

Persoonallisuudeltaan epävakaata potilasta hoitosuhteessa – kognitiivisen psykoterapian ja kiintymyssuhdeteorian näkökulmia vuorovaikutuksen haasteisiin

Maaria Koivisto

1. Johdanto

Väestöstä noin 2–3 % kärsii epävakaasta persoonallisuudesta. Potilasaineistoissa tämä häiriö on selvästi yleisempi (Lönnqvist, Heikkinen ja Henriksson 2001). Amerikkalaisissa tutkimuksissa on arvioitu, että n. 11 % kaikista psykiatrisista avohoitopotilaista ja 19 % sairaalapotilaista kärsii persoonallisuuden epävakaudesta ja että naisten osuus heistä on 70–77 %. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden hoito muodostaa merkittävän ja lisääntyvän osan psykiatrisesta avohoidosta sekä psykiatrisesta sairaalahoidosta. Epävakaata persoonallisuus on tärkeä terveysongelma, johon liittyy paljon komorbiditeettia, erityisesti depressiota, ahdistuneisuushäiriöitä ja päihdehäiriöitä. Potilaille on usein vakavia vaikeuksia ja syvää subjektiivista kärsimystä, ja häiriöön voi liittyä vaikea-asteistakin toimintakyvyn laskua. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden hoito on aikaa vievää ja haasteellista ja

yleisesti ottaen riittämätöntä (Linehan 1993). Heitä on vaikea hoitaa menestyksellisesti, mikä voi johtaa työntekijöiden kuormittumiseen ja riittämättömydentunteisiin sekä perusterveydenhuollon että psykiatrisen hoidon piirissä. Hoitosuhteessa ja hoitotyöryhmissä tämä potilasryhmä saattaa herättää ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita, mikä häiritsee hoitoa. Monesti suhtautuminen näihin potilaisiin on kielteistä, ja tämä on luonnollisesti tuhoisaa hoidon kannalta. Marsha Linehanin sanojen mukaan persoonallisuuden epävakaudesta kärsivistä potilaista täytyy pitää, jotta heitä voi hoitaa onnistuneesti. Ymmärryksen lisääminen voi tässä toimia avaimena.

Kognitiivisen psykoterapian uudemmissa suuntauksissa on pyritty laajentamaan kognitiivisen psykoterapian teoriaa ja terapeutista ymmärtämistä korostamalla aiempaa enemmän tunteita, potilaan kehityshistoriaa sekä terapiasuhdetta (Kuusinen 2000). Tämä on ollut tarpeellista myös siitä syystä, että tiettyjen potilasryhmien, kuten erityisesti persoonallisuushäiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla, kognitiivinen muutostyöskentely ei käynnisty tavanomaisesti eikä pelkkä kognitiivinen muutos tuota muutosta yksilön kokemuksessa. Terapian alkuvaiheessa persoonallisuushäiriöistä kärsivillä potilailla ei yleensä ole selkeää ongelmaa, josta voisi tulla perinteisen kognitiivisen psykoterapiatyöskentelyn fokus, vaan ongelmat ovat epämääräisiä ja laaja-alaisia. Perinteisen kognitiivisen psykoterapian edellyttämä potilaan ja terapeutin suhde ns. tutkivan, vastavuoroisen yhteistyösuhteen muodossa harvoin onnistuu persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohdalla ihmissuhdevaikeuksien ja ajattelun jäykkyyden sekä vaikeiden asioiden välttelytaipumuksen vuoksi. Holmberg ja Karila (2001) kirjoittavat, kuinka italialaisen Giovanni Liottin ja hänen työtovereidensa mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita on vaikea hoitaa perinteisellä kognitiivisella psykoterapialla, koska heidän metakognitiivinen kapasiteettinsa on puutteellinen. Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan kykyä havainnoida omia ajatuksia ja tunteita ja reflektoida niitä, ts. kykyä ajatella omaa ajattelemistaan ja omia emotionaalisia reaktioitaan. Yhdysvaltalaisen Jeffrey Youngin (2003) 90-luvulla kehittämä skeemakeskeinen terapia on eri psykoterapiamuotoja yhdistelevä psykoterapiasuuntaus. Skeemakeskeisessä terapiassa yhdistyy piirteitä kognitiivisesta, behavioraalista, kokemuksellisesta ja vuorovaikutuksellisesta lähestymistavasta. Persoonallisuushäiriöistä kärsivien ihmisten ydinuskomukset eli skeemat ovat huomattavan kielteisiä ja jäykkiä. Skeemakeskeinen terapia pohjautuu näiden uskomusten tunnistamiseen ja työstämiseen. Marsha Linehan työtovereineen Washingtonin yliopiston itsetuhokäyttämisen tutkimuskeskitykseltä on kehittänyt tunne-elämän epävakaudesta kärsivien itsetuhoisten potilaiden hoitoa varten kognitiivis-behavioraalisen hoitomallin, dialektis-

behavioraalisen terapian. Näissä erityisesti persoonallisuushäiriöiden hoitoon suunnatuissa kognitiivisen psykoterapian lähestymistavoissa kiinnitetään erityistä huomiota terapisuhteeseen ja pyritään havaitsemaan ja korjaamaan yhteistyön esteet. Kognitiivisen psykoterapian uudempia suuntauksia voidaan pitää ikään kuin kognitiivisen psykoterapian toisena sukupolvena. Bowlbyn (1969) kiintymyssuhdeteoria näyttää tarjoavan kognitiiviselle psykoterapialle siltä aiemmin puuttuneen kehityspsykologisen näkökulman. Kirjoitukseni tarkoituksena on tarkastella epävakaan persoonallisuuden erityispiirteitä kognitiivisen psykoterapian ja kiintymyssuhdeteorian valossa pyrkien tätä kautta ymmärtämään niitä haasteita, joita näiden potilaiden hoitoon voi liittyä.

2. Epävakaata persoonallisuutta diagnoosina

Diagnoosina epävakaata persoonallisuutta on melko tuore. Se esiintyi ensi kerran DSM-III-R:ssä vuonna 1980, vaikka tämän häiriön piirteet oli luonnollisesti tunnettu jo paljon aiemmin. Psykoanalyttistä rajatila-termiä käytetään yhä melko paljon rinnakkaisena epävakaan persoonallisuushäiriön käsitteelle. Rajatilan käsitettä käytti ensi kerran Adolf Stern vuonna 1938 kuvatessaan potilaita, jotka eivät sopineet silloiseen neuroottiseen tai psykoottiseen kategoriaan eivätkä hyötynet klassisesta psykoanalyysistä (Linehan 1993). Epävakaan persoonallisuushäiriön historiaa kuvatessaan Gunderson mainitsee, että Knigt kirjoitti 50-luvun alussa samanlaisesta potilasryhmästä, jonka hoidossa syntyi halkomista (split) sekä vaikeita vastatransferenssivaikeuksia sairaalahenkilökunnan keskuudessa. 60-luvun lopulla psykoanalytikit ja Kernberg ja Masterson kirjoittivat rajatilasta, ja samoihin aikoihin aihe alkoi herättää orastavaa mielenkiintoa deskriptiivisen psykiatrian piirissä. Gundersonin mukaan Grinkerin laajamittainen työ ja empiiristen menetelmien käyttöönotto toi epävakaan persoonallisuuden käsitteen akateemisen psykiatrian piiriin (Gunderson 1994). Psykodynaamisessa mielessä rajatilapersonallisuushäiriö tai kehityksellisesti rajatilatasoinen häiriö ovat laajempia käsitteitä kuin DSM- tai ICD-luokitusten epävakaan persoonallisuushäiriö (Lönnqvist, Heikkinen ja Henriksson 1999). Rajatilan käsitteellä viitataan psykoanalyttisessä tarkastelussa tietynlaiseen persoonallisuuden rakenteeseen ja vaikeusasteeltaan neuroosien ja psykoosien välille sijoittuvaan häiriöön (Linehan 1993). Epävakaan persoonallisuushäiriön määritelmä on kulkenut pitkän tien spesifiksi deskriptiiviseksi diagnoosiksi, ja sen merkitys on kasvanut ja muuttunut viimeksi kuluneiden kolmen vuosikymmenen aikana. Epävakaan

persoonallisuushäiriön DSM-IV-kriteerit heijastavat aiempaa suurempaa deskriptiivistä spesifisyyttä (Gunderson 1994).

