

# EPÄVAKAA PERSONALLISUUS – RIITTÄÄKÖ YKSI HOITOMALLI? Havaintoja hoitomallien integraatiosta

**Maaria Koivisto**

## **1. JOHDANTO**

Uusi tieto on muokannut käsitystä epävakaan persoonallisuuden olemuksesta ja hoidettavuudesta. On kertynyt selvää tutkimusnäyttöä siitä, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät hyötyvät psykoterapeuttisesta hoidosta (Käypä hoito -suositus, 2008). Tiedon karttuminen on muokannut myös ymmärrystä siitä, mitä tämän moni-ilmeisen häiriön hoidossa tarvitaan (Livesley, 2003; 2004). Tämän työn tarkoituksena on tarkastella epävakaan persoonallisuuden vaiheittaista hoitoa integratiivisin menetelmin.

Epävakaata persoonallisuutta luonnehtivat käyttäytymistason oireet, kuten impulsiivinen ja itsetuhoinen käyttäytyminen. Lisäksi ihmisillä, joilla on epävakaata persoonallisuus, on korostuneita temperamenttipiirteitä. He ovat jo myötäsyttyisesti sensitiivisiä ja emotionaalisesti reaktiivisia. Häiriötä luonnehtivat myös puutosoireet, joita voidaan kuvata ydinpuutoksina. Tällaisia ovat esimerkiksi persoonallisuuden integraation ongelmat, läheisyyden ja etäisyyden säätelyn ongelmat ihmissuhteissa tai vaikeudet muodostaa kypsiä ja toimivalla pohjalla olevia kiintymyssuhteita. Ennen tervehtymiskehityksen käynnistymistä epävakaan persoonallisuuden eri puolilla on taipumus voimistaa kehämäisesti toinen toisiaan itseään ruokkivan systeemin tavoin (Livesley, 2003).

Persoonallisuushäiriötutkijoiden, mm. John Livesleyn (2003) ja Mary Zanarinin (2009) mukaan epävakaan persoonallisuuden ongelmien vaikeusaste ja kirjon laajuus johtavat päättelemään, että (1) on epätodennäköistä, että yksi hoidollinen lähestymistapa voisi ihanteellisesti auttaa kaikkia yksilöitä tai lievittää tehokkaasti tietyn ihmisen kaikkia ongelmia. Monet ajattelevat, että rakentavampaa kuin pyrkiä osoittamaan jokin yksittäinen hoitomalli toista paremmaksi, olisi nivoa hoitoon eri viitekehysistä johdettuja lähestymistapoja harkitusti ja organisoituneella tavalla. Lisäksi asiantuntijoiden mukaan (2) epävakaan persoonallisuuden eri puolia on todennäköisesti hyödyllistä hoitaa vaiheittain. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että hoidon varhaisvaiheessa huomio on tarpeellista kohdentaa aktiivisesti tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn ongelmiin. Esimerkiksi itsetuhokäyttäytyminen on tärkeä merkki potilaan heikkenevästä tilasta, jolla voi olla monia seurannaisvaikutuksia, kuten ihmissuhteiden (mukaan lukien hoitosuhteen) katkokset ja toimintakyvyn lasku (Zanarini, 2009). Käyttäytymisen säätelyn häiriö lievittyykin usein suhteellisen nopeasti. Yksilön emotionaalinen kipu sen sijaan voi olla syvää pitkään tämän jälkeenkin, sillä esimerkiksi ihmissuhdemallit ja kokemus itsestä muuttuvat käyttäytymistä hitaammin. Niiden hoito voi myös vaatia toisentyypisiä lähestymistapoja kuin akuuttioireiden.

Integratiivinen hoito vaatii perustakseen sisäisesti johdonmukaisen viitekehyksen, joka mahdollistaa potilaaseen ja hänen hoitoonsa liittyvän tiedon organisoimisen. Tällaisen teoreettisesti koherentin viitekehyksen luominen edellyttää ymmärrystä epävakaan persoonallisuuden olemuksesta sekä kehittymisestä. Tarkastelen seuraavassa miten tämänhetkinen tieto ja ymmärrys kääntyvät käytännön hoidon, ts. terapiatavoitteiden, terapian struktuurin ja -menetelmien kielelle (Livesley, 2003; 2004).

Lukuisissa tutkimuksissa on tullut esiin epäsuotuisien elämäntapahtumien, kuten traumojen, turvattoman kiintymyssuhteen ja lapsuusiän kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin yhteys epävakaaseen persoonallisuuteen (Käypä hoito -suositus, 2008). Kompleksinen trauma ja epävakaata persoonallisuus ovat osin päällekkäisiä ilmiöitä. Ensin mainitun käsite auttaa osaltaan ymmärtämään epävakaan persoonallisuuden ilmiä ja tarvittavia hoidollisia lähestymistapoja ja väliintuloja. Kompleksisella traumalla tarkoitetaan – erotuksena yksittäisistä traumoista – toistuvaa, usein lapsuusiässä alkanutta traumatisoitumista, jota henkilö ei välttämättä muista. Traumaattinen materiaali on fragmentoitunutta ja yleensä vain osittaisesti tavoitettavissa. Kompleksisesta traumasta kärsivä ei siksi automaattisesti kykene jäsentämään kokemuksiaan kognitiivisella tasolla eikä verbalisoimaan traumaattisten tapahtumien ja niistä tallentuneiden somatosensoristen ja emotionaalisten kokemusten välisiä yhteyksiä (Herbert, 2006).

Kompleksisesti traumatisoituneen sisäistetty turvallisuudentunne on usein minimaalinen tai olematon. Hän ei ole ehkä koskaan elämässään kokenut turvallisuutta, rakkautta tai arvostusta. Hän ei useinkaan ole oppinut hoivaamaan, lohduttamaan tai rauhoittamaan itseään. Hän kokee usein täydellistä tyhjyyden tunnetta, joka voi vaihdella syvän psyykkisen kivun kokemisen kanssa. Hänellä voi olla hyvin vähän tai ei lainkaan tietoisesti tavoitettavia positiivisia selviytymismalleja tai kokemuksia yhteistyöstä (Herbert, 2006). Siksi hoidossa keskeistä on aluksi turvan luominen pyrkimällä aktiivisesti (1) tekemään terapiasuhde mahdollisimman

turvalliseksi sekä (2) auttamalla potilasta omaksumaan taitoja, joiden avulla hän voi itse paitsi säädellä itseään, myös huolehtia itsestään uudella tavalla, myötätuntoisemmalla tavalla.

Monilla on hyvin turvaton, vaille jäänyt ja tarvitseva puoli persoonallisuudessaan. Henkilön ei välttämättä kuitenkaan ole helppo kuvailla sanoin tämän puolen emotionaalista kipua ja tarpeita, sillä sen sisältämät emootioskeemat koostuvat usein sanattoman tason ei-kielellisestä informaatiosta. Yleinen perusturvallisuuden tunteen puute, sisäinen haavoittuneisuuden tunne, voimakas hätäannus, läheisissä ihmissuhteissa aktivoituvat pelot tai häpeä ovat muutamia esimerkkejä tällaisista vaikeasti verbalisoitavista kokemuksista (Herbert, 2006). Siksi oloja voi olla vaikea tai mahdoton käsitellä tavanomaisesti terapiassakaan. Usein kokemusten jakamista häiritsee myös epävalidoivassa ympäristössä opittu jatkuva itse-epäily. Henkilö on voinut oppia ohittamaan omat tunteensa pian näiden tultua tietoisuuteen. Siksi epävakaan persoonallisuuden hoidossa tärkeimpiä tavoitteita on, että potilas oppii ottamaan itsensä todesta, validoimaan itseään (Linehan, 1993; Livesley, 2003). Validaatio on kaikkien kognitiivisen ja käyttäytymisterapian piiristä kehittyneiden epävakaan persoonallisuuden hoito-ohjelmien kulmakivi ja muun hoidon mahdollistaja. Se on sekä terapeuttinen asenne että aktiivinen hoidollinen strategia (Kåver & Nilsson, 2004).

Tuoreet kognitiivis-emotionaalista prosessointia valottavat tutkimustulokset tukevat kiintoisalla tavalla terapeuttien olemassa olevia käsityksiä optimaalisesta terapeuttisesta asennoitumisesta epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä hoidettaessa. Lynch ym. (2006) tutkivat dialektisen käyttäytymisterapian emotionaalisen haavoittuvuuden teorian sensitiivisyyskomponenttia. Tätä reaktiokynnystä tutkittiin käyttäen ärsykekuvia, joiden ilmaisema affekti voimistui asteittain neutraalista maksimaaliseen. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät tunnistivat kasvokuvien ilmaiseman affektin varhaisemmassa vaiheessa kuin terveet verrokkit. Fertuckin ym. (2009) löydökset olivat samansuuntaisia:

epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät olivat terveitä verrokkeja sensitiivisempiä tunnistamaan muiden mielentiloja affekteja ilmentävistä kasvokuvista, kun näkyvissä oli vain silmien seutu. Voi ajatella, että tällainen sensitiivisyys muiden mielentiloille on aikoinaan auttanut yksilöä sopeutumaan traumaattisiin vuorovaikutuskokemuksiinsa. Doneganin ym. (2003) tutkimuksen jälkipuinnissa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät kertoivat kokeneensa neutraalit kasvot uhkaavina. Wagnerin ja Linehanin (1999) tutkimuksessa he näkivät neutraaleilla kasvoilla virheellisesti negatiivisia tunteita. Tutkijat pohtivat, että neutraalit kasvot edustavat epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville epäselvää, moniselitteistä havaintoa, jonka he ovat taipuvaisia tulkitsemaan uhaksi. Tämä on terapiasuhteen näkökulmasta merkityksellistä. Skeematerapian kehittäjän Jeffrey Youngin mukaan terapeutin neutraliteetti on omiaan voimistamaan potilaan suojautumista. Niin dialektisen käyttäytymisterapian kehittäjän Marsha Linehanin, Jeffrey Youngin kuin kompleksisen trauman hoitoa kehittäneen Claudia Herbertinkin mukaan on tärkeää, että potilas tuntee terapeutin liittoutuvan kanssaan aidolla, lämpimällä tavalla. Tällaisen todellisen suhteen aineksia on myös terapeutin tavanomaista kantaottavampi tyyli. Ei liene sattumaa, että sekä Linehan että Young puhuvat potilaan puolella olemisen tärkeydestä epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä hoidettaessa. Bateman ja Fonagy (2004, 2006) taas kuvaavat, kuinka mentalisaatiota edistää se, että terapeutti tekee omaa ajatteluaan potilaalle läpinäkyväksi. Linehan (1993) ja Young (2007) puhuvat lähes samasta asiasta aitona, henkilökohtaisena reagoitina ja palautteen antona. Uudet tutkimustulokset lisäävät ymmärrystä siitä, kuinka tällaiset terapiasuhteen elementit voivat auttaa vähentämään potilaan kokemaa uhan tunnetta terapiassa.

Epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitetyt kohdennetut hoitomallit huomioivat häiriöstä kärsivien puutokset, kuten vaikeuden kuvata mielentiloja verbaalisesti. Hoitomallien tavoitteiden asettelu on realistista. Kuten mentalisaatioterapian kehittäjät Anthony Bateman ja Peter Fonagy (2004) kuvaavat,

hoidon varhaisvaiheessa ei oletetakaan, että potilas osaisi kuvailla tunteitaan tai säädellä impulssejaan. Tällaista kyvykkyyttä on tarkoitus auttaa alulle vähitellen. Epärealistisen korkean tavoitteiden asettelun riskinä nimittäin on, että hoito muodostaa potilaalle uuden traumaattisen epäonnistumisen kokemuksen, josta hän yleensä syyttää ja rankaisee itseään (Arntz & Van Genderer, 2009). Pahimmillaan potilasta voidaan myös hoidossa suoraan tai epäsuorasti rangaista siitä, ettei hän muutu I-akselin häiriöiden, kuten masennuksen hoitoon kehitettyjen ohjelmien avulla (Livesley, 2003)

Terapiasuhteen keskeisen roolin ja realististen tavoitteiden lisäksi hoidossa tarvitaan vaihtoehtoisia lähestymistapoja ja menetelmiä. Yksinomaan kieleen perustuvien menetelmien avulla ei kyetä ihanteellisesti tavoittamaan sellaisia kokemuksen puolia, joille ei ole sanoja. Esimerkiksi tietoisien läsnäolon harjoittelun tai kehotyöskentelyn avulla voidaan tavoittaa joitain vaikeasti verbalisoitavissa olevia kokemuksen puolia (Herbert, 2006).

