

**AIKARAJOITTEINEN SKEEMAMOODEJA KÄSITTELEVÄ
RYHMÄPSYKOEDUKAATIO EPÄVAKAAN PERSONALLISUUDEN
HOIDOSSA:
Pilottitutkimus psykiatrisessa palvelujärjestelmässä**

Maarit Granberg
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Helmikuu 2015

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

GRANBERG, MAARIT: Aikarajoitteinen skeemamoodeja käsittelevä ryhmäpsykoedukaatio epävakaan persoonallisuuden hoidossa: Pilottitutkimus psykiatrisessa palvelujärjestelmässä

Pro gradu -tutkielma, 36 s.

Ohjaajat: Sari Lindeman, Raimo Lappalainen

Psykologia

Helmikuu 2015

Epävakaan persoonallisuuden hoidossa ensisijaisia ovat tietyt, näyttöön perustuvat psykoterapeuttiset menetelmät. Todellisuudessa niitä ei kuitenkaan ole potilaille tarjolla suomalaisessa julkisen sektorin palvelujärjestelmässä. Siksi onkin kehitetty esimerkiksi ryhmämuotoisia hoitomalleja, joissa sovelletaan näyttöön perustuvia psykoterapioita. Tällaiset hoitomallit voidaan helposti integroida psykiatriseen palvelujärjestelmään ja näin tarjota niitä laajalle potilasjoukko. Tutkimustieto tämänkaltaisten hoitomallien soveltamisesta ja vaikuttavuudesta on kuitenkin vähäistä. Skeematerapia on yksi psykoterapiamuoto, jonka tehokkuudesta on vahva tutkimusnäyttö. Sen sijaan Skeematerapiaan pohjautuvan, ajallisesti rajatun ryhmässä toteutetun psykoedukaation mahdollisista vaikutuksista epävakausoireisiin ei ole ollut toistaiseksi tutkimuksia.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, onko Skeematerapiaan perustuvalla, skeemamoodien tunnistamiseen tähtäävällä ryhmäpsykoedukaatiolla saavutettavissa muutoksia epävakaan persoonallisuuden oireulottuvuuksissa ja häiriöön tyypillisesti kytkeytyvässä itsetuhoisuudessa. Aineisto (n=16) koostui Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen potilaista. Psykoedukaatio toteutettiin siis tavanomaisessa psykiatrisessa palvelujärjestelmässä. Psykoedukatiiviset ryhmät kokoontuivat kymmenen kertaa. Tutkimusasetelma oli naturalistinen: Epävakaan persoonallisuuden yleistä vaikeusastetta ja häiriölle ominaisia oireulottuvuuksia (tunne-elämän, minäkuvan ja vuorovaikutussuhteiden epävakaas sekä itselle vahingollinen impulsiivisuus) sekä itsetuhoisuuden vaikeusastetta tarkasteltiin persoonallisuuden ja psykopatologian arviointiin kohdistuvalla kyselylomakkeella (Personality Assessment Inventory) ennen ja jälkeen psykoedukatiivisten ryhmien.

Tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevä lieveneminen epävakaan persoonallisuushäiriön vaikeusasteessa, tunne-elämän ja vuorovaikutussuhteiden epävakaudessa, sekä impulsiivisuudessa. Sen sijaan minäkuvan epävakaudessa ja itsetuhoisuuden vaikeusasteessa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta. Voimakkainta muutos oli tunne-elämän epävakaudessa ja lähes yhtä voimakasta häiriön yleisessä vaikeusasteessa. Impulsiivisuuden ja ihmissuhdevaikeuksien muutoksien efektikoot olivat pienemmät.

Tutkimuksen perusteella skeemamoodien tunnistamiseen tähtäävä ryhmämuotoinen psykoedukaatio on lupaava, epävakausoireita lieventävä menetelmä, joka soveltuu hyvin julkisella sektorilla toteutettavaksi. Samalla tutkimus vahvisti käsitystä siitä, että epävakaan persoonallisuuden hoitaminen kannattaa, ja hoitomallien vaikuttavuutta myös seuranta-aikana tulee selvittää.

Avainsanat: Epävakaas persoonallisuus, Skeematerapia, skeemamoodit, ryhmämuotoinen psykoedukaatio

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	1
1.1 Epävaka persoonallisuus.....	2
1.2 Skeemamoodit eli minätilat.....	5
1.3 Tutkimusongelmat.....	7
2 MENETELMÄT.....	8
2.1 Tutkimuksen kulku.....	8
2.2 Tutkittavat.....	10
2.3 Psykoedukatiiviset ryhmät.....	12
2.4 Mittarit ja muuttujat.....	15
2.5 Tilastollinen analysointi.....	17
3 TULOKSET.....	19
3.1 Alkutaso.....	19
3.2 Psykoedukaation vaikuttavuus.....	20
3.3 Psykoedukaatiosta hyötynneet ja vähemmän hyötynneet.....	22
3.4 Tutkittavien kokemukset ryhmäpsykoedukaatiosta.....	23
4 POHDINTA.....	26
5 LÄHTEET.....	32

1 JOHDANTO

Epävakaan persoonallisuuden (Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, Rajatilapersonallisuushäiriö) hoitoa on lähtökohtaisesti luonnehtinut tietynlainen pessimismi. Vaikka käsitys psykoterapian vähäisistä hyödyistä on tutkimustiedon kasvaessa muuttunut, liittyy hoitoon edelleen suuria haasteita. Persoonallisuuden epävakauteen liittyvä kroonisuuden ja vaikeahoitoisuuden leima saattaa määritellä potilaan hankalammaksi kuin hän on, toisin sanoen diagnoosi alkaa ohjaamaan potilaaseen kohdistuvaa suhtautumista (Marttunen, Eronen, & Henriksson, 2011). Erityisen lohduton tilanne on silloin, kun hoitohenkilökunnalta puuttuu ajantasainen tietämys häiriön syntymekanismeista ja hoitomahdollisuuksista, eikä heille näin ollen tarjoudu välineitä, joilla voisi käsitteellistää potilaan ongelmia. Tällöin hoitava taho saattaa kokea epävakaan potilaan käyttäytymisen esimerkiksi tahallisenä tai manipulatiivisena (Young, Klosko, & Weishaar, 2012). Se, että hoitava henkilö tulkitsee potilaan toiminnan manipuloivaksi, ei kuitenkaan kerro mitään potilaan tarkoitusperistä (Linehan, 1993), vaan vaikeuttaa hoitoa entisestään. Samalla itse potilas jää vaille oman tilanteensa käsittelemiseen tarvittavia sanoja, ongelmat jatkuvat ja kasaantuvat, ja kokemus avun ulottumattomissa olemisesta vahvistuu. Tutkimuksissa onkin havaittu suuren osan persoonallisuushäiriöistä jäävän kokonaan hoidon ulkopuolelle, joka Tyrerin ym. (2010) mukaan usein johtuu persoonallisuushäiriöihin liittyvästä stigmasta, joka hankaloittaa häiriöistä kärsivien ihmisten mahdollisuuksia saada tarpeenmukaista hoitoa.

Tutkimustieto persoonallisuushäiriöiden luonteesta ja erityisesti epävakaan persoonallisuuden psykoterapiasta on viime aikoina lisääntynyt huomattavasti ja useita kattavia terapiasuuntauksia on todettu tuloksellisiksi häiriön hoidossa (Zanarini, 2009). Hoidossa keskeisellä sijalla ovat psykoterapeuttiset menetelmät. Julkisella sektorilla, joka siis tavallisesti vastaa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden hoidosta, on kuitenkin vain harvoin tarjolla tulokselliseksi osoitettuja hoitomuotoja (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus, 2008). Näyttöön perustuvista psykoterapioista, kuten Skeematerapiasta, onkin kehitetty julkiselle sektorille soveltuvia hoitomuotoja, joiden vaikuttavuus on todettu hyväksi, ja jotka tosiasiallisesti voidaan tarjota mahdollisimman laajalle potilasjoukolle (Giesen-Bloo ym., 2006; Leppänen, Hakko, Sintonen, & Lindeman, 2014; Nadort ym., 2009; Nadort, van Dyck ym., 2009; Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013) esimerkiksi ryhmämuotoisena hoitona (Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Renner ym., 2013; van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings - Bontekoe, & Broersen, 2014).

Useissa vaikuttavaksi todetuissa hoitomuodoissa psykoterapian taustaoletukset tehdään läpinäkyviksi ja potilaalle kerrotaan, kuinka hoitava työntekijä hänen ongelmiaan käsitteellistää (Zanarini, 2009; Koivisto, Keinänen & Isometsä, 2007). Skeematerapia esimerkiksi tarjoaa ymmärrettävän ja koettuja vaikeuksia normalistavan näkökulman, jolloin epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvä stigma voi hellittää (Young ym., 2012). Ongelmien käsitteellistäminen auttaa henkilöä jäsentämään laaja-alaisia vaikeuksiaan helpommin käsiteltäviksi kokonaisuuksiksi, joka taas voi toimia perustana psykoterapeuttiselle työskentelylle. Julkisen sektorin resurssien puitteissa toteutettavassa hoidossa esimerkiksi Skeematerapiaan pohjautuva psykoedukaatio voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena (Leppänen ym., 2014). Ryhmämuotoinen työskentely itsessään sisältää hoidollisia elementtejä, ja voi olla erityisen hyödyllistä juuri epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville henkilöille (Farrell ym., 2009).

Näyttöön perustuvien hoitomuotojen yksittäisten menetelmien ja osa-alueiden, kuten psykoedukaation, mahdollisista vaikutuksista ei ole löydettyä tutkimustuloksia. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko julkisten palvelujen piirissä toteutettavalla, persoonallisuuden epävakaudesta skeematerapian näkökulmasta käsitteellistävällä ryhmämuotoisella psykoedukaatiolla mahdollista saavuttaa muutoksia epävakaan persoonallisuuden oireulottuvuuksissa.