Epävakaata persoonallisuus (DSM-IV)

Laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja affekteihin liittyvää epävakaata ja huomattavaa impulsiivisuutta. Alkaa varhaisaikuisuudessa ja esiintyy monissa yhteyksissä vähintään viidellä seuraavista tavoista:

1. Kiihkeitä yrityksiä välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta.
2. Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu.
3. Identiteettihäiriö: merkittävästi ja jatkuvasti epävakaata minäkuva tai kokemus itsestä.
4. Impulsiivisuus ainakin kahdella potentiaalisesti itselle vahingollisella alueella (esim. tuhlaaminen, seksi, kemiallisten aineiden käyttö, holtiton liikennekäyttäytyminen, ahmiminen).
5. Toistuva itsetuhoisuus, siihen viittaavat eleet tai uhkaukset tai itsensä viiltely ym. vahingoittaminen.
6. Affektiivinen epävakaata, joka johtuu mielialan merkittävästä reaktiivisuudesta (esim. intensiivinen jaksoittainen dysforia, ärtyneisyys tai ahdistuneisuus, joka kestää tavallisesti muutamia tunteja ja vain harvoin muutamaa päivää kauemmin).
7. Krooniset tyhjyyden tuntemukset.
8. Asiaankuulumaton, voimakas suuttumus tai vaikeus kontrolloida suuttumusta (esim. toistuva äkkipikaisuus, jatkuva vihaisuus, toistuva tappeleminen).
9. Hetkellinen stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai vakava dissosiativinen oireilu.

Tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla ilmenee häiriötä emootioiden säätelyssä. DSM-kriteereistä affektiivinen epävakaata sekä vaikeudet suuttumuksen tunteiden käsittelyssä liittyvät emootioiden säätelyn häiriöön. Potilaat ovat herkkiä negatiivisille tunneärsykkeille. Heidän tunnevasteensa ovat usein reaktiivisia ja tunneilmaisunsa intensiivistä, ja paluu perustasolle on hidasta. Huomattavaa on, että tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla tunteiden- erityisesti kielteisinä pidettyjen- korostunut kontrollointi ja inhibiitio on niin ikään tavallista. Esimerkiksi vihan tunteiden korostunut inhibiitio on mahdollisesti tavallisempaa kuin korostuneet vihaisuuden ilmaukset. Tämä ei kuitenkaan sisälly diagnostisiin kriteereihin (Linehan 1993).

DSM-kriteereistä epävakaat ja intensiiviset ihmissuhteet ja kiihkeät pyrkimykset välttää todellinen tai kuviteltu hylkääminen liittyvät vuorovaikutussuhteisiin ja interpersonaalisen vuorovaikutuksen säätelyn häiriöön. Potilaiden vuorovaikutussuhteet voivat olla kaottisia ja niissä voi olla paljon vaikeuksia, mutta potilaiden on usein erittäin vaikea päättää näitä suhteita, vaan he saattavat sen sijaan kiihkeästi pyrkiä estämään itselleen läheisiä ihmisiä hylkäämästä heitä. Potilaat näyttäisivät tulevan kohtalaisen hyvin toimeen eläessään vakaisissa ja positiivisissa suhteissa. Vastaavasti potilaiden psyykinen vointi ja toimintakyky ovat usein

heikkoja silloin kun heillä ei ole elämässään tällaisia turvallisia vuorovaikutussuhteita (Linehan 1993).

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvien piirteiden kuten äärimmäisen ja ongelmallisen impulsiivisen toiminnan, suisidaalisuuden tai parasuisidaalisen toiminnan ja muun itsen vahingoittamisen, kuten päihteidenkäytön, voidaan nähdä liittyvän käyttäytymisen säätelyn vaikeuksiin. Emootioiden säätelyn häiriö vaikeuttaa myös käyttäytymisen säätelyä ja ongelmanratkaisua muun muassa siten, että voimakkaassa tunnetilassa kognitiiviset toiminnot, kuten tarkkaavaisuuden suuntaaminen ja toiminnan ohjaaminen, kapeutuvat ja heikentyvät (Linehan 1993).

Kognitiivisen säätelyn häiriönä voidaan pitää tunne-elämältään epävakailla potilailla lyhytkestoisesti ilmeneviä ajattelun häiriöitä, depersonalisaatiota, dissosiaatiota ja harhaluuloja, joita saattaa ilmetä stressitilanteissa ja jotka yleensä korjaantuvat kuormituksen vähetessä (Linehan 1993).

Epävakaan persoonallisuuden DSM-kriteereistä identiteettihäiriö, itsetunnon säätelyn häiriö ja tyhjyyden tuntemukset liittyvät minäkokemuksen säätelyn häiriöön (Linehan 1993).

Skeemakeskeisen terapian kehittäjän Jeffrey Youngin (2003) mukaan useimmat epävakaan persoonallisuuden diagnostiset kriteerit ovat itse asiassa selviytymisstrategioita, joita tunne-elämän epävakaudesta kärsivä henkilö käyttää tullakseen toimeen kielteisten ydinuskomusten (skeemojen) kanssa. Henkilö voi esimerkiksi yrittää tulla toimeen hylätyksi tulemiseen liittyvän uskomuksen kanssa ylikompensoimalla, jolloin hän voi toimia takertuvasti, dramaattisesti tai kontrolloivasti erotilanteessa, joka aktivoi hylätyksi tulemiseen liittyvän skeeman. Tällaisessa tilanteessa hän voi esimerkiksi yrittää itsemurhaa (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

3. Biososiaalinen teoria tunteiden säätelyn häiriöstä

Marsha Linehan (1993) työtovereineen Washingtonin yliopiston itsetuhokäyttäytymisen tutkimuskeskitykseltä on kehittänyt epävakaan persoonallisuuden kognitiivis-behavioraalisen hoitomallin, dialektis-behavioraalisen terapian, joka perustuu biososiaaliseen teoriaan. Linehan

korostaa biologisen perustan ja sosiaalisen oppimisen yhteisvaikutuksen merkitystä epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymisessä. Epävakaan persoonallisuushäiriön piirteet heijastavat behavioraalista, emotionaalista ja kognitiivista epävakautta ja säätelyn häiriötä. Biososiaalisen teorian mukaan tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus on ensisijaisesti emootioiden säätelyjärjestelmän toimintahäiriö. Tämä on seurausta biologisen alttiuden ja haitallisesti toimivien ympäristöjen vaikutuksesta ja näiden yhteisestä vuorovaikutuksesta (Linehan 1993).

3.1. Biologisia tekijöitä

Biologisista seikoista ainakin häiriöt aivojen serotoniiniaineenvaihdunnassa ovat ilmeisesti yhteydessä epävakaan persoonallisuushäiriön yhteydessä ilmeneviin impulsiivisiin tai vihamielisiin piirteisiin (Linehan 1993). Synnynnäisellä temperamentilla ja biologisilla tekijöillä on merkitystä myös ainakin joidenkin itseen, muihin ihmisiin ja vuorovaikutukseen liittyvien uskomusten eli interpersonaalisten skeemojen synnyssä. Young työtovereineen on havainnut, että suurimmalla osalla tunne-elämän epävakaudesta kärsivistä potilaista on emotionaalisesti intensiivinen, labiili temperamentti. Tämä voi altistaa epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiselle. Kolme neljästä tunne-elämän epävakaudesta kärsivästä potilaasta on naisia. Tämän voisi ajatella liittyvän sukupuolten väliseen temperamenttiero: on mahdollista että naisilla on miehiä useammin intensiivinen ja labiili temperamentti. Lisäksi tyttöjä kasvatetaan poikia useammin tukahduttamaan kielteisinä pidettynä tunteita sekä alistumaan. Tytöt joutuvat myös poikia useammin seksuaalisesti hyväksikäytetyiksi. On mahdollista, että persoonallisuudeltaan epävakaat miehet ovat alidiagnosoitu ryhmä. Miesten temperamentti on usein aggressiivisempi kuin naisten, ja heille saatetaan asettaa narsistisen tai antisosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnoosi, vaikka taustalla olevat skeemat olisivatkin aivan samoja kuin persoonallisuuden epävakaudesta kärsivillä naisilla (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