Traumoja kokeneet oppivat usein uskomaan olevansa voimattomia oman elämänsä ohjaamisessa. Tällaisella kokemistavalla voi olla merkittävä vaikutus epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän hoitoon kiinnittymiseen. Yksilön kokiessa vaikuttamisen mahdollisuutensa vähäisinä hänen käyttäytymisensä valikko voi kapeutua siinä määrin, ettei onnistumisen kokemuksia helposti pääse syntymäänkään. Näin uskomus ruokkii itseään tehokkaasti. Siksi epävakaan persoonallisuuden hoidossa keskeistä on suuntautua aktiivisesti motivaation luomiseen ja ylläpitämiseen sekä agenttisuuden tunteen vahvistamiseen (Linehan, 1993; Livesley, 2003). Epävakaan persoonallisuuden kohdennetuissa hoito-ohjelmissa motivaatiota ei pidetä potilaan muuttumattomana ominaisuutena tai hoidon esiedellytyksenä, vaan motivaation ongelmia ymmärretään työstettävissä olevina siinä missä mitä tahansa muitakin vaikeuksia. Viime kädessä motivaatiota lisäävät potilaan omat kokemukset onnistumisesta ja muutoksesta. Potilaan olisikin tärkeä saada heti hoidon alkuvaiheista alkaen kokemuksia mahdollisuudestaan vaikuttaa

omiin oloihinsa ja asioihinsa (Livesley, 2003). Terapeutin on tärkeä nähdä pienetkin onnistumiset ja muutokset, suunnata huomio niihin ja vahvistaa niitä.

Työni kysymyksenä on, mitä epävakaan persoonallisuuden hoidossa tarvitaan ja miksi. Lähestyn tätä kysymystä tarkastelemalla, mitä hoidossa tapahtuu silloin, kun itsessäni herää tarve integroida hoitoon jonkin toisen hoitomallin lähestymistapoja. Käytän työskentelyni perustana epävakaan persoonallisuuden hoidossa tutkittuja dialektista käyttäytymisterapiaa ja skeematerapiaa. Kysymyksenasetteluni kumpuaa kokemastani tarpeesta joustavasti täydentää niin dialektisen käyttäytymisterapian kuin skeematerapian ymmärrystä ja hoitomenetelmiä.

## **2. EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUDEN HOITOMALLIT**

### **2.1. Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)**

Linehanin (1993) alkuperäisen mallin mukainen DKT on intensiivinen avohoito-ohjelma, jonka ensi vaiheessa tavoitteena on tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn lisääntyminen. Potilas ja terapeutti muokkaavat potilaan vaikeuksista ja elämäntavoitteista selkeät behavioraalisesti määritellyt fokukset hoidolle. Terapiatyöskentely kohdennetaan näihin tavoitteisiin. Ongelmallisia tilanteita tutkitaan ketjuanalyysin itseymmärryksen, vaihtoehtoisen (dialektisen) ajattelun ja tehokkaan ongelmanratkaisun lisäämiseksi. Taitavaa käyttäytymistä harjoitellaan taitovalmennuksessa ja yksilöterapiassa. Varhaisvaiheen DKT on validaatiopainotteista, joskin terapeutin tehtävänä on saada validaatio- ja muutosväliintulot kulloisenakin hetkenä optimaaliseen tasapainoon. Kun potilas ei enää käyttydy itsetuhoisesti intensiivisen tuskan ohjaamana, DKT:ssa voidaan edetä toiseen vaiheeseen. Tässä terapian toisessa vaiheessa, jota Linehan kutsuu "hiljaisen

epätoivon” vaiheeksi tavoitteena on traumaperäisen stressin lievittäminen ja usein estyneen suremisen käynnistäminen tai laajemminkin emotionaalisen kokemuksen helpottaminen. Seuraavien vaiheiden tavoitteena on mm. itsearvostuksen lisääntyminen, onnistumisen kokemusten lisääminen, vetäytymisen ja vieraantumisen vähentäminen, integraation lisääminen ja merkitysten löytäminen sekä positiivisten tunteiden helpottaminen. Koko hoidon läpäisevänä ydintavoitteena on uudenlaisten taitojen omaksuminen. Tällä tarkoitetaan kyvykkyyden lisääntymistä hyvin laajasti ymmärrettynä – aina ongelmanratkaisutaidoista itsevalidaatioon ja kykyyn olla tietoisesti läsnä käsillä olevassa hetkessä.

Tämän työn rajoissa on mahdollista tarkastella vain hoitomallien kaikkein tunnusomaisimpia piirteitä. Ryhmämuotoinen taitoalmentaminen on nimenomaan DKT:lle tunnusomainen menetelmä. Viikoittainen, kerrallaan kaksi tuntia kestävä ryhmä on kuin seminaari tai iltakoulu: tavoitteena on oppiminen. Ryhmässä opetellaan tietoisesti läsnäolon, tunnesäätely-, vuorovaikutus- ja kriisitaitoja. Puolet ryhmäajasta käytetään välitehtävien läpikäymiseen sen varmistamiseksi, että potilaat saavat yleistettyä terapiassa oppimansa taidot elämäänsä. Puolet ajasta käytetään uusien taitojen harjoitteluun.

DKT:aa luonnehtii keskeisesti myös vahvistussuhteiden hallinta. Taitavan käyttäytymisen vahvistamisen ja vähemmän taitavan sammuttamisen tavoitteena on ensisijaisesti auttaa potilasta saavuttamaan elämäntavoitteitaan. Taitamattomat selviytymistyylit ovat yleensä ristiriidassa henkilön elämäntavoitteiden kanssa. Se, mihin terapeutti suuntaa ja mihin hän jättää suuntaamatta huomionsa terapiaistunnossa, on vahvistussuhteiden hallintaa, samoin se, miten asioihin kiinnitetään huomiota. Terapeutti suhtautuu itsetuhokäyttämiseen arkisesti ja kuivan asiallisesti ongelmanratkaisuyrityksenä ja haluaa ensisijaisesti ymmärtää, miten tarve vahingoittaa itseä syntyy. Hän on kiinnostunut niistä tunteista, kokemistavoista ja laukaisevista tekijöistä, jotka johtavat itsetuhokäyttämiseen.



Siten potilas oppii vähitellen suuntaamaan huomionsa itsetuhoimpulssien taustalla olevien tunteiden havaitsemiseen ja käsittelyyn, ts. vaiheeseen, jossa taitava toiminta on vielä mahdollista. Terapeutti suuntaa huomionsa kaikkeen toimivaan, mitä potilas sanoo ja tekee ja vahvistaa sitä.

Vaiheittainen hoito itse asiassa myös vahvistussuhteiden hallintaa, sillä vaiheesta toiseen eteneminen on palkitsevaa. Monet käsittelisivät terapiassaan mieluummin muita teemoja kuin itsetuhokäyttäytymiseen johtaneita tapahtumaketjuja, joita DKT:n hierarkkisten prioriteettien mukaisesti kuitenkin on aina syytä analysoida perinpohjaisesti. Kun potilas ei enää ajaudu itsetuhoiseen käyttäytymiseen, terapiassa mahdollistuu ”mielenkiintoisempien” teemojen, esimerkiksi ihmissuhteiden tai traumaattisten kokemusten käsittely.

DKT:n oppikirja (Linehan, 1993) kuvaa vain niukasti ensi vaihetta seuraavien vaiheiden hoitoa. Traumojen hoitoa ja sitä, miten estynyttä suremista helpotetaan ja emotionaalista kokemista edistetään terapian toisessa vaiheessa, kuvataan vain vähän. Linehan (1993) suosittelee traumojen hoitoon altistusta. Lisäksi tietoisien läsnäolon taitojen voi ajatella helpottavan sekä nykyhetkeen maadoittumista traumatyöskentelyssä että autenttisempaa kokemista. Linehanin seuraajat, kuten Alan Fruzzetti (mm. 2006) ovat kehittäneet DKT:aa edelleen. Fruzzetti on mm. kuvannut monipuolisia menetelmiä vuorovaikutusongelmien hoitoon.

## **2.2. Skeematerapia**

Skeematerapian (Young, Klosko & Weishaar, 2003) ensimmäisessä vaiheessa potilas ja terapeutti liittoutuvat keskenään. Ensi vaiheen tavoitteena on myös tunteiden säätelyn helpottaminen. Terapian toinen vaihe on pitkälti moodityötä. Moodien integraation edistäminen on epävakaan persoonallisuuden hoidossa tärkeä

hoitotavoite. Lopuksi kolmannessa, nk. autonomian vaiheessa työskentelyn kohteena ovat mm. potilaan elämäntavoitteet ja terapian ulkopuolinen elämä.

Young kuvaa neljän perusmoodin luonnehtivan epävakaata persoonallisuutta. Moodimallin tueksi on saatu alustavaa kokeellistakin näyttöä (mm. Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005). Haavoittuneen tai hylätyn lapsen moodi kuvaa hyvin turvatonta, vaille jäänyttä ja tarvitsevaa puolta persoonallisuudessa. Tässä moodissa yksilö kaipaa turvaa, lohdutusta ja hoivaa, mutta usein hän samanaikaisesti pelkää sitä. Moodi pitää sisällään myös traumamuistot, joiden aktivoitumista henkilö yleensä pelkää. Hylätyksi tulemisen pelko voi joinakin hetkinä vaikuttaa psykoottistasoiselta. Tässä moodissa potilas voi vahingoittaa itseään vaimentaakseen tunteidensa intensiteettiä. Hän voikin viettää suurimman osan ajasta suojaautujan moodissa välttyäkseen kokemasta lapsimoodin tuskaa. Suojaautuja näyttää ”normaalilta” muttei tunne mitään. Henkilö käyttää psykologista (tunteiden poissulkeminen, ajattelun estäminen) ja konkreettista (kotiin jääminen, nukkuminen, puhumattomuus) vetäytymistä selviytymiskeinonaan, koska tunteminen ja ihmissuhteet tuntuvat pelottavilta. Tässä moodissa hän voi vahingoittaa itseään yrityksenä tuntea edes jotakin, sillä suojaautujan moodin tyhjiys ja turtuneisuuskin voivat tuntua sietämättömiltä. Ensimmäisten tutkimushavaintojen mukaan suojaautujan moodi näyttäisi spesifisesti epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvältä selviytymisstrategialta (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005).

Monet traumoja kokeneet kokevat olevansa vastuussa huonosta kohtelustaan. Henkilö on voinut sisäistää tämän vastuun kokemuksen osaksi rankaisevan vanhemman moodia, joka pitää yllä kielteistä sisäistä dialogia vastuuttaen ja syyllistäen häntä paitsi menneisyyden tapahtumista, myös pienistä arkisista sattumuksista (”Katso nyt, mitä taas saat aikaan! Et kyllä osaa tehdä mitään oikein! Aiheutit taas kärsimystä kaikille!”). Nämä itsearviot ovat hyvin vaurioittavia, ja henkilö voi vihata itseään ja kokea, ettei hän ole oikeutettu juuri mihinkään hyvään tai edes tavanomaiseen. Rankaisevan vanhemman moodi voi saada ihmisen – ei

välttämättä tietoisesti - hakeutumaan tilanteisiin, joissa häntä pahoinpidellään tai kohdellaan kaltoin. Potilas vahingoittaa itseään usein tähän moodiin liittyvän häpeän ja itsevihan seurauksena itserankaisutarkoituksella. Joskus rankaisevan vanhemman moodi uhkaa tuhota terapian, kun potilas kokee itsensä pahana ihmisenä, jolla ei ole oikeutta saada apua.