1.1 Epävakaata persoonallisuus

Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus on vaikea, henkilön toimintakyky merkittävästi heikentävä häiriö, joka kuormittaa myös terveydenhuoltojärjestelmää laajasti. Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 (WHO, 1993) ja Amerikan Psykiatriyhdistyksen (APA) laatima psykiatristen häiriöiden DSM-IV-TR -diagnoosiluokitus (2000) ryhmittelevät persoonallisuushäiriöt hieman toisistaan poikkeavasti: ICD-10:ssä käytetään käsitettä rajatilapersonallisuus ja DSM:ssä epävakaata persoonallisuus. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä epävakaata persoonallisuus.

Vakiintuneen käsityksen mukaan epävakaata persoonallisuus kehittyy ympäristöllisten, perinnöllisten ja biologisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Erityisesti lapsuuden kasvu ympäristön vahingollisilla, pitkäaikaisilla ja kasaantuvilla tekijöillä, kuten varhaisten vuorovaikutussuhteiden häiriintymisellä, kaltoinkohtelulla, laiminlyönnillä ja hyväksikäytöllä on merkitystä persoonallisuuden epävakauteen tyypillisesti liittyvien piirteiden synnyssä (Marttunen ym., 2011). Nämä oireulottuvuudet - *tunne-elämän, minäkuvan ja vuorovaikutussuhteiden epävakaata*, sekä

impulsiivinen itselle vahingollinen käyttäytyminen - ilmenevät voimakkuudeltaan ja ilmiösultaan yksilöllisesti vaihdellen.

Tunnereaktion herkkyyks, koettujen tunteiden voimakkuus ja tunnetilojen äkillinen ja äärimmäinen heilahtelu ovat epävakaassa persoonallisuudessa ominaisen tunne-elämän epävakaan piirteitä (Stepp ym., 2014). Tunnekokemukset ovat usein kielteisesti sävyttyneitä, ilmeten esimerkiksi masentuneisuutena, ahdistuksena ja ärtyneisyytenä. Tunteet syttyvät herkästi ja kytkeytyvät vahvasti ympäristön ärsykkeisiin (Trull ym., 2008). Esimerkiksi Limberg, Barnow, Freyberger ja Hamm (2011) havaitsivat tunnereaktion herkkyyden olevan erityisesti yhteydessä ärsykkeisiin, jotka aktivoivat epävakaassa persoonallisuudessa tyypillisiä hylkäämisen ja torjunnan skeemoja.

Toinen epävakaassa persoonallisuudessa tavallinen ominaispiirre liittyy minäkuvan epävakauteen. Häiriöt minäkuvassa näyttäytyvät esimerkiksi minuuden kokemuksen hajanaisuutena ja jatkumattomuutena, vaikeutena tavoitteiden asettamisessa ja päämääriin pyrkimisessä, sekä jatkuvina tyhjyyden, turtuneisuuden ja merkityksettömyyden tunteina (Marttunen ym., 2011). Minäkuvan epävakaan on havaittu olevan yhteydessä depression ja yleisten psyykkisten oireiden vaikeusasteeseen sekä kielteisten tunnekokemusten tasoon, mikä Sollbergerin ym. (2011) mukaan saattaa kuvastaa ilmiön liittyvän erityisesti vakava-asteiseen persoonallisuuden epävakauteen. Vaikeatasoisen epävakaan yhteydessä saattaa myös ilmetä dissosiaatio-oireita, joilla ajatellaan olevan merkitystä minuuden kokemuksen hajanaisuudessa (Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles, & O'Kane, 2009).

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä henkilöillä on usein merkittäviä vaikeuksia vuorovaikutussuhteissaan. Persoonallisuuden epävakautta luonnehtiva mustavalkoisuus voi näyttäytyä ihmissuhteissa esimerkiksi vaihteluna ihannoinnin ja vähättelyn, takertuvuuden ja läheisyyden välttelyn, sekä vihantunteiden impulsiivisen ilmaisemisen ja toisaalta liiallisen tukahduttamisen välillä (Linehan, 1993). Henkilö saattaa myös herkästi kokea tulleen torjutuksi tai pelätä tulevansa hylätyksi, mikä taas voi johtaa hänet toimimaan tavoilla jotka luovat ongelmia ihmissuhteisiin (Marttunen ym., 2011). Persoonallisuudeltaan epävakaan henkilön vuorovaikutussuhteita leimaakin usein kiihkeys ja myrskyisyys. Ihmissuhteisiin voi kytkeytyä myös tavallista kielteisempiä odotuksia ja uskomuksia, joiden on havaittu olevan yhteydessä edellä mainitun kaltaisiin hylkäämisen ja torjunnan skeemoihin (Sieswerda, Barnow, Verheul, & Arntz, 2013).

Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy usein myös impulsiivisuutta, jolla voi olla vahingollisia seurauksia. Impulsiivinen toiminta voi näyttäytyä esimerkiksi holtittomana tuhlaamisena, päihteidenkäyttönä, ahmimisena, tai vaikkapa tilanteeseen nähden sopimattomina

vihanpurkauksina ja äkkipikaisuutena (Marttunen ym., 2011). Tutkimuksissa itselle vahingollisen impulsiivisuuden on havaittu liittyvän tilanteisiin, joissa henkilö kokee henkistä kuormitusta (Krause-Utz ym., 2013), ja olevan yhteydessä itsetuhoisiin tekoihin kuten itsemurhayrityksiin (Rihmer & Benazzi, 2010). Persoonallisuuden epävakauteen liittykin kohonnut itsemurhariski. Arviolta joka kymmenes epävakaasti oirehtivista henkilöistä kuolee itsemurhaan ja valtaosa, noin 70 %, yrittää itsemurhaa jossain vaiheessa elämäänsä (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004).

Kaikki persoonallisuushäiriöt huomioiden, erityisesti epävakauteen kytkeytyy usein myös suurta samanaikaissairastavuutta (Huang ym., 2009). Etenkin mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt sekä päihdeongelmat ovat yleisiksi havaittuja. Riihimäen, Vuorilehdon ja Isometsän (2014) tutkimuksessa yhtäaikaisesta masennuksesta ja persoonallisuuden epävakaudesta kärsivillä perusterveydenhuollon potilailla ilmeni kaksi kertaa useammin ahdistuneisuutta ja masennusjaksoja verrattuna ainoastaan depressiosta kärsiviin potilaisiin. Itsetuhoinen suuntautuminen, päihdeongelmat ja vakavat taloudelliset vaikeudet olivat kolme kertaa yleisempiä, sekä työttömyys ja menneisyyden itsemurhayritykset neljä kertaa yleisempiä potilailla, joilla oli depression lisäksi diagnosoitavissa oleva epävakaa persoonallisuushäiriö.

Perusterveydenhuollon potilaista arviolta 20 % kärsii persoonallisuushäiriöistä, määrän ollessa psykiatristen palvelujen piirissä vieläkin runsaampi, 30–40 % (Marttunen ym., 2011). Erityisesti epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät henkilöt käyttävät runsaasti terveydenhuollon palveluita (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus, 2008). Apua persoonallisuuteen kytkeytyviin ongelmiin kuitenkin haetaan harvoin, tai toisaalta myöskään tarjotaan, vaan hoitoon hakeutumisen syyt samoin kuin hoidon toteutuminen koskevat tavallisesti muita vaikeuksia, kuten masentuneisuutta (Huang ym., 2009; Torgersen, 2009). Persoonallisuudeltaan epävakaat potilaat eivät kuitenkaan aina hyödy perinteisistä depression hoitomenetelmistä. Esimerkiksi masennukseen ja ahdistukseen liittyvien vaikeuksien on havaittu uusiutuvan herkästi ja olevan luonteeltaan pitkäkestoisia (Gunderson ym., 2011; Riihimäki ym., 2014). Hoidon keskittyessä niin sanottuihin ilmiongelmiin, saattavat persoonallisuuteen punoutuvat vaikeudet jäädä huomiotta ja käsittelemättä. Vaarana on, että potilaan kokema itsepintainen kärsimys ei tule laajuudessaan ymmärretyksi, kun hänelle eikä myöskään häntä hoitaville työntekijöille tarjoudu työkaluja näiden vaikeuksien käsitteellistämiseen.

1.2 Skeemamoodit eli minätilat

Eräs tapa epävakaiseen persoonallisuuteen liittyvien moninaisten ongelmien käsitteellistämässä perustuu häiriön hoidossa tulokselliseksi todettuun Skeematerapiaan. Skeematerapia (Schema therapy, ST/Schema-focused therapy, SFT) on erityisesti vaikeiden ja pitkäkestoisten ongelmien hoitoon hyvin soveltuva integratiivinen kognitiivista terapiaa laajentava hoitomuoto (Young ym., 2012). Käytettyjen työotteiden moninaisuudesta huolimatta terapia on rajattavissa selkeisiin aiheisiin, jotka perustuvat Youngin skeemamalliin (Young ym., 2012). Skeemamallissa erotellaan skeemat, selviytymiskeinot ja skeemamoodit, joiden kautta niin terapeutti kuin potilaskin voivat ymmärrettävästi jäsentää hoidossa käsiteltäviä aiheita.

Youngin ym. (2012) mukaan skeemat jotka kehittyvät lapsuuden haitallisten ja kasaantuvien kokemusten myötä, pysyvät aktiivisina vielä aikuisuudessakin ja voivat vaikuttaa persoonallisuushäiriöiden kaltaisten kroonisten ongelmien taustalla. Nämä maladaptiiviset skeemat koostuvat muistoista, ajatuksista, tunteista sekä kehollisista tuntemuksista, ohjaten yksilöllistä kokemisen tapaa ja todellisuuskäsitystä. Selviytymiskeinoilla viitataan taas skeeman aiheuttamaan käyttäytymiseen, johon sisältyy myös kognitiivisia ja emotionaalisia toimintatapoja (Young ym., 2012). Näiden toimintojen turvin lapsi on pyrkinyt sopeutumaan skeemojen synnyttämiin vaikeisiin ja kokonaisvaltaisiin tunnekokemuksiinsa. Aikuisuudessa selviytymiskeinot eivät kuitenkaan enää palvele sopeutumista, vaan ylläpitävät ja päätyvät vahvistamaan taustalla vaikuttavia skeemoja. Toisin sanoen se, mikä lapsena on ollut adaptiivista, on aikuisena maladaptiivista.