3.2. Invalidoivan ympäristön seurauksia

Lapsuuden aikainen invalidoiva ympäristö myötävaikuttaa emootioiden säätelyhäiriön kehittymiseen. Jos lapsen kokemuksia ei validoida ja vahvisteta, lapsi ei opi tunnistamaan ja nimeämään tunteitaan ja kokemuksiaan. Invalidoinnilla tarkoitetaan sitä, että kun lapsi ilmaisee ajatuksiaan, tunteitaan tai kokemuksiaan, ympäristö suhtautuu niihin epätarkoituksenmukaisesti tai mitätöivästi. Erityisesti kielteisinä pidettyjen tunteiden ilmaisuun

suhtaudutaan invalidoivassa ympäristössä negatiivisesti. Invalidoiva ympäristö voi liiaksi yksinkertaistaa ongelmista selviytymistä eikä opeta, miten sietää ja tulla toimeen hankalan olon kanssa. Invalidoivassa ympäristössä saatetaan esimerkiksi sanoa, että ”meillähän ei pienestä masennuta” tai vaikkapa ”itkeä saa muttei valittaa”, jolloin lapsi alkaa ajan myötä kokea esimerkiksi surun tai kiukun tunteiden ilmaisun kiellettyinä. Lapsen ollessa vihainen hänelle voidaan sanoa hänen olevan vain väsynyt tai vaikkapa nälkäinen. Itkemistä voidaan pitää huomion hakemisena, johon ei vastata, koska ajatellaan, että lapsen täytyy ”karaistua”. Näin invalidoiva ympäristö ajan myötä opettaa, että vain äärimmäisillä tunneilmaisulla on mahdollista saada apua. Lapsuuden aikainen invalidoiva ympäristö myötävaikuttaa emootioiden säätelyhäiriön kehittymiseen, kun lapsi ei invalidoivassa ympäristössä kykene oppimaan tunteiden nimeämistä ja säätelyä eikä kykyä sietää ja tulla toimeen emotionaalisen stressin kanssa. Lapsi ei opi luottamaan omien ajatusten, tunteiden ja kokemusten todenperäisyyteen, vaan hän alkaa ohittaa ne etsien sen sijaan ympäristöstä vihjeitä, mitä tulisi ajatella, kokea tai tuntea. Kun ympäristö rankaisee lapsen tuodessa esiin kielteisiä kokemuksia ja reagoi vain äärimmäisiin tunneilmaisuihin, se opettaa heilahtelua tunteiden tukahduttamisen ja äärimmäisten tunnetilojen välillä. Invalidoinnin äärimmäisenä muotona voidaan pitää pahoinpitelyä ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivät potilaat ovat merkittävästi useammin joutuneet lapsuudessaan seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi kuin muista psykiatrisista häiriöistä kärsivät potilaat (Linehan 1993).

Invalidoivassa ympäristössä kasvaneet omaksuvat usein invalidoinnin osaksi omaa itseään ja omaa tunteidensäätelystrategiaansa. Itsen mitätöintiä voi olla myös oman haavoittuvuuden kieltäminen ja kohtuuttomien tavoitteiden asettaminen. Omatoiminen itsen mitätöiminen voi ilmetä itsen vihaamisena, tuomitsemisena tai rankaisuna, mikä on usein keskeistä siinä tunteiden, ajatusten ja tekojen ketjussa, joka johtaa itsen vahingoittamiseen (Kuusela 2002).

Invalidoinnista seuraa myös metakognitiivisten taitojen kehittymisen vaikeutuminen tai estyminen. Holmbergin ja Karilan (2001) mukaan metakognitiivisten taitojen kehittymisen kannalta ihanteellista on, että lapsen kokemukset ja vanhempien niille antamat selitykset vastaavat toisiaan. Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan kykyä ajatella omaa ajattelamistaan, kykyä havainnoida omaa ajatteluaan ja omia emotionaalisia reaktioita. Metakognitiiviset puutokset tuottavat vaikeuksia ymmärtää, tunnistaa, nimetä ja erotella ja siten myös säädellä mielentiloja, erityisesti emootioita. Heikkilä-Kari ja Mannila (2000) toteavat myös Fonagyn määrittelevän epävakaan persoonallisuuden keskeiseksi ongelmaksi

puutteellisen kyvyn käsitellä asioita mielessä. Potilailta puuttuu riittävä sisäinen representaatio omista ja toisten mielentiloista (Heikkilä-Kari ja Mannila 2000).

4. Hajanainen ja jäsentymätön kiintymismalli ja epävakaata persoonallisuus

Bowlbyn kiintymyssuhdeteorian mukaan kiintymyssuhteen muodostuminen on ihmiselle yksilönä ja lajin edustana henkiinjäämisen kannalta välttämätöntä. Kiintymyssuhteen tavoitteena on saavuttaa kiintymyksen kohteen läheisyys, suoja ja hoiva erityisesti kuormittavissa ja uhkaavissa tilanteissa. Vastavuoroisessa suhteessa lapsi etsii sellaisen tavan olla vuorovaikutuksessa kiintymyksen kohteen kanssa, joka parhaiten mahdollistaa turvallisuuden tunteen. Näin lapselle muodostuu ns. kiintymismalli (internal working model), joka jäsentää informaation käsittelyä ja ihmissuhteiden kokemista. Safran ja Segal (1990) kutsuvat tätä interpersonaaliseksi skeemaksi sen seikan korostamiseksi, että kyseessä on kognitiivinen rakenne, joka käsittää representaatioita eli yleistyneitä mielikuvia itse-toinen-vuorovaikutuksesta (Liotti ja Intreccialagli 1998). Ne ovat eräänlaisia ennakoita omasta sekä kiintymyksen kohteen käyttäytymisestä. Liotti mainitsee, että mm. Ainsworthin sekä Mainin varhaisiin kiintymyssuhteisiin kohdistuva tutkimus on osoittanut, että toisen ikävuoden kuluessa valtaosalle lapsista on kehittynyt vakiintunut kiintymismalli, joka voi olla joko turvallinen, välttelevä tai ahdistuneen ristiriitainen (Liotti 2002). Turvattomien kiintymysmallien joukkoon lisättiin myöhemmin hajanainen ja jäsentymätön (disorganized/distorted) kiintymismalli.

Turvallinen kiintymyssuhde mahdollistuu, kun vanhempi on lapsen saatavilla ja on sensitiivinen lapsen tarpeille ja reagoi empaattisesti lapsen tarvitessa apua ja lohdutusta. Lapsi oppii luottamaan, että apua ja huolenpitoa on saatavilla hänen sitä tarvitessaan, mikä puolestaan rohkaisee häntä tutkimaan maailmaa ja luottamaan omaan kyvykkyyteensä (Kuusinen 2000). Lapsi kokee omien tunteidensa ja tarpeidensa olevan merkityksellisiä (Liotti 2002).

Välttelevä kiintymismalli perustuu lapsen kokemuksiin, että huolenpitoa ei ole saatavilla, vaan että lapsi sitä tarvitessaan tulee torjutuksi. Tästä seuraa pyrkimys elää tarvitsematta apua ja rakkautta (Kuusinen 2000).

Ahdistuneen ristiriitaisessa kiintymysmallissa lapsi on epävarma, onko vanhempi saatavilla tai halukas auttamaan tarvittaessa. Jatkuvan epävarmuuden vuoksi lapsi on helposti takertuva, altis eroahdistukselle ja liian ahdistunut tutkivaan omatoimiseen käyttäytymiseen (Kuusinen 2000).