Vihaisen lapsen moodi aktivoituu usein tarpeiden vaille jäämisestä ja muiden koetusta välinpitämättömyydestä. Tässä moodissa potilas kokee muut tarkoituksellisen pahantahtoisina ja hyljeksivinä. Viha voi olla myös sekundaarista henkilön kokiessa primaaristi esimerkiksi haavoittuneisuutta, häpeää tai avuttomuutta. Vihaisen lapsen moodin aktivoitumisen taustalla voi joskus olla myös henkilön vaikeus ilmaista omia todellisia tunteitaan ja tarpeitaan, jolloin muut eivät ymmärrä, mitä hän tarvitsee ja voivat reagoida epävalidoivasti. Tässä moodissa potilas voi vahingoittaa itseään esimerkiksi näyttääkseen ymmärtämättöminä kokemilleen muille ihmisille, että hän kärsii tai kostaakseen kokemansa huonon kohtelun.

Terapiassa tavoitteena on ohittaa suojautujan moodi ja auttaa potilasta pääsemään aidompaan kontaktiin tunteidensa kanssa. Se tarkoittaa haavoittuneen tai hylätyn lapsen moodin emotionaalisen kivun kokemista. Terapeutti pyrkii rohkaisemaan tämän moodin ilmentymistä. Hän auttaa potilasta pysymään lapsimoodissa, sillä tässä moodissa tunteet ovat aitoja ja potilasta voidaan hoitaa. Suojautujan ohittaminen vie yleensä ensimmäisen terapiavuoden. Skeematerapeuttien kokemusten mukaan terapian tuloksellisuus riippuu pitkälti siitä, miten hyvin rankaisevan vanhemman ääni saadaan vaimenemaan. Terapian toinen vuosi omistetaan usein tämän moodin ulosheittämiseen. Terapeuttisen muutoksen ymmärretään perustuvan erityisesti hylätyn lapsen vanhemmointiin ja kokemuksellisiin työtapoihin kuten mielikuvaharjoituksiin. Young (mm. 2007) on skeematerapiaa edelleen kehitellessään alkanut enemmän korostaa nimenomaan vanhemmointia epävakaan persoonallisuuden keskeisimpänä hoitostrategiana.

Lapsimoodia hoitaa hänen mukaansa se, että terapeutti pyrkii mukauttamaan toimintansa vastaamaan tämän yksilöllisiin emotionaalisiin tarpeisiin. Vasta myöhemmin voidaan hyödyntää kognitiivisia työtapoja. Skeematerapiassa nimittäin ajatellaan, että hoidon varhaisvaiheessa potilaan terveen aikuisen moodi on niin vaillinaisesti kehittynyt, ettei hän vielä kykene vaihtoehtoiseen ajatteluun. Silloin riskinä on, että potilas kokee kognitiivisemmän työskentelyn merkityksettömänä tai rankaisevana. Samasta syystä skeematerapiassa käyttäytymisen aktivaatio jätetään viimeiseen vaiheeseen (Arntz & van Genderen, 2009, Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Kokemukselliset, tunteita aktivoivat menetelmät ovat vanhemmoinnin lisäksi hyvin keskeinen osa skeematerapiaa. Hollantilaiset skeematerapeutit Arntz ja van Genderen (2009) laajentavat skeematerapian teoriaa painottaen kokemuksen sensoristen, emotionaalisten ja kognitiivisten aspektien integraation tärkeyttä. He kuvaavat, kuinka kokemuksellisia ja kognitiivisia työtapoja yhdistetään toisiinsa ja täydentävät erityisesti skeematerapian kognitiivisia menetelmiä. Yksinkertainen esimerkki kokemuksellisten ja kognitiivisten työtapojen integroimisesta on mielikuvaharjoituksen seurauksena muokkautuneiden uusien uskomusten kirjaaminen selkeästi ylös, esimerkiksi taululle.

Skeematerapian tärkein uusi sovellusalue on ryhmäterapia. Ryhmämuotoinen skeematerapia yhdistää skeematerapiaa tunnetietoisuuden harjoitteluun, epävakaasta persoonallisuushäiriöstä tarjottavaan psykoedukaatioon sekä ahdistuksen sietämistä helpottavien taitojen opetteluun. Ryhmämuotoisen skeematerapian ensimmäiset hoitotulokset ovat erittäin lupaavia (Farrell, Shaw & Webber, 2009). Huomionarvoista myös on, että skeematerapia on toistaiseksi ainoa hoitomuoto, jonka on tutkimuksissa osoitettu korjaavan epävakaan persoonallisuuden kaikkia eri oireulottuvuuksia (Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort & Arntz, 2006; Zanarini, 2009).

### 2.3. Livesleyn integratiivinen viitekehys

John Livesley (2003) on kuvannut persoonallisuushäiriön vaiheittaisen hoidon viitekehysten. Tämä integratiivinen viitekehys rakentuu self-psykologian, interpersonaalisen, psykodynaamisen, kognitiivisen, kognitiivis-analyttisen, käyttäytymisterapian, dialektisen käyttäytymisterapian sekä konstruktivismin elementeistä. Livesley on myös temperamenttipiirretutkija, joten hänen kuvaamaansa viitekehysten vahvuutena on ymmärrys persoonallisuushäiriön biologisesta taustasta. Hän kuvaa lähestymistapoja, jotka voivat auttaa potilasta sekä ymmärtämään ja hyväksymään korostuneita piirteitään että säätelemään niiden ilmentämistä.

Livesley (2003) esittää persoonallisuushäiriön hoidon vaiheiksi seuraavia: (1) turvallisuus ja vakaannuttaminen: oireiden ja kriisien hoito, (2) säätelyn edistäminen: affektien ja impulssien hoito, (3) säätelyn edistäminen: traumojen ja dissosiaation hoito, (4) tutkiminen ja muutos: minuuden ja ihmissuhteiden ongelmien hoito, (5) tutkiminen ja muutos: sopeutumista heikosti palvelevien temperamenttipiirteiden hoito ja (6) integraatio ja synteesi: ydinpuutosten hoito.

Viitekehys erottaa yleiset terapeuttiset lähestymistavat ja spesifiset hoidolliset väliintulot. Ensin mainituilla Livesley (2003) tarkoittaa (1) yhteistyösuhteen luomista ja ylläpitämistä, (2) ennustettavan ja sisäisesti johdonmukaisen hoidon luomista, (3) validaatiota sekä (4) huomion suuntaamista motivaation luomiseen ja ylläpitämiseen. Hoito rakentuu näiden yleisten terapeuttisten lähestymistapojen perustalle. Yhteistyösuhteen toimiessa, potilaan kokiessa terapeutin ymmärtävän hänen näkökulmansa ja ollessa motivoitunut hoitoon eri viitekehysten piiristä haettuja työtapoja voidaan sitten soveltaa joustavasti ja tarpeenmukaisesti. Livesley suosittelee priorisoimaan yleiset terapeuttiset lähestymistavat ensisijaisiksi ja

pitäytymään niissä kiiruhtamatta muutosta tavoitteleviin väliintuloihin aina kun hoitosuhde on kuormittunut tai potilaan motivaatio horjuva.

Livesley (2003) esittää epävakaaan persoonallisuuden hoidon keskeiseksi työtavaksi yhteistyössä tapahtuvaa tutkimista ja kuvaamista. Menetelmä on samanlainen kuin DKT:n keskeinen työtapana, ketjuanalyysi. Ideana on pyrkiä tarkasti ymmärtämään, miten potilaan kokemukset rakentuvat, mikä laukaisee käyttäytymistä, mitä mistäkin seuraa ja mitä vaihtoehtoista ja toimivaa potilas voisi harkita tekevänsä. Myös moodien tunnistaminen ja nimeäminen, niiden vaihtoksia laukaisevien tekijöiden tutkiminen ja yhteyksien luominen eri moodien välille on osa tätä työskentelyä. Ongelmallisen tilanteen tai kokemuksen yhteisen tutkimisen ja kuvaamisen tavoitteena on itseymmärryksen lisääminen, integraation helpottaminen ja taitavan käyttäytymisen edistäminen. Ehkä hieman yllättäen Livesleyn esittämässä työskentelyssä kognitiivinen painotus on vahvempi kuin DKT:ssa tai skeematerapiassa. Viitekehystä onkin kritisoitu tunnetyöskentelyn rajallisuudesta (Links, 2005).

### **3. TRAUMATISOITUMISEEN PERUSTUVAT HOITOMALLIT**

#### **3.1. Traumot ja kognitiivis-emotionaalinen prosessointi**

Traumaattiset kokemukset vaikuttavat yksilön tapaan prosessoida informaatiota. Traumatisoituminen voi johtaa eri aivosysteemien - kognitiivisen, emotionaalisen ja somatosensorisen - prosessoinnin integratiivisen toiminnan häiriintymiseen (Herbert, 2006). Traumanaikaiset somatosensoriset ja emotionaaliset kokemukset voivat tallentua spesifeihin muistisysteemeihinsä, kuten tilannekohtaisesti virittyvään muistiin (situationally activated memory, SAM), mutta henkilö ei kykene

integroimaan tätä informaatiota korkeampiin, kielellä tavoitettaviin muistisysteemeihin (verbally accessible memory, VAM) (Brewin, 2001; Brewin & Holmes, 2003). Siksi teoreettisesta viitekehyksestä riippumatta ajatellaankin, että kokemuksen kognitiivisten, emotionaalisten ja somatosensoristen puolten integraation helpottaminen on jatkuva, keskeinen hoitotavoite epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä hoidettaessa. Tästähän mentalisaatiossakin on kysymys.

Epsteinin (1994) informaationprosessointiteorian mukaan ihmismielessä tapahtuu kahdenlaista prosessointia; teoria erottaa kokevan mielen ja rationaalisen mielen. Monet syvät persoonalliset kokemistavat, kuten emotioskeemat ja selviytymisstrategiat, ovat osa kokevaa systeemiä, joka on nopea, assosiativinen ja tiedostamaton emotioihin, kinesteettiseen kokemiseen ja intuitioon perustuva puoli mielestä. Traumaattisten kokemusten seuraukset aktivoituvat automaattisesti autonomisen hermoston kontrolloimina eivätkä usein ole aktivoitumishetkellä tietoisia. Siksi ne eivät useimmiten ole kognitiivisesti kontrolloitavissa. Manteliumakkeen ja autonomisen hermoston reaktiot kiilaavat herkästi aivokuoren ohjaamien kognitiivisten toimintojen ohi (LeDoux, 1996).

Ei siis ole yllättävää, että syvät persoonalliset kokemistavat eivät yleensä ole helposti muutettavissa ajattelemalla. Lisäksi Herbertin (2006) mukaan aikoinaan eloonjäämistä palvelleiden selviytymistyylien kognitiivinen haastaminen voi johtaa niiden voimistumiseen ja vastustuksen lisääntymiseen. DKT:ssa ja skeematerapiassa painotetaan hoidon alkuvaiheessa kognitiivisten menetelmien sijasta validaatiota (ja DKT:ssa käyttäytymisen muuttamista) ja seuraavissa vaiheissa kokemuksellisia menetelmiä. Ymmärretään, että kokevan mielen tulee aktivoitua, jotta todellinen muutos mahdollistuisi. Menetelmätasolla tämä tarkoittaa tunteita aktivoivien lähestymistapojen, kuten mielikuvaharjoitusten ja moodityöskentelyn (skeema- ja traumaterapiat) hyödyntämistä. Mielikuvatyöskentelyssä - potilaan altistuessa traumaattiselle tapahtumalle uudelleen - sensoriset, fysiologiset ja emotionaaliset reaktiot aktivoituvat kuten alkuperäisessä tilanteessa. Kokemus muokkautuu

uudenlaiseksi, kun voimakkaan tunneaktivaation aikana voimasuhteet korjataan potilaan hyväksi ja lopuksi potilas harjoittelee mielikuvassa haavoittuneen moodin hoitamista. DKT:ssa taas hyödynnetään tarinoita, metaforia sekä altistusta tunteiden aktivoimisessa. Lisäksi tietoinen läsnäolo on yksi DKT:n ja joidenkin traumaterapioiden keskeisistä osatekijöistä, ja siinäkin on kyse nimenomaan tunteiden kokemisesta ja sallimisesta. Tavoitteena on paitsi aktivoida tunteita, myös jatkuvasti yhdistää kokemuksen tunne-, keho- ja kognitiivisia komponentteja toisiinsa.