Skeemamallin skeemamoodikäsite muotoutui terapian kehittäjien työskennellessä epävakasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden parissa (Arntz & van Genderen, 2009; Young ym., 2012). Persoonallisuuden epävakaudessa ilmenevä skeemojen moninaisuus, vaihtelevuus ja yhtäaikaisuus olivat terapiatyön kannalta vaikeasti rajattavissa. Häiriölle tyypilliset äkilliset ja äärimmäiset heilahtelut tunnetiloissa ja niihin liittyvissä toiminnoissa johtivat skeemamoodikäsitteen syntyyn (Arntz & van Genderen, 2009). Skeemamoodit eli minätilat ovat kullakin hetkellä vallitsevia mielentiloja, jotka kumpuavat sillä hetkellä aktiivisesta skeemasta tai skeemoista ja niihin liittyvistä selviytymiskeinoista (Young ym., 2012). Lisäksi moodit voidaan käsittää dissosiativisina tiloina – sellaisina toisistaan erillisinä puolina henkilön minuudessa, joissa tietyt skeemat toimintoinen ovat hallitsevia. Epävakasta persoonallisuutta luonnehtiva tunnetilojen, ajatusten ja toiminnan heilahtelu voidaan siis ymmärtää liukumina minätilasta toiseen, jolloin edellinen kokemus saattaa sammua täysin eikä henkilöllä ole siihen enää kosketusta.

Skeemamoodit ovat jaoteltavissa neljään eri kategoriaan: Lapsimoodeihin, vahingollisiin selviytymismoodeihin, maladaptiivisiin vanhemman moodeihin sekä terveeseen aikuisen moodiin

(Young ym., 2012). Persoonallisuuden epävakauteen liittyvät viisi ydinmoodia ovat saaneet tutkimuksissa empiiristä tukea (Arntz, Klokman, & Sieswerda, 2005; Johnston ym., 2009; Lobbestael, Van Vreeswijk, & Arntz, 2008), tosin Lobbestaelin ym. (2008) tutkimustulokset herättävät kysymyksiä viisi moodia sisältävän mallin kattavuudesta. Kuitenkin tutkimustulokset tukivat Young teoretisoimaa mallia, jonka mukaan *Terveen/toimivan aikuisen minätila* on epävakaassa persoonallisuudessa usein jopa olematon. Muut ydinmoodit – *Hylätty lapsi*, *Vihainen lapsi*, *Rankaiseva vanhempi* ja *Suojautuja* – ilmenevät häiriön tunnusomaisten piirteiden kautta (Young ym., 2012).

Hylätyn (ja hyväksikäytetyn) lapsen moodissa aktivoituvat lapsuudessa koettu pelko ja kärsimys, jotka voivat esimerkiksi johtaa epävakaassa persoonallisuudessa tyypilliseen hylkäämiseen pelkoon ja epätoivoisiin yrityksiin välttää tämän pelon toteutumisen (Young ym., 2012). Vihaisen (ja impulsiivisen) lapsen minätilassa syttyy tyydyttämättömistä tarpeista kumpuava suuttumus, joka voi johtaa kontrolloimattomiin vihanpurkauksiin, vaativuuteen sekä impulsiiviseen tarpeiden välittömään tyydyttymiseen pyrkivään toimintaan, jolla on usein itselle vahingollisia seurauksia. Lapsimoodien vaikeat tunnekokemukset ja niiden purkautuminen voivat herättää Rankaisevan vanhemman moodin, jonka ajatellaan heijastelevan lapsuuden kasvuympäristön suhtautumista lapsen tunteiden ja tarpeiden ilmaisemiseen (Arntz & van Genderen, 2009). Tätä minätilaa luonnehtii itsen kohdistuva äärimmäinen ankaruus ja tuomitsevuus. Henkilö voi kokea valtavaa itseinhoa ja saattaa tavalla tai toisella – usein itsetuhoisinkin keinoin – rankaista itseään. Suojautujan minätila on syntynyt selviytymiskeinona, jonka tarkoitus on suojella henkilöä muiden haitallisten moodien syyttämiltä tunnekokemuksilta (Young ym., 2012). Tällöin henkilö voi vaikuttaa vakaalta ja toimia sovinnaisesti, mutta toimintakykyisen kuoren alla hän tukahduttaa tunteitaan ja tarpeitaan, jolloin vaarana on kadottaa kosketus omaan itseensä. Suojautujan moodi ilmeneekin esimerkiksi kroonisina tyhjyyden ja turtuneisuuden tunteina sekä identiteetti-ongelmina, toisin sanoen minäkuvan epävakautena.

Yksittäisten minätilojen ominaispiirteet voivat siis näyttäytyä epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvien oireulottuvuuksien kautta esimerkiksi edellä mainitun Suojautujan tavoin, tai vaikkapa Vihaisen lapsen impulsiivisena toimintana (Young ym., 2012). Yleisemmin oireulottuvuudet voidaan käsitteellistää skeemamoodien lohkoutuneen luonteen ja moodien välisten äkillisten liukumien avulla (Johnston ym., 2009). Esimerkiksi tunnetilojen nopea ja äärimmäinen heilahtelu (ts. tunne-elämän epävakaas) on ymmärrettävissä kaikki minätilat kattavina skeemamoodiliukumina. Vastaavasti esimerkiksi vuorovaikutussuhteiden epävakautta ruokkiva, läheisiin ihmisiin kohdistuva ihannoinnin ja halveksunnan mustavalkoinen vaihtelu, on käsitteellistettävissä Hylätyn ja Vihaisen lapsen moodiliukumien kautta (Young ym., 2012).

Kuten muissakin näyttöön perustuvissa hoitomuodoissa, Skeematerapiassa pyrkimyksenä on saattaa henkilöä kohti vakaampaa ja jatkuvampaa käsitystä itsestä (Zanarini, 2009). Youngin ja kumppaneiden (2012) mukaan epävakaan persoonallisuuden hoidossa skeemamoodien tunnistaminen voi toimia ensimmäisenä askeleena moodien välisen vuoropuhelun ja Terveen/toimivan aikuisen minätilan kehittymisen käynnistämiseksi kohti yhtenäisempää minuuden kokemusta. Tutkimustulostensa valossa esimerkiksi Johnston ym. (2009) toteavat moodien tunnistamisella ja siitä edelleen asteittain kehittyvällä integraatiolla olevan keskeinen merkitys persoonallisuudeltaan epävakaasti oireilevien potilaiden hoidossa.

Minätilojen tunnistaminen voi siis käynnistää terapeutin prosessin. Julkisen sektorin palveluissa skeemamoodien tunnistamiseen pyrkivä psykoedukaatio on toteutettavissa esimerkiksi ryhmämuotoisena. Tällöin mahdollistuu myös ryhmätyöskentelylle ominaisten hoidollisten elementtien hyödyntäminen. Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena onkin, millaisia mahdollisia vaikutuksia ja muutoksia saavutetaan ryhmämuotoisella skeemamoodeja käsittelevällä psykoedukaatiolla epävakaan persoonallisuuden oireulottuvuuksiin?

1.3 Tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella onko psykiatriseen palvelujärjestelmään mitoitettulla psykoedukaatiolla, joka on suunnattu epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille, vaikutusta epävakausoireisiin. Tarkastelun kohteena oleva psykoedukaatio muodostui kymmenestä ryhmäkerrasta, joilla käsiteltiin Skeematerapiaan pohjautuvia minätiloja eli skeemamoodeja. Tutkimuksella haluttiin ensisijaisesti selvittää, voidaanko skeemamoodien tunnistamiseen tähtävällä ryhmäpsykoedukaatiolla saavuttaa muutoksia epävakaan persoonallisuuden vaikeusasteessa ja oireulottuvuuksilla, eli tunne-elämän, minäkuvan ja vuorovaikutussuhteiden epävakaudessa sekä itselle vahingollisessa impulsiivisuudessa. Tämän lisäksi selvitettiin, tapahtuuko ryhmäpsykoedukaation aikana muutosta itsetuhoisuuden vaikeusasteessa. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin eroavatko psykoedukaatiosta enemmän ja vähemmän hyötyneiksi luokitellut henkilöt iältään, diagnoosien lukumääriltä tai itsetuhoisuuden vaikeusasteessa tapahtuneessa muutoksessa. Psykoedukaatiivisiin ryhmiin osallistuneiden potilaiden kokemuksia kartoitettiin heiltä kerätyn vapaamuotoisen palautteen pohjalta.

2 MENETELMÄT

2.1 Tutkimuksen kulku

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin psykiatrian toimialueen potilaista, jotka osallistuivat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville henkilöille suunnattuihin psykoedukatiivisiin ryhmiin syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana. Kaikilla psykoedukatiivisiin ryhmiin osallistuneilla potilailla oli olemassa oleva hoitosuhde psykiatrisessa palvelujärjestelmässä. Tavallisesti hoitosuhde oli ollut pitkäkestoinen yksilöhoito. Psykoedukatiivisten ryhmien alkamisesta tiedotettiin sairaanhoidopiirin sisäisessä viestinnässä. Ryhmiin ohjautuivat täysi-ikäiset, suomenkieliset potilaat, joilla oli epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi tai heidän kliinisessä oirekuvassaan oli useita piirteitä epävakaasta persoonallisuudesta. Potilaiden yksilöhoidosta vastaavat työntekijät kertoivat psykoedukatiivisista ryhmistä potilailleen, ja potilaan niin halutessa työntekijä otti yhteyttä psykoedukatiivisten ryhmien vetäjiin haastatteluajan sopimiseksi. Ryhmien aikana potilaiden yksilöhoito jatkui heidän hoitosopimuksensa mukaisesti.