Noin 20 % lapsista ei kykene luomaan minkään tunnetun mallin mukaan jäsentynyttä kiintymysmallia, jolloin kiintymyssuhde jää jäsentymättömäksi. Lapsen mielikuvat itsestä ja kiintymyksen kohteesta ovat niin ristiriitaisia ja yhteensovittamattomia, että niitä ei voida jäsentää mielensisäisesti, vaan ne jäävät pirstaleisiksi ja inkoherenteiksi. Liotti viittaa Lyons-Ruthin ja Jakobvitzin todenneen, että korkean riskin perheissä, kuten kaoottisissa tai pahoinpitelevissä perheissä tai perheissä, joissa äiti kärsi vaikeasta depressiosta tai päihteiden väärinkäytöstä, lapsen kyvyttömyys muodostaa jäsentynyttä kiintymysmallia oli lähes säännönmukaista, 80 %. Myös vanhemman keskeneräisellä surutyöllä näyttäisi olevan merkitystä lapsen hajanaisen ja jäsentymättömän kiintymyssuhteen synnyn kannalta. Lapsen hoitaminen aktivoi vanhemmassa usein hänen omaan traumaansa liittyviä muistoja, ajatuksia ja tunteita. Keskeneräinen surutyö tai vanhemman muu trauma voi vaikuttaa siten, että vanhempi on lapsen kanssa ollessaan tiedostamattaan hämmentynyt tai hämmentävä tai pelokas tai pelottava. Vanhemman pelko on lapselle pelottavaa, ja erityisen ristiriidan synnyttää se, että vanhempi, joka on lapselle turvan lähde, on samanaikaisesti myös pelon lähde. Lapsen kannalta syntyy dilemma, jota hän ei kykene ratkaisemaan, ja se ilmenee hajanaisena lähestymis- ja välttämiskäyttäytymisenä suhteessa vanhempaan. Lapsi voi esimerkiksi lähestyä vanhempansa pää pois käännettynä tai jähmettyä tai muuttua aggressiiviseksi kesken ystävällisävyisen lähestymisen. Useat kliiniset ja empiiriset havainnot tukevat oletusta, että kiintymyssuhteen disorganisoitumisen pohjalta syntyvät itse-toinen-vuorovaikutukseen liittyvät uskomukset eli interpersonaaliset skeemat ovat epävakaa persoonallisuuden kehittymisen taustalla. Hajanaista ja jäsentymätöntä kiintymyssuhdetta voidaan nykytiedon valossa pitää riskitekijänä epävakaa persoonallisuuden kehittymiselle (Liotti 2002).

5. Kiintymysmallin vaikutus avun hakemiseen

Kiintymyssuhteen tarve ei rajoitu vain lapsuuteen, vaan se jatkuu läpi elämän. Aikuisen vuorovaikutussuhteita voidaan ymmärtää kiintymyskäyttäytymisen valossa yhtä hyvin kuin lapsenkin. Aikuisilla kiintymysmallit ilmenevät erityisesti läheisiä suhteita muodostettaessa ja niistä eroon jouduttaessa. Kiintymyssuhdesysteemin oletetaan aktivoituvan aikuisuudessaakin

turvattomuuden, hädän, avuttomuuden tai yksinäisyyden tunteiden seurauksena, jolloin se ilmenee myös hoito- ja terapiasuhteessa vuorovaikutusta säädellen (Kuusinen 2000).

Liotti kuvaa, miten potilaiden reaktiot hoitosuhteessa heijastavat kiintymysmalleja sekä itseen ja muihin ihmisiin liittyviä uskomuksia. Kun kiintymysmalli on turvallinen, avun hakeminen sitä tarvittaessa on luontevaa, ja henkilö kykenee ilmaisemaan tarpeitaan ja tunteitaan selkeästi. Usein hän kokee saavansa apua ja hyötyvänsä siitä (Kuusinen 2000).

Välttelevä (avoidant) kiintymysmalli saattaa heijastua vaikeutena pyytää ja vastaanottaa apua. Yksilö ennakoi, ettei hän apua pyytäessään tule vastaanotetuksi ja kokee turvallisempaa luottaa pakonomaisesti itseensä ja yksin selviytymiseen. Henkilöt, joiden kiintymysmalli on välttelevä, pyytävät muilta apua tai hakeutuvat hoitoon vasta äärimmäisessä hädässä. Osalla persoonallisuuden epävakaudesta kärsivistä potilaista on välttelevä kiintymysmalli, joskin tämä malli on tavallisempi esimerkiksi depressiosta kärsivillä ja skitsoideilla persoonallisuuksilla. On kuitenkin huomattava, että kiintymysmallien ja psykiatristen häiriöiden välillä ei ole suoria yhtäläisyyksiä (Kuusinen 2000). Persoonallisuuden epävakaudesta kärsivän potilaan kiintymysmalli suhteessa isään ja äitiin voi olla myös erilainen (Heikkilä-Kari ja Mannila 2000).

Ahdistuneen ristiriitainen kiintymysmalli heijastuu ambivalenssina avun hakemisessa. Yksilö voi ilmaista avun tarvettaan liioitellusti tai vetoavasti, mutta hänen voi kuitenkin olla vaikea ottaa apua vastaan. Odotukset apua ja avun antajaa kohtaan saattavat olla vaativia ja toiveet avunantajaa kohtaan idealisoivia, jolloin on todennäköistä että odotukset ja toiveet eivät täyty, ja henkilö päätyy etsimään uusia mahdollisia avunantajia (Kuusinen 2000). Ahdistuneen ristiriitainen kiintymysmalli muistuttaa tunne-elämän epävakaudesta kärsivien, yksin olemiseen huonosti kykenevien potilaiden vuorovaikutusta.

Liotti kuvaa, miten hajanainen ja jäsentymätön kiintymysmalli ilmenee avun pyytämisenä hyvinkin vastakkaisilla ja hämmentävillä tavoilla. Välttäminen ja läheisyyden hakeminen vuorottelevat tai voivat ilmetä samanaikaisesti. Siihen liittyy riippuvuuden tarpeiden kieltämistä, eroahdistuksen näennäistä puuttumista ja pelkoa tai vastustusta kiintymystä kohtaan (Liotti 1991).

Eräs 30-vuotias naispuolinen potilas yritti itsemurhaa heti terapiasopimuksen tekemisen jälkeen. Itsemurhayritys tuli terapeutille yllätyksenä, koska potilas ei ollut juuri reagoinut verbaalisesti tai non-verbaalisesti terapiasopimusta tehtäessä, ja hän oli lähtenyt terapiatunnilta rauhallisen oloisena. Jälkeenpäin potilas kuvasi tunteneensa epätoivoa siitä, että terapiasta voisi olla mitään hyötyä sekä pelkoa, että hän paljastuisi terapian aikana niin vastenmieliseksi, että terapeutti hylkäisi hänet. Hän kuvasi myös halunneensa itsemurhaa yrittämällä osoittaa, että hän todella voi huonosti eikä vain teeskentele ja että hän tarvitsee apua.

Yksilö, jonka kiintymysmalli on hajanainen ja jäsentymätön, ei helposti etsi apua tai hoivaa. Hänen kiintymyssuhdejärjestelmänsä toiminta estyy, koska hän haluaa suojella itseään pelottavilta dissosiativisilta kokemuksilta (Kuusela 2002).

6. Muut vuorovaikutusta säätelevät motivaatiojärjestelmät

Italialaisten psykiatrien Liottin ja Intreccialaglin (1998) esittelemä kiintymyssuhdeteoriaa laajentava näkökulma on tärkeä kiintymysmallin disorganisoitumisen ymmärtämisen kannalta. Liotti ja Intreccialagli ovat tunnistaneeet kiintymyssuhteita koskevan motivaatiojärjestelmän lisäksi neljä muuta vuorovaikutusta säätelevää eli interpersonaalista motivaatiojärjestelmää:

1. kiintymyssuhteita koskeva motivaatiojärjestelmä, joka aktivoituu avuttomuuden ja turvattomuuden kokemusten yhteydessä
2. huolenpitoa koskeva motivaatiojärjestelmä, joka aktivoituu läheisen ihmisen hädästä ja avun tarpeesta
3. valtasuhteita koskeva motivaatiojärjestelmä
4. seksuaalista vuorovaikutusta koskeva motivaatiojärjestelmä
5. yhteistyötä koskeva motivaatiojärjestelmä, jonka tavoitteena on tasavertainen vuorovaikutus yhteisen päämäärän saavuttamiseksi

Jokainen näistä sisäisesti rakentuneista järjestelmistä ohjaa käyttäytymistä tiettyyn vuorovaikutukselliseen tavoitteeseen. Interpersonaalisen motivaatiosysteemin voidaan ymmärtää olevan se, mikä aktivoi yksilöä toimimaan suhteessa toiseen ihmiseen. Näiden motivaatiojärjestelmien tavoitteena ovat läheisyys (1. ja 2.), arvostus ja asema (3.), seksuaalisten tarpeiden tyydytys (4.) ja yhteistyö (5). Motivaatiojärjestelmien taustalla ovat synnynnäiset valmiudet, jotka muovautuvat kehittymisen ja elämäkokemusten myötä. Nämä motivaatiojärjestelmät aktivoituvat omien tarpeiden ja ympäristötekijöiden säätelemänä (Liotti ja Intreccialagli 1998).