### **3.2. Kompleksisen trauman hoito**

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien traumoja hoidettaessa on syytä ottaa huomioon yksittäisistä traumoista ja kompleksisesta traumatisoitumisesta kärsivien erilaiset hoidolliset tarpeet. Asia ei kuitenkaan ole selkeä, sillä tautiluokitus ei erottele erityyppisiä traumoja toisistaan. Siitä syystä ei ole käytettävissä tutkimusnäyttöä siitä, että yksittäisten traumojen hoitoon kehitetyt menetelmät olisivat tehokkaita kompleksisen traumatisoitumisen hoidossa (mm. Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2005). Kompleksisen trauman hoito ei siksi ole vakiintunutta. Monien mielestä se vaatii kuitenkin erilaista lähestymistapaa ja erilaisia menetelmiä kuin yksittäisten traumojen hoito.

Altistus on vakuuttavasti todettu tehokkaaksi yksittäisten traumojen hoidossa ja silloin, kun pelko on pääasiallinen traumamuistoihin liittyvä tunne. On kuitenkin epäselvempää, miten tehokasta menetelmä altistus on silloin, kun jokin muu kuin pelko on keskeisin traumamuistoihin liittyvä tunne. Joidenkin tutkimushavaintojen perusteella toistuva altistus näyttää johtavan vähitellen habituaatioon pelon ja inhon kohdalla. Pelko ja inho ovat vahvasti mantelitulmakeperäisiä tunteita, ja mantelitulmakeperäisten tunteiden kohdalla riittävä määrä altistusta johtaa tunteiden



hiipumiseen. Sen sijaan kortikaalisemmin prosessoitavien tai sekundaaristen tunteiden, kuten häpeän, syyllisyyden, vihan tai avuttomuuden ollessa vallitsevimpia traumoihin liittyviä tunteita altistus yksinään ei alustavien tutkimuslöydösten mukaan näyttäisi tehokkaalta (Smucker, 2009). Tällaiset tunteet vaativat myös erityyppistä uudelleenmuokkausta.

Herbertin (2006) mukaan iso ongelma myös on, että lapsuusiän kaltoinkohtelua kokeneilla ei ole olemassa sellaisia sisäisiä selviytymisstrategioita, joita tavanomaisessa altistuksessa tarvitaan. Hänen mukaansa seurauksena yksittäisiin traumoihin kohdistetun hoidon tarjoamisesta kompleksisesti traumatisoituneille voi parhaimmassa tapauksessa olla turvattomuudentunteen voimistumista ja kyvyttömyyttä sitoutua työskentelyyn. Pahimmillaan seurauksena voi olla uudelleentraumatisoituminen, suojaavien strategioiden romahtaminen ja voinnin heikentyminen lisääntyneine takautumiseen ja dissosiativisine oireineen.

Claudia Herbert (2006) on kuvannut kolmen systeemin lähestymistavan (3-systems approach) kompleksisen trauman hoitoon. Siinä keskeisenä ideana on edistää kortikaalisen (kognitiivisen), limbisen (emotionaalisen) ja somatosensorisen (kehollisen) prosessoinnin integraatiota. Terapian ensi vaiheessa tavoitteena on vakauttaminen ja oireiden lievittäminen. Toisessa vaiheessa käsitellään traumaattisia muistoja, ja kolmannessa vaiheessa tavoitteena on persoonallisuuden integroituminen ja kuntoutuminen.

Herbertin (2006) mukaan prosessoinnin eri puolien integraatio edellyttää ensinnäkin huomion suuntaamista potilaan ajankohtaiseen tilaan tässä ja -nyt ja toiseksi menneisyyden työstämisestä kaikki edellä mainitut modaliteetit (keho, tunteet ja kognitiot) huomioiden ja integroiden. Mentalisaation idea tulee hyvin lähelle ensin mainittua, vaikka menneisyys ei mentalisaatioterapiassa ole keskeinen työskentelyn kohde.

Herbertin (2006) mukaan yksinomaan kieleen perustuvien menetelmien avulla ei kyetä ihanteellisesti tavoittamaan kompleksisesta traumasta kärsivien hoidollisia tarpeita. Hänen mukaansa bottom up -työskentely on tämän potilasryhmän kanssa hyvin tarpeellista. Tällä tarkoitetaan työskentelyä, jossa huomio suunnataan kehon ja sensoristen kokemusten aistimiseen ja kokemiseen ja myöhemmin nimeämiseen sekä tunteiden ja ajatusten vähittäiseen liittämiseen näihin. Tietoisen läsnäolon taidot voivat Herbertin mukaan luoda perustaa integratiivisemmalle kokemistavalle auttaessaan yhdistämään prosessoinnin eri puolia. Tässä onkin nähtävissä yhtymäkohta DKT:aan. Kolmen systeemin lähestymistavalla on yhteisiä piirteitä myös skeematerapian kanssa, mm. persoonallisuuden eri puolten kanssa työskentely.

#### **4. MAHDOLLISIA TÄYDENTÄVIÄ HOITOMALLEJA**

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät kokevat intensiivisiä tunteita ja ovat usein oppineet pelkäämään niitä. Siksi heillä on taipumusta estää ja ylikontrolloida tunteitaan. Kaikkien epävakaan persoonallisuuden hoito-ohjelmien piirissä ajatellaan, että potilaan hieman vakaannuttua hoidon tavoitteena on edistää aitoa emotionaalista kokemista. Skeematerapiassa tämä muotoillaan suojaautujan moodin ohittamiseksi. Linehan taas puhuu estyneen suremisen käynnistämisen hoidollisesta merkityksestä. Mentalisaatioterapiassa pseudomentalisaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas voi kyllä puhua tunteistaan – näennäisen sujuvastikin – kuitenkin oikeasti tuntematta mitään. Toimivassa emotionaalisisessa prosessoinnissa kognitiot yhdistyvät *koettuun* affektiin.

## 4.1. Tunnesuuntautunut psykoterapia

Tunnesuuntautuneessa terapiassa (Greenberg & Paivio, 1997) tavoitteena on edistää yksilön yhteyttä primaareihin kokemuksiinsa ja helpottaa primaaritunteiden kokemista ja ilmaisemista, sillä adaptiivisissa primaaritunteissa on tietoa ja perusta terveille toimintapyrkimyksille. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän hoidossa esimerkiksi traumoihin liittyvän psyykkisen kivun kohtaaminen tulee potilaan vakaannuttua usein terapiatyöskentelyn kohteeksi. Monilla epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä on myös surematonta surua, jonka Greenberg ja Paivio (1997) määrittelevät primaariksi maladaptiiviseksi suruksi. Heidän mukaansa primaaritunteet ovat epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä usein maladaptiivisia. Nämä ovat tunteita, jotka toistuvat uudelleen ja uudelleen muuttumattomina. Esimerkiksi suru, häpeä tai viha sekä ydinkokemus yksinäisyydestä, hylkäämisestä, arvottomuudesta tai kelpaamattomuudesta voivat olla tällaisia. Niistä seuraa yleensä jumissa olon kokemus sekä sekundaarisesti toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita. Tällaiset maladaptiiviset kokemukset pitävät myös yllä toistuvia vuorovaikutusmalleja, jotka ovat omiaan entisestään vahvistamaan jumissa olon tunnetta. Tunnesuuntautuneen terapian ideana on, että maladaptiivisista primaaritunteista tietoiseksi tuleminen auttaa avaamaan niitä uudelle informaatiolle ja siten muokkaamaan niistä jotain adaptiivista.

Psykoterapeutit ovat kauan pitäneet häpeää epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvänä keskeisenä tunteena ja nähneet yhteyksiä häpeän, toistuvien kriisien ja kroonisen itsetuhoisuuden välillä. Tutkimuksissa on saatu nyt empiiristäkin näyttöä näiden käsitysten tueksi. Rüschin ym. (2007a, b) tutkimuksissa, joissa vertailuryhmät kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä tai sosiaalisesta fobiasta – siis häiriöistä, joihin liittyy keskeisesti häpeä – tuli esiin, kuinka taipumus hävetä itseään luonnehti spesifisti epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä. Onkin jopa esitetty, että epävakaasta persoonallisuus olisi kroonistunut häpeävaste (Crowe, 2004). Terapian

toisessa vaiheessa primaarinen maladaptiivinen häpeä tulee usein työskentelyn kohteeksi, ja tunnesuuntautuneen psykoterapian menetelmät voivat tarjota lisän tämän keskeisen ja vaikean ongelman työstämiseen.

Warwar, Links, Greenberg ja Bergmans (2008) kuvaavat tunnesuuntautuneen psykoterapian periaatteiden ja menetelmien integroimista epävakaan persoonallisuuden hoitoon. He nostavat esiin seitsemän keskeistä periaatetta:

(1) Hoidossa tutkitaan tunteita fokusoiden prosessiin sisällön sijasta. Lähestymistapa on siten samanlainen kuin mentalisaatioterapiassa.

(2) Hoito edellyttää vahvaa terapeutista allianssia.

(3) Terapiasuhde toimii tunteita säätelevänä sidoksena: terapeutin empatialla ja validaatiolla on tärkeä merkitys potilaan tunnesäätelyn omaksumisessa ja tyyntymisessä. Idea on samanlainen kuin erityisesti skeematerapiassa, mutta myös DKT:ssa.

(4) Tunteiden säätely on terapian tärkeä ja jatkuva tehtävä. Tähän luetaan tässä myös tunteiden tunnistamisen ja nimeämisen, säätelyä helpottavien taitojen sekä hyväksymisen ja myötätunnon omaksuminen. Potilaalle opetetaan esimerkiksi tunnesanoja, tunteen konkreettisten aspektien, kuten kehollisten puolten kuvailua ja laukaisevien tekijöiden tunnistamista. Lähestymistapa on siten hyvin samanlainen kuin DKT:ssa.

(5) Potilaalle annetaan psykoedukaatiota tunteista. Monet ovat oppineet pelkäämään tunteitaan ja suhtautumaan niihin tuomitsevasti. Psykoedukaation avulla voidaan lisätä potilaan tietoa tunteiden adaptiivisesta luonteesta ja muokata virheellisiä uskomuksia.

(6) Terapeutti toimii "tunne-couchina". Terapiassa tavoitteena on aktivoida tunteita, mutta altistuminen tunteille ja interventiot pyritään mitoittamaan sopivasti siten, että ne osuvat potilaan lähikehityksen alueelle.

(7) Muutoksen keskeisenä mekanismina on emotioskeemojen muokkaus. Tunnesuuntautuneessa terapiassa fokus on potilaan sisäisessä emotionaalisessa

kokemuksessa, ts. tunteissa, tarpeissa ja emootioskeemoissa. Lähestymistavassa on näiltä osin samankaltaisuutta erityisesti mentalisaatio- ja skeematerapian kanssa.

Tunnesuuntautuneessa työskentelyssä aktivoidaan muistoja, pysähdytään kokemaan tunteet mm. kohdistuen huomio siihen, millaisina ne tuntuvat kehossa sekä voimistetaan adaptiivisia primaaritunteita ja niiden ilmaisua. Terapeutti suuntaa potilaan huomion myös tämän non-verbaaliseen ilmaisuun auttaen häntä tulemaan tietoisemmaksi siitä, miten hän ilmaisee asioita ja viestittää sanattomasti. Epävakaan persoonallisuuden tunnesuuntautuneen psykoterapian periaatteet ovat siis pitkälti samanlaisia kuin epävakaan persoonallisuuden muiden hoito-ohjelmien. Sen sijaan lukuisat tunteiden aktivoimiseen ja muokkaamiseen tähtäävät menetelmät voivat olennaisesti rikastuttaa epävakaan persoonallisuuden hoitoa.

## **5. AINEISTO JA MENETELMÄ**

Käytän tässä työssä menetelmänä oman psykoterapiatyöskentelyni havainnointia havainnoiden siirtymisiä hoitomallista toiseen (DKT:sta skeematerapiaan ja skeematerapiasta DKT:aan).