Tavanomaisen käytännön mukaan psykoedukatiivisten ryhmien vetäjät haastattelivat potilaat ennen ryhmiin valitsemista sen arvioimiseksi, soveltuiko psykoedukatiivinen ryhmä potilaalle. Ryhmiin soveltumattomiksi katsottiin henkilöt, joilla oli akuutti alkoholi- tai päihdeongelma, epäily psykoottisesta häiriöstä, tai sellainen neurologinen häiriö, aivovaurio tai kehitysvamma, joka voisi vaikuttaa heidän kykyynsä päättää omasta hoidostaan tai sitoutua siihen. Samat tekijät toimivat tämän tutkimuksen poissulkukriteereinä. Soveltuvuushaastattelun yhteydessä potilaat saivat tutkimustiedotteen, johon he saivat rauhassa tutustua. Tämän jälkeen tutkimuksesta kiinnostuneet antoivat kirjallisen, tietoon perustuvan suostumuksen.

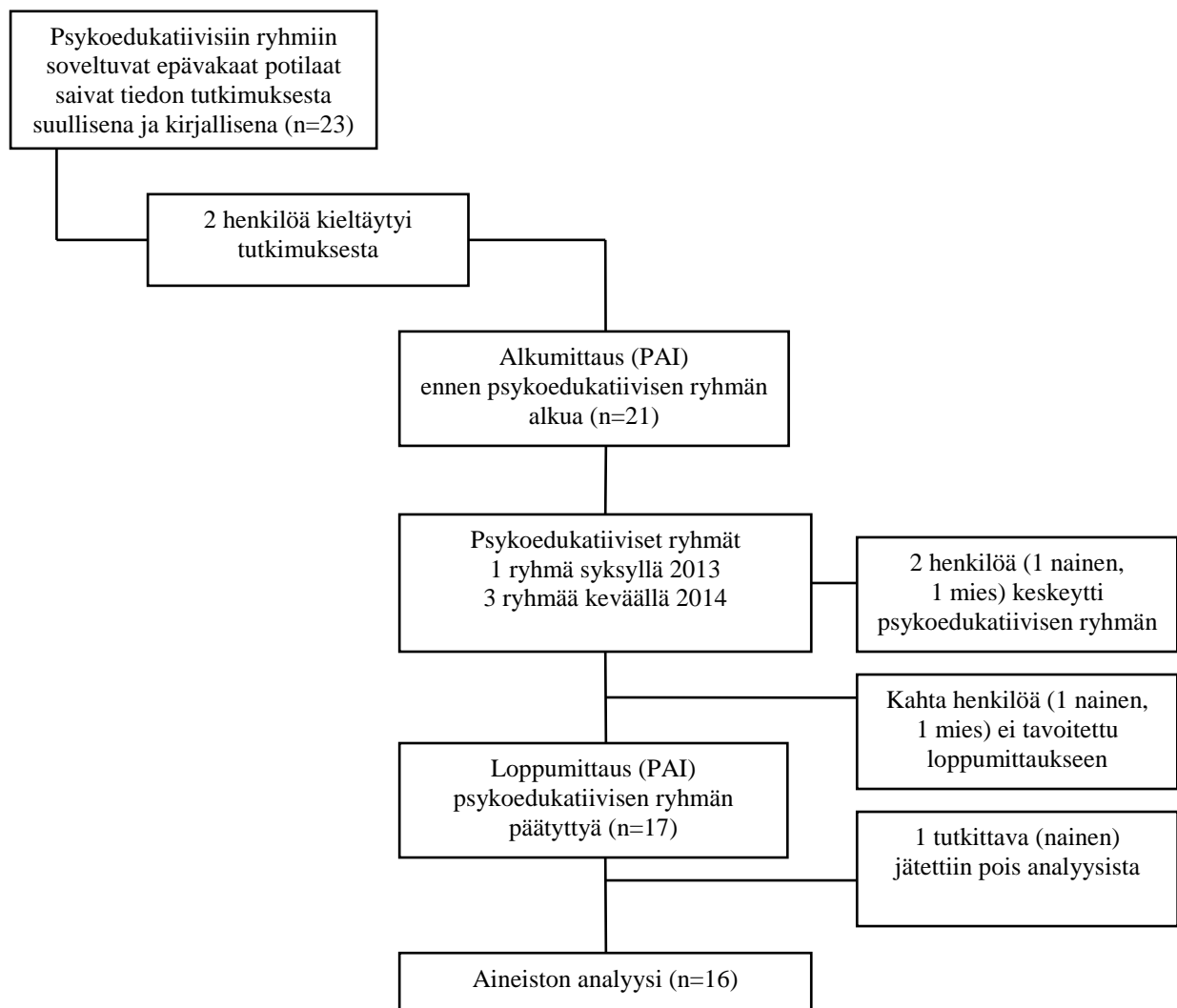
Tutkimusaineisto kerättiin kahdella erillisellä tutkimustapaamisella: ennen psykoedukatiivisten ryhmien alkamista ja niiden päätyttyä. Tutkimustapaamiset sijoituivat mahdollisimman lähelle ensimmäistä ja viimeistä ryhmäkertaa. Käytännössä aika alku- ja loppumittauksen välillä vaihteli 11–13 viikkoon. Tutkimustapaamisilla tutkittavat täyttivät Personality Assessment Inventory (PAI) -kyselylomakkeen (ks. tarkemmin 2.4 Mittarit ja muuttujat). Loppumittauksen yhteydessä kyselylomakkeen täyttämisen lisäksi potilailta kerättiin vapaamuotoinen puolistrukturoitu kirjallinen palaute ryhmäpsykoedukaatiosta.

Tutkittaville annettiin palaute erillisellä palautekerralla, jolloin tämän tutkimuksen tekijä (MG) esitteli tutkittavalle hänen PAI –profiilinsa ja siinä alku- ja loppumittauksen välillä, eli

psykoedukatiivisten ryhmien aikana, mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Tällöin tutkija ja tutkittava kävivät myös keskustelua tutkimustuloksista suhteessa psykoedukatiivisissa ryhmissä käsiteltyihin teemoihin. Tutkimuksen kulku rekrytoinnista analyysivaiheeseen on esitetty kaaviossa 1.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta antoi tutkimuksesta puoltavan lausunnon 22.10.2013.

KAAVIO 1. Tutkimuksen eteneminen (PAI = Personality Assessment Inventory)



2.2 Tutkittavat

Kahdestakymmenestäkolmesta psykoedukatiivisiin ryhmiin soveltuneesta, ja näin myös tutkimuskriteerit täyttäneestä potilaasta, yhteensä 21 allekirjoitti tietoon perustuvan tutkimussuostumuksen. Kaksi tutkittavaa keskeytti psykoedukatiivisissa ryhmissä käymisen, kahta tutkittavaa ei tavoitettu loppumittaukseen ja yksi henkilö jätettiin pois analyysistä, koska potilaan osallistumisprosentti ryhmään oli vain 40 (raja oli 50 %). Näin ollen aineiston lopullinen koko oli 16 henkilöä. Ryhmähoidon keskeyttäneistä potilaista toinen ei ensimmäisen ryhmäkerran jälkeen halunnut jatkaa ryhmässä ja toisella alkoi ryhmän aikana muu hoitajakso, joka käytännössä esti hänen osallistumisensa ryhmätapaamisille.

Tutkimusjoukkoon kuului vain yksi mies. Tutkittavat olivat keski-ikältään 36 vuotta. Enemmistö (62,5 %) oli tutkimushetkellä työkykyisiä. Taulukossa 1 on esitetty tutkimusjoukkoa koskevat sosiodemografiset muuttujat.

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot (n=16). Ikäjakauman lisäksi taulukossa esitetään muihin taustatietoihin liittyvät frekvenssit ja niitä vastaavat prosenttiosuudet

Keski-ikä	36	
Iän keskihajonta	10,99	
Iän vaihteluväli	22-53	
Sukupuolijakauma		
Naisia	15	(93,75)
Miehiä	1	(6,25)
Siviilisäätty		
Parisuhteessa (avio-/avoliitto tai muu)	7	(43,75)
Eronnut	3	(18,75)
Naimaton	6	(37,50)
Koulutusaste		
Peruskoulu	1	(6,25)
Keskiaste (lukio/ammattikoulu ja/tai -opisto)	12	(75,00)
Korkeakoulu	3	(18,75)
Työ/ammattiasema		
Työssä	4	(25,00)
Opiskelija	4	(25,00)
Työtön	2	(12,50)
Kuntoutustuki/eläke	6	(37,50)
Diagnoosi		
Epävakaata persoonallisuutta	10	(62,50)
Epävakaan persoonallisuuden piirteitä	4	(25,00)
Muut samanaikaiset diagnoosit		
Mielialahäiriö	16	(100,00)
Ahdistuneisuushäiriö	7	(43,75)
Muu	2	(12,50)
Yksilöhoito psykoedukatiivisen ryhmän aikana		
Kerran viikossa	5	(31,25)
2-3 kertaa kuukaudessa	9	(56,25)
Harvemmin	2	(12,50)

2.3 Psykoedukatiiviset ryhmät

Tässä tutkimuksessa tarkastellut, epävakaille potilaille suunnatut psykoedukatiiviset ryhmät pohjautuvat Oulun kaupungin mielenterveyspalveluissa vuosina 2010–2011 toteutuneeseen hoitomalliin, jonka perimmäisenä tarkoituksena oli epävakaan persoonallisuushäiriön hoidon kehittäminen julkisen sektorin resurssien puitteissa (Leppänen ym., 2014).

