

# EPÄVAKAAN PERSONALLISUUSHÄI- RIÖN HOITO PSYKIATRIAN OSASTOLLA

Dialektisen käyttäytymisterapian näkökulma

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoito  
Kevät 2018  
Reetta Jussila  
Petri Lyytikä

## Kuvailulehti

Tekijä(t) Reetta Jussila Petri Lyytikkä	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 52	Valmistumisaika Kevät 2018
Työn nimi <b>Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito psykiatrian osastolla</b> Dialektisen käyttäytymisterapian näkökulma		
Hoitotyön koulutusohjelma		
Tiivistelmä <p>Työn tarkoituksena oli selvittää, mitä tiedetään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta psykiatrian osastolla. Dialektista käyttäytymisterapiaa käytetään näiden potilaiden avohoidossa, mutta terapiamuodon tehokkuudesta osastolla ei tiedetä paljoakaan. Työssä yritimme löytää dialektisen käyttäytymisterapian mukaisia lähestymistapoja tämän potilasryhmän hoidon tueksi osasto-olosuhteissa.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin laadullisena kirjallisuuskatsauksena. Dialektisen käyttäytymisterapian lisäksi yritimme löytää muitakin hoitokeinoja tätä potilasryhmää varten. Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää eniten suositellut hoitotavat tälle potilasryhmälle sekä lisätä tietoisuutta häiriötä koskien. Tutkimuskysymyksemme olivat: Miten dialektista käyttäytymisterapiaa voidaan hyödyntää osasto-olosuhteissa? Miten epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta tulisi hoitaa osasto-olosuhteissa? Mitkä ovat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan sisäänottokriteerit psykiatrian osastolle?</p> <p>Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä henkilö tulisi ottaa hoitoon psykiatrian osastolle vain, jos muita hoitokeinoja ei ole saatavilla tai ne ovat riittämättömiä. Hoitojakson pituus tulisi sopia etukäteen. Dialektisen käyttäytymisterapian avulla voidaan helpottaa näiden potilaiden oireita. Lyhytkestoisen dialektisen käyttäytymisterapian hyödyllisyyttä on tutkittava lisää.</p>		
Avainsanat epävakaa persoonallisuushäiriö, dialektinen käyttäytymisterapia		

## Description

Author(s) Reetta Jussila Petri Lyytikkä	Type of publication Bachelor's thesis	Published spring 2018
	Number of pages 52	
Title of publication <b>Treatment of borderline personality disorder on a psychiatric ward</b> From the dialectical behavior therapy point of view		
Bachelor's degree programme in nursing		
Abstract <p>The purpose of this thesis was to study the treatment of borderline personality disorder on a psychiatric ward. Dialectical behavior therapy is used in the treatment of these patients in the outpatient care, but little is known whether this form of therapy is effective within a psychiatric inpatient unit. The aim of the thesis was to find methods suggested by dialectical behavior therapy to be used in the treatment of these patients within a psychiatric inpatient unit.</p> <p>A qualitative literature review was carried out to conduct the study. In addition to dialectical behavior therapy, the review also covered other methods of treatment considering these patients in order to find out the most recommended ways of treatment for these patients and to increase knowledge concerning the disorder. The research questions were: How can dialectical behavior therapy be utilized on a psychiatric ward? How should patients with borderline personality disorder be treated in a psychiatric inpatient unit? Which are the admission criteria for people with borderline personality disorder concerning a psychiatric inpatient unit?</p> <p>People suffering from borderline personality disorder should only be admitted to a psychiatric inpatient unit if other means of treatment cannot be used or are inadequate. The length of the inpatient care should be agreed on in advance. Dialectical behavior therapy can be used to ease the symptoms of these patients. Further study is required to find out the benefits of short-term use of dialectical behavior therapy.</p>		
Keywords borderline personality disorder, dialectical behavior therapy		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	EPÄVAKAA PERSONALLISUUSHÄIRIÖ.....	2
2.1	Epidemiologia.....	2
2.2	Diagnostiikka.....	2
2.3	Oirekuva.....	3
3	EPÄVAKAAN PERSONAN HOITO JA KOHTAAMINEN PSYKIATRIAN OSASTOLLA .....	5
3.1	Osaston henkilökunnan taidot ja asenteet .....	5
3.2	Epävakaata persoonallisuus hoitosuhteessa .....	5
3.3	Kohtaaminen.....	6
3.4	Dialektisen käyttäytymisterapian käyttö osasto-olosuhteissa .....	8
3.5	Epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoito .....	8
4	PSYKIATRIAN OSASTOHOITO.....	10
5	DIALEKTINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA EPÄVAKAASTA PERSONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN HOIDOSSA.....	11
5.1	Biososiaalinen teoria.....	11
5.2	Validointi.....	12
5.3	Ketjuanalyysi.....	13
5.4	Tietoisuustaidot.....	14
5.5	Terapian rakenne.....	15
5.5.1	Yksilöterapia .....	15
5.5.2	Taitovalmennus .....	16
5.5.3	Puhelintuki .....	17
5.5.4	Konsultaatiotiimit .....	17
6	EPÄVAKAASTA PERSONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN MUUT HOITOKEINOT .....	18
6.1	Mentalisaatioterapia.....	18
6.2	Skeematerapia.....	19
6.3	Transferenssikeskeinen terapia.....	20
6.4	STEPPS.....	20
6.5	GPM.....	20
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	22
8	TUTKIMUKSET.....	23
8.1	Tutkimusten analysointi .....	23

8.2	Tutkimusten yhteenveto.....	29
8.3	Sisällönanalyysi .....	30
9	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TIEDONKERUU .....	33
9.1	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus .....	33
9.2	Tiedonhaku .....	34
10	YHTEENVETO .....	38
10.1	Pohdinta .....	38
10.2	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.....	39
10.3	Jatkotutkimusehdotukset .....	40
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET.....	45

## 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on tehty erään päijäthämäläisen psykiatrian osaston käyttöön. Idea opinnäytetyöstä tuli osaston osastonhoitajalta. Osastonhoitajan toiveesta osaston tarkempia tietoja ei tuoda julki. Opinnäytetyössä pyrimme selvittämään, miten psykiatrisella osastohoidolla voidaan vastata epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan tarpeisiin. Tarkastelunäkökulmana opinnäytetyössä toimii dialektisen käyttäytymisterapian näkökulma sulkematta kuitenkaan ulos muita mahdollisia näkökulmia, joita tiedonhaussa saattaa tulla vastaan.

Käypä hoito -suositus epävakaaseen persoonallisuuteen liittyen toteaa melko yksiselitteisesti, että häiriöstä kärsivän potilaan hoito tulee toteuttaa pääpiirteissään avohuollon parissa (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015, 2). Häiriötä sairastavia kuitenkin hoidetaan myös psykiatrian osastoilla. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitotyö on erittäin kuormittavaa henkilöstölle, ja tämän työn avulla on tarkoitus tuoda julki tutkittua ja ajantasaista tietoa häiriöstä kärsivän potilaan hoitotyöstä.

Dialektista käyttäytymisterapiaa on alun perin suunniteltu käytettävän itsetuhoisten ja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden avohoidossa (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, 80). Kuitenkin myös psykiatrian osastohoidossa käytetään tätä toimintamallia osana kyseisten potilaiden hoitoa. Toimeksianto-osastollamme hoidossa olevat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat osallistuvat dialektisen käyttäytymisterapian toimintamallin mukaiseen taitoharjoitteluryhmään. Ryhmän toiminnan tarkoituksena on opetella ahdistuksenhallintakeinoja, tietoisuustaitoja sekä opetella käyttämään ketjuanalyysiä omien tunteiden ja toiminnan havainnointiin. Toimeksianto-osaston henkilökuntaa on koulutettu käyttämään dialektista käyttäytymisterapiaa osasto-olosuhteissa. Tässä työssä käymme läpi DKT:n ehdottamia lähestymistapoja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitotyöhön liittyen.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat epävakaata persoonallisuushäiriö, dialektinen käyttäytymisterapia sekä epävakaan persoonallisuushäiriön hoito psykiatrian osastolla.

## 2 EPÄVAKAA PERSONALLISUUSHÄIRIÖ

### 2.1 Epidemiologia

Epävakaan persoonallisuuden kehittymiselle altistaa varhainen häiriintynyt lapsi-vanhempi-suhde. Häiriöstä kärsivien elämänhistoriasta löytyy usein tunnetason laiminlyöntiä ja tuen puuttumista varhaislapsuudessa, menetyskokemuksia, vanhempien mielenterveysongelmia sekä seksuaalista hyväksikäyttöä. (Lönngqvist ym. 2009, 528.) Pitkään kestävä huonoissa oloissa eläminen vaikuttaa persoonallisuusjärjestelmän kaikkiin osa-alueisiin. Kyky säädellä tunteita ja impulsseja voi vaarantua, jos itsesäätelykykyjen kehittyminen häiriytyy epäsuotuisissa olosuhteissa. Ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat siihen, kuinka voimakkaasti syntymässä saadut temperamenttipiirteet ilmenevät yksilön kohdalla. Traumaattiset tapahtumat yksilön elämässä voivat vaikuttaa hänen kognitiivisiin prosesseihinsa, eli hänen tapaansa käsitellä tietoa, havainnointikykyynsä ja tapaansa tulkita tapahtumia. Nämä epämieluisat tapahtumat muovaavat myös yksilön kokemusta itsestään. (Koivisto ym. 2009, 43.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä käsittelevän Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan muita epävakaan persoonallisuushäiriön puhkeamiseen altistavia tekijöitä ovat myös muiden psykiatristen häiriöiden ja ruumiillisten sairauksien kasaantuminen, perintötekijät, äidin raskausajan tupakointi sekä komplikaatiot synnytyksessä sekä omaan vanhemmuuteen liittyvät ongelmat. Muita altistavia tekijöitä voivat olla negatiiviset temperamentti- piirteet, kuten herkkyyys ahdistuneisuuteen ja vihamielisyyteen, orgaaniset ja neurokognitiiviset tekijät, kuten aivotulehdus, epilepsia, oppimishäiriöt sekä lapsuuden ADHD-häiriö. Myös kouluikässä koetut pitkittyneet erossaolot vanhemmista, sosioekonomisen aseman alhaisuus ja tietyt muutokset aivoissa, kuten hippokampuksen ja manteliumakkeen tilavuuden väheneminen, altistavat käypä hoito –suosituksen mukaan epävakaan persoonallisuushäiriön puhkeamiselle.

### 2.2 Diagnostiikka

ICD-10-luokituksessa puhutaan tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta, ja samaan diagnoosiluokkaan sisältyvät myös rajatilapersonallisuus, aggressiivinen persoonallisuus sekä eksploosiivinen eli räjähdysaltis persoonallisuus. DSM-IV-luokitus puolestaan käyttää häiriöstä nimeä epävakaata persoonallisuutta. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2009, 528.) DSM-IV-luokituksessa ei erotella häiriön eri alaluokkia, vaan epävakaan persoonallisuushäiriön diagnosointi perustuu häiriölle tyypilliseen oirekuvaan. (Baryshnikov 2017, 27.) Persoonallisuushäiriön diagnoosi voidaan asettaa vasta 16-17 vuoden iästä lähtien. Häiriöt alkavat jo lapsuusiässä tai nuoruudessa ja

pysyvät osana yksilön elämää läpi aikuisuuden ja aiheuttavat häiriöstä kärsivälle ahdistuneisuutta ja haittaa sosiaalisessa elämässä. Kaikki persoonallisuushäiriöt voidaan diagnosoida yleisten, kaikkia häiriöitä koskevien ohjeiden avulla. Diagnostisen kriteeristön mukaan yksilön käytöksen on poikettava selvästi kulttuurissa yleisesti hyväksytystä tavasta käyttäytyä. Yksilön sisäisen kokemisen tavan on myös poikettava kulttuurin normeista. Käytös ja tapa kokea asioita voi olla poikkeavaa ihmissuhteisiin liittyvissä toimintavoissa, tai ihmissuhteiden luonne voi olla poikkeava.

Yksilön tiedollinen toiminta, eli yksilön tapa havainnoida ja tulkita ihmisiä ja tapahtumia sekä suhtautuminen toisiin ihmisiin, voi olla poikkeava, kuten myös impulssikontrolli sekä tunne-elämä. Poikkeaminen normeista vähintään kahdella yllä mainitulla osa-alueella vaaditaan diagnoosin laatimiseksi. Käyttöön liittyvän poikkeaman on myös juonnettava juurensa myöhäiseen lapsuuteen tai nuoruusikään, ja käytöksen on oltava luonteeltaan pysyvää, joustamatonta ja sopeutumattomaa. Käytös voi myös olla muulla tavalla häiriintynyttä ulottuen laajasti sekä henkilökohtaisiin että sosiaalsiin tilanteisiin. Tämän poikkeavan käyttömallin on myös aiheutettava yksilölle kärsimystä tai hankaluuksia pärjätä sosiaalisissa tilanteissa tai mahdollisesti molempia. Häiriö ei myöskään saa olla muun psykiatrisen häiriön aiheuttama tai ilmenemismuoto. Myös elimelliset syyt on suljettava pois ennen diagnoosin laatimista. Tiedot kriteeristöä varten olisi mahdollisuuksien mukaan kerättävä mahdollisimman monelta ihmiseltä sekä haastatella potilasta useita kertoja. Tietoja voidaan hakea myös sairaskertomuksista. (Terveysportti 2018.)

### 2.3 Oirekuva

Häiriötä kuvaa parhaiten mielialan vaihtelevuus ja mielen korostunut reaktiivisuus (Kovisto & Korkeila 2016). Tunne-elämä on epävakaata ja negatiiviset tunteet hallitsevat. Vihaisuus ja ahdistuneisuus vuorottelevat depression ja ahdistuksen välillä. Mieliala voi vaihdella spontaanisti tai ulkoisten ärsykkeiden provosoimana useita kertoja päivässä. Häiriöön liittyy myös siitä kärsivän henkilön puutteellinen kyky omien ajatusten ja tunteiden tunnistamiseen ja arviointiin. Torjutuksi tulemisen tunne aiheuttaa häiriöstä kärsivälle voimakasta häpeän tunnetta. Tässä tilassa häiriöstä kärsivän muut häiriötä leimaavat oireet voivat korostua ja toisiin ihmisiin kohdistuu vihaa. Toimintaa leimaava impulsiivisuus saattaa ilmetä runsaana päihteiden käyttönä, ahmimistaipumuksena, vastuuttomana seksielämänä, liiallisena pelaamisena, tavaroiden osteluna tai varkauksina. (Tarnanen, Korkeila & Tuunainen 2015.)

Epävakaata persoonallisuutta kuvaa pitkään kestävä epävakaas liittyen tunne-elämään, ihmissuhteisiin sekä minäkuvaan. Yksilön kokema voimakas ja vaikeasti hallittava tuska



saa hänet toimimaan epätoivoisesti, impulsiivisesti ja usein itsetuhoisesti. Häiriöstä kärsivän ihmisen tunneherkkyys on ylikorostunut ja kaikki asiat tuntuvat kestäättömän voimakkaasti. (Koivisto & Korkeila 2016.) Herkkyys korostuu myös toisten ihmisten tunnetilojen tulkitsemisessa: kasvojen ilmeistä häiriöstä kärsivä tulkitsee tunnetiloja korostuneen herkästi. Tämä saattaa toimia yhtenä selityksenä häiriöön liittyville ihmissuhdevaikeuksille. (Melartin & Koivisto 2010.) Häiriöstä kärsiviä ihmisiä luonnehtivat herkkyyden lisäksi reaktiivisuus emotionaalisella tasolla sekä korostuneet piirteet temperamenttiin liittyen (Koivisto 2010, 171). Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä tulkitsee ihmissuhteissa tapahtuvia asioita helposti negatiivisella tavalla: torjumisena, hylkäämiseä tai välittämisen puutteena (Koivisto & Korkeila 2016). Tämä voi johtaa impulsiiviseen käytökseen, johon saattaa liittyä väkivaltaista käytöstä tai itsetuhoisuutta (Lahtinen 2012, 4). Häiriöstä kärsivä on myös erityisen herkkä ympäristössä ja olosuhteissa tapahtuville muutoksille. Turvaa tuovien ulkoisten rakenteiden muuttuminen voi vaikuttaa voimittain merkittävästi. Akuuttivaiheessa näyttää monesti siltä, että kriisi seuraa toistaan häiriöstä kärsivän elämässä. Tämä on seurausta voimakkaista tunnetiloista, jotka helposti oireilevat voimakaina psyykkisinä tuskatiloina tai toivottomuuden tunteina. (Koivisto & Korkeila 2016.) Sosiaalista elämää voivat rajoittaa erilaiset pelot hylkäämiseen tai torjutuksi tulemiseen liittyen, ja häiriöstä kärsivällä on taipumusta myös ripustautua toiseen ihmiseen. Epäluulo, vihamielisyys, turvattomuuden tunne ja epäluottamus värjyvät ihmissuhteita ja aikaansaavat sen, että ihmisten kanssa on vaikea tulla toimeen. (Tarnanen, Korkeila & Tuunainen 2015.)