Kun henkilö, jonka kiintymysmalli on hajanainen ja huonosti suuntautunut, kokee stressiä tai pelkoa, hän yrittää luottaa johonkin muuhun motivationaaliseen järjestelmään kuin kiintymyssuhteita koskevaan järjestelmään, esimerkiksi seksuaaliseen tai valtasuhteita koskevaan järjestelmään. Tämä muiden motivaatiojärjestelmien epäasianmukainen aktivoituminen voi luoda haitallisia vuorovaikutusilmiöitä (Liotti ja Intreccialagli 1998). Tällainen väärän motivaatiosysteemin epäasianmukainen aktivoituminen tekee ymmärrettäväksi tunne-elämän epävakaudesta kärsivien potilaiden ajoittaista hämmentävältä vaikuttavaa käyttäytymistä hoitosuhteessa.

7. Epävakaan persoonallisuuden hoidon erityispiirteitä

Osa tunne-elämän epävakaudesta kärsivistä potilaista löytää paikkansa elämässä ja yhteiskunnassa, jos olosuhteet ovat vakaat ja turvalliset. Osa potilaista tulee hoidon piiriin vain kriisien yhteydessä. Tuolloin hoito voi turvata hengissä säilymisen ja tarjota mahdollisuuden oppia elämäkokemuksista. Voi kuitenkin olla harhaanjohtavaa tavata potilaita vain kriisitilanteiden yhteydessä. Joskus saattaa käydä niin, että hoito suunnataan vain ajankohtaiseen ongelmaan kuten masennukseen, bulimiaan tai päihderiippuvuuteen, ja pidemmän perspektiivin puuttuessa taustalla oleva persoonallisuushäiriö voi jäädä tunnistamatta. Tämä saattaa sekoittaa hoitoa ja heikentää pitkäaikaisennustetta (Gunderson 1994).

Liottin ja Intreccialaglin (1998) mukaan terapeutin työskentely edellyttää yhteistyöhön pyrkivän motivationaalisen järjestelmän toimivuutta. Perinteisessä kognitiivisessa psykoterapiassa terapisuhde määritellään tutkivaksi yhteistyösuhteeksi. Tutkiva yhteistyösuhde pitää sisällään ajatuksen vastavuoroisesta vuorovaikutuksesta terapeutin ja potilaan välillä. Oman kärsimyksen jakaminen toisen kanssa, joka koetaan itseä ”vahvemmaksi ja viisaammaksi”, on kuitenkin omiaan aktivoimaan myös kiintymyssuhdesysteemin. Tästä syystä persoonallisuuden epävakaan hoidossa terapisuhteen rakentaminen mahdollisimman turvalliseksi on erityisen tärkeää (Liotti 2002).

Hoitavan henkilön on syytä olla valppaana ja kykenevä arvioimaan omaa osuuttaan vuorovaikutuksessa. Linehanin mukaan virheiden välttämistä olennaisempaa on terapeutin kyky myöntää oma osuutensa vuorovaikutuksen ongelmista. Omien virheiden myöntäminen on välttämätöntä, olipa kyseessä vaikkapa hymyileminen väärällä hetkellä, loukkaava puhe,

kylmäkiskoinen käyttäytyminen tai valtataisteluun ajautuminen. Näitä on pidettävä virheinä hoitavan henkilön taholta, ja niiden korjaaminen on olennaista (Linehan 1993). Kun hoitava henkilö on valmis myöntämään oman osuutensa vuorovaikutuksen ongelmista, ei ajauduta tilanteeseen, jossa potilaan aiempi invalidoiva kohtelu toistuu. Vuorovaikutuksen ongelmien nopea tai virheellinen tulkitseminen potilaasta ja hänen aiemmista elämäkokemuksistaan kumpuaviksi on myös potilaan invalidointia.

Persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien potilaiden on usein vaikea pyytää apua ja ottaa tarjottua apua vastaan. Avun pyytämisen vaikeus voi liittyä hylätyksi tulemisen ja emotionaalisen deprivaaation uskomuksiin. Potilas voi uskoa, ettei hän apua pyytäessään tule kuulluksi tai ymmärretyksi tai että hän tulee hylätyksi. Avun pyytämisen vaikeus voi liittyä myös uskomukseen omasta viallisuudesta, jolloin henkilö voi esimerkiksi kokea itsensä niin arvottomaksi ja kelvottomaksi, ettei hänellä ole oikeutta pyytää itselleen apua. Linehanin työtovereineen kehittämässä kognitiivis-behavioraalisisessa dialektisessa käyttäytymisterapiassa on yhtenä tärkeänä tavoitteena harjoitella avun pyytämistä ajoissa ja tarkoituksenmukaisella tavalla. Terapeutti on tästä syystä enemmän esimerkiksi puhelimitse tavoitettavissa kuin perinteisissä terapiamuodoissa. Youngin kehittämässä skeemakeskeisessä terapiassa taas työskennellään kielteisten uskomusten eli skeemojen kanssa. Avun pyytämisen ja vastaanottamisen vaikeudet ovat osaltaan myös syynä siihen, että persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien hoidot jäävät usein kesken.

Melko tavallinen haaste persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien potilaiden hoidossa on äkilliset muutokset potilaan mielialassa ja tavassa olla vuorovaikutuksessa. Potilas voi olla yhdellä käynnillä aktiivisesti yhteistyössä ja seuraavalla kerralla esimerkiksi lukkiutunut tai vihaisesti vetäytynyt. Heilahtelua erilaisten tilojen välillä voi tapahtua myös yhden ja saman terapiaistunnon aikana nopeassa tahdissa. Tätä heilahtelua voi ymmärtää hajanaisen ja huonosti suuntautuneen kiintymysmallin valossa. Kun kiintymyksen kohde on sekä turvan että pelon lähde joko samanaikaisesti tai vaihdellen, syntyy dramaattisia, dissosioituneita, yhteen sovittamattomia sisäistyneitä mielikuvia itsestä ja kiintymyksen kohteesta, ja nämä mielikuvat voivat vaihdella nopeasti. Kun terapiasuhteessa aktivoituu yhteistyöhön pyrkivän motivaatiosysteemin lisäksi myös kiintymyssysteemi, on ymmärrettävää, että potilaan suhtautuminen itseensä sekä terapeuttiin vaihtelee dramaattisesti. Kahden tai useamman terapeutin malli on hyödyllinen persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien potilaiden hoidossa myös tästä syystä. Useamman hoitavan henkilön olemassaolo tarjoaa suojaa

kiintymyssysteemin liian voimakkaan aktivoitumisen haitallisilta seurauksilta. Toinen terapeutti voi olla esimerkiksi ryhmäterapeutti, kuten dialektisessa hoitomallissa, tai vaikkapa hoitava lääkäri. Batemanin ja Fonagyn (1999, 2001) sekä Bohusin, Haafin ja Stiglmayrin (2000) että Linehanin (1993) tutkimuksissa on saatu empiiristä näyttöä tällaisten useamman terapeutin mallien tehokkuudesta (Liotti 2002).

