterapiasta ja sen tuloksellisuudesta?**

- Onko tämä terapiamuoto hoitajille entuudestaan tuttu? Mikäli on, millainen ennakkokäsitys hoitajilla sen käyttökelpoisuudesta osastolla on?

Haastattelun pääteemat, joista toivomme tietoa osastojenne hoitajilta, ovat tummalla tekstillä ja niiden alle on listattu apukysymyksiä, joita pohtimalla hoitajat voivat haastatteluihin valmistautua. He saavat vapaasti kertoa ajatuksistaan koskien tätä potilasryhmää ja heidän hoitoaan osastoillanne.

## Liite 4. Sisällönanalyysin eteneminen

1 (2)

Alla on esimerkki siitä, kuinka analysoimme teemahaastattelun kysymyksiin saamamme vastaukset, pelkistämisvaiheen jälkeen. Sovelsimme siis sisällönanalyysia sen periaatteita yleisellä tasolla mukaillen. Kävimme jokaiseen pääteemaan ja niiden alla oleviin apukysymyksiin saadut vastaukset läpi kysymys kerrallaan. Tässä esimerkkinä ensimmäisen pääteemamme kolme ensimmäistä apukysymystä, joista kaksi ensimmäistä apukysymystä ja niihin saadut vastaukset on yhdistetty.

<b>TEEMA 1: Mitkä ovat tämänhetkiset tavat kohdata ja hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita kyseisellä akuuttipsykiatrian osastoilla?</b>	
<b>Millaisissa tilanteissa nämä potilaat tulevat hoitoon? Onko kyse yhtenäisestä potilasryhmästä vai onko potilaiden tilanteet hyvin erilaisia?</b>	<b>Yhteenveto:</b>
elämäkriisitilanne itsemurhayritys päihteiden liikakäyttö ihmissuhde päättynyt kriisi masennus taustalla persoonallisuushäiriö on samankaltaisuuksia kaaos elämä solmussa arjen hallinnan vaikeus paljon talousvaikeuksia vaikea tilanne kaoottinen epäselvä räiskyvä tilanne sekava tilanne itsetuhoyrityksen jälkeen elämäkriisit avioero potilaat eroavat kovasti toisistaan yhteisiä piirteitä eroavat jonkin verran monimuotoisia jokaisella erilainen elämäntilanne mutta potilaista löytyy samanlaisia tyypillisiä piirteitä	Potilaat tulevat hoitoon elämän kriisitilanteissa, joihin kuuluvat esim. itsemurhayritys, avioero, päihteiden liikakäyttö tai vakava masennus. Hoitoon tulotilannetta kuvaa kaaos, johon kuuluu mahdollisesti arjenhallinnan vaikeuksia ja taloudellisia ongelmia.  Jokainen potilas tulee omasta elämäntilanteestaan, mutta niistä löytyy myös yhtäläisyyksiä. Potilaista itsestään löytyy tyypillisiä piirteitä, mutta jokainen on silti aina oma yksilöllinen persoonansa.

(jatkuu)

Onko osastoilla heidän hoitoaan varten yhteisiä linjauksia?	Yhteenveto:
<p>           rajaaminen            luodaan turvalliset rajat            tavaroiden tarkastaminen osastolle tullessa            turvallisuutta korostetaan            hoitosopimus            pitäisi olla samanlainen linjaus kaikilla            ei ole sen kummempia            ei ole tietoinen linjauksista            pyritään linjaamaan hoito ja tiedottamaan siitä            muille hoitajille sekä pitämään linjauksista kiinni            ei ole mitään käsikirjaa eikä ohjetta            hoidon suunnittelu riippuu potilaan persoonasta ja tilanteesta            jonkin näköinen ajatus on         </p>	<p>           Yhtenäinen, kaikkien hoitajien tiedossa ja käytössä oleva hoitolinja olisi erittäin tärkeä asia hoidon onnistumisen kannalta. Potilaan hoito suunnitellaan hänen tilannettaan ja persoonaansa palvelevaksi.         </p> <p>           Yhteiselle, tätä potilasryhmää koskevalle, hoitolinjalle ei ole osastoilla kirjallista ohjetta. Yhteisiä käytäntöjä osastoilla ovat kuitenkin turvallisuuden korostaminen ja hoitosopimuksen teko. Turvallisuutta korostetaan rajaamalla potilaita, esimerkiksi tekemällä turvatarkastus.         </p>



## Liite 5. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

1 (2)

Tekijä ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Deans, C.& Meocevic, E. 2006	Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder	Kvantitatiivinen tutkimus, kysely  Rekisteröityjä sairaanhoitajia (n 65)	<p>Tulokset osoittivat, että osa sairaanhoitajista koki negatiivisia tunteita ja asenteita epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia ihmisiä kohtaan.</p> <p>Suurin osa hoitajista piti näitä potilaita manipuloivina ja 1/3 kertoi, että nämä potilaat tekevät heidän vihaiseksi.</p> <p>Yli 1/3 hoitajista ei pitänyt itseään riittävän pätevänä hoitamaan näitä potilaita.</p>
James, P. D. & Cowman, S. 2007	Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder.	Kvantitatiivinen tutkimus, kysely  Psykiatrisia sairaanhoitajia (n = 65)	<p>Sairaanhoitajista 80 % katsoi, että epävakaata persoonallisuutta sairastavat asiakkaat ovat vaikeampia hoitaa kuin muut asiakkaat.</p> <p>Sairaanhoitajista 81% uskoi, että näiden potilaiden hoito on riittämätöntä.</p>

(jatkuu)

Tekijä ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Westwood, L. & Baker, J. 2010	Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature.	Kirjallisuuskatsaus  Kahdeksan tutkimusta	<p>Monet ammattilaiset pitävät epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia vaikea hoitoisena potilasryhmänä. Lisäksi hoitajat ovat sitä mieltä, että näiden potilaiden kanssa on vaikea olla vuorovaikutuksena.</p> <p>Epävakaata persoonallisuutta sairastavien potilaiden katsotaan olevan vaarallisia ja heillä olevan kyky aiheuttaa tuhoa.</p> <p>Hoitajat osoittavat tätä potilasryhmää kohtaa vähemmän empatiaa ja toiveikkuutta paraneemisesta kuin muita potilasryhmiä kohtaan.</p> <p>Hoitohenkilökunta toivoo saavansa lisää koulutusta ja valvontaa työtään varten.</p>