### 3 EPÄVAKAAN PERSONAN HOITO JA KOHTAAMINEN PSYKIATRIAN OSASTOLLA

#### 3.1 Osaston henkilökunnan taidot ja asenteet

Leppänen (2015, 69) kuvailee tutkimuksessaan ”Epävakaasta persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa”, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat koetaan usein ärsyttävinä, vaikeina, manipuloivina ja jopa pahoina. Pahimmillaan henkilökunnan tunteet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta kohtaan johtavat etäännyttämiseen, jonka potilas voi kokea hylkäämiseksi. Tämä taas johtaa oireilun pahenemiseen. Näin syntyy kierre, jota henkilökunta ja potilas toiminnallaan vain pahentavat. Työnohjaus parantaa henkilökunnan valmiuksia ja antaa voimia hoitaa epävakaasta persoonaa. Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge (2008, 165) kertovat kirjassaan ”Tämä potilas kuuluu meille”, että työyhteisössä voi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan vaatimusten, jotka usein ovat epärealistisia, johdosta herätä negatiivisten tunnereaktioiden lisäksi myös ylipositiivisia mielikuvia ja tunnereaktioita. Tämän ymmärtäminen ja tunnistaminen sekä yhdistäminen potilaan psykopatologiaan on ensiarvoisen tärkeää.

Holmberg ym. (2008, 166) summaavat myös, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta hoitava henkilökunta tarvitsee työnsä tueksi tiivistä työnohjausta ja konsultaatioapua koulutetulta psykoterapeutilta. Hoitavan henkilökunnan taitojen ja voimien ylläpitämiseksi on tärkeää, että henkilökunnalla on mahdollisuus täydennyskoulutuksiin. Myös mahdollisten väkivaltatilanteiden käsittely ennen ja jälkeen väkivaltatilanteen on erittäin tärkeää.

#### 3.2 Epävakaasta persoonallisuus hoitosuhteessa

Lähtökohtaisesti epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta kalvaa kyvyttömyys hyväksyä omia tunteitaan. Tämä yhdistettynä äärimmäiseen tunneherkkyyteen on hoitosuhteen suurimpia haasteita. Ulkopuolisten antamat toisistaan eriävät mielipiteet ja ajatukset tai jopa yhden ja saman henkilön muuttuvat mielipiteet eri tilanteissa provosoivat usein epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan tilaan, jossa hän ei tiedä kuka on tai minkä takana seisoo. Tunteiden virhesäätely ei kuitenkaan rajoitu pelkästään negatiivisiin tunteisiin vaan ulottuu myös positiivisiin tunteisiin oireiden ”liiallisena” ilona ja onnena, joka myöskin ahdistaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta. Hoitosuhteessa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan aikaisempiin suoriin ja menestykseen työskentelyssä ei pidä luottaa sokeasti. Jonkin tunnekuohon

käynnissä olo voi aiheuttaa sen, etteivät aikaisemmin ongelmitta sujuneet tehtävät enää onnistu. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas elää usein kriisistä kriisiin, eikä ehdi palautua missään vaiheessa kunnolla. Tämä aiheuttaa sen, että potilas voi olla niin impulsiivinen, että suuttuu herkästi ja poistuu yllättäen hoitotilanteesta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas välttelee usein menneisyyden ja nykyhetken tuskallisia tunnekokemuksia, joten hoitavan henkilön tehtävä on todentaa potilaan kärsimys ja tuska sekä opastaa häntä sen käsittelyssä. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2008, 233-234.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän potilaan hoito ajautuu herkästi hyvin pirstaleiseksi ja reaktiiviseksi. Kun psykiatrinen hoitojärjestelmä kuormittuu eikä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitoa saada järjestelmälliseksi ja suunnitelluksi, kokee potilas, että hänen täytyy vain lisätä tunteidensa ilmaisun voimakkuutta tullakseen kuulluksi. Kun potilaan tunteiden tuskaisuus lisääntyy, tiivistyy se impulsiiviseksi käyttäytymiseksi tai itsetuhoisuudeksi ja johtaa herkästi siihen, että henkilökunnan toiminta muuttuu epäjohdonmukaiseksi ja paniikinomaiseksi. Pirstaloituessaan hoitojärjestelmä vastaa potilaan hätään jopa rankaisevasti, joka vain vahvistaa potilaan häpeän, itseinhon, syyllisyyden ja epäonnistumisen tunnetta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidon tulisi olla proaktiivista ja hänen erityistarpeisiinsa räätälöityä ja tarpeita vastaavaa. Jos tämänkaltaista räätälöintiä ei ole mahdollista tehdä, tulisi hoitoon sisällyttää tutkittujen hoitomallien piirteitä. (Koivisto ym. 2009, 130-131.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas kaipaa usein emotionaalista tukea ja jonkin auttavan kontaktin, mutta kokee kuitenkin herkästi näiden puuttuvan tai olevan hyödyttömiä. Sanattomalta ilmaisultaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat usein kivikasvoisia, mikä johtaa herkästi siihen, että vaikka potilas tuntisi hyvinkin voimakkaita tunteita, eivät ne näy ulospäin, jolloin potilasta tulkitaan väärin, eikä hän saa tarvitsemaansa apua. Potilas saattaa vaikuttaa oikeinkin hyvävointiselta, mutta kertoa seuraavalla tapaamiskerralla, ettei tullut lainkaan ymmärretyksi edellisellä kerralla ja on voinut tästä syystä huonosti. Syy tähän ulkoisen ilmaisun köyhyyteen on, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas on usein kasvanut ympäristössä, jossa hän on joutunut peittämään tunteensa ja omaksunut tämän lopulta osaksi itseään. (Melartin & Koivisto 2010, 2390-2391.)

### 3.3 Kohtaaminen

Melartin & Koivisto (2010, 2390) toteavat, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisen ensimmäisenä asiana on muistaa, että hän ei ole tahallaan tai kiusallaan hankala vuorovaikutustilanteessa. Potilaan on vaikea luottaa kehenkään, ja hän

tulkitsee herkästi väärin toisia. Koivisto ym. (2009, 204) painottavat, että tutkitusti tehokkaissa hoitomenetelmissä punaisena lankana kulkee usko potilaaseen ja luottamus siihen, että hän voi selvitä. Potilasta ei tule pitää haavoittuvampana tai kyvyttömämpänä kun mitä hän todellisuudessa on. Kun potilaan tunnekokemus hyväksytään, ylläpidetään myös toivoa paremmasta ja uskoa potilaan toimivaan aikuiseen puoleen.

Holmberg ym. (2008, 165) summaavat, että hoitotyössä epävakaata persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan tunteet on kohdattava vastuullisesti, ja ne on otettava vakavasti. Kriisitilanteessa hoitajan tulee kiinnittää huomio potilaan kokemuksiin tunteisiin kriisin varsinaisen sisällön sijaan. Vilpittömä kiinnostus potilaan asiaa kohtaan sekä kuunteleminen ja läsnä oleminen ovat tärkeämpiä kuin valmiiden vastausten tai ratkaisujen tarjoaminen. Kriisitilanteen mennessä ohi hoitajan tulee käydä potilaan kanssa tapahtunut läpi ja auttaa häntä ymmärtämään, mitä tapahtui ja miksi. Hoitajan asenteen ei tule olla rankaiseva tai torjuva. Tällöin potilas saa mahdollisuuden kehittää sietokykyään ja hänen sisäinen turvallisuudentunteensa vahvistuu.

Koivisto ym. (2009, 202- 204) esittelevät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisen kriisitilanteissa portaina, joilla edetään askel askeleelta systemaattisesti. Portaiden ensimmäinen askel on validaatio, toinen tunnesäätelyä helpottavien taitojen käyttö ja kolmas väliintulo, jolla pyritään ymmärrykseen ongelmallisen tilanteen tarkastelulla. Ensimmäisellä askeleella hoitava henkilö ilmaisee selkeästi, että hän ei yritä muuttaa potilaan kokemusta ja että hyväksyy ja ymmärtää sen sellaisenaan, kuten potilas on sen kokenut. Hoitaja mallittaa tunteiden ymmärtämistä ja hyväksymistä potilaalle. Potilas saattaa pelätä tunteitaan ja ajatella, että ne ovat pysyviä ja ikuisia. Hoitavan henkilön tulee tällaisessa tilanteessa muistuttaa potilasta, että lopulta vallitseva tunnetila kyllä väistyy. Muistuttaminen tulee kuitenkin tehdä varoen, esimerkiksi ikään kuin ohimennen sivulauseessa. Potilaan tulee antaa myös käyttäytyä fyysisesti rauhattomasti, jos hän niin haluaa. Potilaan kokemassa kriisitilanteessa hoitavan henkilöstön tulee välttää potilaan kontrolloimista ulkoapäin, kritiikkiä ja liian nopeasti huomion viemistä positiivisiin asioihin, sillä nämä viestivät potilaalle, että hänen kärsimystään ei ymmärretä tai että sen intensiteetti ei ole siedettävissä. Potilaan ennenaikainen rauhoittaminen sulkee myös pois tilanteessa vallitsevien tunteiden mallittamisen mahdollisuuden. Hoitavan henkilön tulee pitää puhe-tyylinsä rauhallisena ja oltava tarkkana kehonkielensä kanssa, sillä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas tulkitsee näitä korostuneesti.

Toisella portaalla hoitava henkilö tukee potilasta käyttämään kriisitilanteessa dialektisen käyttäytymisterapian taitovalmennusryhmissä opittuja taitoja (Koivisto ym. 2009, 202). Tai-

tovalmennukseen ja sen sisältöön pureudumme työssämme myöhemmin dialektisen käyttäytymisterapian osuudessa. Koivisto ym. (2009, 204- 205) kertovat, että kolmannen portaan väliintulo tulee pitää yksinkertaisena. Kriisitilanteessa potilas ei välttämättä pysty tunnistamaan mikä tekijä laukaisi ajankohtaisen kriisin, mutta saattaa pystyä tunnistamaan menneisyydestä samankaltaisen tilanteen. Hoitava henkilö auttaa potilasta ymmärtämään tilanteen kulun ja syyt tutkimalla potilaan kanssa yhdessä kriisitilanteeseen johtanutta tapahtumaketjua. Hoitavan henkilön tulee esittää potilaalle tarkkoja kysymyksiä tavoitteenaan saada liitettyä potilaan kriisin synty johonkin tiettyyn tapahtumaketjuun. Lopulta hoitava henkilö tiivistää sanallisesti tapahtunutta ja varmistaa potilaalta sen oikeellisuuden. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas saattaa herkästi kokea ongelmiaan esimerkiksi halun satuttaa itseään. Näissä tilanteissa hoitavan henkilön tulee oikeasta potilaan ajatus ja lisätä hänen ymmärrystään, ettei itsensä satuttaminen ole ongelma, vaan se mikä johtaa ajatukseen siitä. Kolmannen portaan merkitys potilaan kriisien tutkinnassa ja hallinnassa on merkittävä, sillä pidemmällä aikavälillä se lisää myös potilaan omaa itseymmärrystä.

### 3.4 Dialektisen käyttäytymisterapian käyttö osasto-olosuhteissa

Kun epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta hoidetaan psykiatrisella osastolla, aukeaa hoitajalle uudenlaiset mahdollisuudet käyttää dialektisen käyttäytymisterapian keinoja osana hoitotyötä. Psykiatrisella osastolla hoitaja voi yhdessä potilaan kanssa harjoitella taitovalmennusryhmissä opittuja taitoja ja suunnitella sekä kohdata potilaan kanssa tilanteita, joissa taitoja harjoitellaan. Etenkin tunnesäätelyn taitojen harjoittelussa hoitajan tulee olla varovainen, sillä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan saattaa olla hyvin vaikea kohdata joitain tilanteita tai tunteitaan, jolloin hän tarvitsee paljon validointia, tukea, vahvistusta, lohdutusta ja kannustusta. Hoitajalla tulee olla valmiudet työskennellä potilaan kanssa näissäkin tilanteissa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoitajien tulee saada paljon tukea ja kannustusta häiriön haastavan luonteen vuoksi. Osastoille voisi esimerkiksi perustaa DKT:n tiimikonsultaation tapaisia, epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon erikoistuneita työryhmiä, jotka koontuisivat säännöllisesti ja jonka sisällä jaettaisiin tietoa, taitoa ja tukea. (Hentinen ym. 2009, 74.)

### 3.5 Epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoito

Leppänen (2015, 64) summaa tutkimuksessaan, ettei lääkehoitoa tulisi käyttää epävakaan persoonallisuuden ensisijaisena hoitona ja että potilaalle akuutissa kriisitilanteessa aloite-

tut lääkkeet tulisi lopettaa heti kriisin mentyä ohi. Jos potilaan epävakaan persoonallisuuden oireisiin tai muiden mahdollisten sairauksien oireisiin saadaan kuitenkin lääkehoidolla hyvää vastetta, tulee lääkitystä jatkaa normaaleilla terapeuttisilla annoksilla. Epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoidossa tulee noudattaa erityistä varovaisuutta riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden käytössä.

#### 4 PSYKIATRIAN OSASTOHOITO

Toimeksianto-osastomme hoitaa mielialahäiriöpotilaita. Käytännössä tämä tarkoittaa eri asteisista masennustiloista kärsiviä potilaita sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia potilaita. Hoitoon osastolle pääsee lääkärin läheteellä. Osastohoidon tavoitteena on akuuttivaiheen tehokas hoito sekä jatkohoidon järjestäminen potilaalle. Osastolla hyödynnetään moniammatillista tiimityöskentelyä. Tarvittaessa potilaiden perheenjäsenet voidaan ottaa hoidon suunnitteluun mukaan ja myös verkostopalavereja on mahdollista järjestää. Jokaiselle potilaalle nimetään hoitajakson alussa omahoitaja. Osastolla hoitotyötä tehdään hoitotiimeissä, joissa kussakin on tilanteesta riippuen 3-8 potilasta ja noin 10 hoitajaa. Omahoitajan ollessa vapaalla hoitotiimin muut jäsenet vastaavat potilaan hoidosta.

Osastolla on 23 potilaspaikkaa. Valtaosa potilaista on osastolla vapaaehtoisesti. Osastolla on kaksi vakituista lääkäriä ja osastonhoitaja. Suurin osa hoitajista on sairaanhoitajia, mukana on kolme lähihoitajaa. Tarvittaessa potilaiden hoitoon voi osallistua psykologi. Potilaiden sosiaalista tilannetta voidaan selvittää sosiaaliohjaajan palveluiden avulla.

## 5 DIALEKTINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA EPÄVAKAASTA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN HOIDOSSA.

Marsha Linehan kehitti dialektisen käyttäytymisterapian epävakaan persoonallisuuden hoitoa varten 1980-luvun alkupuolella. Hoitomalli perustuu olettamukselle siitä, että häiriö tunteiden säätelyssä vaikuttaa epävakaan persoonallisuuden taustalla. (Holmberg & Kähkönen 2007, 551.) Dialektisen käyttäytymisterapian tavoite on saada epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas ymmärtämään ja hyväksymään tunteensa ja että potilas oppisi luottamaan tunteisiinsa ja siihen että ne ovat aivan yhtä hyviä ja oikeita kuin muillakin. Toisaalta tavoitteena on myös, että potilas oppisi itse säätämään tunteitaan ja niiden aiheuttamaa käyttäytymistä. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, 89.)

Dialektinen käyttäytymisterapia, lyhyemmin ilmaistuna DKT, yhdistelee muutos- ja hyväksymisstrategioita luoden terapiamuodon, joka ei aiheuta niin herkästi epävakaalle henkilölle tyyppillistä mitätöidyksi tulemisen tunnetta. Ainoastaan muutosstrategiaan perustuvan terapiamuodon epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat kokivat usein liian raskaaksi ja reagoivat tähän usein vihanhallintaongelmilla tai jopa jättäytymällä kokonaan pois terapiasta. Linehan ymmärsi, että itsetuhoisia ja epävakaita persoonia hoitaessa on ensiarvoisen tärkeää työskennellä dialektisesti, niin muutosta vaatiessa, kuin ymmärrystä viestittäessä. Hyväksymisstrategia toikin käyttäytymisterapiaan ymmärryksen, jonka avulla terapeutit pyrkivät näkemään potilaan tunnekokemuksissa ja ajattelussa sekä käyttäytymisessä jotain ymmärrettävää. Tämä taas vei huomion pois muutosvaimeudesta ja sen aiheuttamasta stressistä sekä opetti potilaita hyväksymään omia tunteitaan. Potilaat kokivat myös tulevaisuuden ymmärrettäväksi, mikä taas vahvisti potilaan ja terapeutin välistä suhdetta. (Hentinen ym. 2009, 67-68, Kähkönen ym. 2008, 224-225.) Dialektisuuden avulla asioita voitiin tarkastella monelta eri kantilta yhtä lailla totuuksina, mikä auttoi terapeutteja pääsemään yli jumiutuneista tilanteista. Terapeutit pystyivät nyt käyttämään muutosvaimeuden ja rationaalisuuden tasapainona empatiaa, lohduttamista, lämpöä, tukemista ja hyväksyntää. (Hentinen ym. 2009, 68.) Dialektisen viitekehyksen lisäksi toinen suuri ero tavalliseen käyttäytymisterapiaan ovat tietoisuustaidot (Holmberg & Kähkönen 2007, 551- 552, Kähkönen ym. 2008, 226).