7.1. Skeemat ja moodit

Äkillisiä muutoksia potilaan mielialassa ja toiminnassa voidaan ymmärtää myös skeemamoodien avulla. Skeemamooodeilla tarkoitetaan kullakin hetkellä aktiivisena olevia skeemoja ja niihin liittyviä selviytymiskeinoja. Moodien voidaan ymmärtää olevan minätiloja, jotka voivat muuttua hetkestä toiseen hyvinkin nopeasti. Young on kuvannut kymmenen erillistä moodia, jotka ovat ryhmiteltävissä lapsimooodeiksi, maladaptiivisiksi selviytymismooodeiksi, maladaptiivisiksi vanhemman mooodeiksi ja terveen aikuisen mooodeiksi (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

Moodityöskentely on usein hyödyllistä, jos terapia näyttää jumiutuvan potilaan taustalla olevien skeemojen välttämistäipumuksen tai ylikompensoinnin takia. Tämä lähestymistapa on hyödyllinen myös jos potilas on hyvin itsekriittinen tai toimii itseään rankaisevasti. Young työtovereineen korostaa moodien kautta lähestymisen hyödyllisyyttä tunne-elämän epävakaudesta kärsivien potilaiden hoidossa, koska he siirtyvät usein moodista toiseen nopeassa tahdissa, jos kyseiseen moodiin liittyvät skeemat aktivoituvat elämäntilanteen tai vuorovaikutuksen seurauksena (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

7.2. Lapsimoodit

Lapsimoodit esiintyvät kaikkein selkeimpinä tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla. Young työtovereineen uskoo lapsimoodien olevan synnynnäisiä ja edustavan siten synnynnäistä emootioiden kirjoa. Haavoittuvan lapsen moodissa potilas vaikuttaa pelästyneeltä, surulliselta, avuttomalta ja lapsenomaiselta. Tämä moodi sisältää potilaan kärsivän sisäisen lapsen, ja se sisältää useimmat hyvin kielteiset ydinuskomukset, kuten esimerkiksi hylätyksi tulemiseen, muiden ihmisten epäluotettavuuteen tai pahantahtoisuuteen sekä omaan viallisuuteen liittyvät uskomukset. Haavoittuvan lapsen moodissa potilas voi epätoivoisesti yrittää estää läheistä ihmistä hylkäämästä häntä, ja ajoittain potilaan kokemus hylätyksi tulemisesta voi saada harhaiset mittasuhteet (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

Erään terapiatunnin päättyessä terapeutti kertoi Annalle, että terapiatuntien paikka muuttuu kaiken muun säilyessä ennallaan. Anna reagoi tähän ulkonaisesti niukasti. Myöhemmin hän kertoi joutuneensa tolaltaan ja viillelleensä epätoivoisena itseään ajatellen: ”Mun terapeutinkin hylkää mut”. Kertoessaan asiasta seuraavalla käynnillä Anna tunnisti hädän liittyneen voimakkaaseen hyläytyksi tulemisen pelkoon. Hän kuvasi ajatelleensa, että terapiatilan muuttuminen enteilee sitä, että terapeutti alkaa haluta hänestä eroon. Tämä tilanne olisi mahdollisesti voitu välttää, jos terapeutti olisi osannut ennakoida potilaan voivan tulkita muutoksen hylkäämisenä.

Epävakaan potilaan haavoittuvan lapsen moodi on niin varhainen, että potilailla ei tässä ole vielä kehittyntä objektikonstanssia. Potilas ei siten kykene pitämään mielessään tyynnyttävää mielikuvaa läheisestä ihmisestä, ellei tämä ole fyysisesti läsnä. Haavoittuvan lapsen moodi on myös esikäsitteellinen, ja tässä moodissa ollessaan potilas ilmaisee tunteitaan enemmän teoin kuin sanoin (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

Vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodeissa potilas ilmaisee raivoa suoralla tavalla kohdatessaan epäreilua kohtelua tai tilanteita, joissa hänen tarpeisiinsa ei vastata. Potilas voi vaikuttaa raivostuneelta, vaativalta, mitätöivältä tai kontrolloivalta. Potilas voi uhata itsemurhalla tai toimia parasuisidaalisesti. Youngin mukaan -vastoin yleistä luuloa- tunne-elämän epävakaudesta kärsivät potilaat eivät kovin usein ole vihaisen lapsen moodissa. Impulsiivisen tai kurittoman lapsen moodissa henkilö toimii impulsiivisesti tarpeidensa tyydyttämiseksi ja saadakseen nautintoa rajoituksista tai toisista ihmisistä välittämättä. Tässä moodissa lapsi on ikään kuin luonnontilassa, estoton ja ”sivistymätön”. Impulsiivinen ja kuriton lapsi sietää huonosti turhaumia eikä kykene lykkäämään välitöntä tyydytystä pitkän tähtäimen tavoitteiden vuoksi (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

7.3 Epäadaptiiviset selviytymismoodit

Epäadaptiiviset selviytymismoodit heijastavat lapsen yritystä sopeutua ympäristöön, joka ei tarjoa tyydytystä hänen emotionaalisille tarpeilleen. Nämä selviytymismoodit edistivät ympäristöön sopeutumista potilaan ollessa lapsi, mutta aikuismaailmassa ne ovat yleensä epätarkoituksenmukaisia. Erityisen yleinen selviytymismoodi tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla on eristäytyneen suojelijan (detached protector) moodi. Eristäytyneen suojelijan moodissa potilas käyttää skeeman välttämistä ja psykologista vetäytymistä selviytymiskeinona. Eristäytynyt suojelija vetäytyy aidosta kontaktista ja sulkee pois tunteensa ja tarpeensa suojatakseen itseään haavoittuvuuden aiheuttamalta kivulta. Eristäytyneen

suojelijan toiminta on mekaanista, ikään kuin robottimaista. Toiminnan tasolla tämä moodi ilmenee esimerkiksi sosiaalisista kontakteista vetäytymisenä, addiktiivisena itsen tyynnyttämisenä tai stimulaation hakemisena, esimerkiksi päihteiden tai seksin kautta. Youngin mukaan tätä moodia voi verrata muuriin tai panssariin, jonka taakse haavoittuvammat moodit kätkeytyvät. Useimmat tunne-elämän epävakaudesta kärsivät potilaat ovat eristäytyneen suojelijan moodissa suurimman osan ajasta. Tämä on myös epävakaan potilaan vaikeimmin muutettavissa oleva moodi. Lapsuusiässä monen epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän oli tarkoituksenmukaista eristäytyä ja olla tuntematta tunteita, ja tämä moodi ilmeisesti urautuu sittemmin automaattiseksi. Tässä moodissa ollessaan potilaat vaikuttavat ”normaaleilta”. Tästä seuraa, että terapeutit saattavat virheellisesti tukea potilaan pysymistä eristäytyneen suojelijan moodissa (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

7.4. Dysfunktionaaliset vanhemman moodit

Dysfunktionaalisista vanhemman moodeista tavallisin epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä on rankaisevan vanhemman moodi. Young luonnehtii tätä moodia potilaan sisäistämäksi vanhemmaksi varhaisen lapsuuden ajoilta. Potilaiden ollessa tässä moodissa he toimivat itse omina rankaisijoinaan ja kohtelevat itseään samalla tavoin kuin tulivat lapsena kohdelluiksi. Monet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat puhuvat itse itselleen rankaisevan vanhempansa tavoin, ja tässä moodissa he rankaisevat itseään usein esimerkiksi viiltelemällä tai polttamalla tai nälkiinnyttämällä (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

Anna kärsi sosiaalisten tilanteiden jännittämisestä, ja hän kritisoi itseään usein voimakkaasti analysoidessaan tällaisia vuorovaikutustilanteita jälkikäteen.

P: Me oltiin viikonloppuna Riikan ja Jussin luona, ja mä mokasin itteni taas siellä. Mä jännitän Jussia hirveesti, ku se on niin kriittisen tuntunen. Sit mä hölötin ihan liikaa ja ihan tyhmiä juttuja, ja Jussi mulkas mua vihaisen näköisenä.

T: Kerro vielä lisää, mitä siinä tapahtui?