Alkuperäinen, Oulussa kehitetty ja toteutettu hoitomalli kesti vuoden ja siinä psykoedukatiivisten ryhmien lisäksi potilaille järjestettiin säännölliset yksilötapaamiset. Tavoitteena oli, että psykoedukatiivisissa ryhmissä käsiteltyjä teemoja voitiin syventää yksilötapaamisilla, ja näin ryhmä- ja yksilökäynnit tukisivat toinen toisiaan. Psykoedukatiivisissa ryhmissä käsiteltiin teemoja kahdesta tehokkaaksi todetusta terapiamuodosta: Dialektisesta käyttäytymisterapiasta (Linehan, 1993) ja Skeematerapiasta (Young ym., 2012). Oulussa toteutuneiden psykoedukatiivisten ryhmien teemat koskivat tunteidensäätelyä, ahdingonsietoa, vuorovaikutustaitoja ja minätiloja.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueella hoitomallin soveltaminen aloitettiin niin, että psykoedukatiivisissa ryhmissä käsiteltiin minätiloja (l. skeemamoodeja), ja kukin ryhmä kokoontui yhteensä kymmenen kertaa. Jokainen ryhmätapaaminen kesti 90–120 minuuttia. Tapaamiset toteutuivat pääsääntöisesti kerran viikossa perättäisinä viikkoina, toisin sanoen ryhmien kokonaiskesto oli yhteensä noin kaksi ja puoli kuukautta. Ryhmien aikana potilaiden yksilöhoito toteutui vaihtelevasti, eikä välttämättä viikoittaisena kuten Oulun hoitomallivuoden aikana tapahtui.

Kuhunkin psykoedukatiiviseen ryhmään valikoitui 4-7 potilasta, tutkimusryhmien keskimääräinen koon ollessa keskeyttäneet poisluettuna noin 5. Kutakin ryhmää veti kaksi ryhmänohjaajaa, jotka ovat psykiatrisessa avohoidossa työskenteleviä mielenterveystyön ammattilaisia. Periaatteena oli, että ryhmänohjaajat eivät olleet mukana ryhmäläistensä yksilöhoidossa, toisin sanoen ryhmänohjaajien omat potilaat ohjattiin toisen ryhmänohjaajaparin vetämään ryhmään. Tässä tutkimuksessa ryhmänohjaajapareja oli 3 (5 psykiatrista sairaanhoitajaa ja 1 toimintaterapeutti). Yksi pareista ohjasi kahta tutkimuksessa mukana ollutta ryhmää (yhtä syksyllä 2013 ja toista keväällä 2014). Ryhmänohjaajilta ei vaadittu psykoterapiakoulutusta tai erityistä perehtyneisyyttä epävakaan persoonallisuuden hoitoon. Ohjaajiksi haettiin työntekijöitä, jotka olivat kiinnostuneita epävakaiden potilaiden hoidosta ja halusivat työskennellä sen parissa. Yksi ryhmänohjaajista suoritti tutkimuksen aikana perheterapian psykoterapiaopintoja. Ryhmänohjaajat saivat perehdytyksen psykoedukatiivisten ryhmien vetämiseen Oulun hoitomallin kehittäjiltä, ja psykoedukatiivisten ryhmien aikana he osallistuivat kuukauden välein järjestettyihin

ryhmätyönohjauksiin. Työnohjaajana toimi epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon perehtynyt, Oulun hoitomallia kehittämässä ollut vaativan erityistason psykoterapeutti (SL).

Psykoedukatiivisissa ryhmissä edettiin potilaille jaetun työkirjan mukaan, käsitellen epävakaata persoonallisuutta skeematerapian näkökulmasta. Käsitellyt aiheet liittyivät epävakaan persoonallisuuden kehittymisen alkuperään ja skeemojen toimintaan, erityisen pääpainon ollessa skeemamoodeissa (1. minätiloissa) ja niiden tunnistamisessa. Ryhmissä työskenneltiin kunkin istunnon mukaisen teeman ja välitehtävien pohjalta yhdessä keskustellen. Psykoedukatiivisissa ryhmissä käsitellyt aiheet on koottu tarkemmin taulukkoon 2.

TAULUKKO 2. Potilaan työkirjan mukainen eteneminen psykoedukatiivisissa ryhmissä

Istunto	Aiheet	Sisällöt
1.	Epävakaan persoonallisuuden kehittymisen alkuperä	Orientoituminen ryhmään Työskentelyn aloittaminen (Välitehtävä potilaalle: Oman luonteen ja taustan arviointi)
2.	Minätilojen ymmärtämisen taustaa skeemojen hahmottamisen avulla	Varhaiset maladaptiiviset skeemat ja skeema-alueet (Välitehtävä potilaalle: Perehtyminen skeemoihin, omien skeemojen tunnistaminen)
3.	Skeemojen toiminta	Maladaptiiviset selviytymiskeinot
4.	Epävakaan persoonallisuuden minätilat	Minätiloihin perehtyminen (Välitehtävä potilaalle: Kysymyksiä minätiloista)
5.	Toimiva aikuinen	Toimivan aikuisen minätilan tunnistaminen (Välitehtävä potilaalle: Pohdintaa toimivan aikuisen minätilasta)
6.	Suojautuja	Suojautujan minätilan tunnistaminen (Välitehtävä potilaalle: Kuvaus suojautujan minätilastani)
7.	Rankaiseva vanhempi	Rankaisevan vanhemman minätilan tunnistaminen (Välitehtävä potilaalle: Kuvaus rankaisevan vanhemman minätilastani)
8.	Vihainen lapsi	Vihaisen lapsen minätilan tunnistaminen (Välitehtävä potilaalle: Kuvaus vihaisen lapsen minätilastani)
9.	Hylätty lapsi	Hylätyn lapsen minätilan tunnistaminen (Välitehtävä potilaalle: Kuvaus hylätyn lapsen minätilastani)
10.	Yhteenvedo	Minätilat ja niiden tunnistaminen; käsiteltyjen aiheiden kertaus

2.4 Mittarit ja muuttujat

Tässä tutkimuksessa ensisijaisena kiinnostuksen kohteena olivat mahdolliset muutokset, joita epävakaan persoonallisuushäiriön tunnusomaisissa piirteissä ja epävakaan vaikeusasteessa tapahtuu lyhyiden psykoedukatiivisten ryhmien aikana. Lisäksi haluttiin selvittää, onko ryhmäpsykoedukaatiolla vaikutusta epävakaassa persoonallisuudessa tyypillisen itsetuhoisuuden vaikeusasteeseen. Kyseessä oli siis alku- ja loppumittauksen välisiä eroja yhden tutkimusjoukon sisällä tarkasteleva naturalistinen tutkimusasetelma.

Aineistonkeruu toteutettiin PAI – kyselylomakkeella (*Personality Assessment Inventory*; Morey, 1991), joka on tutkittavan henkilön itsensä täyttämä psykologinen arviointimenetelmä. PAI koostuu 344 väittämästä, joiden paikkaansa pitävyyttä tutkittava arvioi omalla kohdallaan (väärin/ei ollenkaan totta, osittain totta, pääosin totta, täysin totta). Vastausten raakapistemäärät vaihtelevat 0:sta 3:een. PAI on erityisesti kliiniseen käyttöön soveltuva arviointimenetelmä, sillä sen 22 itsenäisestä skaalasta 11 koskee erilaisten psyykkisten ongelmien ilmenemistä ja viisi liittyy hoidollisesti keskeisiin tekijöihin. Kliinisten ja hoidollisten skaalojen lisäksi PAI sisältää 4 valideittiskaalaa ja 2 interpersonaalista skaalaa. Lisäksi useat skaalat sisältävät omat alaskaalansa. Vastausten raakapisteidien pohjalta muodostuvat skaalakohtaisia vaikeusasteita ilmentävät T-pisteet, ja skaalat joiden T-pistemäärät ylittävät 70, katsotaan kliinisessä mielessä merkityksellisiksi. Tämän tutkimuksen päämittarina toimi persoonallisuuden epävakautta heijasteleva PAI-BOR – skaala (*Borderline Features Scale*; Morey, 1991) alaskaaloinen. Tämän lisäksi toissijaisena mittarina käytettiin PAI-SUI – skaalaa (*Suicidal Ideation Scale*; Morey, 1991), joka kartoittaa itsetuhoisuutta. Tutkimushenkilöt täyttivät kummallakin tutkimuskerralla kuitenkin koko kyselyn, jotta palautekeskustelussa saatettiin käydä läpi heidän PAI – profiilinsa ja siinä ryhmän aikana mahdollisesti tapahtuneet muutokset, kokonaisuudessaan.

BOR – kokonaisskaala (BOR-T) muodostuu 24 väittämästä, sisältäen neljä alaskaalaa (6 väittämää kutakin skaalaa kohden), jotka heijastelevat epävakaan persoonallisuuden moniulotteisia ominaispiirteitä: Tunne-elämän epävakautta (BOR-A; *Affective Instability*), minäkuvan epävakautta (BOR-I; *Identity Problems*), ihmissuhdevaikeuksia (BOR-N; *Negative Relationships*), sekä itselle vahingollista impulsiivista toimintaa (BOR-S; *Self-harm*). Alaskaalat ovat verrannollisia DSM-IV diagnoosiluokituksen erittelemään neljään epävakaata persoonallisuutta kuvaavaan oireulottuvuuteen (Jacobso, Blais, Baity, & Harley, 2007).

BOR-A – skaalan kysymykset käsittelevät tunteensätelyn vaikeuksiin liittyviä ilmiöitä kuten tunnereaktion herkkyyttä ja tunnetilojen äkillistä ja äärimmäistä heilahtelua (Morey, 2003). Tulokset BOR-I skaalassa kuvastavat taas identiteettiin liittyviä ongelmia, jotka voivat ilmetä

esimerkiksi tulevaisuuden suunnitelmien tai päämäärien äkillisenä muuttumisena, elämänsuunnan puuttumisena, tietynlaisena riippuvuutena läheisistä ihmisistä ja tästä johtuvana hylkäämisenpelkona, sekä merkityksettömyyden, tyhjyyden tai turtuneisuuden tunteina. Alaskaaloista BOR-N kartoittaa persoonallisuuden epävakaudessa tyypillisiä vuorovaikutussuhteiden vaikeuksia, kuten läheisten ihmissuhteiden myrskyisyyttä ja ongelmia kiintymyssuhteissa, sekä näistä mahdollisesti koettua pelkoa ja katkeruutta suhteessa läheisiin ihmissuhteisiin ylipäätään (Morey, 2003). BOR-S – arvot puolestaan ilmentävät tunneperäistä impulsiivista toimintaa – esimerkiksi tuhlausta, päihteidenkäyttöä tai suoranaista itsetuhoista käyttäytymistä – jolla pistemäärien kohotessa voi olla yhä vahingollisempia seurauksia. BOR – kokonaisskaala (BOR-T) rakentuu alaskaalojen yhteispisteistä ja kuvastaa yleisesti persoonallisuuteen kytkeytyviä ongelmia, korkeiden pistemäärien (≥ 38 raakapistettä: ≥ 70 T-pistettä) viitatessa erityisesti epävakaaseen persoonallisuuteen (Jacobo ym., 2007; Morey, 2003).