### 5.1 Biososiaalinen teoria

Dialektisen terapiamallin lähtökohtana toimii biososiaalinen teoria. Biososiaalisen teorian mukaan epävakaa persoonallisuus kehittyy, kun biologisesti voimakkaasti tunteita tunteva henkilö kasvaa ns. epävalidoivassa ympäristössä. Epävalidoiva ympäristö usein mitätöi emotionaalisesti herkän lapsen tunnekokemuksia, eikä lapsi näin ollen opi luottamaan



omiin tunteisiinsa eikä niiden oikeellisuuteen. Myöskin elämässä tarvittavien tunnesäätelytaitojen oppiminen jää epävalidoivassa ympäristössä vajaaksi. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 69, Kähkönen ym. 2008, 226.) Vuonna 2007 Duodecim lehdessä julkaistussa artikkelissa Holmberg & Kähkönen summaavat tällaisiksi epävalidoiviksi kasvuympäristöiksi ns. kaaosperheet, täydelliset perheet ja curling-perheet. Kaaosperheissä vanhemmat reagoivat lapseen ja hänen tunteisiinsa epäjohdonmukaisesti ja arvaamattomasti. Täydellisissä perheissä taas vanhemmat eivät siedä lapsen kielteisiä tunteenilmaisuja, kuten vihan tai surun ilmaisua. Curling-perheissä vanhemmat täyttävät lapsen mielihalut liian nopeasti, joka johtaa siihen, että lapsi ei opi tunnistamaan omia tarpeitaan eikä säätelemään tyytymättömyyden, pettymyksen tai ikävystymisen tunteita.

Kähkönen ym. (2008, 227) toteavat kognitiivista psykoterapiaa käsittelevässä kirjassaan, että kun epävalidoiva kasvuympäristö mitätöi tunteita, ei lapsi opi tunnistamaan tai nimeämään tunteitaan. Vaatimukset ovat saavuttamattomissa ja epäonnistumisesta rankaistaan. Lapsi ei opi luottamaan tulkintoihinsa tapahtumista tai omista tunteistaan, eikä siedä hankalia tilanteita. Jos lapsi kokee, ettei hän tule kuulluksi, saattaa hän turvautua äärimmäiseen keinoihin ympäristönsä huomion kiinnittämiseen itsensä. Hän saattaa esimerkiksi viillellä tai muuten satuttaa itseään.

Kähkönen ym. (2009, 227) lisäävät epävalidoivaksi ympäristöksi myös esimerkiksi kaaottisen päiväkodin tai luokkahuoneen. Heidän mukaansa myös hoitoyhteisö voi olla epävalidoiva. Jos esimerkiksi osasto on ylikuormittunut tai alimiehitetty, voi tämä johtaa esittämiseen ja kamppailuun henkilökunnan ajasta. Täydellisessä hoitoyhteisössä taas osastolta ulospäin näkyvä hoitomalli menee potilaiden todellisten tarpeiden edelle eli kulissien ylläpito vie huomion potilailta. Curling-hoidossa säännöt koetaan haitaksi toteuttaa demokraattista hoitoa ja potilaille annetaan liian herkästi periksi.

## 5.2 Validointi

DKT:ssa käytettäviä hyväksymisstrategioita, muutosstrategioita tasapainoittamaan, ovat validointi, vastavuoroinen tapa kommunikoida ja ympäristöinterventiot (Kähkönen ym. 2008, 225). Validointi on keskeinen käsite DKT:ssa. Sillä vahvistetaan yksilön kokemus oikeaksi ja se hyväksytään. Validointi jakautuu DKT:ssa kolmeen tasoon. Perustasolla se on täysin puolueetonta potilaan kuuntelemista ja havainnointia. Toisella tasolla potilaan viestintää reflektoidaan, potilaan sanomisista tehdään yhteenvetoja ja niitä toistetaan käyttämällä vaihtoehtoisia sanoja. Tämä viestittää potilaalle ymmärtämistä ja hyväksymistä. Validoinnin ylimmällä tasolla ilmaistaan sanallisesti tunteita joita potilas viestittää sanottomasti. (Kähkönen ym. 2009, 228, Holmberg & Kähkönen 2007, 552-553, Koivisto ym. 2009, 80.)

Holmberg & Kähkönen summaavat Duodecimin julkaisussaan (2007, 552) ”Hyväksymisestä muutokseen- Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuuden hoidossa”, että validoinnilla rakennetaan uusia, aikaisemmista mitätöivistä kokemuksista poikkeavia kokemuksia. Validointi vahvistaa potilaan ja terapeutin yhteistyötä ja lohduttaa sekä antaa toivoa. Validoinnilla terapeutti viestittää potilaalle, että tämän käyttäytyminen on ymmärrettävää ja että olosuhteisiin nähden potilaan reagointi on järkevää ja käsiteltävissä olevaa. Näin mitätöiviä kokemuksia ei enää toisteta ja potilasta opetetaan validoimaan myös omaa käyttäytymistään. Potilaan tekojen taustalla oleviin asioihin ja tunteisiin suhtaudutaan hyvin vakavasti, mutta potilaan itsetuhoiselle käytökselle ei anneta juurikaan huomiota. Linehan (2015, 296) lisää myös, että validoinnilla voidaan vähentää potilaan vihaisuutta, negatiivista reaktiivisuutta sekä tarvetta olla oikeassa ihmissuhteisiin liittyvissä tilanteissa.

Validointiin kuuluu myöskin sen dialektinen vastapari, suorasukainen kommunikaatio. Har-kitusti ja oikein käytettynä sillä voidaan saada potilas yli jonkin tilanteen tai asian, johon tämä on jumiutunut. Sillä ikään kuin ravistetaan potilas irti aikaisemmasta, automaattisesta reaktiostaan tai tunteestaan kiinnittämällä huomio potilaan sanomisissa johonkin epäoleelliseen tai johonkin mihin potilas ei haluaisi huomiota kiinnitettävän. Vaihtoehtoisesti terapeutti voi myös tahallisesti ottaa potilaan sanomisen hyvin kirjaimellisesti ja reagoida siihen aiheuttaen näin potilaassa ravistelevan vastareaktion. Suorasukaisen kommunikoinnin käytössä tulee olla varovainen, koska se usein herättää potilaassa tunne-myrskyn. Validoinnin tai suorasukaisen kommunikaation yksipuolinen käyttö terapiassa ei ole järkevää eikä dialektisen käyttäytymisterapian rakenteen mukaista. (Holmberg & Kähkönen 2007, 553, Kähkönen ym. 2008, 229.)

Hentinen ym. (2009, 73) kertovat, että hyväksymisstrategioista ympäristöinterventiolla tarkoitetaan sitä, kun tarpeen vaatiessa terapeutti vierailee potilaan omassa ympäristössä tavoitteena ohjata häntä toimimaan siinä mahdollisimman tehokkaasti ja hyvin. Omassa ympäristössään potilas itse on päätoimija ja hoitava henkilö ikään kuin läsnä oleva valmentaja ja tuki.

### 5.3 Ketjuanalyysi

Muutosstrategian perustana DKT:ssa ovat ketjuanalyysi, taitoharjoittelu, vahvistussuhteiden hallinnan harjoittelu ja erilaiset altistusmenetelmät. Ketjuanalyysi on muutosstrategioiden perusta. Sitä tehdään potilaan tekemien päiväkirjamerkintöjen pohjalta. Päiväkirjaan potilaan tulee merkitä kokemansa tunteet ja haitallinen toimintansa, kuten esimerkiksi itsensä satuttaminen. Päiväkirjamerkintöjen avulla hoitava henkilö ja potilas käyvät läpi ta-

pahtumien rakenteen määrittelemällä ensin ongelmakäyttäytymisen, jonka jälkeen he pyrkivät tunnistamaan ne tekijät, jotka ovat johtaneet tähän. Ketjuanalyysin tekeminen tuo potilaalle näkyviin sen, ettei hän välttämättä yli reagoi, vaan vaikuttavia tekijöitä on voinut olla useita potilaan tiedostamien tekijöiden lisäksi. Erityisesti ketjuanalyysillä pyritään tunnistamaan ne kriittiset hetket, jolloin tunteiden virhesäätely laukaisee ongelmakäyttäytymisen tai pitää sitä yllä. Ketjuanalysointia toistuvasti tehtynä potilas voi oppia tunnistamaan niitä ulkoisia ja sisäisiä viestejä, joista ongelmat usein alkavat. Se myös opettaa potilasta tunnistamaan tunteitaan, joita hän usein tuntee peräkkäin tai jopa päällekkäin. (Kähkönen ym. 2008, 231, Holmberg & Kähkönen 2007, 554.) Työmme lopussa liitteissä esimerkki viikkokortista johon potilas voi tehdä päiväkirjamerkintöjä, joiden pohjalta ketjuanalyysiä tehdään (LIITE 2).

Tunnealtistusta voidaan ajatella olevan jokaisessa muutosstrategioiden menetelmässä. Ketjuanalyysissä tunnealtistusta tulee, kun potilas joutuu tarkastelemaan omaa ongelmakäyttäytymistään. Taitoharjoitteluissa potilas joutuu työskentelemään omalla epämukavuusalueellaan, kuten myös vahvistussuhteiden hallinnan harjoittelussa, jossa potilas joutuu kohtaamaan hoitavan henkilön suhtautumisen ja reagoinnin. Tietoisuustaitojen harjoittelussa potilas joutuu havainnoimaan tunteidensa ja ajatustensa virtaa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas kokee herkästi häpeää tai syyllisyyttä, jotka estävät järkevä ongelmanratkaisun. Altistusmenetelmillä voidaan opettaa potilasta sietämään epämiellyttäviä tunteitaan. Hoitavan henkilön rooli on niin muutos- kuin hyväksymisstrategioissa tärkeä. Hän punoo eri strategioista kokonaisuuden, jossa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas oppii toimimaan taidokkaammin haastavissa tilanteissa. (Kähkönen ym. 2008, 231-232.)

#### 5.4 Tietoisuustaidot

Tietoisuustaidot muodostavat DKT:n ytimen ja ne ovat olennaisen tärkeitä niin hoitavalle henkilölle kuin potilaallekin. Hoitavan henkilön oma tietoisuustaitojen harjoittelu johtaa kokonaisuuden kannalta parempaan lopputulokseen. (Linehan 2015, 151.) Koivisto ym. (2009, 84- 87) ja Kähkönen ym. (2008, 230) kertovat, että DKT:ssa tietoisuustaidoilla ei tavoitella mitään mielentilaa, kuten sen alkuperäisessä Zen-- buddhalaisuuteen perustavassa aatteessa, vaan se ajatellaan taitona olla tarkkaavaisena sekä taitona hyväksyä ja olla avoimena kokemuksille. Kun potilas on tietoisesti läsnä, hän pystyy itse havainnoimaan omia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitään avoimena ja hyväksyvänä. Tietoisuustaidoilla ei pyritä muutokseen, vaan sen ideana on päästää irti tavoitteista ja pyrkimyksistä ja sen sijaan keskittää kaikki energia tunteiden havainnointiin ja kokemiseen sekä niiden kuvaami-

seen. Se ikään kuin antaa tauon tunnemyrskyssä, joka juuri epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille on tyypillistä. Näin suhde vaikeilta tai jopa tuskallisilta tuntuviin kokemuksiin voi muuttua laimeammaksi. Epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden automaattinen tapa on mitätöidä omat ajatuksensa ja tunteensa tavalla tai toisella väärinä tai kiellettyinä. Tietoisesti läsnä oleva potilas voi oppia hyväksymään oman negatiivisen reaktionsa antaen sen vain virrata ohi kiinnittäessään huomionsa myös muihin tilanteen tunteisiin ja niiden eri nyansseihin. Tietoisien läsnäolon taidon opetteleminen aloitetaan pysähtymällä havainnoimaan omaa hengitystä. Siitä edetään ulkoisten tekijöiden havainnointiin tavoitteena tunnistaa haavoittuvuustekijät ja lopulta sisäisen maailman havainnointiin ja kuvaamiseen. Tietoisien läsnäolon taito luo pohjaa taidolle olla tietoinen tunteistaan ja kyvylle säädellä niitä. Hentinen ym. (2009, 73) kuvailevat tietoisuustaitojen karttumisen seuraukseksi sitä, että epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen oppii osallistumaan ilman pakoilua ja välttelyä, vaikka hänen tunteensa käskisivät toimimaan juuri niin.

## 5.5 Terapian rakenne

Vaatus dialektisen käyttäytymisterapian aloittamiselle on, että potilas itse sitoutuu hoitoon tavoitteenaan itsetuhoisen käyttäytymisen vähentyminen. Oleellista terapian alussa on myös määritellä potilaan tavoitteet, joiden eteen terapiassa työskennellään. Kun potilas ja terapeutti kumpikin hyväksyvät tavoitteet ja ovat sitoutuneita työskentelyyn, tehdään terapiasopimus. (Hentinen ym. 2009, 69-70.) Terapiasopimuksesta esimerkki tämän työn lopussa liitteissä (LIITE 3).

### 5.5.1 Yksilöterapia

Yksilöterapian tulisi toteutua kerran tai kahdesti viikossa (Koivisto ym. 2009, 90). DKT:ssa yksilöterapian rooli on suuri. Terapeutin tulee olla tietoinen terapian kaikista osa-alueista. Hän myös suunnittelee potilaan kanssa hoidon kohteita. Terapeutin rooli on tärkeä myös taitojen harjoittelussa avustamisessa sekä opittujen taitojen liittämässä potilaan elämään. Terapeutti käyttää yksilöterapiassa niitä muutos- ja hyväksymisstrategioita, joista olemme kertoneet aikaisemmissa kappaleissa. (Hentinen ym. 2009, 72.)

Yksilöterapiassa edetään portaittain läpi neljän eri vaiheen, joissa ei edetä, ennen kuin edellisen vaiheen tavoitteet ovat täytyneet. Ensimmäisessä varsinaisessa vaiheessa huomio keskitetään potilaan itsetuhokäyttäytymiseen. Vasta kun potilas ei enää ratkaise kriisitilanteitaan satuttamalla itseään, voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen. Toisessa vaiheessa pureudutaan potilaan elämän aikaisempiin, traumaattisiin elämäntapahtumiin. Te-

rapiassa etenemisen tulee olla hidasta ja tarkkaa, koska epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas ei välttämättä osaa näyttää, kuinka vaikeaa hänellä on ja liian nopea eteneminen johtaa todennäköisimmin potilaan palaamiseen itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Kolmannessa vaiheessa huomio kiinnitetään tulevaisuuteen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Neljännessä vaiheessa vahvistetaan sitä, mitä kolmessa aiemmassa vaiheessa on opittu. Käytännössä vaiheet etenevät terapiassa osin lomittain ja tarvittaessa edestakaisin. (Kähkönen ym. 2008, 242.)

### 5.5.2 Taitoalumnus

Taitoharjoittelua käytetään nykyään myös hoitomuotona sellaisenaan, ilman muita DKT:n elementtejä. Tämä liittyy monesti rajallisiin resursseihin ja siten kyvyttömyyteen tarjota koko DKT:n hoito-ohjelmaa. Lisääntyvä määrä tutkimuksia aiheeseen liittyen viittaa siihen, että taitoharjoittelulla voidaan yksinäänkin päästä hyviin tuloksiin monissa tapauksissa. (Linehan 2015, 19.) Taitoalumnuksen tarkoitus ja tavoite on lisätä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kyvykkyyttä ja taitoa säädellä tunteitaan mielentilasta riippumatta. Toinen tärkeä tavoite on edistää potilaan taitoa toimia aktiivisena tekijänä elämässään ja vähentää passiivisen uhrin roolia. (Koivisto ym. 2009, 186.) Taitoharjoitteluryhmien tulisi kokoontua kerran tai kaksi viikossa. Harjoittelu jakautuu neljään moduuliin jotka ovat tietoisuustaidot, tehokas vuorovaikutus, tunnesäätelytaidot ja ahdingonsietotaidot. (Hentinen ym. 2009, 73.)