P: No mä puhuin esimerkiks säästä ja kaikkee arkista small talkia, ihan tyhmiä juttuja.

T: Sellaisia arkisia juttujahan me ihmiset aika usein puhutaan. Mitä arvelet, voiko sitä kukaan jatkuvasti ollakaan äärimmäisen henkevä?

P: No ehkei sitte (nauraa vähän). Mut mun kyl pitäis aina olla.

T: Niin, me ollaan aika usein keskusteltu tästä sun kovasta vaatimuksesta itseäsi kohtaan. Siitä, että sä arvioit itseäsi hirveen kriittisesti, ihan eri tavalla kuin muita ihmisiä.

P: Niin. Mun on vain niin vaikee aina muistaa näitä asioita. Ku me menttiin Janin kans bussilla kotiin, ni mä haukuin itteäni koko matkan.

T: Mitä sä sanoit itelles?

P: Et saatanan idiootti, sä et kyl osaa tehdä mitään kunnolla eikä susta oo mihinkään. Sit mun ois tehny mieli taas viillellä itteäni. Se helpottaa ku mä rankasen itteäni mun

idioottimaisuudesta. Isäkin aina haukku mua noilla sanoilla. Mut Jani suuttuu ku mä viiltelen, ni sit mä luin mun muistutuskortii ja sitä kohtaa et vaikka must nyt tuntuu et joku vihaa mua, ni se ei välttämättä oo totta. Et mul on ehkä vaan tapana kuvitella et ihmiset vihais mua.

7.5. Terveen aikuisen moodi

Terapian tavoitteena on vahvistaa potilaan terveen aikuisen moodia. Terveemmällä potilailla on vahvempi terveen aikuisen moodi kuin vaikeammasta persoonallisuuden epävakaudesta kärsivillä. Joillakin epävakailla potilailla ei ole terveen aikuisen moodia lainkaan. Tällöin terapeutin työnä on vahvistaa tai auttaa luomaan uutta tai hyvin alikehittyntä terveen aikuisen moodia (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

Persoonallisuuden epävakaudesta kärsivä potilas siirtyy moodista toiseen nopeassa tahdissa ympäristön ja elämäntapahtumien seurauksena. Myös vuorovaikutus hoitosuhteessa voi provosoida esiin jonkin potilaalle olennaisen skeeman, jolloin potilas voi tulkita tilanteen tämän skeemansa valossa ja heilahtaa äkillisesti toiseen skeemamoodiin. Terveemmällä henkilöillä on vähemmän moodeja, eivätkä ne ole niin äärimmäisiä kuin persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien moodit. Terveemmät henkilöt voivat myös kokea useampia moodeja samanaikaisesti. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla toiset moodit yleensä katoavat yhden moodin aktivoituessa, koska heillä moodit ovat lähes täysin dissosioituneita. (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

Hoitosuhteessa voi tulla tilanteita, joita usein kutsutaan acting outiksi tai ajeeraukseksi. Käytettäessä tällaisia painavia ja leimaavia termejä määrittelemään potilaan käyttäytymistä oletetaan, että potilas tarkoituksellisesti ”pelaa”, manipuloi tai ”splittaa” tai muuten loukkaa, nöyryyttää, raivostuttaa tai aiheuttaa hankaluuksia terapeutille. Marsha Linehanin (1993) mukaan tällainen näkemys perustuu virheelliseen päättelyyn. Useimmat hoitosuhteen ongelmat liittyvät hänen mukaansa siihen, että potilas kaipaa arvostavampaa suhtautumista, enemmän emotionaalista vastavuoroisuutta, vähemmän mielivaltaisia rajoja ja enemmän apua. Potilas kaipaa ennen kaikkea kuulluksi tulemistä. Linehanin työtovereineen kehittämässä dialektisessa käyttäytymisterapiassa ei oleteta, että joko potilas tai terapeutti on yksin vastuussa hoitosuhteessa ilmenevistä ongelmista. Oletus, että potilas aiheuttaa ongelmia, on aiemman invalidoivan kohtelun toistamista. Monesti myös hoitavat henkilöt ja terapeutit voivat syyttää hoitosuhteen vuorovaikutuspulmista potilaan psykopatologiaa mieltämättä oman toimintansa osuutta. Todellisuus sijaitsee luonnollisesti jossakin tämän jatkumon keskivaiheilla. Se, miten potilaan käyttäytymi-

nen vaikuttaa terapeutiin (ja päinvastoin) on keskeinen aihe terapiakeskusteluissa, ja terapeutin on syytä välttää syyttämästä potilasta omasta epäasianmukaisesta toiminnastaan. Tilanteilla, joita potilasta leimaavasti ajeeraukseksi tai acting outiksi kutsutaan, on usein pohjansa ristiriitaisessa kiintymyskäyttäytymisessä. Näihin tilanteisiin liittyy pelkoa hylätyksi tulemisesta sekä tämän uskomuksen erilaista testaamista. Hoidossa on olennaista tunnistaa nämä tilanteet ja ymmärtää että se mitä kutsutaan ajeeraukseksi on kiintymyskäyttäytymistä, joka kumpuaa hylätyksi tulemisen pelkoon liittyvästä epätoivosta (Linehan 1993). Epäasianmukaisen motivaatiojärjestelmän aktivoituminen voidaan myös kokea ajeerauksena. Jos potilaalla aktivoituu hoitosuhteessa yhteistyöhön pyrkivän motivaatiojärjestelmän sijasta esimerkiksi valtasuhteita tai seksuaalisuutta koskeva motivaatiojärjestelmä, on hoitavan henkilön tai työryhmän tärkeää säilyä vakaana ja vastaanottavaisena ja yhteistyöhön pyrkivänä. Erityisen ongelmallisia vuorovaikutuksen kehii syntyy, jos myös hoitavalla henkilöllä aktivoituu jokin epäasianmukainen motivaatiojärjestelmä. Jos esimerkiksi sekä potilaalla että hoitavalla henkilöllä tai työryhmällä aktivoituu epäasianmukaisesti valtasuhteita koskeva motivaatiojärjestelmä, ajaututaan hedelmättömään valtataistelusetelmaan. Nämä on tarpeellista tunnistaa, jotta hoitava henkilö tai työryhmä voi pyrkiä irrottautumaan niistä. Tällaisesta vuorovaikutustilanteesta on monesti mahdollista päästä ulos toteamalla tilanne ääneen potilasta syyllistämättä.

Tunne-elämältään epävakaat potilaat tarvitsevat lähes aina enemmän kuin hoitava henkilö voi heille tarjota. Useimmiten potilas turhautuu tästä syystä väistämättä jossakin vaiheessa. Potilaat kokevat ammatilliset rajat kylminä ja epäoikeudenmukaisina ja välinpitämättöminä, jopa raakoina. Potilas voi tästä syystä suuttua, vetäytyä tai keskeyttää hoidon (Young, Klosko ja Weishaar 2003). Kognitiivisen psykoterapian uusissa persoonallisuushäiriöiden hoitoon suunnitelluissa terapiamuodoissa kuten dialektisessa käyttäytymisterapiassa ja skeematerapiassa terapeutti on perinteistä enemmän potilaan tavoitettavissa puhelimitse. Terapeutin asenne on lämmin, sensitiivinen, aito ja aktiivinen. On kuitenkin tärkeää, että hoitava henkilö huolehtii omasta jaksamisestaan ja omista oikeuksistaan asettamalla omat rajansa sellaisiksi, ettei hän itse uuvu (Young, Klosko ja Weishaar 2003). Työnohjaus on tässä suhteessa erittäin tärkeää, samoin kuin työryhmän tuki tai kahden terapeutin malli. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa potilailla on pääasiallisen yksilöterapian ohella ryhmäterapiaa, joka keskittyy erityisesti taitopuutosten korjaamiseen. Lisäksi vastuu mahdollisesta lääkityksestä pyritään usein järjestämään vielä erikseen eri lääkärille, vaikka terapeutilla olisikin lääkärin koulutus.