PAI – kyselylomakkeessa itsetuhoisuutta käsitellään kahdellatoista väittämällä, joiden pisteytyksistä muodostuu SUI – skaala. Skaala kartoittaa itsetuhoisuutta ja sen vaikeusastetta, väittämien sisällön vaihdeltaessa kuolemaan liittyvistä ajatuksista aina akuutteihin itsemurha-aikeisiin (Morey, 2003). Toisin sanoen SUI – skaalan pisteet voivat olla kohonneet vaikkei kyse olisi itsemurhariskistä. Korkeatkin pisteet voivat siis viitata henkilöön joka on ajatellut tai ajattelee itsemurhaa (ns. itsetuhoinen ideaatio), mutta ei ole aikeissa sitä toteuttaa. Väittämien sisällön tarkastelulla voidaan kuitenkin tehdä päätelmiä mahdollisesta itsemurhariskistä. SUI – skaalan korkeiden pistemäärien on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi menneisyyden itsemurhayrityksiin ja se tarjoaa käyttökelpoisen menetelmän itsetuhoisuuden arviointiin (Hopwood, Baker, & Morey, 2008).

Moreyn (2003) mukaan PAI on kustannustehokas persoonallisuuden ja psykopatologian arviointimenetelmä, jonka validiteetti ja reliabiliteetti ovat saaneet tutkimuksissa tukea. PAI on todettu myös luotettavaksi epävakaan persoonallisuuden arviointimenetelmäksi (Jacobo ym., 2007; Stein, Pinsker-Aspen, & Hilsenroth, 2007; Trull, 1995). Esimerkiksi Stein ja kumppanit (2007) havaitsivat BOR-T – skaalan erottelevan luotettavasti epävakaan persoonallisuushäiriödiagnoosin täyttävät potilaat muusta potilasjoukosta. BOR – kokonaisskaalan korkeiden pistemäärien yhteys persoonallisuuden epävakauteen näyttäytyi tutkimuksessa vahvana, erottaen nämä potilaat muiden psykiatristen potilaiden lisäksi myös muista B -klusterin persoonallisuushäiriöistä kärsivistä potilaista. Steinin ym. (2007) mukaan BOR – kokonaisskaala kuvastaakin juuri epävakaalle persoonallisuudelle ominaisia ongelmia, sen sijaan että se ilmentäisi esimerkiksi mielenterveysongelmiin liittyvää yleisluontoista kärsimystä tai persoonallisuuteen kytkeytyvää patologiaa yleisesti.

Tutkittavien kokemuksia psykoedukatiivisista ryhmistä kartoitettiin kirjallisesti loppumittauksen yhteydessä kerätyllä palautelomakkeella. Palautelomakkeessa tiedusteltiin puoliavoimin kysymyksin tutkittavien kokemia hyötyjä ja haittoja, ryhmäpsykoedukaation hyviä ja huonoja puolia sekä tutkittavien muita psykoedukaatioon liittyviä ajatuksia ja mahdollisia kehitysideoita.

2.5 Tilastollinen analysointi

Tutkimuksen tilastollinen analyysi tehtiin SPSS Statistics 20.0 – ohjelmistolla. Alku- ja loppumittausten välisiä muutoksia persoonallisuuden epävakauden vaikeusasteessa (BOR – kokonaisskaala, l. BOR-T) ja sen ominaispiirteissä, eli tunne-elämän epävakaudessa (BOR-A), minäkuvan epävakaudessa (BOR-I), ihmissuhdevaikeuksissa (BOR-N) sekä itselle vahingollisessa impulsiivisuudessa (BOR-S), tarkasteltiin Wilcoxon merkittyjen sijalukujen testillä, jolla niin ikään testattiin itsetuhoisuuden vaikeusasteen (SUI) muutosta. Tämä parametriton testi valittiin tutkimusaineiston pienen koon vuoksi ja merkitsevyystasoksi asetettiin $p < .05$.

Alku- ja loppumittausten välistä muutosta havainnollistettiin myös laskemalla muuttujakohtaiset muutosluvut vähentämällä alkumittauksen pistemäärät loppumittauksen pistemääristä. Miinusmerkkiset muutosluvut kuvaavat siis mittausten välillä tapahtunutta laskua tarkasteltavien muuttujien pistemäärissä, toisin sanoen psykoedukaation myötä mahdollisesti tapahtunutta myönteistä muutosta epävakauteen ja itsetuhoisuuteen liittyvissä ongelmissa. Vastaavasti positiivisen arvon saaneet muutosluvut kuvaavat pistemäärien lisääntymistä, eli tilanteen vaikeutumista, mittausten välillä.

Ryhmien aikana tapahtuvien muutosten kliinistä merkitsevyyttä tarkasteltiin efektikokojen avulla. Hedges' g on konservatiivinen efektin estimaatti, jossa pieniä otoksia koskeva efektin positiivinen vinouma on huomioitu (Hedges & Olkin, 1985). Efektikoot tarkasteltaville muuttujille laskettiin efektikokolaskurilla (www.polyu.edu.hk/mm/effectsizafaqs/calculator/calculator.html), jossa g :n laskukaava tuottaa yllä mainitun vinoutumattoman efektin estimaatin (Ellis, 2009). Hoidon vaikuttavuuden suuruus arvioitiin asettamalla ryhmän sisäisen efektikoon mukaiset raja-arvot, joissa $g > 0.5$ viittaa pieneen, $g > 0.8$ keskisuureen ja $g > 1.1$ suureen efektiin (Cohen, 1988).

Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää, eroavatko psykoedukaatiosta enemmän hyötynneet potilaat vähemmän hyötynneistä tiettyjen taustatietojensa ja itsetuhoisuudessa mahdollisesti tapahtuneen muutoksen osalta. Hyöty määriteltiin epävakauden persoonallisuuden vaikeusastetta mittaavan BOR – kokonaisskaalan (BOR-T) muutoslukujen mediaanin perusteella niin, että

vähemmän hyötyneiksi luokiteltiin henkilöt joilla muutos oli mediaania pienempi. Vastaavasti enemmän hyötyneiksi luokiteltiin henkilöt, joiden BOR-T – muutospistemäärät olivat vähintään mediaanin suuruiset. Enemmän ja vähemmän hyötyneiden henkilöiden mahdollisia eroja ikäjakaumassa, diagnoosien lukumäärässä sekä itsetuhoisuuden vaikeusasteen muutosluvuissa tarkasteltiin parametrittomalla Mann-Whitney U – testillä, jonka merkitsevyystasoksi asetettiin $p < .05$.

3 TULOKSET

3.1 Alkutaso

Alkumittauksen keskimääräiset pistemäärät BOR -skaaloissa (Taulukko 3) viittaavat potilasjoukkoon, jolla on persoonallisuuden epävakauteen liittyviä laaja-alaisia vaikeuksia. Puolella tutkittavista BOR – kokonaisskaalan (BOR-T) tulokset vaihtelivat 79,25 ja 91 pisteen välillä, keskimääräisen pistemäärän ollessa 84,44. Lähes kolmasosalla tutkimukseen osallistuneista potilaista nämä epävakaan persoonallisuushäiriön vaikeusastetta kuvaavat tulokset ylittivät 90 pistettä. Skaalan korkeasta keskimääräisestä tasosta päätellen epävakaan astetta tutkimusjoukossa voi kutsua vaikeaksi.

BOR – skaalan alaskaaloista suurimmat keskimääräiset pistemäärät olivat tunnereaktioiden herkkyyttä ja tunnetilojen äärimmäistä heilahtelua kuvaavassa BOR-A – skaalassa, jonka alkupisteet sijoittuivat puolella tutkittavista 78,5 ja 90,25 välille. Neljäsosalla tutkittavista BOR-A -skaalan arvot ylittivät 90 pistettä. Oireulottuvuuksia yksittäin tarkasteltaessa juuri tunne-elämän epävakaas näyttäytyi siis tässä potilasjoukossa vahvimmin. Muita oireulottuvuuksia, eli minäkuvan epävakausta, vuorovaikutussuhteiden vaikeuksia ja itselle vahingollista impulsiivisuutta kuvaavissa alaskaaloissa alkupisteet olivat hieman matalammat ja pistemäärissä oli suurempaa hajontaa kuin tunne-elämän epävakausta kuvaavassa BOR-A -skaalassa. Puolella kaikista tutkittavista alkupistemäärät BOR-I – skaalassa (minäkuvan epävakaas) vaihtelivat 71 ja 84,5 pisteen välillä, BOR-N – skaalassa (ihmissuhdevaikeudet) 62,25 ja 84 pisteen välillä, ja BOR-S – skaalassa (itselle vahingollinen impulsiivisuus) välillä 69 ja 83.

Tarkastelluista muuttujista myös itsetuhoisuuden vaikeusastetta kuvaava SUI – skaala (taulukko 3) oli alkumittauksessa keskimääräiseltä tasoltaan korkea (84,31). Itsetuhoisuuden pistemäärissä oli suurta hajontaa (sd=17,85). Alkumittauksen keskimääräisten pistemäärien ja niiden luottamusvälien perusteella voidaan kuitenkin päätellä itsetuhoisuuden (esim. itsemurhaan liittyvät ajatukset, toiveet ja suunnitelmat) olevan tutkimusjoukossa vaikea-asteista, mikä onkin usein tyypillistä persoonallisuudeltaan epävakaasti oirehtiville potilaille.