Hentinen ym. (2009, 73-74) sekä Holmberg & Kähkönen (2007, 555-556) kuvailevat tietoisuustaitoja taitoalumnuksen ytimeksi, joten niitä harjoitellaan ryhmässä ensimmäisenä ja niihin palataan jokaisen ryhmäkerran alussa ja muutenkin tarvittaessa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden sosiaaliset suhteet ovat usein kaoottisia, jonka vuoksi vuorovaikutustaidot vaativat paljon harjoittelua. Taitoalumnuksessa on useita erilaisia ohjeistuksia siitä, kuinka ilmaista tunteitaan tai tarpeitaan. Näiden ohjeistusten avulla ryhmissä harjoitellaan vuorovaikutustaitoja ilman ulkomaailman tuomaa painetta. Tunnesäätelytaidoissa potilaat järjestelivät elämänsä asioita oikeisiin mittasuhteisiin ja luokittelevat sekä nimeävät tunteita joita tuntevat. Tunnesäätelytaitojen karttuessa, tietoisuustaitojen tukemana, potilas oppii toimimaan toisin kuin tunne vaatii ja herkkyys tunnemielelle vähenee. Ahdingonsietotaitojen moduulissa potilaat oppivat hyväksymään asiat ja nykyhetken sellaisenaan kuin se on, löytäen siitä hyviä puolia. Ahdingonsietotaidoissa opetellaan myös huomion siirtämistä aktiivisesta tunnetilasta muihin ulkoisiin tekijöihin tai tekemisiin.

Taitoalumnustajan ja yksilöterapeutin rooli taitoalumnuksessa on hyvin tärkeä. Taitojen opetteluun ohjaaminen, niiden mallintaminen ja roolittaminen sekä tapaamisten sääntöjen

noudattamisesta huolehtiminen ovat vain jäävuoren huippu taitovalmentajan ja yksilöterapeutin tärkeistä tehtävistä työskentelyssä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan taitovalmennuksessa. Potilaan tulee harjoitella taitoja aluksi tarpeeksi helpoissa tilanteissa, jotta onnistuminen olisi mahdollista. Myös potilaan epäonnistumisen ja pettymyksen normalisointi on oleellista. Taitojen jatkuva harjoittelu on tärkeää, jotta ne asettuivat potilaan arkielämään. Yksilöterapeutin ja taitovalmentajan tulee muistuttaa potilasta tästä toistuvasti. (Koivisto ym. 2009, 186-189.)

### 5.5.3 Puhelintuki

Yksi DKT:n tärkeistä komponenteista on puhelintuki. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilas ohjataan soittamaan yksilöterapeutilleen, jos hän tarvitsee apua kriisissä, opitun taidon soveltamisessa elämäänsä tai jos potilas kokee, että terapiasuhteessa on jokin vikana. Puhelintuen mahdollistamisessa tarkoituksena on opettaa potilas pyytämään apua järkevällä tavalla ja ottamaan apu myös vastaan sekä vähentää itsetuhoista käyttäytymistä. Puhelintuki viestii potilaalle DKT:lle ominaista välittämistä ja kiinnostusta potilaan asioista. Näissä puheluissa terapeutti validoi potilaan avunpyynnön ja yhdessä potilaan kanssa selvittää mikä on tilanne, onko potilas jo käyttänyt jotain taitovalmennuksessa oppimaansa taitoa tai voisiko jostain muusta taidosta olla hyötyä tilanteesta selviämiseen ja että mikä on potilaan tunnetila tilanteessa. Puhelussa suunnitellaan myös, miten potilaan tulisi jatkossa toimia kriisin uusiutuessa. Tärkeää on myös se, että jos potilas kuitenkin on käyttäytynyt itsetuhoisesti, hän ei saa olla yhteydessä yksilöterapeuttiinsa seuraavaan vuorokauteen. Tällä tavoitellaan sitä, ettei potilaan itsetuhoista käyttäytymistä vain vahingossakaan vahvisteta. (Koivisto ym. 2009, 90, Holmberg & Kähkönen 2007, 554)

### 5.5.4 Konsultaatiotiimit

Konsultaatiotiimi kokoontuu kerran viikossa ja sen tarkoitus on auttaa ja tukea yksilöterapeutteja ja taitovalmentajia toteuttamaan DKT:n arvomaailman mukaista terapiaa. Konsultaatiotiimin tulee kokoontua kerran viikossa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas on hoitosuhteessa haastava, joten tasapuolisen ja vastavuoroisen kommunikatiotavan ylläpito vaatii tiimin näkökulman ja tuen. Terapeutti ja taitovalmentajat sitoutuvat DKT:ssa toimimaan myös suhteessa itseensä ja tiimiin DKT:n näkökulman mukaisesti tarkastellen kaikkia mielipiteitä ja näkökulmia yhtä valideina. Potilaan asioita konsultaatiotiimissä tarkastellaan empaattisesti ja tuomitsematta. Suhteessa itseensä yksilöterapeuttien ja taitovalmentajien tulee olla kyvykkäitä itsekriittisyyteen, pysyen kuitenkin hyväksyvänä ja omat sekä toisten tiimiläisten rajat ymmärtävänä. (Koivisto ym. 2009, 91.)

## 6 EPÄVAKAASTA PERSONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN MUUT HOITOKEINOT

DKT:n lisäksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitoina on käytetty myös muita kognitiivisia psykoterapiamuotoja. Epävakaata persoonallisuutta käsittelevä Käypä hoito -suositus (2015) listaa psykoterapiamenetelmiksi DKT:n lisäksi Mentalisaatioterapian, Skeematerapian, Transferenssikeskeisen terapian, STEPPS- (System training for emotional predictability and problem solving) terapian ja GPM- (General psychiatric management) terapian.

### 6.1 Mentalisaatioterapia

Mentalisaatio on ihmiselämän aikana kehittyvä taito ajatella omia ja muiden tunteita tai mielentiloja mielessään. Myös näiden ajatusten ja tunteiden ilmaiseminen asiallisesti kuuluu mentalisaatioon, kuten myös se, että pystyy ajattelemaan itseään suhteessa muihin ihmisiin. (Koivisto, Keinänen & Isometsä 2007, 1403.) Larmo (2010, 616) summaa, että epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalla ihmisellä juuri mentalisaatiossa on merkittävää puutetta, joka näyttäytyy kyvyttömyytenä säädellä omia tunteitaan tai ennakoida omia tai toisten ihmisten reaktioita. Koiviston ym. (2007, 1403) mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmisen ongelmien ydin on juuri mentalisaation kehittymisen häiriintyminen lapsuudessa.

Epävakaata persoonallisuutta koskevan Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan mentalisaatioterapian perimmäinen ajatus on, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmisen mentalisaatiokyky horjuu erityisesti kiintymyssuhdekontekstissa sekä vahvojen tunnekokemusten yhteydessä. Tavoitteena mentalisaatioterapiassa on, että potilas oppii tunnistamaan tunteitaan ja ilmaisemaan niitä sopivalla tavalla, potilaan mentalisaation edistäminen ja sen ylläpitäminen sekä potilaan vastuunottokyvyn lisääntyminen. Tätä psykoterapian mallia toteutetaan päiväsairalassa niin, että yksilöpsykoterapiaa on kerran viikossa ja ryhmäpsykoterapiaa kolmesti viikossa. Lisäksi toteutukseen kuuluu potilaan mahdollisuus osallistua vapaasti valittavaan luovan terapiatoiminnan ryhmään kerran viikossa, koko hoitoyhteisön yhteinen tapaaminen kerran viikossa ja lääkehoidon seuranta. Avohoidossa mentalisaatioterapiaa toteutetaan niin, että se sisältää yhden yksilöterapiakerran ja ryhmäterapiakerran viikossa. Hoitoon kuuluu myös puhelintuki, joka tarkoittaa, että potilas voi soittaa terapeutilleen kriisitilanteessa. Myös lääkehoidon toteutumista seurataan. Taustateoriat mentalisaatioterapiassa ovat psykodynaaminen kehitysteoria, kiintymyssuhdeteoria, objektisuhdeteoria ja kognitiivinen teoria.

## 6.2 Skeematerapia

Young, Klosko & Weishaar (2008, 33-34, 392- 399) kertovat, että skeemalla tarkoitetaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan lapsuuden haitallisten tapahtumien aikana kehittyneitä toiminta- ja käyttäytymismalleja. Skeemamoodit, joita epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä ihmisellä Youngin ym. mukaan on, jaotellaan neljään moodiin. Nämä moodit ovat lapsimoodi, selviytymismoodi, haitallisen vanhemman moodi ja terveen aikuisen moodi. Usein epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen siirtyy nopeasti moodista toiseen, mutta voi kokea vain yhden moodin kerrallaan. Vaikkakin moodien vaihtelu vaihtelee merkittävästi eri potilailla, on yleistä, että lapsimoodit ovat eniten esillä epävakailla persoonallisuuksilla. Lapsimooodeja on neljä ja ne ovat haa-voittuva lapsi, vihainen lapsi, impulsiivinen ja kuriton lapsi sekä tyytyväinen lapsi. Selviytymismooodeja epävakailla persoonallisuuksilla on antautuja, suojautuja ja ylikompensoija. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmisen lapsuudessa selviytymismoodit ovat auttaneet häntä sopeutumaan haitalliseen elinympäristöönsä ja selviytymään siitä, mutta aikuisiällä nämä moodit ovat haitallisia. Haitallisen vanhemman moodit ovat rankaiseva vanhempi ja vaativa vanhempi. Näissä moodeissa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen kohtelee itseään samoin kuin hänen omat vanhempansa ovat kohdelleet häntä lapsuudessaan. Suurimmalla osalla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä ihmisillä on myös terveen aikuisen moodi, mutta sen vahvuus ja toimivuus ovat usein hyvin heikkoja. Skeematerapian alkuvaiheessa psykoterapeutti edustaa tätä moodia ja alkaa rakentaa sitä yhdessä potilaan kanssa.

Käypä hoito -suositus epävakaasta persoonallisuudesta (2015) listaa skeematerapian taustateorioiksi kognitiivis- behavioraalisen teorian, kiintymyssuhdeteorian, konstruktivistisen teorian, hahmopsykoterapian ja objektisuhdeteorian. Skeematerapian ydinajatus epävakaasta persoonallisuushäiriöstä on, että sairastunut ihminen on jäänyt elämässään vaille emotionaalisia perustarpeitaan. Tavoitteina terapiassa on, että potilas oppii hyväksymään omat emotionaaliset perustarpeensa ja ilmaisemaan niitä, potilas oppii tunnistamaan skeemansa ja moodinsa sekä ymmärtää niiden kehityksen taustan ja lopulta oppii paremmin hallitsemaan niitä. Tavoitteena on myös, että potilas oppii korvaamaan epäjohdonmukaisen toimintansa ja tapansa sekä ymmärtää asioita tarkoituksenmukaisemmillä tavoilla. Skeematerapian kokonaishoitoaika on 1,5 vuodesta 4 vuoteen ja se toteutuu yksilöpsykoterapiakerroilla kerran tai kahdesti viikossa. Hoitoon on kehitetty myös 30 kerran ryhmäterapiaosuus.



### 6.3 Transferenssikeskeinen terapia

Transferenssikeskeisen terapian taustalla toimii objektisuhdeteoria ja ajatus siitä, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen käyttää puolustusmekanisminaan objektimielikuvia. Terapian tavoite on, että vain väljästi todelliseen elämään kiinnittyneet osaobjektisuhteet kiinnittyisivät siihen kunnolla ja että potilas oppisi luomaan ja ylläpitämään ehjiä ja vakaita ihmissuhteita. Terapia toteutuu yksilöterapialla kahdesti viikossa ja se kestää 1-4 vuotta. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015.)

Aalberg (2009) kuvailee julkaisussaan, että transferenssillä tarkoitetaan sitä, kun ihmisen lapsuudessaan opitut asenteet, odotukset ja tunteet muita ihmisiä kohtaan siirtyvät nyky-päivään muodostaen tiedostamattoman tavan reagoida haitallisesti. Haitallisuuden voimakkuus vaihtelee, mutta mitä enemmän ihmisen persoonassa on lapsenomaisia piirteitä, sitä herkemmin hän lähestyy nykyhetken vuorovaikutusta lapsuutensa vuorovaikutuksena. Koivisto ym. (2007, 1404) kuvailevat transferenssiterapian tekniikaksi sitä, että hoito on hyvin spesifiä ja manualisoitua. Hoitosuhteessa potilas siirtää osaobjektoidut käsityksensä omista sekä itselleen tunnetasolla tärkeän ihmisen hyvistä ja pahoista puolista hoitosuhteeseen, jolloin niitä voidaan käsitellä vuorovaikutuksessa.

### 6.4 STEPPS

STEPPS- terapian taustalla vaikuttaa kongitiivis- behavioraalinen teoria ja systeemiteoria ja sen oletus epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivästä potilaasta on, että hänellä on emotionaalisen voimankäytön häiriö. Hoito toteutuu niin, että potilaan jo olemassa olevan hoidon rinnalle lisätään 20 kerran opetusryhmä, joka kokoontuu kerran viikossa. Näiden ryhmätapaamisten tavoitteena on, että potilaan itseymmärrys lisääntyy ja että hän oppii tunnistamaan varhain epäjohdonmukaisia skeemoja sekä niitä tekijöitä, jotka toimivat laukaisijoina epäjohdonmukaisiin tekoihin tai tunteisiin. Tavoitteena on myös saada kytkettyä potilaan verkosto mukaan hoitoon ja että potilas oppii säätämään tunteitaan paremmin. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015.)

### 6.5 GPM

GPM- terapian mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä potilaalla on vuorovaikutussuhteiden- ja kiintymissuhteiden häiriö. Taustalla terapiassa vaikuttaa psykodynaaminen kehitysteoria ja kiintymyssuhdeteoria. Pääpainopiste GPM terapiassa on vuorovaikutussuhteiden käsittelyssä, kiinnittymismalleissa sekä tunnesäätelyssä erityisesti suh-

teessa vuorovaikutussuhteisiin. Tavoite terapiassa on parantaa näitä. Hoito toteutuu viikoittaisilla psykodynaamisilla psykoterapiakäynneillä, joihin lisätään palveluohjausta. (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito 2015.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen keinoin kartoittaa, miten DKT:aa voitaisiin parhaiten hyödyntää osastohoidon aikana epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden kohdalla. Lisäksi katsauksessa on tarkoitus etsiä tietoa häiriöstä kärsivien osastohoitoon liittyen.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössämme ovat:

1. Miten dialektista käyttäytymisterapiaa voidaan hyödyntää osasto-olosuhteissa?
2. Miten epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta tulisi hoitaa osasto-olosuhteissa?
3. Mitkä ovat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan sisäänottokriteerit psykiatrian osastolle?

Tavoitteena on koota mahdollisimman kattavasti tietoa epävakaiden potilaiden hoidosta psykiatrian osastolla ja että opinnäytetyö tarjoaa osaston henkilökunnalle selkeää tietoa siitä, kuinka epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavaa potilasta voi ja tulisi osastohoidossa hoitaa. Tavoitteena on, että osaston henkilökunta saisi työstä tutkittuun teorian perustuvan tietopohjan päätöksenteon tueksi hoidon eri vaiheisiin. Epävakaan potilaan kriisitilanteet osastolla ovat myös huomion kohteena: Miten tilannetta ja potilasta lähestytään? Mitä asioita potilaan kanssa käydään kriisitilanteissa läpi? Miten potilaan itsehuhoiseen käytökseen reagoidaan?

## 8 TUTKIMUKSET

### 8.1 Tutkimusten analysointi

Vuonna 2017 tehdyssä pakistanilaisessa tutkimuksessa "Treatment outcomes of dialectical behavioral therapy on the level of suicide severity and distress tolerance in suicidal patients" tutkittiin dialektisen käyttäytymisterapian tehoa potilailla, joilla oli diagnosoitu masennus ja joilla oli taustalla vähintään yksi vakava itsemurhayritys viimeisen vuoden aikana. Tutkimukseen valikoituneita potilaita oli 10 ja he olivat iältään 20-30 vuotiaita miehiä ja naisia, 5 kumpaakin sukupuolta. Tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, joilla oli jokin orgaaninen sairaus tai jotka kärsivät myös jostain toisesta psykiatrisesta häiriöstä. Myös hoidon kesken jättäneet jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksella haluttiin selvittää, miten tehokas dialektinen käyttäytymisterapia on itsemurha-ajatusten ja suunnitelmien vähentämisessä sekä voidaanko terapian avulla vaikuttaa itsetuhoisten potilaiden kykyyn hallita ahdistusta. Tutkimuksessa potilaat osallistuivat terapiaistuntoihin 3 kertaa viikossa n. 3 viikon ajan. Tutkimuksessa havaittiin, että DKT:n avulla voidaan vähentää itsemurha-ajatuksia ja itsetuhoista toimintaa. Potilaiden ahdistuksenhallinnan kehittämiseen tutkimusjakso osoittautui liian lyhyeksi ja ahdistuksenhallinta potilailla ei juuri kehittynyt.