Havainnointiin osallistui viisi terapiapotilasta, joiden taustatiedot on yksilönsuojan vuoksi tässä julkaisussa supistettu minimaalisiksi. Nimet on myös muutettu. Ulla, Kaisa ja Mari osallistuivat dialektisen käyttäytymisterapian hoito-ohjelmaan, ja Kati ja Liisa saivat skeematerapiaa yksilöterapiana. Kaikilla viidellä oli pääasiallisena diagnoosina epävakaata persoonallisuutta, ja neljällä heistä oli hoidon alkaessa itsetuhoista käyttäytymistä. Neljän traumatisoituminen oli kompleksista, ja neljällä oli ongelmia päihteiden käytön hallinnassa. Muiden potilaiden hoidot olivat luonnostaan niin integratiivisia, ettei niitä ollut mahdollista sisällyttää tähän aineistoon, jossa tarkoituksena oli havainnoida siirtymiä hoitomallista toiseen.

Käytän suoria lainauksia terapiatyöskentelystä, jotta olisi mahdollista konkreettisemmin havainnollistaa, mihin havaintoni perustuvat. Lainauksia on Ullan, Kaisan ja Katin terapiatyöskentelystä. Havainnot Liisan ja Marin työskentelystä olivat samansuuntaisia kuin Katin ja Ullan kanssa työskentelystä karttuneet havainnot. Viitataan niihin yleisluontoisesti tulokset- kohdassa.

## 6. TULOKSET

### 6.1. Siirtymät dialektisesta käyttäytymisterapiasta skeematerapiaan

Toistuvimpia tämän työn puitteissa tekemiäni havaintoja oli, että DKT:n taitoharjoitteluun keskittyvässä kriisipuheluprotokollassa oli vaikea pysyä. Tämä oli myös monien muiden DK-terapeuttien kokemus. Puheluiden aikana vaikutelmaksi tuli, että potilaat kaipasivat terapeutiltaan ensisijaisesti validaatiota sekä jäsenystä ehkä epämääräiselle kokemukselleen ja tyyntyivät, jos tämä onnistui. Havaitsin, että potilaan oli vaikea saada DKT-taitoja käyttöönsä ennen kuin hän koki, että terapeutti oli todella ymmärtänyt häntä tai ennen kuin hän itse ymmärsi, mistä hänen reaktiossaan oli kysymys. Tämä vei yleensä jonkin verran aikaa! Omien kokemusteni mukaan taitojen soveltamiseen oli mahdollista fokusoida vasta puhelun loppuvaiheessa.

Eräs Ullan ensimmäisen vuoden DKT-hoitopuhelu havainnollistaa siirtymää DKT-viitekehuksesta skeematerapian suuntaan.

*P: Mä oon ihan sekaisin (itkee hätääntyneenä ja tuskaisena puhelimeen). Mä en tajuu mistään mitään, kaikki on ihan sekavana vyyhtinä mun päässä.*

*T: Hei, mä kuulen. Mikä sun on? Onks sattunu jotain, jotain ulkosta tapahtumaa tai jotain sisästä, joka saa sut nyt pois tolaltas?*

*P: En mä tiedä, en oikeesti tajuu, mä oon ihan sekasin ja paniikissa.*

*T: Mä kuulen sen, todella. Selvitellään nyt ja mietitään sitten, mitä sä tarttisit. Millon sä huomaisit, että sä alat hätääntyä?*

*P: Ku me tultiin tänne leiripaikkaan, ni mä tajusin et tää paikka muistuttaa mua jostain kauheesta. Joku käsittämätön karmee kauhu huokuu joka seinästä ja lattialistasta. Kaikki tuntuu surulliselta ja pelottavalta. Se on huonekaluissa ja joka paikassa. Mä oon ihan yksin ja hajoon.*

*T: Jotain tosi pelottavan tuntuista... Mitä sä arvelet, hei, voisko ne olla pienen Ullan tunteita?*

*P: Joo, tosiaan, tää ei nyt liity tähän hetkeen täällä. Kaikki on täällä ihan hyvin, lapset leikkii hoitajien kanssa ja tääl on rauha maassa.*

*T: Niin just. Että nykyhetkessä on kaikki ok. Mut tää muistutti sua jostain aiemmasta tosi pelottavasta...*

*P: Joo.*

*T: Miten sä haluisit rauhoittaa tota puolta sussa, sitä pientä Ullaa? Mitä pieni Ulla nyt tarvitsee?*

*P: En mä tiedä...varmaan rauhoittumista.*

*T: Voisitsä kuvitella, että sä ottaisit pienen Ullan kainaloon ja vaikka puhuisit sille jotain rauhottavaa?*

*P: En mä osaa kuvitella...mut mä voisin kuvitella et mä oon Mummon kainalossa. Se oli turvallinen.*

*T: Niin just. Saatsä sellasen kuvan mieleen, et sä oot Mummon kainalossa?*

*P: Joo. Mä oon Mummon sylissä ja painan posken sen poskea vastaan.*

*T: Miltä se tuntuu?*

*P: Lämpimältä.*

*T: Voidaanks me viipyä hetki tässä mielikuvassa?*

DKT-kriisipuhelun yhteydessä ajattelin, että kokemuksen nimeäminen pienen Ullan moodiksi sekä mielikuvatyöskentely voisi siinä hetkessä tavoittaa jotakin olennaista ehkä paremmin kuin taitojen kokeileminen. Puhelintyöskentelyssä Marin kanssa tapahtui hyvin samanlaisia siirtymiä skeematerapiaan kuin Ullan kanssa. Kriisien hoito noudatti herkästi skeematerapian vähemmän strukturoitua muotoa, jossa keskeistä on lapsimoodin hoito.

Toinen toistunut havainto, jota kriisien hoitoon liittyvä edellinenkin esimerkki havainnollistaa, oli tarpeeni täydentää DKT:n kognitiivisia sekä kokemuksellisia työtapoja. Nämä täydennykset olivat erityisesti skeemojen ja moodien nimeämistä

niiden ilmetessä spontaanisti terapiakeskusteluissa tai ketjuanalyysien yhteydessä, joskus myös moodityöskentelyä.

*Ulla kuvasi toisena terapiavuotena, kuinka merkityksellistä rankaisevan vanhemman äänen tunnistaminen ja nimeäminen oli: "Tää on rankasevan fajjan ääni. Se tulee näyttämölle, kun mä haluun sanoa, mitä mieltä mä oon. Se paskiainen panee mut uskomaan, etten saa sanoa mitään".*

## 6.2. Siirtymät skeematerapiasta dialektiseen käyttäytymisterapiaan

Siirryin usein skeematerapiasta DKT-menetelmiin, kuten hankalan olon tai ongelmallisen tilanteen yksityiskohtaiseen ketjuanalyysiin niissä tilanteissa, joissa potilas oli toiminut tuhoisasti käyntien välillä. Havainnot työskentelystä Katin ja Liisan kanssa olivat samansuuntaisia: toistuvan ongelmallisen käyttäytymisen ilmetessä vaihdoin skeematerapiasta DKT-menetelmiin. Seuraava katkelma on tilanteesta, jossa päädyin analysoimaan ketjuanalyysityyppisesti viiltelyyn johtanutta tapahtumaketjua Katin ensimmäisen terapiavuoden alkuvaiheessa.

*P: Torstai oli tosi hankala päivä, ja lopuks mä viiltelin illalla.*

*T: Miten sun olo sellaiseks kehitty? Miten se alko?*

*P: Leena (läheinen kummitäti) soitti mulle. Se oli käynyt lääkärissä. Se kerto, et sitä ei voida enää parantaa. Mä olin silloin töissä, ni mä vain kuuntelin tän uutisen ja rupesin itkemään.*

*T: Voi, ku kurja...Piirretään hei tähän paperille, miten se kaikki meni. Mites sä muotoilisit sen tähän, et mistä sun kurja olo alko, niinku sen laukasevan tekijän.*

*P: Se ku Leena soitti ja kerto ton.*

*T: Niin just. Mä kirjotan sen tähän. Ja susta tuntu tosi...mikä tunne se on?*

*P: Lohduttomalta.*

*T: Totta kai. Muistatsä tunsitsä jotain muuta?*

*P: Et ku Leena kuolee, ni mua pelottaa, miten mä voin kestää sen ja selvitä.*

*T: Niin. Surua ja pelkoa. [kirjoittaa] Tunsitsä jotain muuta vielä?*

*P: En mä usko.*

*T: Mitä sä ajattelit surullisena ja pelästyneenä?*

*P: En oikeestaan muuta ku et miten mä voin kestää, et Leena kuolee.*

*T: Mä kirjotan tähän vielä sun ajatukset...Mitä sit tapahtu?*



*P: Mä en itkeny töissä mitenkään ihan kauheesti, mut ku mä menin töiden jälkeen äidille ja kerroin Leenan taudista, ni silloin mä rupesin itkemään ihan hysteerisesti. Äiti ei sanonu mitään. Se istu keittiössä, ei hievahtanu, ei esim. tullu mun lähelle. Ni se oli se viimeinen niitti. Mä tunsin itteni tyhmäks ja noloks.*

*T: Niin, tyhmäks ja noloks ku toinen ei reagoi mitenkään, ei lohduta.*

*P: Sit mä itkin jo niin hysteerisesti, et mä menin vessaan ja viiltelin.*

*T: Mitä sä ajattelit silloin?*

*P: Et mun on pakko lopettaa tää itku ku se on niin hurjaa ja niin noloo.*

*T: Niinpä, ku sä et saa sitä lohdutusta, mitä tarviit.*

*T: En mä ihmettele, että toi äidin reaktio tai siis sen puute voimisti sun itkuu ja teki sulle häpeää. Musta tää ketju on täysin ymmärrettävä aina tohon pisteeseen asti [osoittaa kohtaan juuri ennen viiltämistä] Tohon väliin meiän ois tarpeen keksiä jotain toimivaa. Mitä se voisi olla?*

Skeematerapiassa ideana on selvittää, mistä moodista itsetuhoisuus kumpuaa ja kohdistaa sitten väliintulot tämän moodin hoitoon. Mielestäni ongelmatilanteen ketjuanalyysi taas auttaa kuvaamaan itsetuhokäyttäytymiseen johtavan tapahtumien ja kokemistapojen ketjun riittävän tarkasti. Työtapa auttaa näkemään yhteydet tapahtumien, tunteiden ja käyttäytymisen välillä. Ketjuanalyysi voi siis antaa täsmällisempää informaatiota kuin kokemuksen nopeampi määrittely joksikin moodiksi. Lisäksi tunteet kuumenevat usein hyvin nopeasti kiilaten ajattelun ohi, ja siksi paperille piirretyllä ketjuanalyysillä on arvonsa, kun tavoitteena on hidastaa sitä vauhtia, jolla tunteet kanavoituvat toiminnaksi. Paperille piirretyn ketjuanalyysin äärellä on helppo yhdessä pohtia, mitä toimivaa ketjun eri vaiheissa voisi tehdä, ja kuva ketjusta voi joko jäädä potilaan mieleen tai hän voi palata kuvan äärelle konkreettisesti.

Toinen toistuva tämän työn puitteissa tekemiäni havainnoja oli, että skeematerapian viitekehuksesta käsin työskennellessäni kaipasin DKT:n ryhmämuotoista taitovalmennusta. Uskon, että sekä Kati että Liisa olisivat voineet hyötyä systemaattisesta, ryhmämuotoisesta taitovalmennuksesta.

Seuraava katkelma on Katin ensimmäisen vuoden loppupuolen terapiaistunnosta, jossa käsitelimme aluksi yhteistyössä läheisyyden ongelmaa seurustelusuhteessa.

Katilla oli takanaan useampia suojautujan moodin ”päälle naksauttamiseen” katkenneita orastaneita suhteita. Tämän takia ajattelin, että hän saattaisi toimivan oloisessa suhteessa ollessaan hyötyä joidenkin vuorovaikutustaitojen oppimisesta. Ajattelin, että hän voisi suojautumistarpeestaan huolimatta kokeilla olonsa kuvailemista kumppanilleen hieman enemmän.