Alkupistemääräistä päätellen tutkittaviksi valikoitui henkilöitä, joiden kohtaamat vaikeudet ovat persoonallisuuden epävakaudelle ominaisia ja hankalatasoisia. BOR –skaalojen sekä SUI -skaalan keskimääräiset pisteet ylittivät kliinisesti merkitsevän 70 T-pisteen rajan. Toisin sanoen persoonallisuuden epävakaan yleinen aste ja oireulottuvuudet, eli tunne-elämän, minäkuvan ja vuorovaikutussuhteiden epävakaas sekä itselle vahingollinen impulsiivinen toiminta, samoin kuin

epävakaassa persoonallisuudessa ominainen itsetuhoisin ideaatio, olivat keskimääräiseltä vaikeusasteeltaan sellaisia, että niiden voi ajatella olevan merkittävällä sijalla tutkimushenkilöiden kokemassa kärsimyksessä.

3.2 Psykoedukaation vaikuttavuus

Wilcoxon merkittyjen sijalukujen testin tuloksissa (taulukko 3) alku- ja loppumittausten väliset erot BOR -skaaloissa olivat tilastollisesti merkitseviä epävakauden yleisen vaikeusasteen ($p=.004$), tunne-elämän epävakauden ($p=.007$), vuorovaikutussuhteiden ongelmien ($p=.006$) sekä itselle vahingollisen impulsiivisuuden ($p=.009$) pistemäärissä. Suurin keskimääräisen pistemäärän lasku koski tunne-elämän epävakautta, jota kuvaavan BOR-A -skaalan taso oli alkumittauksessa myös korkein. Psykoedukatiivisten ryhmien aikana tunne-elämän vakaantuminen näyttäytyi 95 % todennäköisyydellä korkeintaan keskimäärin 11,34 ja vähintään noin 2,91 pisteen laskuna BOR-A -tasossa. Lähes yhtä suuri muutos tapahtui yleisessä epävakauden vaikeusasteessa, jota heijastelevat BOR-T – arvot laskivat edellä mainitulla todennäköisyydellä korkeintaan keskimäärin 10,26, ja vähintään 2,99 pistettä. Psykoedukaatiolla saavutettu myönteinen kehitys ihmissuhdevaikeuksien ja itselle vahingollisen impulsiivisuuden suhteen oli hillitympää, vaikkakin tilastollisesti merkitsevää. BOR-N -vaikeusaste laski hoidon myötä 95 % todennäköisyydellä keskimäärin noin 2,21–7,92 pistettä. Impulsiivisuuden taso laski vastaavalla todennäköisyydellä keskimäärin 2,19–9,93 pistettä.

Minäkuvan epävakautta heijastelevan BOR-I – skaalan muutos ei muista BOR – skaaloista poiketen ollut tilastollisesti merkitsevä ($Z= -1,090$, $p=.276$). BOR-I – pistemäärien muutoksissa oli suurta hajontaa. Minäkuvan epävakauden keskimääräinen taso laski 95 % todennäköisyydellä korkeintaan keskimäärin 9,59 pistettä, mutta vähäisin keskimääräinen muutos saattoi tapahtua toiseen suuntaan, noin 1,84 pisteen nousuna mittausten välillä. Kuudella tutkimushenkilöllä (37,5 %) BOR-I -skaalan pistemäärät olivatkin nousseet alkuun verrattuna, mikä viittaa minäkuvan epävakauden lisääntymiseen, sen sijaan että identiteetissä olisi tapahtunut psykoedukatiivisten ryhmien aikana eheytymistä. Myöskään itsetuhoisuuden vaikeusastetta kuvaavan SUI – skaalan muutos ei tuloksien mukaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($Z= -1,822$, $p=.068$)

Psykoedukatiivisten ryhmien aikana mitattujen muutosten kliinistä merkitsevyyttä tarkasteltaessa havaittiin, että hoidossa saavutettu muutos oli korkeimmillaan keskisuuria (taulukko 3). Myönteisin kehitys tapahtui tunne-elämän epävakaudessa, jossa psykoedukaatiolla saavutettu muutos oli keskisuuri ($g=.96$). BOR-T – skaalassa tapahtunut muutos oli efektiltään pienen ja keskisuuren rajalla ($g=.80$). Psykoedukatiivisten ryhmien mahdollisen vaikuttavuuden voi siis sanoa

olevan lähes keskisuurta epävakaa persoonallisuushäiriön vaikeusasteen osalta. Muiden havaittujen tilastollisesti merkitsevien muutosten käytännön merkitsevyys oli vähäisempää. Itselle vahingollisen impulsiivisuuden muutos oli voimakkuudeltaan pientä ($g=.52$) ja ihmissuhdevaikeuksiin liittyvän efektin voi tulkita vähäiseksi ($g=.44$).

TAULUKKO 3. Tutkittavien ($n=16$) keskimääräiset pistemäärät (m), keskihajonnat (sd) sekä 95 % luottamusvälit (ci) ennen ja jälkeen psykoedukatiivisten ryhmien ja muutoksen suhteen. Lisäksi taulukossa esitetään Wilcoxon merkittävien sijalukujen testin tulos (Z) ja merkitsevyytaso, sekä havaittujen muutosten efektikoot (g)

	Alku m, (sd) (ci)	Loppu m, (sd) (ci)	Muutos m, (sd) (ci)	Z*	g ^a
BOR-T	84,44 (7,69) (80,34;88,54)	77,81 (8,51) (73,28;82,35)	- 6,63 (6,82) (-10,26;-2,99)	-2,901 **	.80
BOR-A	84,75 (6,03) (81,54;87,96)	77,63 (8,21) (73,25;82,00)	- 7,13 (7,91) (-11,34;-2,91)	-2,705 **	.96
BOR-I	75,13 (11,22) (69,15;81,10)	71,25 (8,57) (66,69;75,82)	-3,88 (10,73) (-9,59;1,84)	-1,090	.38
BOR-N	74,44 (11,14) (68,50;80,37)	69,38 (11,12) (63,45;75,30)	-5,06 (5,36) (-7,92;-2,21)	-2,766 **	.44
BOR-S	76,19 (11,23) (70,21;82,17)	70,13 (11,55) (63,97;76,28)	-6,06 (7,26) (-9,93;-2,19)	-2,610 **	.52
SUI	84,31 (17,85) (74,80;93,83)	78,81 (16,81) (69,85;87,77)	-5,44 (17,75) (-14,89;4,02)	-1,822	.31

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

^a Hedges' g = pieni $>.50$, keskisuuri $>.80$, suuri >1.1

BOR-T: Persoonallisuuden epävakauden vaikeusaste

BOR-A: Tunne-elämän epävakaus

BOR-I: Minäkuvan epävakaus

BOR-N: Ihmissuhdevaikeudet

BOR-S: Itselle vahingollinen impulsiivinen toiminta

SUI: Itsetuhoisuuden vaikeusaste

3.3 Psykoedukaatiosta hyötynneet ja vähemmän hyötynneet

Ryhmämuotoisesta psykoedukaatiosta hyötynneiden ja vähemmän hyötynneiden henkilöiden eroja tarkasteltiin ikäjakaumassa (vaihteluväli 22-53), diagnoosien lukumäärässä (vaihteluväli 1-3) sekä itsetuhoisuuden vaikeusasteen muutoksessa (SUI – muutos) Mann-Whitneyn U –testillä. Psykoedukaatiosta hyötynneet ja vähemmän hyötynneet potilaat luokiteltiin epävakaan persoonallisuuden yleisessä vaikeusasteessa tapahtuneen muutoksen mediaanin mukaan, jolloin vähemmän hyötynneiksi määrittyivät ne henkilöt (n=8), joiden BOR-T – skaalan taso laski mittausten välillä vähemmän kuin 7 pistettä. Enemmän hyötynneiksi luokiteltiin potilaat (n=8), joilla epävakaan yleinen vaikeusaste laski psykoedukaation myötä vähintään 7 pistettä. Mann-Whitney U – testin tuloksista havaittiin, että psykoedukaatiosta enemmän hyötynneet eivät eronneet vähemmän hyötynneistä diagnoosien lukumäärässä ($Z = -0,299$, $p = .798$). Testin tulokset viittasivat kuitenkin psykoedukaatiosta hyötynneiden eroavan tilastollisesti merkitsevästi vähemmän hyötynneistä ikänsä ja itsetuhoisuudessa tapahtuneen muutoksen osalta (taulukko 4).

Mann-Whitney U:n tuloksien perusteella enemmän ja vähemmän hyötynneet henkilöt erosivat tilastollisesti merkitsevästi ($p = .021$) ikäjakaumaltaan niin, että hyötynneiksi luokiteltujen ryhmässä oli enemmän alle 40 vuotiaita kun taas vähemmän hyötynneiden joukkoon lukeutuneet olivat useammin yli 40 vuotiaita. Toisin sanoen nuoremmat henkilöt vaikuttivat hyötynvän psykoedukaatiosta vanhempia enemmän, näyttäytyen nuorempien tutkimushenkilöiden suurempana epävakaan persoonallisuuden yleisen vaikeusasteen lievenemisenä. Itsetuhoisuuden vaikeusasteessa tapahtunutta lieventymistä tarkastellessa havaittiin myös tilastollisesti merkitsevä ero ($p = .050$) psykoedukaatiosta enemmän ja vähemmän hyötynneiden ryhmien välillä. Vähemmän hyötynneiden joukossa keskimääräiset SUI – pistemäärät kasvoivat alku- ja loppumittauksen likimain kaksi pistettä, kun enemmän hyötynneillä henkilöillä itsetuhoisuuden vaikeusaste taas väheni keskimäärin noin 13 pistettä. Niin hyötynneiden kuin vähemmän hyötynneidenkin ryhmissä itsetuhoisuuden muospisteissä oli huomattavan suurta hajontaa (taulukko 4).

Taulukko 4. Iän, diagnoosien lukumäärän ja itsetuhoisuuden vaikeusasteen keskiarvot (m), keskihajonnat (sd) ja 95% luottamusvälit (ci) ryhmäpsykoedukaatiosta vähemmän (1) ja enemmän (2) hyötynneiden ryhmissä. Taulukossa esitetään myös ryhmien erojen Mann-Whitney U –testin tulokset merkitsevyytensä osin.