Steuwen, Berg, Driessen sekä Beblo julkaisivat vuonna 2017 tutkimuksen siitä, miten terapeutin vaihtuminen sekä potilaan traumaattinen taakka vaikuttivat dialektisen käyttäytymisterapian toimivuuteen epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivillä sairaalapotilailla: "Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy". Tutkimukseen otettiin 89 potilasta, joilla oli joko diagnosoitu epävakaa persoonallisuushäiriö tai lukuisia häiriön diagnostisista kriteereistä ja se toteutettiin vuosina 2012-2016 saksalaisessa, persoonallisuushäiriöiden hoitoon erikoistuneessa yksikössä. Potilasta 68 oli naisia. Potilaiden suostumus tutkimukseen otettiin kirjallisen sopimuksen muodossa. Sopimuksessa määriteltiin myös yleiset ehdot tutkimuksen toteutukseen ja potilaiden käyttäytymiseen liittyen. Tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, joilla oli joku muu, vakava mielenterveyden häiriö, BMI alle 16,5 tai jotka eivät pystyneet sitoutumaan tutkimuksen sääntöihin ja päihitteettömyyteen tutkimuksen aikana. Myös raskaana olevat, aikaisemmin kyseisessä laitoksessa hoidetut sekä potilaat, jotka eivät kyenneet sitoutumaan itsetuhoisen käyttäytymisen välttämiseen tutkimuksen aikana suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkijat olettivat, että terapeutin vaihtuminen tutkimuksen esittelyvaiheen jälkeen sekä tutkittavien potilaiden samanaikaisesti ilmenevä post- traumaattinen stressireaktio (PTSD) tai muu lapsuuden ajan traumaattinen kokemus näkyisivät tutkimuksessa näiden potilaiden suurempana jättäytymisenä pois terapiasta ennen aikojaan. Tulokset osoittivat, että

PTSD-potilaat pysyivät terapiassa jopa paremmin verrattuna pelkästään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviin potilaisiin. Tämä toteutui varsinkin fyysisestä laiminlyönnistä ja PTSD:stä kärsivien potilaiden kohdalla. Emotionaalista laiminlyöntiä lapsena kokeneet potilaat sen sijaan keskeyttivät terapian muita useammin. Sama oli tilanne potilailla, joiden terapeutti vaihtui tutkimuksen esittely- ja toteuttamisvaiheiden välillä. Kaikkiaan 24,7% potilaista keskeytti terapian eri syistä. Terapian kesto vaihteli potilaasta riippuen 8-12 viikon välillä. Viikolla kuusi arvioitiin potilaan edistymistä ja päätettiin kotiutumispäivämäärä. Keskeyttäneiksi laskettiin potilaat, jotka lopettivat terapian ennen viikkoa 8 tai ennen viikolla 6 päätettyä kotiutumispäivämäärää.

Gemma King käsitteli artikkelissaan "staff attitudes towards people with borderline personality disorder" vuonna 2012 henkilökunnan asenteita epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan. Tämän diagnoosin saaneet potilaat joutuvat helposti kantamaan mukanaan diagnoosin mukanaan tuomaa stigmaa vaikeina, kenties toivottomina potilaina. Tekstissä esitellään termi "terapeuttinen pessimismi", jolla viitataan henkilökunnan ennako-odotuksiin näiden potilaiden hoitotuloksiin liittyen. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan huomiota herättävä käytös, toistuva itsensä vahingoittaminen ja itsemurhayritykset saavat henkilökunnan ajattelemaan, että tähän potilasryhmään ei voida hoidon tai terapian keinoilla vaikuttaa. Kaikilla ammattilaisilla, jotka työskentelivät epävakaiden parissa, oli vaikeuksia osoittaa empatiaa näitä potilaita kohtaan, mutta hoitajien empatiataso oli artikkelissa kuvatussa tutkimuksessa erityisen matala. Tämän katsottiin johtuvan pitkäaikaisesta altistumisesta epävakaan haastavalle käyttäytymiselle sairaalolosuhteissa ja se johti hoitajien henkiseen vetäytymiseen epävakaiden potilaiden hoidosta. Yllämainitut seikat vaikuttivat dialektisen käyttäytymisterapian käyttöönottoon epävakaiden hoidossa Iso-Britanniassa NICE:n (National Institute for Health and Care Excellence) suosituksesta. DKT tähtää suoraan epävakaan potilaan haitallisen käytöksen vähentämiseen ja sillä on tutkitusti pystytty vähentämään potilaiden itsetuhoista käytöstä ja itsensä vahingoittamista, vähentämään sairaalahoitopäiviä sekä potilaan kokemaa vihaa ja masennusta. DKT:aan pohjautuvassa työtavassa terapeutit myös pystyivät suhtautumaan potilaisiinsa lämpimämmin ja hyväksyvämmiin verrattuna psykoterapian muotoihin, joilla ei tavoitella käyttäytymisen muutosta. Tämä paransi terapeuttien optimismia hoidon suhteen. Yhteenvetona artikkelissa todetaan, että mielenterveyden parissa työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat kliinistä ohjausta voidakseen paremmin säilyttää terapeuttisen optimisminsa hoitotyössä. Myös itsetuntemusta ja ohjausta omien tietoisten ja alitajuisten prosessien tunnistamiseen vaaditaan. Henkilöstöä on myös koulutettava, jotta voidaan

saavuttaa epävakaa potilaan tarvitsema räätälöity hoito-ohjelma. Nämä erityisesti epävakaille suunnatut hoito-ohjelmat ovat osoittautuneet tehokkaiksi verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon.

Linehan, Korslund, Harned, Gallop, Lungu, Neacsiu, McDavid, Comtois ja Murray-Gregory selvittivät vuonna 2015 tutkimuksessaan "Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder – a randomized clinical trial and component analysis" DKT:n eri komponenttien tehoa itsetuhoisten, epävakaa persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneiden potilaiden hoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää varsinkin taitoharjoittelun merkitystä osana DKT:aa. Tutkijoiden oletuksena oli, että standardimallin DKT olisi muita DKT:n sovellutuksia tehokkaampi. Tutkittavat jaettiin sattumanvaraisesti kolmeen ryhmään. Yhdessä ryhmässä potilaiden hoidossa käytettiin perinteistä DKT:aa, johon sisältyy taitoharjoittelu sekä yksilöterapia. Toisessa ryhmässä potilaita hoidettiin hyödyntämällä taitoharjoittelua ja tapauksenhallintaa. Kolmannen ryhmän kohdalla painotettiin yksilöterapiaa sekä tapauksenhallintaa. Tutkimuksessa oli mukana 99 naispotilasta ja heitä hoidettiin vuoden ajan yliopistoon sidoksissa olevalla klinikalla. Vuoden hoitajaksoa seurasi vuoden seurantajakso. Tutkimuksen tuloksena havaittiin, että vaikka kaikki terapiamuodot vähensivät masennusta ja itsetuhoista käyttäytymistä sekä paransivat potilaiden elämän laatua, ryhmät, joiden hoidossa hyödynnettiin taitoharjoittelua, osoittautuivat tehokkaimmiksi ei-toivotun käyttäytymisen vähentämisessä sekä vähensivät masennusta tehokkaammin. Potilaiden kokemaa ahdistusta lieventyi perinteisen DKT:n ryhmässä sekä taitoharjoittelua ja tapauksenhallintaa yhdistävässä ryhmässä, mutta ei yksilöterapiaa ja aktiveettiryhmää hyödyntävässä ryhmässä. Perinteisestä DKT-ryhmästä potilaat myös jättäytyivät harvemmin pois verrattuna tapauksenhallintaryhmään. Tutkimuksen lopullisena päätelmänä oli, että taitoharjoittelun lisääminen osaksi terapiaa vähentää tehokkaasti potilaiden itsemurhayrityksiä sekä itseä vahingoittavaa käytöstä verrattuna DKT:n muotoihin, joihin taitoharjoittelu ei sisälly.

Leppäsen vuonna 2015 julkaisemassa tutkimuksessa "Epävakaa persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa" tutkittiin vuoden ajan skeematerapiaan pohjaavan hoitomallin vaikuttavuutta epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan oirekuvan lieventämiseen verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon. Tutkimukseen osallistui 71 potilasta, jotka jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Tavanomaista psykiatrista hoitoa saaneiden ryhmä oli henkilöstöressurssien takia suurempi (47 potilasta) kuin skeematerapiaa saaneiden ryhmä (24 potilasta). Skeematerapiaa saaneiden ryhmässä yhdistettiin yksilöterapia ryhmäterapiaan DKT:n rakenteen mukaisesti. Skeematerapiaa saaneille varattiin vuoden ajalle 40 yksilöterapia-aikaa sekä 40 aikaa psykoeduka-

tiiviseen ryhmään. Vuoden kuluttua skeematerapiaryhmässä oli 20 potilasta jäljellä, perinteistä psykiatrista hoitoa saavien ryhmässä oli 33 potilasta. Tutkimuksen jälkeen havaittiin, että skeematerapiaa saaneiden ryhmässä sitoutuminen hoitoon oli paremmalla tasolla ja että hoidon tulokset olivat parempia. Varsinkin vaikeimmat oireet, kuten itsetuhoinen ja impulsiivinen käytös sekä dissosiativinen oireilu lievenivät tässä ryhmässä. Myös potilaiden taipumus paranoidisiin ajatuksiin väheni ja haitallisten varhaisten skeemojen vaikutus potilaiden elämässä pienentyi. Skeematerapiaa hyödyntävä hoitomalli hyödyttääkin tutkimuksen mukaan erityisesti vaikeasti oireilevia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita. Hoitomalli on myös tehokkaampi tämän potilasryhmän hoidossa verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon.

Granberg selvitti vuonna 2015 julkaistussa tutkimuksessaan "Aikarajoitteinen skeemamoodeja käsittelevä ryhmäpsykoedukaatio epävakaan persoonallisuuden hoidossa: Pilotitutkimus psykiatrisessa palvelujärjestelmässä" lyhytkestoisesta skeemamoodeja käsittelevän ryhmäpsykoedukaation vaikutusta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden oirehdintaan. Potilaita tutkimuksessa oli 16 ja psykoedukaatioryhmä kokoontui 10 kertaa. Potilaiden persoonallisuushäiriön vaikeusastetta sekä siihen liittyvää oirehdintaa selvitettiin kyselykaavakkeella ennen ja jälkeen psykoedukaation antamista. Tutkimuksessa havaittiin, että ryhmäpsykoedukaation avulla voitiin lieventää persoonallisuushäiriön vaikeusastetta, impulsiivisuutta sekä epävakautta liittyen tunne-elämään ja vuorovaikutussuhteisiin. Itsetuhoiseen käytökseen ja minäkuvaan liittyvään epävakauteen hoitomallilla taas ei juurikaan ollut vaikutusta.

Taivion vuonna 2013 valmistuneessa pro gradu –tutkielmassa "Epävakaan persoonallisuuden hoito: työntekijöiden hoitokäsitysten, ammatillisen itsereflektion ja hoidollisen tietämyksen yhteys hoitokäytäntöihin" pyritään selvittämään, miten hyvin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoito noudattaa Käypä hoito – suosituksia. Toisena tutkimuskysymyksenä selvitetään työntekijöiden hoitokäsitysten, ammattiin liittyvän itsereflektion sekä työntekijän hoitoon liittyvän tiedon yhteyttä siihen, millä tavalla työntekijä pyrkii potilasta hoitamaan. Tutkimus toteutettiin verkossa kyselylomakkeella ja kohderyhmänä oli aikuispsykiatrian poliklinikoilla työskentelevät henkilöt. Kyselyyn vastasi 229 henkilöä. Kyselyyn vastanneiden työyksiköistä 42%:ssa oli käytössä jokin hoitomalli epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita varten. Työntekijöistä 41% oli osallistunut epävakaasta persoonallisuushäiriötä käsittelevään lisäkoulutukseen. Perheinterventio oli saatavissa suurimmassa osassa työyksiköistä, mutta ryhmämuotoista hoitoa pystyi tarjoamaan vain 48% kyselyyn vastanneista. Käytetyistä terapiamuodoista suosituin oli dialektinen käyttäytymisterapia; siihen 36% oli perehtynyt ja 80% vastaajista oli kuullut terapia-

muodosta. Jokin Käypä hoito – suosituksessa maininnan saaneista hoitomalleista oli käytössä vain 34%:n vastaajien työyksiköistä. Ainakin yhtä oireenhallintatekniikkaa käytti suurin osa kyselyyn vastanneista. Yhteenvetona voidaan sanoa, että vastaajat pyrkivät noudattamaan Käypä hoito – suosituksia. Parhaiten suositukset toteutuivat validoinnin, empaattisen lähestymistavan sekä tunteiden käsittelyn osalta. Hoidon joustavuuteen, avoimuuteen sekä kriisien ennakoimiseen liittyen oli kyselyyn vastanneilla eniten suosituksista poikkeavia käytäntöjä. Vajaa puolet vastanneista oli sitä mieltä, että heidän työyksikössään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas saa asianmukaista hoitoa, viidesosan mielestä hoito oli epäasianmukaista ja joka kolmas ei osannut vastata kysymykseen. 77% vastaajista oli tietoinen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvistä Käypä hoito – suosituksista ja 63% vastaajista ilmoitti hyödyntävänsä suosituksia työssään. Vastaajien hoitokäsityksistä selvisi, että myönteinen suhtautuminen potilaiden hoitoon ja ammatissa käytetty itsereflektio olivat yhteydessä käytettyyn validointiin, kriisitilanteiden ennakointiin, potilaan empaattiseen kohtaamiseen sekä tunteiden prosessointiin. Joustavuuteen ja kriisitilanteiden ennakointiin puolestaan yhteydessä olivat vastaajien kokemukset ja käsitykset. Kriisien ennakointiin ja avoimuuteen oli yhteydessä jonkin hoitomallin käyttö. Koulutus epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitoon liittyen oli yhteydessä kriisitilanteiden ennakointiin. Avoimuus ja empaattinen lähestyminen olivat yhteydessä oireenhallintatekniikoihin. Tutkimuksen tekijän olettamus, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät ihmiset eivät saa suositusten mukaista hoitoa, ei saanut tutkimuksessa vahvistusta. Tätä potilasryhmää ainakin pyritään hoitamaan suositusten mukaisesti. Eniten parannusta vaativat tätä ryhmää koskien suositukset liittyen hoidon joustavuuteen, avoimuuteen sekä kriisitilanteiden ennakointiin.

National institute for care and clinical excellence suositus "Borderline personality disorder – the NICE guideline on treatment and management" vuodelta 2009 käsittelee epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitoa. Suosituksen on laatinut näyttöön perustuvaan tietoon pohjaten asiantuntijoista koottu työryhmä. Työryhmän suosituksen mukaan epävakaa persoonallisuus -diagnoosi tai itsetuhoinen käytös ei saisi estää henkilön hoitoon pääsyä. Häiriöstä kärsivän potilaan kanssa tulisi toimia yhteistyössä ja tukea hänen itsenäisyyttään. Potilasta tulisi tukea pohtimaan hänen tekemiensä valintojen merkitystä hoidon kannalta sekä valintojen merkitystä tulevaisuuden kannalta. Potilasta tulisi tukea etsimään ratkaisuja ongelmiinsa myös kriisitilanteissa. Henkilökunnan pitäisi pyrkiä rakentamaan optimistinen, luottamukseen perustuva hoitosuhde häiriöstä kärsivän kanssa. Hoitosuhteen tulisi olla avoin, toivoa antava ja tuomitsemista tulisi välttää. Potilaan perhe tulisi ottaa mukaan hoitoa suunnittelemaan, mikäli potilas näin toivoo. Hoito-



suhteen päätyminen tai siirtyminen uuteen paikkaan voi provosoida voimakkaita tunteita epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä potilaalla. Tähän pitäisi varautua ennalta keskustelemalla asiasta potilaan kanssa ja koittamalla tehdä hoitosuhteen loppumisesta tai siirtymisestä toiseen yksikköön mahdollisimman strukturoitua ja vaiheittaista. Psykiatrian parissa työskentelevää henkilöstöä tulisi kouluttaa tunnistamaan häiriö. Hoidon suunnittelu tulisi tapahtua moniammatillisissa tiimeissä ja potilas pitäisi ottaa suunnitteluun mukaan. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen roolit ja vastualueet. Suunnitelmaan tulisi kirjata saavutettavissa olevat lyhyen tähtäimen tavoitteet sekä potilaan keinot näiden saavuttamiseksi. Pitkän ajan tavoitteisiin pitäisi sisällyttää potilaan tavoitteet koulutukseen ja työllistymiseen liittyen. Näiden tavoitteiden pitäisi olla realistisia ja olla yhteydessä lyhyen aikavälin tavoitteisiin. Potilaalle olisi laadittava kriisisuunnitelma, jossa olisi lueteltuna potilaan omat kriisinhallintakeinot sekä yhteydenpitoluettelo ihmisistä, joille voi soittaa, jos omat keinot osoittautuvat riittämättömiksi. Suunnitelmassa tulisi olla mainittuna myös mahdolliset kriisejä laukaisevat tekijät. Osastohoitoa harkitessa tälle potilasryhmälle tulisi ensisijaisesti etsiä ja rohkaista potilasta käyttämään muita kriisinhallintakeinoja. Osastohoitoon tulisi turvautua vain, jos potilas on merkittävässä vaarassa vahingoittaa itseään tai muita tai jos potilas on asetettu tarkkailuun. Jos osastohoitoon päädytään, sen olisi tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa siten, että kaikki osapuolet tietävät ja hyväksyvät hoidosta mahdollisesti aiheutuvat hyvät ja huonot puolet. Hoitoaika ja hoidon sisältö täytyy sopia etukäteen.