*T: Hei, mitä tapahtui? Must näyttää, että sä vetäydyit, kun mä aloin ehdottaa tätä kuvailuharjoitusta.*

*P: [vihaisen näköisenä] Kukaan ei voi ymmärtää. Kukaan ei ymmärrä, et mä en voi muuttua noin vain nopeesti.*

*T: Miltä toi äskeinen puhe susta oikeen tuntu?*

*P: Ei miltään. Siis mä puhuin mun frendeist, et ne ei ymmärrä. Ne vaatii mua muuttumaan liian nopeesti.*

*T: Ai, mä voisin kuvitella, että myös toi äskeinen ois voinu tuntuu ymmärtämättömältä. Ku mehän ollaan puhuttu, et sul ei ollu muita vaihtoehtoja ku mennä muurin sisään. Muurin raotus ei oo helppoo.*

*P: Niinpä. Mut harva ymmärtää, et se on niin vaikeeta.*

Taitojen opetusyritykset yksilöterapiassa johtivat välillä allianssikatkoksiin. Tässä katkoksesta ei ehkä ollut kyse yksinomaan siitä, että taitojen opettaminen yksilöterapiassa on vaikeaa, vaan myös intervention väärästä ajoituksesta. Yleisesti ottaen taitojen opettaminen yksilöterapiassa tuntui kuitenkin toistuvasti vaikealta ja jäikin irralliseksi ja reaktiiviseksi.

### **6.3. Siirtymät traumaterapeuttisiin menetelmiin**

Tässä työssä havaitsin tarpeen a) täydentää DKT:n traumavaiheen työtapoja persoonallisuuden eri puolet huomioivalla mielikuvatyöskentelyllä. En itse asiassa kyennyt kokeilemaan DKT:n suosittamaa trauman altistushoitoa kertaakaan, sillä moodit huomioiva työskentely tuntui tarjoavan pelkkää altistusta miellyttävämmän lähestymistavan, kun altistuminen itse traumalle jäi vähäiseksi työskentelyn

koostuessa pitkälti uudelleenmuokkauksesta. Lisäksi havaitsin joissakin tilanteissa tarpeen b) muokata skeematerapian traumoihin kohdistuvaa moodityöskentelyä Herbertin tai Smuckerin mallin suuntaan (ks. seuraava kappale). Traumaterapian työtavat tuntuivat myös tarjoavan apua c) joissakin traumatisoituneiden potilaiden terapian jumikohdissa, joissa sen paremmin DKT:n kuin skeematerapiankaan menetelmät eivät tuntuneet riittävilä.

Skeematerapian traumaattisiin kokemuksiin kohdistetussa moodityöskentelyssä terapeutti yleensä astuu mielikuvaan korjaamaan voimasuhteet konfrontoimalla kaltoinkohtelijaa mielikuvassa ja vanhemmoimaan sitten potilasta. Youngin mukaan epävakaasta persoonallisuudesta kärsivällä nimittäin on resursseja konfrontaatioon ja itsen rauhoittamiseen vasta hoidon loppuvaiheessa. Toiset asiantuntijat, kuten Claudia Herbert (2006) ja Mervin Smucker (2007), joka on kehittänyt mielikuvatyöskentelymenetelmän lapsuusiän seksuaalisesta hyväksikäytöstä johtuvan traumaperäisen stressihäiriön hoitoon, näkevät optimaalisen terapeutin roolin toisin. Herbertin ja Smuckerin kehittelemissä työtavoissa terapeutti ei esimerkiksi mene itse mielikuviiin, puhu persoonallisuuden eri puolille suoraan tai haasta niitä suoraan. Sekä Herbert että Smucker suosittelevat mieluummin vaihtoehtoisuuden luomista yksilöstä itsestä käsin ja voimavarojen ammentamista potilaan aikuisesta puolesta. Silloin kun tämä ei onnistu lapsen avuttomuuden tai voimattomuuden vuoksi, he suosittelevat ylivoiman hakemista ulkopuolisilta ihmisiltä tai voimilta, esimerkiksi poliisilta. Arntzin ja van Genderenin (2009) mukaan ulkopuolisen ylivoiman hyödyntämisen etuna on myös se, että potilas saa itse ratkaista, mitä mielikuvassa sanotaan. Kun terapeutti ei puhu potilaan puolesta, potilas tulee itse tietoisemmaksi siitä, mitä lapsimoodi tarvitsee. Itse myös jonkin verran vierastan terapeutin keskeistä roolia voimasuhteiden korjaamisessa ja potilaan tarpeiden tietämisessä, vaikka terapeutin vahvalla roolilla voi tuki olla positiivisia vaikutuksia. Se voi tuntua potilaasta välittävältä ja turvalliselta. Lisäksi terapeutin aktiivisuus mielikuvaharjoitusten yhteydessä voi yksinkertaisesti olla

välttämätöntä hoidon varhaisvaiheessa potilaan terveen aikuisen moodin ollessa vielä kehittymätön.

Kaksivuotisen DKT-ohjelman jälkeen fyysistä, emotionaalista ja seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen Ullan hoito jatkui pitkälti skeema- ja tunnefokusoituneen terapian viitekehuksesta. Seuraavassa katkelmassa käsitelimme kolmannen terapiavuoden aikana yhtä traumaattista muistoa Smuckerin mielikuvamenetelmän avulla.

*P: Mä oon ruvennu ajattelemaan sitä, et mun piti kotona peittää mun tunteet, ettei mutsi ja faija suuttuis. Niitä ärsytti, jos mä en ollu hyöällä tuulella. Ne esimerkiks suuttu, kun mä olin kipee.*

*T: Onks sul nyt mielessä joku tollanen tilanne?*

*P: Joo.*

*T: Oisitsä halukas tekemään mielikuvaharjoituksen, menemään siihen mielikuvaan?*

*P: Joo.*

*T: Laita silmät kiinni. Joksä näät elävän kuvan mielessä?*

*P: Joo.*

*T: Mitä siinä tapahtuu?*

*P: Mä oon kipeenä. Mä oon mun huoneessa mun sängyssä ja faija tulee sinne. Se kattoo mua vihasesti ja tökkii mua sormella ja puristelee.*

*T: Sanookse jotain?*

*P: Että: "Mitä sä saatana makaat ja itket? Lopeta se! Lopeta se vitun vinkuminen! Mikä vittu sua vaivaa? Ei täs oo mitään hätää."*

*T: Miltä se näyttää?*

*P: Sil on julma ilme naamalla, paha ilme.*

*T: Näätsä vielä muuta?*

*P: Sen silmät näyttää vihaisilta. Ja sit ne sanat on ristiriidassa, ku se sanoo, et "ei täs oo mitään hätää" mut se näyttää julmalta ja vihaselta.*

*T: Miltä pieni Ulla näyttää?*

*P: Se on kyyryssä sängyssä ja pelkää et isä lyö.*

*T: Voitsä kysyä pieneltä Ullalta, miltä siitä tuntuu?*

*P: Pieni Ulla pelkää ihan saatanasti. Ja se on ihan hämmentyny.*

*T: Voitsä kysyä pieneltä Ullalta, tunteekse vielä jotain muuta.*

*P: Sil on ihan tyhjä musta yksinäinen olo. Se ei tiedä miten päin olla ja toivoo, ettei se olis olemassa. Pieni Ulla on ihan lyhythistyny.*

*T: Nyt ku sä oot nähny koko tän tilanteen, voitsä kuvitella, et sä astut aikuisena Ullana tähän kuvaan.*

*M: Joo.*

*T: Mitä sä haluut tehdä? [Voimasuhteiden korjaaminen]*

*P: Mä haluun potkasta faijan ulos huoneesta.*

*T:Voitsä kuvitella, kuinka sä teet ton - potkaset faijan ulos huoneesta?*

*P: Mä otan sitä tiukasti ranteesta ja sanon et "nyt sä saatanan kusimulkku häivoyt täältä helvettiin!"*

*T: Miltä faija näyttää?*

*P: Ihan hölmistyneeltä. Avuttomalta. Se ei pysty mulle enää mitään.*

*T: Mitä sä haluut sanoo tai tehdä pienelle Ullalle? [Huolenpito ja myötätunto lapsimoodia kohtaan]*

*P: Mä sanon sille "tuu tänne" ja otan sen syliin. Mä sanon: "Älä pelkää. Sun ei tarvi enää pelätä."*

*(avaa silmät, hymyilee): Se on jännä tunne, nyt mä tajuun, et mä oon aikuisena voimakas.*

*T: Miltä se tuntuu?*

*P: Se tuntuu lihaksissa. Käsissä.*

*T: Tunnetsä jotain muuta nyt, voimakkuuden lisäksi?*

*P: Faija ei enää mahda mulle mitään.*

*T: Tapahtuks sulle viel jotain täs mielikuvas?*

*P: Mä mietin sitä, että nää tilanteet ohitettiin himas kokonaan jälkikäteen. Tai sit ne selitettiin pois, vittu, et ne vaan selitettiin pois! Et mitään ei muka tapahtunu. Mulle jäi vaan nolo ja hämmentyny ja epätodellinen olo. Mä tajuun nyt, et se paha ei oo mussa.*

*T: Niin just, se pahuus ei oo mussa, vaik mä opin uskomaan niin.*

Ullan hoito oli tässä vaiheessa jo edennyt niin pitkälle, että hän kykeni hyvin itse terveen aikuisen moodista käsin heittämään kaltoinkohtelevan isän ulos ja hoitamaan pientä Ullaa.

Mielikuvaharjoitusten jälkeen potilas ja terapeutti voivat kognitiivisemmin työskennellen tarkastella, miten potilaan traumaattisesta tapahtumasta tekemät päätelmät muokkautuivat harjoituksen seurauksena (Arntz ja van Genderen, 2009). Esimerkiksi Ullan vanhempien väite, että pelottavia tapahtumia ei todellisuudessa olisi tapahtunut, oli Ullan kokemuksen massiivista epävalidaatiota, ja tällaisten toistuvien kokemusten seurauksena Ullalla oli läpi elämän ollut suuria vaikeuksia luottaa omien havaintojensa ja tunteidensa paikkansapitävyyteen. Epävalidaatiokokemusten työstäminen jatkui seuraavien mielikuvaharjoitusten avulla. Kognitiivisena päätelmänä tästä työskentelystä syntyi fläppitaululle kirjattu

viesti isälle: "Sinua se helpottaa, että väität mustaa valkoiseksi, mutta mä tiedän miten asiat oikeesti oli ja tuun sen joku päivä sulle sanomaan."

Havaitsin tämän työn puitteissa poikkeavani melko usein skeematerapiasta kolmen systeemin lähestymistapaan, sillä joinakin hetkinä erityisesti kompleksisesta traumatisoitumisesta kärsivien hoidon varhaisvaiheessa skeematerapian tapa käsitellä moodeja tuntui direktiiviseltä tai liian voimaperäiseltä. Herbertin lähestymistavassa työskentely persoonallisuuden eri puolten kanssa on hieman erilaista kuin skeematerapiassa. Ideana on pyrkiä ymmärtämään, mihin tarkoitukseen nämä puolet ovat kehittyneet ja kehittää myötätuntoa suhteessa niihin. Samanaikaisesti tarkastellaan niiden seurauksia nykyelämässä ja vahvistetaan persoonallisuuden autenttista puolta.

Havaitsin niin ikään poikkeavani sekä DKT:sta että ajoin myös skeematerapiasta kolmen systeemin lähestymistapaan myös silloin, kun potilaalla ei ollut sanoja kokemuksilleen. Pyrin seuraavan katkelman avulla havainnollistamaan kolmen systeemin lähestymistavan ja skeematerapian antia tällaisessa tilanteessa. Katkelma on Kaisan ensimmäisen vuoden DK-terapiasta, jota oli jo aiemmin täydennetty skeematerapian elementeillä. Siirtymän hetkellä yritimme tutkia itsetuhokäyttäytymiseen johtanutta tapahtumaketjua.