Vaikeus olla yksin on keskeinen puutos tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla. Se sisältyi myös diagnostisiin kriteereihin tämän häiriön tullessa tautiluokituksen piiriin DSM-III:ssa v.1980. Voidaan ajatella, että potilailta puuttuu sisäistynyt mielikuva tynnyttävästä, empaattisesta ja luotettavasta toisesta ihmisestä, ja tästä syystä he ovat kykenemättömiä yksin olemiseen. Vaikeus sietää yksinoloa johtaa usein takertuvaan, huomiohakuiseen tai irralliseen kiintymyskäyttäytymiseen. Yksinolo on tunne-elämän epävakaudesta kärsivälle potilaalle sietämätöntä, koska siihen liittyy syvä kokemus itsestä pahana. Tätä äärimmäisen kielteistä käsitystä itsestä seuraavat usein voimakkaat häpeän ja syyllisyyden tunteet, joiden yhteydessä potilas kyseenalaistaa olemassaolon oikeutuksensa ja voi päätyä itsetuhoiseen toimintaan. Hylätyksi tulemisen pelko on usein monien DSM-IV:ssa esiintyvien diagnostisten piirteiden, kuten itsetuhoisen käyttäytymisen, mielialan vaihteluiden, epätarkoituksenmukaisen vihan tai kiukun ja epätoivoisen impulsiivisen toiminnan sekä hetkellisen stressiin liittyvän paranoidisen ajattelun tai vakavien dissosiativisten oireiden taustalla (Gunderson 1996).

Terapeutin tapa säädellä tavoitettavissa olemistaan on keskeistä epävakaan potilaan yksinolon vaikeuden hoidon kannalta. Ei ole olemassa empiirisesti todennettua ohjetta siitä, miten tiiviitä käyntien tulisi olla. Yleisesti ottaen kuitenkin harvempaa kuin kertaviikkoista terapiaa ei pidetä hyödyllisenä. Persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien intensiivinen psykoterapia taas vaatii vankkaa kokemusta sekä tiivistä työnohjausta. Epävakaiden potilaiden varhaisemmissa terapiamuodoissa korostettiin tarkkaa struktuuria ja selkeitä rajoja, koska huolena oli potilaiden mahdollisuus kehittää psykodynaamisesti ymmärrettynä psykoottinen tai regressiivinen transferenssi. Tämänhetkinen varsin erilainen näkemys terapeutin käytettävissä olemisen merkityksestä tarvittaessa myös tapaamisten välillä heijastaa epävakaan persoonallisuuden psykopatologian ja terapeutin muutokseen liittyvän ymmärryksen lisääntymistä. Terapeutin perinteistä suuremman käytettävissä olemisen tulee olla potilaan tarpeista lähtöisin olevaa, eikä sitä aktiivisesti tarjota, jollei sille ole tarvetta. Terapeutin käytettävissä oleminen tarvittaessa voi merkitä korjaavan kokemuksen syntymistä suhteessa aiempiin kokemuksiin. Mikäli potilas kysyy, terapeutti kertoo potilaalle hoidon alussa, että häneen voi olla puhelimitse yhteydessä kriisitilanteissa. Tämä välittää potilaalle sekä viestin, että hänen hyvinvointinsa on tärkeää että myös odotuksen, että hätätilanteita tulee harvoin. Puhelinkeskustelun aikana tai seuraavan tapaamisen yhteydessä käydään läpi, minkä vuoksi potilas soitti ja miten potilas oli kokenut saavansa apua puhelinkeskustelusta sekä myös miten hän oli ajatellut ennen soittamistaan terapeutin voivan olla avuksi. Tavoitteena on terapian

kuluessa harjoitella muun muassa avun pyytämistä asianmukaisella tavalla ja ajoissa, jolloin tarve ajautua esimerkiksi parasuisidaaliseen toimintaan vähenee. Keskusteluissa terapeutti havainnollistaa sitä, miten muut ihmiset kokevat parasuisidaalisen toiminnan ja itsemurhauhan painostavana ja miten se myös etäännyttää ihmisiä, joilta apua juuri yritetään pyytää (Gunderson 1996). Tavoitteena on myös harjoitella ahdistuksen sietämistä ja itseen liittyvien kielteisten uskomusten tunnistamista ja muuttamista. Kun potilaan kyky tyynnyttää itseään intensiivisten tunnetilojen ilmetessä lisääntyy, tarve puhelinkontakteille käyntien välissä vähenee (Young, Klosko ja Weishaar 2003).

8. Pohdinta

Tiedon ja ymmärryksen lisääntyessä näkemys epävakaan persoonallisuuden psykoterapeuttisesta hoidosta on muuttunut. Aiemmin korostettiin terapiassa tiukkoja rajoja ja struktuuria, nykyään terapeutin joustavaa käytettävissä olemista sekä lämmintä, aitoa ja persoonallista ja aktiivista asennetta, sekä useamman terapeutin mallia. Terapeutin oman toiminnan reflektointi on tärkeää, ja terapeutin on oltava valmis myöntämään omat virheensä ja oma osuutensa vuorovaikutuksen pulmista.

Kiintymyssuhdeteoria tarjoaa kognitiiviselle psykoterapialle siltä aiemmin puuttuneen kehityspsykologisen näkökulman. Kiintymysmallien joukkoon myöhemmin lisätty hajanainen ja jäsentymätön tai huonosti suuntautunut (disorganized/distorted) kiintymysmalli auttaa ymmärtämään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan vuorovaikutuksen heilahteluja terapiassa. Liottin ja Intreccialaglin esittelemät kiintymyssuhteita, huolenpitoa, valtasuhteita, seksuaalista vuorovaikutusta ja yhteistyötä koskevat motivationaaliset järjestelmät auttavat havainnoimaan ja ymmärtämään terapiasuhteessa tapahtuvaa vuorovaikutusta aiempaa laajemmasta, kognitiivis-evolutionistisesta näkökulmasta. Epävakaan persoonallisuuden hoitoon on kehitetty hoitomalleja, joista tunnettuja ovat Marsha Linehanin työtovereineen kehittänyt dialektinen käyttäytymisterapia ja Jeffrey Youngin kehittänyt skeemakeskeinen terapia. Useamman terapeutin malli näyttää hyödylliseltä kiintymyssuhteisiin liittyvän lisääntyneen tiedon valossa, ja tästä on saatu myös empiiristä näyttöä.

Lähteet

- Bateman A, Fonagy P. 2001. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158 (1), 36-42.
- Bateman A, Fonagy P. 1999. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156 (10), 1563-1569.
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, ym. 2000. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Beh Res Ther*, 38, 875-887.
- Bowlby J. 1969. *Attachment and loss*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Gunderson JG. 1994. Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatr Scand*, 89 (suppl 379), 12-18.
- Gunderson JG. 1996. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*, 153, 752-758.
- Heikkilä-Kari P, Mannila A. 2000. Kiintymyssuhdeteoria epävakaa persoonallisuuden ymmärtämisessä ja hoidossa. Kirjassa: Kuusinen K-L, toim. Kognitiivinen psykoterapia ja kiintymyssuhdeteoria. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu 4, Jyväskylän yliopistopaino, s. 84-102.
- Karila I, Holmberg N. 2001. Persoonallisuushäiriöt. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Jyväskylä: Duodecim.
- Kuusela M. 2002. Linehanin dialektisen käyttäytymisterapian kiintymyssuhdeteoreettinen pohja. *Psykologia*, 3, 196-203.
- Kuusinen K-L. 2000. Terapiasuhde ja emotionaalinen säätely kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta. Kirjassa: Kuusinen K-L., toim. Kognitiivinen psykoterapia ja kiintymyssuhdeteoria. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu 4, Jyväskylän yliopistopaino, s. 1-27.
- Linehan MM. 1993. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Liotti G. 2002. The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: a cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, 3, 349-366.
- Liotti G. 1991. Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, 5, 105-114.

Liotti G, Intreccialagli B. 1998. Metacognition and motivational systems in psychotherapy: a cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. Kirjassa: Perris C, Mc Gorry PD, toim. Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice. New York: John Wiley & Sons.

Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, (toim.) 2001. Psykiatria. Hämeenlinna: Duodecim.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME 2003. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press.