Käypä hoito –suositus "epävakaa persoonallisuus" vuodelta 2015 toteaa, että epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä tulisi hoitaa ensisijaisesti avohoidossa tai päiväsairaaloissa, jos sairaalahoidolle arvioidaan olevan tarvetta. Työskentelyn epävakaiden parissa tulisi painottua kriiseihin, niiden ennakoimiseen ja potilaan itsenäiseen selviämiseen niistä. Tämä johtuu häiriöön liittyvästä itseä vahingoittavasta käytöksestä sekä kohonneesta itsemurhariskistä. Häiriöön liittyy merkittävää somaattista ja psykiatrista oheissairastavuutta. Polyfarmasian riski on otettava huomioon lääkehoitoa suunniteltaessa. Tiiimityön merkitys korostuu epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidossa. Jotta potilaan kokonaishoito olisi hallittavissa, tulisi nimetä vastuuhenkilö tai vastuuryhmä hoitoa koordinoimaan. Osaamistyöryhmien perustamisella varmistetaan potilaan saama hyvä hoito. Kymmenen vuoden seurantajakson päätteeksi vain harva täyttää diagnostiset kriteerit, joten häiriön ennuste on suhteellisen hyvä. Potilaiden oireista toipuminen on nopeampaa kuin toimintakyvyn palautuminen. Luotettavia tutkimustuloksia ympärivuorokautisen sairaalahoidon tehosta tämän potilasryhmän hoidossa ei ole saatavissa. Sairaalahoidosta saattaa olla joissain tapauksissa enemmän haittaa kuin hyötyä. Tämä

koskee varsinkin potilaan pitkäaikaiseen itsetuhoiseen käyttäytymiseen liittyviä itsemurhayrityksiä, jotka eivät ole kovin vakavia kuolemanaikeiltaan. Hoitojakson selkeä rakenne vähentää potilaan kliinisen tilan heikentymistä sekä itsetuhoista käyttäytymistä sairaalaolosuhteissa. Hoito on suunniteltava yhteistyössä potilaan kanssa. Lyhyellä kriisi-interventiolla sairaalassa, jota seuraa erikoistuneen avohoidon tuki, voidaan vähentää potilaan tarvetta turvautua psykiatriseen sairaalahoitoon jatkossa. Hoitosuhteen kestävyydestä voidaan huolehtia laatimalla hoitosuunnitelma kriisien varalle. Sairaalahoidon tulee kysymykseen, jos potilas on psykoottinen, vakavassa itsemurhavaarassa tai toimintakyky on lamaantunut vaikean dissosiaatio-oireilun vuoksi. Myös mielialahäiriön vaikeus ja vaikeista oireista kärsivän potilaan kyvyttömyys hallita päihteiden käyttöään ovat sairaalahoidon aiheita. Häiriöstä kärsivän potilaan kliinistä hallintaa voidaan parantaa asettamalla hoidolle selkeät raamit. Terapeutin on oltava aktiivinen ja pidettävä tunteet keskiössä potilaan kanssa työskennellessään. Työotteen tulisi olla tutkiva ja työskentelyn suuntautua yhteistyössä potilaan kanssa sovittuihin kohteisiin ja tavoitteisiin.

## 8.2 Tutkimusten yhteenveto

Psykiatriasta osastohoitoa tulisi harkita, mikäli potilas on suuressa itsemurhavaarassa, mielialahäiriö on vaikea tai jos potilas on psykoottinen. Myös hankalaoireisella potilaalla ilmenevä kontrolloimaton päihteiden käyttö on sairaalahoidon aihe. Sama on tilanne, mikäli potilaan toimintakyky on merkittävästi heikentynyt vaikeiden dissosiativisten oireiden vuoksi. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015.) Toisen suosituksen mukaan sairaalahoidon tulee kyseeseen vain, jos potilas on merkittävässä vaarassa vahingoittaa itseään tai hänet on otettu tarkkailuun mistä tahansa syystä. (Borderline personality disorder – the NICE guideline on treatment and management 2009.) Sairaalahoidon pituudesta, rakenteesta ja tavoitteista tulisi sopia yhdessä potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen perheensä kanssa. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015, Borderline personality disorder – the NICE guideline on treatment and management 2009.) Potilasta hoitavan henkilön tai henkilöiden tulisi myös pysyä samoina koko hoitojakson ajan. Tällä voidaan parantaa potilaan sitoutumista hoitoon ja vähentää riskiä potilaan jättäytymiseen pois hoidosta. (Steuwen ym. 2017.) Osastohoidon tulisi painottaa kriisinhallintaa. Potilaan omia voimavaroja kriisien ennakoinnissa ja ratkaisussa tulisi kartoittaa ja vahvistaa. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015, Borderline personality disorder – the NICE guideline on treatment and management 2009.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa tulisi hyödyntää moniammatillista tiimityöskentelyä. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito 2015, Borderline

personality disorder – the NICE guideline on treatment and management 2009.) Työteki-  
joiden riittävästä koulutuksesta häiriön tunnistamiseen ja hoitoon on huolehdittava. (Borderline personality disorder – the NICE guideline on treatment and management 2009.)  
Koulutuksen avulla voidaan parantaa hoidon tuloksia sekä saavuttaa paremmin optimistinen asenne häiriöstä kärsivän potilaan hoidon suhteen henkilökunnan parissa. (King 2012.)

Itsemurhaa yrittäneillä masennuspotilailla DKT:n avulla pystyttiin vähentämään itsemurhayrityksiä sekä itsetuhoista käytöstä lyhyellä kolmen viikon seurantajaksolla (Chaudhary ym. 2017). Taitoharjoittelun sisällyttäminen DKT:aan on tärkeää itsetuhoisen käytöksen vähentämisessä (Linehan ym. 2015). Yksilöterapiaa ja ryhmäpsykoedukaatiota yhdistävä skeematerapian muoto osoittautui tehokkaaksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan itseä vahingoittavan käytöksen vähentämisessä. Myös dissosiativista oireilua, impulsiivisuutta sekä paranoidisia ajatuksia saatiin vähennettyä tällä hoitotavalla. Potilaat myös sitoutuivat hoitoon paremmin verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon. (Leppänen 2015.) Pelkästään skeemamoodeja käsittelevällä ryhmäpsykoedukaatiollakin saatiin hyviä tuloksia: impulsiivisuus ja persoonallisuushäiriön vaikeusaste lievenivät ja tunne-elämään ja ihmissuhteisiin liittyvä epävakaas vähenevät tutkimuksen aikana. (Granberg 2015).

Taivion (2015) mukaan Suomessa avohoidon parissa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita hoidetaan tai ainakin pyritään hoitamaan Käypä hoito -suositusten mukaan. Dialektinen käyttäytymisterapia on terapiamuodoista käytetyin ja siihen sisältyvät validointi, empaattinen lähestymistapa ja tunteiden käsittely toteutuivat parhaiten suositusten mukaisesti. Kehitettävää oli hoidon avoimuudessa, joustavuudessa sekä kriisitilanteiden ennakkoinnissa.

Käyttämämme tutkimukset, niiden keskeiset tulokset ja tutkimusmenetelmät on esitelty myös taulukkomuodossa opinnäytetyön liitteissä (LIITE 1.)

### 8.3 Sisällönanalyysi

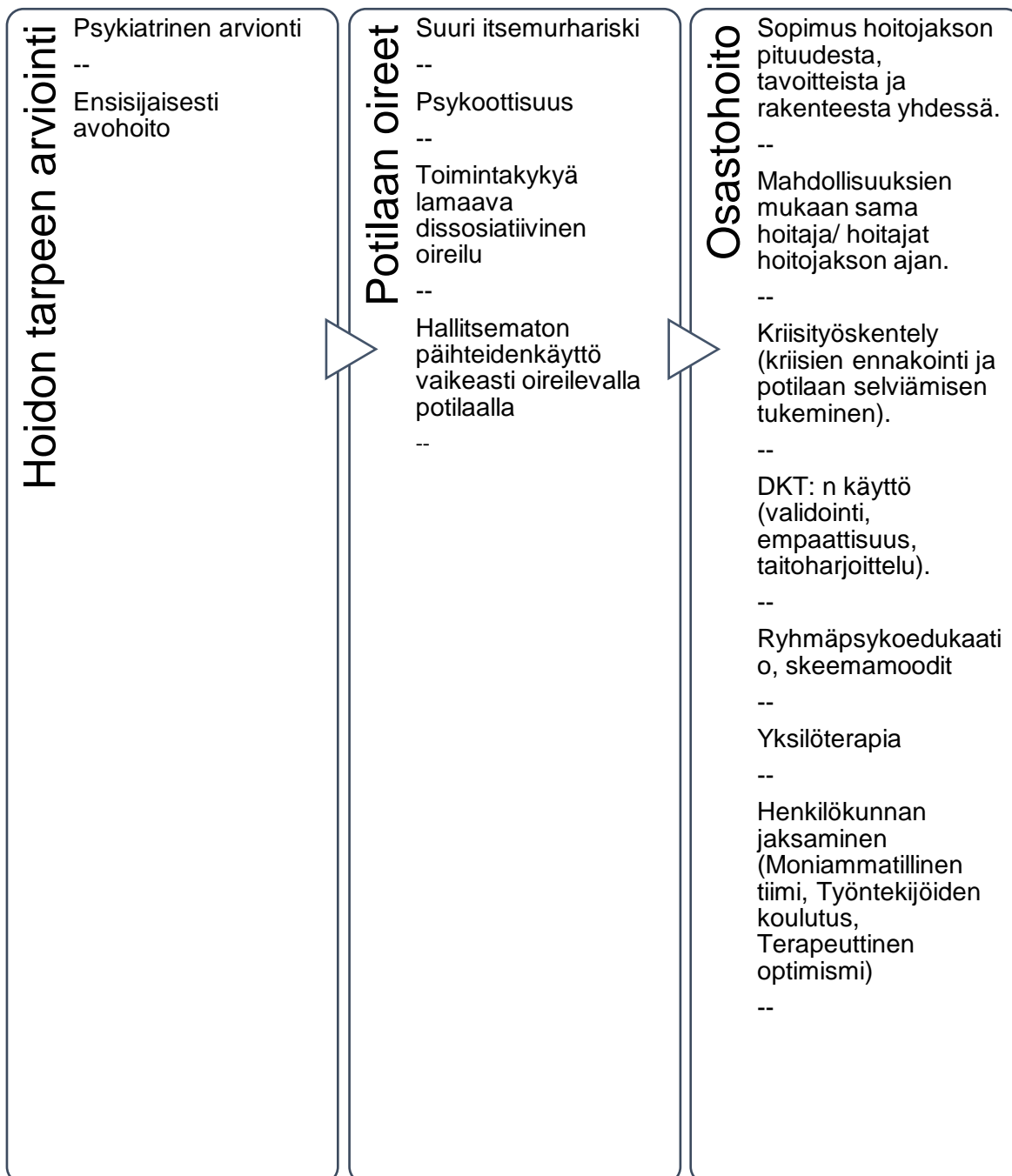
Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tekstianalyysia, jossa aineistoa tarkastellaan erittelyn avulla. Tarkoituksena on löytää tekstistä yhteneväisyyksiä ja eroja sekä tiivistää tekstiä. Tutkittavasta ilmiöstä on sisällönanalyysin keinoin mahdollista muodostaa tiiviissä muodossa oleva kuvaus, jolla työn tulokset saadaan liitettyä laajempaan ilmiötä koskevaan yhteyteen sekä muihin tutkimustuloksiin aiheeseen liittyen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Sisällönanalyysin avulla mahdollistuu tekstiaineistojen järjestelmällinen ja objektiivinen analysoiminen. Sitä käytetään tutkittavan ilmiön kuvailemiseen. Tutkittavasta

ilmiöstä voidaan sisällönanalyysin avulla laatia ilmiötä kuvailevia käsitteitä sekä käsitteisiin liittyviä järjestelmiä, malleja tai käsitekartta. Myös tutkittavan ilmiön kategorisointi mahdollistuu. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.) Tässä työssä ei käytetä sisällön luokittelua näiden käsitejärjestelmien avulla. Tutkimusten tulokset on analysoitu ja avattu suhteessa tutkimuskysymyksiimme.

Sisällön analysoinnin aluksi kaikki tähän työhön otetut tutkimukset luettiin läpi siltä osin, kun katsoimme työn näkökulman huomioiden tarpeelliseksi. Suurin osa epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvistä tutkimuksista käsittelee suurimmaksi osaksi potilaan hoitoa avohoidossa, joten näistä tutkimuksista työhömmä valikoituivat ne osat, jotka katsoimme osasto-olosuhteissa toteuttamiskelpoisiksi. Englannin kielisten tutkimusten läpikäyminen vaati tekstin osalta laajojen aineistojen suomentamisen ennen niiden valikoitumista työhön. Tutkimusten tulokset esitetään taulukkomuodossa alla (KUVIO 1) ja avataan tekstiosuudessa tutkimusten yhteenvedossa aikaisemmin.

KUVIO 1.

Tutkimuksista nousseiden tulosten mukainen kuvio epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidon kulusta psykiatrian osastolla.



## 9 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TIEDONKERUU

Kirjallisuuskatsauksella on merkittävä rooli tutkimustyön instrumenttina. Se on järjestelmällinen tutkimusmenetelmä, joka pohjautuu prosessimaisesti etenevään toimintaan. Toiminnan pohjana on tiede, joten katsauksen tulee olla toistettavissa ja sen on perustuttava laajaan aihealueen tuntemukseen. Katsausta hyödyntämällä voidaan kuvata jotain aikaisempaa tutkimusta analyttisesti tai sijoittaa uusi, oma tutkimus jonkin edeltävän tutkimustyön kenttään. Katsauksen avulla voidaan myös kehittää terveydenhuollon palveluita näyttöön perustuviksi. Katsauksen olennaisin tehtävä on tieteenalan teoreettisen ymmärryksen sekä siihen liittyvien käsitteiden kehittäminen. Sen avulla voidaan myös kehittää kokonaan uutta teoriaa tai arvioida jo kehitettyä teoriaa. Kirjallisuuskatsausta hyödyntämällä mahdollistuu kokonaiskuvan muodostaminen jostain tietystä aiheesta tai asiakokonaisuudesta. Sen avulla voidaan myös huomata valittuun kohdeilmiöön liittyviä ongelmia tai ristiriitoja. Kirjallisuuskatsauksen voi toteuttaa käyttämällä vain omaan tieteenalaan liittyvää tutkimukseen perustuvaa kirjallisuutta tai poikkitieteellisesti, jolloin saadaan laajempi kuva tutkittavasta asiasta. Oleellista työtavan valinnassa on se, mitä katsauksella tavoitellaan. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.)

### 9.1 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan sanoa yleiskatsaukseksi, jota tiukat säännöt tai rajoitukset eivät koske. Katsauksen aineisto on suuri ja sen avulla voidaan kuvailla laajasti valittua aihetta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on integroidun katsauksen ohella toinen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen suuntauksista. (Salminen 2011, 6.) Narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta puhuttaessa viitataan yleensä katsaustyyppin laajimpaan muotoon, yleiskatsaukseen. Yleiskatsauksen päämääränä on laatia tiivistelmiä jo tehdyistä tutkimuksista. (Salminen 2011, 7.)

Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan asiantuntijan suorittamaa tiedon kokoamista tutkimustiedosta johonkin tiettyyn aihealueeseen liittyen. Sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva jostain aiheesta. Huomattava on, että tutkijan tekemät valinnat tietoa kootessa vaikuttavat lopputulokseen. Valmiin katsauksen kriittinen arviointi voi olla vaikeaa katsauksen epäsystemaattisen luonteen vuoksi. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2017, 4.) Kirjallisuuskatsaus voidaan kohdentaa tiettyyn tutkimusaiheeseen ja keskittyä aihetta koskeviin tutkimuksiin. Sen avulla voidaan myös kuvailla tutkimukseen liittyviä prosesseja tai menettelytapoja. Kysymyksenasettelu on tässä katsaustyyppissä monesti laaja, mutta sitä voidaan myös rajata ja laajuus voikin vaihdella suuresti. Tieteelliset tutkimukset ja vertaisarvioinnin läpikäyneet tutkimukset korostuvat katsauksen teossa. Narratiivinen

kirjallisuuskatsaus pitää sisällään materiaalin hankkimista ja aineiston synteesiä kuvaavan prosessin kuvaamisen sekä analyysin osoittamaan tutkimuksen arvoa tai kontribuutiota. Katsauksen heikkoudeksi voi muodostua se, ettei siinä oteta kantaa lähdemateriaalin luotettavuuteen tai sen valikoitumiseen osaksi katsausta. (Stolt ym. 2016, 9.)