*T: Mitä siinä tapahtu? Miten ne tapahtumat meni?*

*P: Mä en muista mitään. Mä en muista mitään koko viime viikosta.*

*T: Mitä sä arvelet et siinä on, ku sun on hankala muistaa? Mistä kaikesta siinä vois olla kysymys?*

*P: Mä oon jatkuvasti ihan jäässä, täysin välinpitämätön. Jossain vaihees mä vain viiltelin, et mä saisin edes jotain ulos. En mä muista.*

*T: Miltä susta just nyt tuntuu?*

*P: Ei yhtään miltään. Ihan tyhjältä.*

*T: Niin just, niin tyhjältä, vähän kuin jäässä. Tunnetsä tän olon jossakin kohtaa kropassa?*

*P: En. ... Tai no oikeestaan joo: ontoutena tässä (näyttää rinnan seutua). Niinku et mä oon ihan tyhjä.--- Ja mun pää on tyhjää huminaa, mut pinnan alla mun ajatukset rientää niin kauheeta vauhtia, etten mä saa kiinni niistä.*

*T: Mitä sä arvelet, onks tää olo, joka sul nyt on, onks se joku tuttu puoli?*

*P: No, se on kyllä Kone.*

*T: Haluukse Kone sanoo jotain?*

*P: Älä tunne mitään. Sä et kestä sitä.*

*T: Sanookse viel muuta?*

*P: Mä pelkään, et mä tuun kaoottiseks ja itsetuhoseks. Mä pelkään, et mä rupeen juomaan ja sekoileen.*

*T: Niin just, et niinku parasta olla tuntematta mitään ja pysähtymättä niiden pinnan alla rientävien olojen äärelle. Mut sit välillä sä välillä viiltelet, et sä tunsit jotain ku tääki on niin tuskallista pitkän päälle.--- En mä ihmettele, ku mieltii pientä Kaisaa ja teini-Kaisaa, että sä opit ottaan Koneen sun suojaks ja yrität sen avulla edelleen olla tuntematta mitään.*

*P: Niinpä. Mut mä vihaan itteeni tästä. Et helvetti, ei voi nyt olla noin vaikeeta surra (läheisen kuolemaa) niinku normaalit ihmiset. Et mikä helvetti sua oikeen vaivaa!*

*T: Hetkinen, hei, kenen ääni toi on?*

*P: Taitaa olla Mr. Rankasevan.*

*T: Mistä se tuli tähän?*

*P: No, ku mä oon niin idiootti, etten mä voi vaan normaalisti surra.*

*T: Sil kuulostaa olevan aika tiukka ja ankara käsitys siitä, mitä suremisen ikään ku pitäis olla?*

*P: On, todella (naurahtaa).*

*T: Mitä sulle nyt kuuluu?*

*P: Mä vihaan itteeni.*

*T: Toi ääniki taitaa tehdä sulle sellasta. Mitä kaikkee se itse asiassa sulle tekee?*

*P: En mä tiedä. Se on osa mua. Mä erotan sen Rankasevaks lähinnä vaan täällä (terapiassa).*

*T: Se on hyvä, että sä erotat sen ensiks täällä. --- Musta näytti ihan ku sä oisit jotenki kiristyny ku Rankaseva alko moittia sua. Huomasitsä jotain?*

*P: Tota...puristusta. Naamassa...ja tässä (käsivarsissa)*

Kaisan oli terapian ensimmäisten puolentoista vuoden ajan hyvin vaikea kuvata olojaan sanallisesti, jolloin itsetuhokäyttäytymiseen johtaneiden tapahtumaketjujen tutkiminen DKT:n prioriteettien mukaisesti oli estynyttä. Tällaisessa tilanteessa DKT:ssa suositellaan, että terapeutti ketjuanalysoi tapahtumia ja kokemuksia mahdollisimman tarkasti aina siihen hetkeen asti, johon potilaan muisti päättyy. Vastaavasti skeematerapiassa voidaan olettaa suojautujan tai rankaisevan vanhemman moodin estävän potilasta kuvaamasta olojaan terapiassa. Tällöin terapeutti voi esimerkiksi istuttaa haitallisen moodin omaan erilliseen tuoliinsa ja ilmaista selväsanaisesti ja voimakkaasti halunsa päästä kontaktiin lapsimoodin kanssa. Molemmat lähestymistavat tuntuivat Kaisan tilanteessa heikosti hetkeen sopivilta. DKT:n työtapaa tuntui hyödyltään rajalliselta ja melko painostavalta. Terapeutin suora moodeille puhuminen niin ikään tuntui Kaisan ajankohtainen mielentila, hoitosuhteen tila, traumatisoitumisen ja disorganisaation aste huomioiden myös liian voimaperäiseltä. Kolmen systeemin lähestymistapa tarjosi tällöin yhden vaihtoehtoisen lähestymistavan.

## 7. POHDINTA

Ryhtyessäni tähän työhön toiveenani oli, että kysymyksenasetteluni voisi avata pieniä kurkistusikkunoita siihen, mitä epävakaan persoonallisuuden hoidossa voidaan tarvita ja miten hoitomallit voisivat täydentää toisiaan. Tämän aineiston ja menetelmän pohjalta on mahdollista esittää ainoastaan olettamuksia.

Epävakaan persoonallisuuden hoito-ohjelmilla on väistämättä niin vahvuusalueensa kuin rajoitteensakin. DKT:aa on tutkittu lähinnä ensi vaiheen hoidossa (Käypä hoito -suositus, 2008), ja tämän vaiheen hoidossa sen anti onkin kiistaton. DKT kuvaa ensi vaiheen työskentelyä erittäin kattavasti tarjoten paljon lähestymistapoja akuutin tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn häiriön hoitoon. Mielestäni DKT tavoitehierarkioineen, taitovalmennusryhmineen ja terapeuttien muodostamine konsultaatiotiimeineen ja sopiikin erityisen hyvin vaikeaoireisten epävakaiden potilaiden ensi vaiheen hoitoon. Tässä työssä poikkesin skeematerapiasta DKT:aan tavatessani potilasta itsetuhoiseen tai muuhun ongelmalliseen käyttäytymiseen johtaneen tilanteen jälkeen. Perinpohjaiset ketjuanalyysit tuntuivat hyödylliseltä tavalta saada jäsennystä ongelmalliseen kokemukseen ja muutosta pulmalliseen käyttäytymiseen. Huomasin myös kaipaavani taitovalmennusryhmää erityisesti vaikeasti oirehtivien potilaiden hoitoon. Taitovalmennusryhmä on mielestäni hyvä esimerkki agenttisuutta edistävästä hoitomenetelmästä: yksilö omaksuu suhteellisen nopeasti uudenlaista kyvykkyyttä, joka auttaa häntä itse säätämään itseään. Ryhmä tuntuu myös tarjoavan toimivat puitteet oppimiselle. Tässä työssä havaitsin, että taitoja oli kovin vaikeaa opettaa systemaattisesti yksilöterapiassa.

Tunteiden täytyy aktivoitua, jotta syvät persoonalliset kokemistavat voisivat muuttua. Skeematerapian suurena antina ovat sen monipuoliset tunteita aktivoivat kokemukselliset työtavat. Esimerkiksi moodityö auttaa potilasta omaksumaan



ystävällismielistä myötätuntoa ja huolenpitoa lapsimoodia kohtaan ja heittämään ulos rankaisevan vanhemman. Potilaat kokevat tällaisen lähestymistavan usein miellyttävänä. Skeematerapian vahvuutena ovat myös sen lukuisat käsitteet, jotka helpottavat ehkä epämääräisenä koetun olon täsmällisempää nimeämistä. Jo pelkästään skeemojen, moodien ja selviytymistyilien käsitteet voivat tuoda jäsenystä kokemukseen. Tässä työssä havaitsin, että skeemojen, moodien ja selviytymistyilien tunnistamista, nimeämistä, aktivoitumista laukaisevien tekijöiden ja syntyhistorian tutkimista saattoi luontevasti nivoa ongelmallisen kokemuksen tutkimiseen ketjuanalyysimenetelmällä tai muuhun terapiakeskusteluun. Tämä tuntui tarjoavan hyvän lisän DKT-hoitoon ilman suurempia ristiriitoja.

Traumavaiheen hoito pohditutti minua paljon. Linehan (1993) suosittelee altistusta tämän vaiheen hoitoon. Hänen mukaansa terapeutit voivat kuitenkin vapaasti liittää tämän vaiheen hoitoon myös muita sopivia, koeteltuja menetelmiä. Myös Young, Klosko ja Weishaar (2003) suosittelevat, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien traumoja hoitavat terapeutit hankkisivat lisäkoulutusta tähän työskentelyyn. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvä traumatisoituminen on usein kompleksista, ja tavanomaisen altistushoidon tarjoaminen voi epäilyttää terapeutteja. Kompleksisen trauman hoidosta karttunut ymmärrys ja menetelmät voivat täydentää epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvien traumojen hoitoa. Täydentäviä menetelmiä voidaan tarvita myös hoidon ensi vaiheessa. Mielestäni yksi Herbertin (2006) kehittämän kolmen systeemin lähestymistavan tärkeä anti epävakaan persoonallisuuden hoidolle on bottom up -työskentely. Se voi tarjota langanpäitä silloin, kun sanoja ei ole. Ajankohtaisen mielentilan tutkiminen aloittaen kehon tuntemuksista sopii täydentämään ja joissakin tilanteissa aluksi korvaamaan esimerkiksi DKT:n ketjuanalyysityyppistä ongelmatilanteiden tutkimista silloin, kun yksilö ei vielä kykene kuvaamaan kokemuksiaan verbaalisesti. Tällainen ajankohtaisen olon tutkiminen kehon aistimisesta aloittaen vaikutti tässä työssä tekemieni havaintojen perusteella sopivalta vaihtoehtoiselta työtavalta esimerkiksi

silloin, kun potilas ei kyennyt kuvaamaan tapahtumia tai olojaan käyntien välillä esimerkiksi voimakkaan suojautumisen, itsehavainnointikyvyn rajallisuuden, skeemojen esikielellisen luonteen tai muistin ongelmien vuoksi. Lähestymistapa tuntui miellyttävältä ja painostamattomalta. Kuvittelen jopa, että se saattoi auttaa välttämään sitä riskiä, että terapia olisi tuottanut potilaalle uusia epäonnistumisen kokemuksia.

Epävakaan persoonallisuuden integratiivisessa hoidossa keskeisenä koko hoidon läpäisevänä tavoitteena on kokemuksen kognitiivisten, emotionaalisten ja kehollisten komponenttien integraation edistäminen. Hoidon alkuvaiheessa painottuu kokemuksen jäsentäminen ja tunteiden säätely. Potilaan hieman vakaannuttua painottuu aidon kokemisen edistäminen. Ei kuitenkaan ole helppoa auttaa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivää tunteitaan pelkäävää ihmistä kokemaan enemmän. Myös sitkeät maladaptiiviset primaritunteet, kuten häpeä, muodostavat suuren haasteen hoidolle. Siksi tunnetyöskentelyn menetelmävalikon laajuus tuntuu tarpeelliselta. Tunnesuuntautunutta psykoterapiaa on muokattu myös epävakaan persoonallisuuden hoitoon (Warwar, Links, Greenberg, & Bergmans, 2008). Lähestymistavan lukuisat tunteiden aktivoitumiseen ja muokkaamiseen tähtäävät menetelmät voivat olennaisesti rikastuttaa epävakaan persoonallisuuden hoitoa.

On selvää, että eri viitekehysten menetelmiä integroiva työskentely mahdollistaa monipuolisemman työotteen. Kun vaikeuksien kirjo on laaja, monipuoliset menetelmät ovat todella tarpeen. Monipuoliset lähestymistavat herättävät potilaassa myös vähemmän epätoivoa ja vastustusta kuin toistuva samasta näkökulmasta käsin työskentely (Livesley, 2003). Ongelmien ollessa syviä ja hitaasti muuttuvia niihin on tarpeen palata toistuvasti, ja monipuoliset menetelmät tekevät tämän miellyttävämmäksi. Integratiivinen työskentely tarjoaa enemmän mahdollisuuksia räätälöidä hoito yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja mieltymysten mukaisesti.

Voiko lähestymistapojen integraatiosta sitten seurata ristiriitaa tai jopa haittaa? Epävakaan persoonallisuuden hoito-ohjelmat itse asiassa ovat laajoja ja varsin integratiivisia jo sinänsä. Perusteellinen syventyminen niihin on yllättävän vaativaa ja osaaminen vaatii jatkuvaa kehittämistä ja ylläpitämistä. Terapeutin näkökulmasta on helpompi perehtyä kunnolla yhteen hoitomalliin kuin yrittää hallita useampia. Lisäksi hoito on silloin konsistentimpaa, ja niin potilas kuin terapeutti tietävät, mihin hoitoon he ovat sitoutuneet. Riskinä on myös vaikuttavaksi osoitetun hoidon laimentuminen, jos terapeutti ei sitoudu mallin mukaiseen työskentelyyn.