## 9.2 Tiedonhaku

Kuvaileva, narratiivinen yleiskatsaus valikoitui työmme toteuttamistavaksi saamamme toimeksiannon pohjalta. Toimeksiantaja antoi ohjeen: *"Ottakaa selvää mitä aiheesta tiedetään"*. Tähän tarkoitukseen narratiivinen katsaus sopi hyvin. Asiantuntijoina tässä tapauksessa toimivat katsauksen tekijät sekä osa toimeksiantajaosaston henkilökunnasta. Veimme osastolle vihkon, johon pyysimme henkilökunnan kommentteja ja toiveita opinnäytetyöhön liittyen. Palautetta henkilökunnalta tuli loppujen lopuksi todella vähän, mutta saatu tieto joka tapauksessa vahvisti käsitystämme tiedon hankinnasta ja työmme suunnastamisesta. Alusta asti oli tiedossa, että tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan osastohoidosta ei välttämättä juurikaan ole löydettävissä, johtuen tämän potilasryhmän osastohoidon huonosta vasteesta. Lähtökohtana tiedon hankinnassa oli etsiä toisaalta kaikki se vähä tieto mitä aiheesta löytyy ja toisaalta etsiä hoitotapoja, jotka olisivat mahdollisesti sovellettavissa psykiatrian osastolle. Tiedonhakuja ohjasi koko prosessin ajan vaatimus tiedon hyödynnettävyydestä osasto-olosuhteissa. Tutkimukset, jotka tulivat valituksi tähän työhön, ovat valittu juuri tätä näkökulmaa käyttäen. Molemmilla tämän työn tekijöistä on myös kokemusta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidosta osastolla joko harjoittelun tai työsuhteen aikana, joten näkemystä aiheeseen liittyen on jonkin verran olemassa jo valmiiksi.

Tiedonhaku tätä kirjallisuuskatsausta varten toteutettiin Masto-Finnasta löytyvillä hoitotyöhön ja terveysalaan liittyvien tietokantojen avulla. Tiedonhaku on kuvattu taulukkomuodossa myöhemmin tässä työssä (KUVIO 2). Tietoa haettiin suomen kielellä Medic-tietokannasta sekä Masto-Finnan ulkopuolelta Melinda –tietokannasta. Muista tietokannoista tieto haettiin englanninkielisiä hakusanoja käyttäen. Tässä työssä käytetyt tietokannat ovat: Medic, Pubmed, CINAHL, Cochrane Library, Joanna Briggs Institute EBP Database, Cinahl sekä Melinda. Tutkimuksia haettiin lisäksi jo mainitusta Melinda-tietokannasta sekä dialektisen käyttäytymisterapian kehittäjän Marsha Linehanin yhtiön sivuilta. Käypä hoito –suositus epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyen oli ennestään tekijöiden tiedossa, joten se jätettiin tiedonhakutaulukon ulkopuolelle. NICE:n vastaavaan suositukseen törmäsimme lukiessamme toista työhön valikoitunutta tutkimusta. Tämäkin jätettiin taulukosta pois varsinaisen hakuprosessin puuttumisen takia. Osumia eri hakusanoilla ja näiden yhdistelmillä saimme paljon, 153 kpl. Tähän työhön näistä kuitenkin valikoitui vain 7

tutkimusta. Syynä tähän olivat tutkimusten soveltumattomuus hyödynnettäväksi sairaalaolosuhteissa, painotus avohoidon puolelle, liian pitkä tutkimusaika tai muutamissa tapauksessa käännöksen puuttuminen suomeksi tai englanniksi. Myös ilmaisen kokotekstin puuttuminen oli poissulkukriteerinä.

<b>Sisäänottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Tutkimus käsittelee tutkimaamme aihetta	Tutkimus ei käsittele tutkimaamme aihetta
Tutkimuksen tuloksia voi soveltaa psykiatriseen osastohoitoon	Tutkimuksen tuloksia ei voi soveltaa psykiatriseen osastohoitoon
Tutkimuskieli on Suomi tai englanti	Tutkimuskieli on jokin muu kuin suomi tai englanti
Tutkimus on julkaistu aikavälillä 2008-2018	Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2008
Tutkimuksen kokoteksti on saatavilla ilmaiseksi	Tutkimuksen kokoteksti ei ole saatavilla ilmaiseksi



## KUVIO 2

Tiedonhaku eri tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osu- mat	Otsikon perus- teella va- littu	Tiivis- telmän perus- teella valittu	Koko tekstin perus- teella valittu
Medic	"epävakaa per- soonallisuus" AND hoito	Vuosiväli 2008-2018, asiasanojen synonyymit käytössä	14	0	0	1
Pubmed	Borderline per- sonality disor- der care	Viimeisen 10 vuoden aikana jul- kaistut, il- mainen ko- koteksti, kliininen tut- kimus	29	0	0	0
Medic	Dialektinen käyttäytymiste- rapia AND epä- vakaa persoo- nallisuus	Vuosiväli 2008-2018, asiasanojen synonyymit käytössä, vain koko- tekstit	4	0	0	0
CINAHL	Borderline per- sonality disor- der care	Vuosiväli 2008-2018	24	0	0	0
Cochrane Library	Borderline per- sonality disor- der care	Vuosiväli 2008-2008	1	0	0	0

Joanna Briggs Institute EBP Database	Borderline personality disorder care		9	0	0	0
Cinahl	Dialectical behavior therapy AND borderline personality disorder	Vuosiväli 2008-2018, kokotekstit saatavissa, vertaisarvioit	12	0	0	1
Behavioral-tech.org	DBT research updates	December 2017	14	0	0	1
Behavioral-tech.org	DBT research updates	October 2017	14	0	0	1
Melinda	Opinnäyte		7	0	0	2
Behavioral-tech.org	DBT research updates	2015 re-search updates	25	0	0	1
			<b>yh- teensä 153</b>	<b>yh- teensä 0</b>	<b>yh- teensä 0</b>	<b>yh- teensä 7</b>

## 10 YHTEENVETO

### 10.1 Pohdinta

Lähtökohta opinnäytetyön tekemiselle oli selkeä; osastonhoitajalta tullut suora toive työn sisällöstä. Siihen selkeys sitten päättyikin. Pelkästään opinnäytetyön rakenteen hahmottamiseen meni viikkoja aikaa. Seuraava haaste muodostui tiedonhausta, mistä ja miten löydämme tietoa aiheesta, jota ei välttämättä ole tutkittu lainkaan? Kävimme läpi yli 150 tutkimusta pääpiirteissään vain huomataksemme, että suurimmassa osassa jokin tutkimuksen osa teki siitä käyttökelvottoman työmme aiheita silmällä pitäen. Mukaan päätyi lopulta 9 tutkimusta, jotka parhaiten vastasivat työmme otsikkoa ja asettamiamme tutkimuskysymyksiä. Näistäkään tutkimuksista oikeastaan yksikään ei ole suoraan sovellettavissa osastohoitoon, ehkä kahta suositusta lukuun ottamatta. Tekijöille toki poissuljetutkin tutkimukset tarjosivat paljon uutta tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitoon liittyen. Aihe oli vaikea, mutta mielestämme saimme rajallisesta aineistosta irti kaiken, mitä siitä saatavissa oli.

Olemme avanneet laajasti myös opinnäytetyön keskeisiä asioita, kuten dialektista käyttäytymisterapiaa, epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostiikkaa ja sitä, kuinka epävakaata persoonaa tulisi kohdella ja kohdata erilaisissa hoitotilanteissa. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon soveltuvia muita hoitomenetelmiä avasimme vain pintapuolisesti, koska toimeksiantomme mukaisesti halusimme käsitellä pääasiassa dialektisen käyttäytymisterapian käyttöä. Työskentely opinnäytetyön keskeisten asioiden taustojen parissa opetti meille paljon epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta ja koemmekin että omat valmiutemme työskennellä häiriötä sairastavien parissa sai työmme myötä uutta näkökulmaa ja voimaa. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa painotetaan hallittua empatiaa, validointia ja erilaisia potilaan omia voimavaroja ja taitoja käyttöön valjastavia menetelmiä. Koemme, että dialektinen käyttäytymisterapia on potilasta kunnioittava tapa tehdä hoitotyötä. Vaikka dialektista käyttäytymisterapiaa ei kokonaisuudessaan saataisiinkaan käyttöön, uskomme, että jo sen osien käyttö voisi olla erittäin hyödyllistä.

Työ tehtiin sairaanhoitajan työtä silmällä pitäen, mutta aika ajoin työssä käsitellään lääkärin päätäntävällässä olevia asioita, kuten potilaan sisäänottokriteerejä ja lääkitystä. Työ psykiatrian osastolla on kuitenkin hyvin moniammatillista, yhtään lääkärintapaamista ei normaaliolosuhteissa toteuteta ilman hoitajan läsnäoloa. Kaiken kaikkiaan työskentelyprosessissa, aina opinnäytetyön suunnitelmasta valmiiseen työhön, meni noin 5 kuukautta. Työskentelymme on ollut hyvin intensiivistä ja opettanut paljon niin kirjallisuuskatsauksen tekemisestä kuin meistä itsestämmekin.

## 10.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Opinnäytetyön laadun ja etiikan arviointiin ei ole olemassa juurikaan menetelmiä (Vuorijärvi 2013, 188.), joten käytimme työmme arvioinnissa yleisiä tutkimustyötä ohjaavia etiikan ja luotettavuuden suuntaviivoja sekä laadullisen tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin ohjeita. Tuomi & Sarajärvi (2009, 140) painottavat tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa kokonaisuuden arviointia, jolloin tutkimuksen johdonmukaisuuteen kiinnitetään erityisesti huomiota.

Luotettavuuden ja eettisyyden varmistaminen kulki työskentelyn mukana alusta loppuun. Koska tutkimuksia tai muita lähteitä tutkimastamme aiheesta ei juurikaan ole, jouduimme tekemään ratkaisun, että käytämme työssämme lähteitä, joiden sisältö tai tulokset ovat sovellettavissa tarkoitukseemme. Tämän ratkaisun teimme pystyäksemme vastaamaan toimeksianto-osaston tarpeeseen. Paikataksemme tätä luotettavuuden heikkoa kohtaa, pyrimme työskentelemään läpi koko prosessin niin, että se olisi mahdollisimman läpinäkyvää. Pyrimme tuomaan työhön näkyväksi selkeästi työskentelyn eri vaiheet ja pitämään tuottamamme tekstin selkeänä ja helppolukuisena. Työn vahvuutena voidaan pitää tiivistä kytköstä työelämään, tässä tapauksessa psykiatrian osastohoitoon. Työskentelimme noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) asettamia hyviä tieteellisiä käytänteitä ja toteuttaen eettisesti kestävästä tiedonhakuista sekä tutkimus- ja arviointimenetelmiä.

Työssämme käytettyjen lähteiden ja tutkimusten etsinnässä pyrimme pysymään mahdollisimman tuoreissa julkaisuissa. Takarajaksi asetimme vuoden 2008 julkaisut. Työssä käsiteltävien asioiden taustatietojen etsinnässä kävi kuitenkin nopeasti ilmi, että aikaraameissamme julkaistujen lähteiden määrä on hyvin rajallinen, joten venyimme sitä kahdella vuodella saadaksemme mukaan muutaman hyvän lähteen. Vanhin työssämme käytetty lähde on siis julkaistu vuonna 2006. Käyttämämme lähteet ovat luotettavien tahojen julkaisuja ja mahdollisuuksien mukaan valitsimme vertaisarvioitua julkaisua. Työssämme olemme esittäneet löytämämme tiedon sitä muuttamatta ja kunnioittaen alkuperäisen julkaisun tekijän sanomaa. Myös lähteiden tarkalla ja asianmukaisella merkitsemisellä lujitimme luotettavuutta. Luotettavuutta kuitenkin heikentää se tosiasia, että rajasimme hakumme vain tiettyihin kieliin ja jouduimme sulkemaan pois maksulliset tutkimukset.

Kirjallisuuskatsauksemme on tehty yleisestä näkökulmasta niin, että tarvittaessa työstä voi hyötyä toimeksianto-osastomme lisäksi myös mikä tahansa muu epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoitava taho. Työn yleistettävyyttä lujittaa työmme etiikka. Työssämme ei ole myöskään käytetty henkilöesimerkkejä eikä sitä ole tehty ketään yksittäistä henkilöä ajatellen. Tuomi & Sarajärvi (2009, 125) toteavat, että tutkimuksen tulokset saattavat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin, kuten myös tutkijoiden eettiset mielipiteet

saattavat vaikuttaa työskentelyssä tehtyihin ratkaisuihin. Koemme, että tämän asian suhteen työmme etiikka on hyvää ja turvallista. Työssä esittämämme asiat suuntaavat epävaakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidon kohti parempaa, laadukkaampaa sekä tuloksellisempaa hoitotyötä.

### 10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Teimme tämän opinnäytetyön psykiatrissa osastohoitoa silmällä pitäen. Tästä johtuen suljimme työn ulkopuolelle monia tutkimuksia, joissa tutkimusaika oli mielestämme liian pitkä. Joissakin tähän työhön otetuissa tutkimuksissa seuranta-aika oli pitkä, jopa vuoden. Nämä tutkimukset kuitenkin otettiin mukaan, koska ne olivat muilta osin oleellisia työmme kannalta. Toimeksianto-osastollamme dialektista käyttäytymisterapiaa hyödynnetään usein hyvin lyhytaikaisestikin, riippuen potilaan hoitoajasta osastolla. Tutkimuksia dialektisen käyttäytymisterapian lyhytkestoisesta hyödyntämisestä osasto-olosuhteissa ei ole olemassa. Tätä aihetta olisi mielestämme syytä tutkia. Löysimme myös useasta lähteestä viittauksen siihen, että epävaakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan vointi voi heiketä osastohoidon aikana. Syitä tähän emme kuitenkaan juuri löytäneet. Tästäkin aiheesta olisi mielenkiintoista saada tutkittua tietoa.

## LÄHTEET

Aalberg, V. 2009. Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Duodecim terveyskirjasto. [viitattu 6.3.2018] saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00103](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103)

Baryshnikov, I. 2017. Self-reported features of borderline and schizotypal personal disorders in patients with mood disorders. Helsingin yliopisto. [viitattu 25.1.2018] saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/177555/Selfrepo.pdf?sequence=1>

Borderline personality disorder. The NICE guideline on treatment and management. 2009. National collaborating center for mental health. [viitattu 5.3.2018] saatavissa: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-pdf-242147197>

Chaudhary, N. & Hasan, S. Treatment outcomes of dialectical behavior therapy on the level of suicide severity and distress tolerance in suicidal patients. International journal of scientific & engineering research volume 8, Issue 9, September-2017. [viitattu 7.2.2018] saatavissa: [www.ijser.org/researchpaper/treatment-outcomes-of-dialectical-behavior-therapy-on-the-level-of-suicide-severity-and-distress-tolerance-in-suicidal-patients.pdf](http://www.ijser.org/researchpaper/treatment-outcomes-of-dialectical-behavior-therapy-on-the-level-of-suicide-severity-and-distress-tolerance-in-suicidal-patients.pdf)

Epävakaan persoonallisuushäiriö. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. [viitattu 5.3.2018] saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50064.pdf>

Granberg, M. 2015. Aikarajoitteinen skeemamoodeja käsittelevä ryhmäpsykoedukaatio epävakaan persoonallisuuden hoidossa: Pilottitutkimus psykiatrisessa palvelujärjestelmässä. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. [viitattu 20.2.2018] saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/45416/URN%3aNBN%3afi%3aiju-201502271389.pdf?sequence=1>

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. 2009. Hämeenlinna: Tammi

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2007. Hyväksymisestä muutokseen – dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden hoidossa. [viitattu 29.11.2017] saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/5/duo96324>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Åbo Akademis tryckeri / Digipaino-Turun Yliopisto

Kankkunen, P & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro oy

King, G. 2012. Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. [viitattu 12.2.2018] saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=658420c6-7d04-48c7-9271-262b5670d58b%40sessionmgr4010>

Koivisto, M. 2010. Epävaka persoonallisuus - Riittääkö yksi hoitomalli? Havaintoja hoitomallien integraatiosta. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti. [viitattu 26.2.2018] saatavissa: <https://kognitiivinenpsykoterapia.fi/sites/kognitiivinenpsykoterapia.fi/files/inline-files/verkkolehtiMaaria.pdf>

Koivisto, M., Keinänen, M. & Isometsä E. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoito. Duodecim. [viitattu 8.3.2018] saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96561.pdf>

Koivisto, M. & Korkeila, J. 2016. Epävaka persoonallisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 25.11.2017] saatavissa: [https://w.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00994](https://w.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00994)

Koivisto, M., Stenberg, J-H., Nikkilä, H. & Karlsson, H. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. 2009. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Researchgate. [viitattu 13.3.2018] saatavissa: [https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallönanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessä\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa)

Kähkönen, S., Karila I. & Holmberg N. Kognitiivinen psykoterapia. 2008. Hämeenlinna: Duodecim.