Tässä työssä huomasin ”hoivan” ja agenttisuuden vahvistamisen ympärille kiertyvän jännitteen DKT:n ja skeematerapian välillä. Skeematerapian teoreettisena ydinajatuksena on, että potilaan täytyy terapian alkuvaiheessa saada olla kuin lapsi, joka saa terapeutin ”hoivaa”. Vasta hieman myöhemmin, kun kehitykselliset puutokset on vanhemmoinnin avulla korjattu, hänen terveen aikuisen moodinsa kehittyy siten, että hän kykenee itse vaihtoehtoiseen ajatteluun ja rakentavaan toimintaan. Youngin mukaan vanhemmointi auttaa potilasta automaattisesti korjaamaan myös käyttäytymistään. Taito-opetuksen painotus taas voi Youngin ja myös Livesleyn mukaan saada potilaan kokemaan, ettei terapeutti kestä hänen tunteitaan, jolloin uhkana on suojautujan tai rankaisevan vanhemman moodin tahaton voimistaminen. Youngin mukaan epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä kaipaa terapeutiltaan ensisijaisesti välittämistä, ei taitojen opettamista. Youngin ja Livesleyn mukaan terapeutin didaktisempi tyyli voikin johtaa allianssikatkoksiin. Havaitsin tämän myös tässä työssä. Myös Herbert (2006) kuvaa kognitiivisen kontrollin voivan voimistaa persoonallisuuden näennäisen normaalia mutta turtaa puolta ja siten ylläpitää puolten dissosiaatiota. Hän itse opettaa paljon mindfulness-taitoja. DKT:n taidoista suurin osa pohjautuu niin ikään tietoiseen läsnäoloon: ideana on nimenomaan kokea ja suhtautua sallivasti tunteisiin pikemminkin kuin kääntyä niistä pois. Mielestäni kysymys on paremminkin siitä, missä kontekstissa, minä hetkenä ja millaisia taitoja opetetaan ja miten taitoharjoittelua seurataan. Suojautujan

moodi voi todella vahvistua, jos potilas käyttää jatkuvasti esimerkiksi huomion siirtämisen taitoa. Rankaisevan vanhemman moodi taas voi aktivoitua, jos potilas kokee, ettei terapeutti välitä hänestä, vaan haluaa hänen lähinnä oppivan säätelemään itseään. Terapeutin tehtävänä on mitoittaa taitojen opetus sopivasti ja tarkkailla, käyttääkö potilas aina samoja taitoja ja erityisesti sellaisia, jotka johtavat tunteiden välttelyyn. DKT:ssa tasapainon löytäminen potilaan oman kyvykkyyden vahvistamisen ja "hoivan" välillä on paljon helpompaa, kun varsinainen opetusosio toteutuu ryhmässä ja potilaalla on lisäksi yksilöterapeutti, jolta hän saa tarvitsemaansa emotionaalista tukea.

DKT:ssa keskeisenä ja koko hoidon läpäisevänä periaatteena on auttaa potilasta oppimaan taitavaa käyttäytymistä kaikissa mahdollisissa konteksteissa – heti hoidon alusta alkaen. Linehankin pohtii validaation, lämmön ja hoivan sekä potilaan kyvykkyyden vahvistamisen dialektista tasapainoa. Hän kuitenkin varoittaa pitämästä potilasta haavoittuvampana kuin tämä todellisuudessa on. DKT:ssa "hoiva" on potilaan kyvykkyyden vahvistamisen palveluksessa. Ideana on lämmön ja validaation kontekstissa puskea potilasta jatkuvasti kokeilemaan edes vähän jotakin uutta ja taitavaa käyttäytymistä. DKT:n piirissä ajatellaan, että jos terapeutti säätelee potilaan tunteita liikaa, menetetään potilaan mahdollisuus oppia itse säätelemään itseään ja lukea positiivinen terapeutin muutos oman toimintansa tiliin. DKT ja skeematerapia eroavatkin selvästi siinä, että skeematerapiassa muutos on erityisesti terapian alkuvaiheessa selvästi enemmän terapeutin varassa kuin DKT:ssa. "Hoivan" ja agenttisuuden ympärille kiertyvä jännite pohjaa siis näiden terapiamuotojen välisiin eroihin perustavaa laatua olevissa teoreettisissa ideoissa. Todennäköisesti kuitenkin molemmissa näkökulmissa on totuutta: niin taitojen omaksumisesta seuraava agenttisuuden tunne kuin terapeutin vanhemmoinnin internalisaatio lienevät molemmat merkityksellisiä tekijöitä muutoksessa. Voisi olettaa, että viimeksimainittu toimisi ensin mainitun mahdollistajana.

Lähes kaikkien asiantuntijoiden mukaan hoito-ohjelman teoreettinen konsistenssi on tärkeää. Menetelmiä sen sijaan voidaan hakea kaukaakin eri viitekehysten piiristä. Edellä kuvatut hoitomallien väliset teoreettiset jännitteet voivat puoltaa DKT:n ja skeematerapian tarjoamista melko puhtaina ohjelmina erikseen tai vaiheittain sikäli kun pidemmälle hoidolle on tarvetta. Suomessa DKT:aa on toistaiseksi tarjottu julkisen sektorin palveluiden piirissä, ja näissä puitteissa se näyttää lähes viiden vuoden kokemuksen perusteella toimivan hyvin (Koivisto, Stenberg, Nikkilä, & Karlsson, 2009). Vaikeaoireisesta epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä voisi esimerkiksi käydä ensin parivuotisen DKT-ohjelman, minkä jälkeen hoitoa voisi tarvittaessa jatkaa skeematerapian tai muiden soveltuvien hoitomallien turvin. Ullan terapia kuvaa tällaista epävakaasta persoonallisuudesta ja kompleksisesta traumasta kärsivän hoitoprosessia. Se on tuntunut ihanteelliselta tavalta järjestää hoito.

Ryhmämuotoinen skeematerapia on uusi ja hyvin lupaavalta vaikuttava epävakaan persoonallisuuden hoitomuoto, joka itse asiassa yhdistää skeematerapiaan joitakin DKT:llekin ominaisia elementtejä, kuten erilaisten tunnetaitojen opettamista. Farrell ja kumppanit ovat selvästi onnistuneet rakentamaan koherentin terapiamallin monipuolisista ja erilaisista aineksista. Voi myös arvailla, tarjoaako ryhmän ja yksilöterapian yhdistäminen erityisen toimivat puitteet epävakaan persoonallisuuden hoidolle. Ryhmämuotoisessa hoidossa saattaa olla yksilöterapijaa helpompi löytää sopiva tasapaino "hoivan" ja agenttisuuden tukemisen välille. Ryhmähoito saattaa siten auttaa ohittamaan keskeisiä hoitomallien välisiä ristiriitoja.

Tosielämässä intensiiviset ja pitkäkestoiset, terapeutin erikoiskouluttautumista vaativat hoitomallit eivät ole kaikkien ulottuvilla. Onkin perustellusti esitetty, että epävakaan persoonallisuuden hoitoon tarvitaan myös yksinkertaisempia ja vähemmän intensiivisiä hoito-ohjelmia (Zanarini, 2009). Livesleyn malli voi tarjota yhdenlaisen järkevän viitekehyyksen myös supportiivisen hoidon organisoimiseen. Livesley onnistuu mielestäni keittämään tieteestä sekä eri viitekehysten lähestymistavoista kokoon selkeän kokonaisuuden. Epävakaan persoonallisuuden

hoidossa terapeutin haasteena on nähdä metsä puilta, ts. hahmottaa potilaan ongelmia ja hoitoprosessia kokonaisuutena. Livesleyn mallin antina on sen tarjoama selkeä ja monipuolinen tieteseen pohjaava kehikko, joka helpottaa hoitoon liittyvän informaation organisoimista. Se mahdollistaa moniulotteisista vaikeuksista kärsivän hoidon suunnittelun joustavasti yksilöllisten tarpeiden mukaan. Vaihemalli myös auttaa potilasta ja terapeuttia hahmottamaan, missä vaiheessa hoito etenee ja mitkä ovat kunkin vaiheen tavoitteet. Erityisen arvokasta mielestäni on, että viitekehys sopii hyvin vähemmän intensiiviseen kontaktiin. Painostamattomat työtavat sopivat myös niille, jotka vasta harkitsevat muutoksen mahdollisuutta. Toiveikas ajatukseni on, että Livesleyn viitekehysten kaltainen malli voisi toimia välittävänä matriisina, joka auttaisi nivomaan teoreettisesti eriävienkin hoitomallien toimivia menetelmiä integratiiviseksi hoitokokonaisuudeksi.

Nykyään tiedetään, että epävakautta voidaan hoitaa tehokkaasti. Hoidon vaikuttavista ainesosista meillä on kuitenkin lähinnä olettamuksia. Monet epävakaan persoonallisuuden hoito-ohjelmat korostavat halua kysyä, mitä ymmärryksestämme vielä puuttuu. Tällaista avoimuuden, uteliaan etsimisen ja näkökulman laajentamisen – kutsutaanpa sitä sitten mentalisaation, tietoisien läsnäolon tai dialektiikan hengeksi – lähestymistapaa voisi soveltaa myös hoito-ohjelmien kehittämiseen. Tulevien tutkimusten olisi hyvä pyrkiä selvittämään epävakaan persoonallisuuden kehittymisen ja ilmiänsun mekanismeja sekä erityisesti sitä, mitkä hoidon osatekijät ovat muutoksen kannalta tarpeellisia ja millä tavoin.

## LÄHTEET

Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). Schema therapy for borderline personality disorder, Wiley-Blackwell.

- Arntz, A., Klokman, J. & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based approach*. Oxford University Press.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brevin, C.R. & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Crowe, M. (2004). Never good enough - part 1: shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 327-334.
- Donegan, N.H., Sanislow, C.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J.C., Olson, I.R., McGlashan T.H. & Wexler, B.E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54, 1284-1293.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *The American Psychologist*, 49, 709-724.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Fertuck, E.A, Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M.C., Wilson, S.T., Brodsky, B.S. & Stanley, B. (2009). Enhanced "reading the mind in the eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 22, 1-10.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- Fruzzetti, A. (2006). *The high-conflict couple*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

- Greenberg, L. & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Herbert, C. (2006). Healing from complex trauma. An integrative 3-systems' approach. Teoksessa J. Corrigan, H. Payne, H. Wilkinson (toim.), *About a body. Working with the embodied mind in psychotherapy*, (s.139-159). London: Routledge.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2004). Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita.
- Koivisto, M., Stenberg, J.-H., Nikkilä, H. & Karlsson, H. (2009). *Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito*. Helsinki: Duodecim.
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Links, P.S. (2005). Book forum: Review of Practical management of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1559.
- Livesley, W.J. (2004). Changing ideas about the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychiatry*, 34, 185–192.
- Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lynch, T.R., Rosenthal, M.Z., Kosson, D.S., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W. & Blair, R.J.R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6, 647-655.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G.A. & Lieb, K. (2007a). The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 195, 537-539.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann C., Schramm, E. & Richter, H. (2007b). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500-508.



- Smucker, M.R. (2009). In-congress workshop: Imagery-based CBT treatment for trauma and PTSD: Imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRT). The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. 39th EABCT Annual Congress 16-19, September 2009, Dubrovnik.
- Smucker, M.R. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRT). A treatment manual for adult survivors of childhood sexual abuse experiencing PTSD. (4. painos). Milwaukee: International Trauma Institute Press.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.
- Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä (2008). Epävakaa persoonallisuushäiriö: Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press.
- Young, J.E. (2007). New advances in schema therapy for personality disorders. Luento V WCBCT:n kongressissa.
- Wagner, A.W. & Linehan, M.M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders*, 13, 329-344.
- Warwar, S.E., Links, P.S., Greenberg, L. & Bergmans, Y. (2008). Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 94-104.
- Zanarini, M.C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 373-377.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.