Lahtinen, M. 2012. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Opinnäytetyö. Itä-Suomen yliopisto. [viitattu 26.2.2018] saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120096/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120096.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120096/urn_nbn_fi_uef-20120096.pdf)

Larmo, A. 2010. Mentalisaatio- Kyky pitää mieli mielessä. Katsaus. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. [viitattu: 5.3.2018] saatavissa: <http://duodecimlehti.fi/duo98674>

Leppänen, V. 2015. Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa. [viitattu 24.1.2018] saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526209685.pdf>

Linehan, M. 2015. DBT skills training manual. New York: The Guilford Press

Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Neacsiu, A., McDavid, J., Comtois, K. & Murray-Gregory, A. 2015. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder – a randomized clinical trial and component analysis. [viitattu 13.3.2018] saatavissa: <https://jamanetwork.com/journals/jama-psychiatry/fullarticle/2205835>

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. 2009. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Melartin, T. & Koivisto, M. 2010. Hoito takkuua, lääkäri väsy. Persoonallisuushäiriöinen potilas vastaanotolla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 26.2.2018] saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti//duo99142>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu] [viitattu 13.3.2018] saatavissa: [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html)

Pihlajaniemi, H. 2015. Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomallina. Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö [viitattu: 12.4.2018] saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99892/Pihlajaniemi\\_Heidi.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99892/Pihlajaniemi_Heidi.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? - Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. [viitattu 4.3.2018] saatavissa: [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M. & Beblo, T. 2017. Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy. [viitattu 7.2.2018] saatavissa: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-017-0067-3>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print



Taivio, L. 2013. Epävakaan persoonallisuuden hoito: työntekijöiden hoitokäsitysten, ammatillisen itsereflektion ja hoidollisen tietotaidon yhteys hoitokäytäntöihin. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto.

Terveysportti. F60 Persoonallisuushäiriöt. 2018. [viitattu 27.3.2018] saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/icd10.koti>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen suomessa. [viitattu: 4.4.2018] saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vuorijärvi, A. 2013. Tekstilaji ja yhteisö. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön diskussio tekstinä. Väitöskirja, [viitattu 5.4.2018] saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40126/tekstila.pdf?sequence=1>

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. 2008. Skeematerapia. Porvoo: WS Bookwell

## LIITTEET

Liite 1. Käytetyt tutkimukset- taulukko

Liite 2. DKT viikkokortti

Liite 3. DKT- hoito-ohjelman sopimus

## Liite 1.

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu vuosi ja maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
Chaudhary, N. & Hasan, S. 2017, Pakistan.	Treatment outcomes of dialectical behavior therapy on the level of suicide severity and distress tolerance in suicidal patients	Kvantatiivinen tutkimus. Tutkittiin DKT:n vaikuttavuutta itsetuhoisen käytöksen vähentämisessä sekä ahdistuksenhallinnan lisäämisessä 10 potilaalla n. 3 viikon aikana.	DKT:n avulla voidaan vähentää itsetuhoista käytöstä lyhyessäkin ajassa. Ahdistuksenhallinnan kehittämiseen potilailla vaaditaan pitempikestoista terapiaa.
Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M. & Beblo, T. 2017. Saksa.	Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy	Naturalistinen tutkimus. Tutkittiin terapeutin vaihtumisen ja post-traumaattisen stressireaktion samanaikaisen esiintymisen vaikutusta hoidon keskeyttämiseen epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla, joita hoidettiin dialektisen käyttäytymisterapian avulla.	Terapeutin vaihtuminen hoidon esitely- ja toteutusvaiheen välillä lisää potilaiden hoidon keskeyttämistä. Potilaan samanaikainen kärsiminen post-traumaattisesta stressireaktiosta sen sijaan jopa lisäsi potilaan sitoutumista hoitoon.
King, G. 2012. Iso-Britannia.	Staff attitudes towards people with borderline personality disorder	Lehden artikkeli. Kirjallisuuden avulla selvitettiin henkilökunnan asenteita epävakasta per-	Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä aiheutuu potilaalle helposti leima vaikeahoitoisena potilaana. Hoitohenkilökunta saattaa

		soonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan.	etäännyttää itsensä potilaan hoidosta ja ajatella, ettei potilas hyödy hoidosta. DKT:n avulla voidaan parantaa hoitosuhteen laatua ja helpottaa potilaan oireilua.
Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Neacsiu, A., McDavid, J., Comtois, K. & Murray-Gregory, A. 2015. Yhdysvallat.	Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder – a randomized clinical trial and component analysis	Kliininen satunnais- tutkimus. Tutkittiin dialektisen käyttäytymisterapian eri komponenttien merkitystä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan oirekuvan lieventämisessä.	Taitoharjoittelu on tärkeä osa dialektista käyttäytymisterapiaa. Sen avulla on mahdollista tehokkaasti vähentää potilaiden itseä vahingoittavaa käytöstä, pienentää itsemurhariskiä sekä vähentää potilaiden masennusta ja ahdistusta.
Leppänen, V. 2015. Suomi.	Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa.	Satunnaistutkimus. Tutkittiin, miten skeematerapian avulla voidaan vähentää epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan oireita verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon vuoden aikana.	Hoitomallin avulla voitiin tehokkaammin vähentää potilaiden oireita, kuten itsetuhoista käytöstä, impulsiivisuutta sekä vainoharhaisia ajatuksia tai dissosiativista oireilua verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon.

			Potilaat myös sitou- tuivat hoitoon pa- remmin.
Granberg, M. 2015. Suomi.	Aikarajoitteinen skeemamoodeja käsitlevä ryhmä- psykoedukaatio epävakaan persoo- nallisuuden hoi- dossa: Pilottitutki- mus psykiatrisessa palvelujärjestel- mässä	Naturalistinen. Tut- kittiin, voidaanko skeematerapiaan pohjaavalla, ryh- mässä toteutetta- valla psykoedukaa- tiolla vähentää epä- vakaasta persoo- nallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden oirehdintaa.	Epävakaasta per- soonallisuushäiri- östä kärsivän poti- laan oirehdinta vä- heni tutkimuksen ai- kana. Impulsiivi- suus, häiriön vai- keusaste sekä tunne-elämään ja vuorovaikutussuh- teisiin liittyvä epäva- kaus vähenivät tut- kimuksen aikana.
Taivio, L. 2013. Suomi.	Epävakaan persoo- nallisuuden hoito: työntekijöiden hoito- käsitysten, ammatil- lisen itsereflektion ja hoidollisen tieto- taidon yhteys hoito- käytäntöihin	Verkossa toteutettu kyselytutkimus. Ky- selyllä selvitettiin, miten hyvin epäva- kaasta persoonalli- suushäiriöstä kärsi- vien potilaiden hoito noudattaa käypä hoito- suosituksia. Kyselyllä selvitettiin myös hoitokäsitys- ten, ammattiin liitty- vän itseraflektion, hoidollisen osaami- sen sekä hoitokäy- töntöjen keskinäistä yhteyttä.	Työntekijän myön- teinen suhtautumi- nen näiden potilai- den hoitoon sekä itsereflektion käyttö ammattillisesti pa- ransivat hoitotulok- sia. Hoitokäytännöt työntekijöiden kes- kuudessa pyrkivät noudattamaan Käypä hoito – suo- situksia.

<p>National collaborating centre for mental health. 2009. Iso-Britannia</p>	<p>Borderline personality disorder. The NICE guideline on treatment and management.</p>	<p>Hoitosuositus epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoitoa varten. Suositus on laadittu näyttöön perustuvaan tietoon perustuen suositusta varten kootun työryhmän toimesta.</p>	<p>Diagnoosin saaneilla potilailla tulee olla oikeus päästä hoitoon diagnoositetaan ja mahdollisesta itsetuhoisesta käyttäytymisestäään huolimatta. Heidän itsenäisyyttään ja valinnanvapauttaan on tuettava hoidon aikana. Hoitosuhteen tulisi perustua luottamukseen ja optimismiin.</p>
<p>Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2015. Suomi.</p>	<p>Epävakaa persoonallisuus</p>	<p>Systemaattisesti kasattu tutkittu tieto.</p>	<p>Hoidossa tulisi suosia avohoidon palveluita psykiatrisen osastohoidon sijaan. Hoidossa täytyisi keskittyä valmentamaan potilasta kohtaamaan kriisejä, koska häiriöön liittyy lisääntynyt riski itsemurhaan. Tiimityöllä saavutetaan parempi hoitotulos.</p>

Liite 2. (Pihlajaniemi 2015,41.)

<b>DKT-Viikkokortti</b>		Viikkokortin täyttäminen käynnillä K E (Ympyröi)					Miten usein täytit viikkokorttia viikon aikana (Ruksaa)				Aloituspäivämäärä						
Viikonpäivä	Alakulo, Suru, Murhe, mieli	Itsekunniolitus	Ahdistus, Pelko	Itsemurhaajatukset	Häpeä	Tyhjyden tunne	Epätoivo	Viha	Itsemurhayritykseen liittyvä	Itsen vahingoittamiseen liittyvä		Päihteiden väärinkäyttö ja/tai lääkkeiden ylilannostelu		Muu itselle haitallinen käyttäytyminen	Reseptilääkkeiden käyttö sovitusti K/E	Kommentti päivästä	
	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	Imp.	Toi.	Imp.	Toi.	Imp.	Toi.			
Ma																	
Ti																	
Ke																	
To																	
Pe																	
La																	
Su																	
<p>Käynnin alussa (Ympyröi)</p> <p>Kuinka voimakas halu sinulla on:</p> <p>Vahingoittaa itseäsi 0 1 2 3 4 5</p> <p>Lopettaa terapiaa 0 1 2 3 4 5</p> <p>Käynnin lopussa (Ympyröi)</p> <p>Kuinka voimakas halu sinulla on:</p> <p>Vahingoittaa itseäsi 0 1 2 3 4 5</p> <p>Lopettaa terapiaa 0 1 2 3 4 5</p>																	

Muokattu lähteistä: [http://www.dbselfhelp.com/html/diary\\_cards1.html](http://www.dbselfhelp.com/html/diary_cards1.html), Koerner, K. (2012) Doing Dialectical Behavior Therapy. A Practical Guide. The Guilford Press. New York. London. s. 87, Moonshine, C. (2008) Acquiring Competency and Achieving Proficiency with Dialectical Behavior Therapy. Volume I. The Clinician's Guidebook. Pesi. Eau Claire, Wisconsin. s. 139 ja Linehan, M. M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. New York. London. s. 185  
DKT - Ensimmäinen vaihe

### Liite 3. (Pihlajaniemi 2015, 38-39)

KYS/Siilinjärven psykiatrian poliklinikka  
DKT-hoito-ohjelma

#### DKT-hoito-ohjelman sopimus

Tämä terapiasopimus koskee dialektisen käyttäytymisterapian(DKT) hoito-ohjelmaa Siilinjärven psykiatrian poliklinikalla.

Hoito-ohjelma käsittää seuraavat pääosat:

1. Yksilöterapia 1x/ vko
2. Taito- ja valmennusryhmä 1x/ vko
3. Puhelut yksilöterapeutille
4. Työntekijöiden tiimikonsultaatiot 1x/vko

1. Olemme sopineet **hoidon tavoitteet** ja kirjanneet ne käyttäytymisten muodossa sopimuksen liitteeseen.
2. Potilas: Olen hyväksynyt terapian ensivaiheen tavoitteeksi itsetuhoisen/itseä vahingoittavan käyttäytymisen vähentämisen ja kaiken muunkin elämää uhkaavan ja turvallisuutta vaarantavan käyttäytymisen vähentämisen.
3. Sitoudumme noudattamaan myös seuraavia **hoito-ohjelmaa koskevia periaatteita ja sääntöjä**:

#### Potilas:

- Työskentelen tavoitteiden saavuttamiseksi
- Tulen tapaamisiin ajoissa. Ilmoitan mahdollisista myöhästymisistä tai estymisistä etukäteen.
- Olen tapaamisissa selvin päin.
- Tuon tapaamisiin täyttämäni viikkokortin.
- Annan luvan terapiaistuntojen videointiin tiimikonsultaatio- ja työnohjaustarkoitusta varten (tavoitteena terapian pitäminen tehokkaana).
- Olen tietoinen siitä, että **neljä peräkkäistä poisjääntiä** (syystä riippumatta) johtaa DKT-hoito-ohjelman **keskeytymiseen**. Jos keskeytän, voin vuoden karenssiajan jälkeen hakea hoito-ohjelmaan uudelleen.

Elämäni **isoja päätöksiä** (muuttamiset, irtisanoutumiset, yhteen muuttamiset, eroamiset, isot taloudelliset ratkaisut, joskus jopa ulkomaanmatkat) tehdessäni ensin keskustelen niistä terapeuttini kanssa. Tarkoituksena on varmistaa, että teen päätökseni harkiten (viisaan mielen vallassa), en tunnemielen vallassa, en impulsiivisesti.

#### Terapeutti:

- Teen parhaani pitääkseni terapian tehokkaana siten, että terapia *auttaa* potilasta pärjäämään paremmin tunne-elämänsä epävakauden aiheuttamien ongelmien kanssa ja etenemään kohti sovittuja hoitotavoitteita ja omia elämäntavoitteita
- Noudatan DKT:n periaatteita ja käytäntöjä
- Pyydän konsultaatiotiimiltä säännöllisesti apua
- Jos terapiaistunto nauhoitetaan ja potilas haluaa, katson hänen kanssaan nauhoitetta. Työnohjauksen jälkeen huolehdin siitä, että nauhoitus ylipyyhitään. Teen merkinnän nauhoituksesta potilaskertomukseen, samoin nauhan ylipyyhkimisestä.
- En puhu potilaani asioista hoidon ulkopuolisille. **Poikkeuksena** kuitenkin tilanne, jossa epäilen potilaani olevan hengenvaarassa; tällöin salassapidon rajoittamatta olen yhteydessä kaikkiin niihin tahoihin, joiden apua arvioin tarvittavan, esim. potilaani omaisiin.



Puhelut terapeutille

Kriisitilanteissa ja muutenkin potilaalla on mahdollista soittaa terapeutilleen pyytääkseen neuvoja taitojen käyttöön. Terapeutille voi soittaa numeroon \_\_\_\_\_ seuraavina aikoina

Terapeutin poissa ollessa potilas voi soittaa sovitusti taitoalumnusryhmän ohjaajille numeroihin \_\_\_\_\_

Ennen terapeutille soittoa potilaalta edellytetään myös itsenäistä taitojen käyttöä (ryhmässä harjoiteltujen taitojen osalta) ja avun pyytämistä potilaan ns. luonnolliselta verkostolta

Potilas:

- Soitan terapeutilleni **ennen** kuin ongelmakäyttäydyn. Jos olen jo vahingoittanut itseäni, en saa soittaa terapeutilleni 24 tuntiin. Jos tällaisessa tapauksessa tarvitsen apua, soitan esim. yleiseen hätänumeroon 112.

Terapeutti:

- Sovin potilaan kanssa puheluihin vastaamisen periaatteet ja aikataulun
- Noudatan puheluisissa DKT-protokollaa, jonka kerron myös potilaalle etukäteen
- Ilmoitan potilaalle poikkeukset sovitusta puhelimen päivystysajoista
- Pidempien poissaolojen ajaksi (esim. lomien) sovin tarvittaessa DKT-tiimistä potilaalle "puhelin-back upin"

Tiimikonsultaatiot ja terapeutin koulutukset

Tiimeissä kerrotaan potilaiden yksilöterapien ja ryhmän tapahtumista ja arvioidaan hoitojen etenemisestä sekä suunnitellaan, miten hoidot pidetään tehokkaina. Tuetaan ja kannustetaan terapeuttia.

Terapeutti ja taitoalumnusryhmän ohjaajat:

- Osallistumme säännöllisesti DKT-konsultaatiotiimeihin kerran viikossa. Pidämme mielessämme, että tiimikonsultaatiot ovat tärkeä osa DKT-hoitoa.
- Osallistumme säännöllisesti DKT-koulutuksiin ja työnohjauksiin ammattitaitomme ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

Sitoudumme toteuttamaan DKT-hoito-ohjelmaa ja noudattamaan tätä sopimusta.

Sopimus on voimassa yhden vuoden. Jos DKT-hoito-ohjelmasta on ollut selvästi hyötyä, voidaan hoitavan lääkärin kanssa hoitosuunnitelmakokouksessa sopia DKT:n toisesta vuodesta.

Siilinjärvellä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potilas

\_\_\_\_\_  
Terapeutti ja taitoalumnusryhmän ohjaajat