	Hyöty		Erot	
	1 m (sd) (ci)	2 m (sd) (ci)	Z	p-arvo
Ikä	41,88 (9,70) (33,76; 49,99)	30,13 (9,25) (22,39; 37,86)	-2,261	.021
Diagnoosien määrä	2,38 (0,52) (1,94; 2,81)	2,25 (0,71) (1,66; 2,84)	-0,299	.798
SUI –muutos	2,25 (15,05) (-10,33; 14,83)	-13,13 (17,67) (-27,92; 1,67)	-2,004	.050

Iän vaihteluväli 22-53

Diagnoosien vaihteluväli 1-3

SUI –muutos: Itsetuhoisuuden vaikeusasteen muutos mittausten välillä

3.4 Tutkittavien kokemukset ryhmäpsykoedukaatiosta

Loppumittauksen yhteydessä tutkittavilta (n=17) kerättiin kirjallinen palaute, jossa kartoitettiin potilaiden kokemuksia psykoedukaatiivista ryhmistä. Palautekyselyssä potilaita pyydettiin antamaan arvosana (asteikolla 4-10) minätiloja käsittelevälle ryhmäpsykoedukaatiolle, sekä tiedusteltiin avoimin kysymyksin tutkittavien ajatuksia esimerkiksi ryhmän mahdollisiin vahvuuksiin ja heikkouksiin liittyen. Tutkittavien palautteiden pohjalta laskettu kokonaisarvosana ryhmäpsykoedukaatiolle oli 8, annettujen arvosanojen vaihdella välillä 5-10. Tiivistetysti kuvaten psykoedukaatiivisten ryhmien vahvuuksina näyttäytyivät käsiteltyjen aiheiden puhuttelevuus, tiedonsaaminen, vertaistuki ja ryhmähenki.

Esimerkki 1. Ryhmäpsykoedukaation vahvuuksia tutkittavien antaman palautteen pohjalta

”Ensimmäisen kerran minun hoitohistorian aikana tuntui, että paneuduttiin oikeisiin ja olennaisiin asioihin.” - - ”Ymmärrys itseä kohtaan on lisääntynyt ja se helpottaa omaa olemista. Asioihin ja kaaokseen pään sisällä on helpompi vaikuttaa kun ymmärrys on lisääntynyt. Ryhmä on vaikuttanut suuresti arkeeni ja olemiseeni positiivisessa mielessä”

”Lisääntynyt tieto persoonallisuushäiriön takana olevista asioista auttaa ymmärtämään ja hallitsemaan itseä. Nykyään olen anteeksiantavaisempi itseäni ja muita kohtaan.”

”Pääsin eroon ajatuksesta, että olen ainoa tätä laatua. Oli hienoa kuulla toisten tunteita ja ajatuksia. Rohkaistuin siitä, että muut [ryhmäläiset] elivät hyvää elämää epävakaudesta huolimatta.”

Tutkittavien antamassa palautteessa 10 kerran ryhmäpsykoedukaation puutteena mainittiin johdonmukaisesti niin yksittäisten ryhmäkertojen kuin myös koko psykoedukaation ajallisen keston rajallisuus. Muut esiinnousseet heikkoudet, kuten koetut vaikeudet puheenvuorojen saamisessa ja tarve paneutua käsiteltyihin aiheisiin syvemmin, liittyivätkin useimmiten tutkittavien ilmaisemaan ajanpuutteeseen.

Esimerkki 2. Ryhmäpsykoedukaation heikkouksia tutkittavien antaman palautteen pohjalta.

”Ajanpuute ja asioiden jääminen kesken. Jokaisella tulisi olla enemmän aikaa kertoa itsestään ja vaihtaa ajatuksiaan toisten kanssa.”

”Istunnot olisivat voineet olla pidempiä ja ryhmän kokonaiskesto enemmän kuin 10 kertaa.” - - ” [Olisin toivonut] enemmän aikaa jakaa kokemuksia, eli esim. pohdiskelua miten minätilat ovat näyttäytyneet arjessa.”

”Puheenvuorot jäi erittäin vähiin, sillä vahvat persoonat vei kaiken huomion, vain kysyttäessä sain oman mielipiteen ilmoille.” - - ”[Olisin toivonut] enemmän yleistä keskustelua aiheesta KOKO ryhmän kesken.”

Tutkittavilta kerätyssä palautteessa kysyttiin myös mahdollisia kehitysideoita tai muita ryhmäpsykoedukaatioon liittyneitä ajatuksia. Palautteissa toivottiin keinoja kriisienhallintaan ja enemmän konkreettisia esimerkkejä siitä, kuinka selvitä arkipäivän tilanteiden ja koettujen tunteiden kanssa. Kuten palautteissa mainituissa ryhmäpsykoedukaation puutteissa, myös tutkittavien kehitysideoissa ja muissa ryhmään liittyvissä ajatuksissa korostuivat viimekädessä käytettävissä olevan ajan rajallisuuteen liittyvät seikat.

Esimerkki 3. Ryhmäpsykoedukaatioon liittyviä kehitysideoita ja ajatuksia tutkittavien antaman palautteen pohjalta.

”Patoutumat ryöpsähtivät nykyhetkeen ja alussa tunteet heittelivät normaalia enemmän.” - - ”Tuli suuri tarve puhua asioista, mutta ryhmässä ei aina ollut aikaa ja tilaa kertoa tai kysyä. Oli henkisesti todella raskasta; oma yksilöhoito pitäisi saada lähelle ryhmätapaamisia.”

”Tarvitaan lisää aikaa ja syventymistä ryhmäläisten käytännön tilanteisiin, kriiseihin ja niiden eri ratkaisuvaihtoehtoihin.”

”Ryhmään voisi tuoda enemmän konkreettisia keinoja/neuvoja siihen, mitä tehdä jos on esim. hylätyn lapsen moodissa eli miten tulla sen kanssa toimeen ja miten saada enemmän toimivaa aikuisuutta.”

4 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin sitä, vaikuttaako julkisella sektorilla toteutettava, 10 kertaa kestävä ryhmämuotoinen psykoedukaatio epävakaan persoonallisuuden yleiseen vaikeusasteeseen ja oireulottuvuuksiin sekä itsetuhoisuuteen. Psykoedukatiiviset ryhmät perustuivat Skeematerapiaan (Young ym., 2012). Niiden tavoitteena oli opettaa potilaita tunnistamaan epävakaaseen persoonallisuuteen liittyviä minätiloja (l. skeemamoodeja). Tutkimuksen kohdejoukkona olivat epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen potilaat, jotka osallistuivat psykoedukatiivisiin ryhmiin.

Tutkimuksen mukaan psykoedukatiivisten ryhmien aikana potilaiden yleinen epävakaan vaikeusaste väheni tilastollisesti merkitsevästi, samoin kuin epävakaan persoonallisuuden kolme oireulottuvuutta: tunne-elämän epävakaas, ihmissuhdevaikeudet ja itselle vahingollinen impulsiivisuus. Oireulottuvuuksista merkittävimmin lieventyi tunne-elämän epävakaas, jonka muutos oli efektikooltaan keskisuuri. Myös epävakaan yleisessä vaikeusasteessa, eli oireulottuvuuksia yhdessä tarkasteltaessa, muutos oli tulkittavissa keskisuureksi. Vaikka muutokset ihmissuhdevaikeuksissa ja impulsiivisuudessa olivat tilastollisesti merkitseviä, olivat efektikoot näiden oireulottuvuuksien muutoksissa maltillisempia. Itselle vahingollisessa impulsiivisuudessa muutos oli kliiniseltä merkitsevyydeltään pientä ja vuorovaikutussuhdeongelmissa vielä vähäisempää. Tutkimuksen mukaan minäkuvan epävakaas ei lieventynyt psykoedukatiivisten ryhmien aikana. Myöskään itsetuhoisuuden vaikeusasteessa ei näyttänyt tapahtuvan heikkenemistä mittauskertojen välillä. Toisaalta itsetuhoisuuden muutoslukujen tarkastelussa havaittiin kaksi poikkeavaa arvoa, joiden voi olettaa jo aineiston pienestä koosta johtuen vaikuttaneen kokonaistulokseen. Toisin sanoen ryhmäpsykoedukaation mahdollisista vaikutuksista itsetuhoisuuden vaikeusasteeseen ei tämän tutkimuksen perusteella voi tehdä päätelmiä.

Epävakaan persoonallisuuden psykoterapeuttisiin hoitomuotoihin usein sisältyvän psykoedukaation hyödyistä ei tiettävästi ole tehty aiempaa tutkimusta. Esimerkiksi Skeematerapiaa käsittelevissä tutkimuksissa on tarkasteltu pidempiä (8-36 kk) ja kokonaisvaltaisia hoitomalleja, joiden vaikuttavuus onkin todettu hyväksi (esim. Farrell ym., 2009; Giesen-Bloo ym., 2006; Sempértegui ym., 2013). Tämän tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan ole verrattavissa edellä mainittujen kaltaisiin hoitomalleihin, sillä tarkastelussa oli vain yksittäinen Skeematerapian menetelmää hyödyntävä osa-alue. Sen sijaan skeemamoodien tunnistamiseen tähtäävän ryhmäpsykoedukaation myötä lähes kaikilla oireulottuvuuksilla havaittujen myönteisten muutosten voidaan tulkita Johnstonin ym. (2009) tutkimuksen tavoin tukevan Skeematerapian näkemystä

moodien tunnistamisen tärkeydestä osana epävakaan persoonallisuuden hoitoa. Erityisesti tunne-elämän epävakaudesta ja epävakaan persoonallisuushäiriön yleisessä vaikeusasteessa tapahtui lievenemistä minätilojen tunnistamisen myötä.

Skeematerapian viitekehystä tarkasteltuna tunne-elämän epävakaas on ymmärrettävissä liukumina dissosioituneiden moodien välillä, jolloin henkilön tunnekokemukset ja mielentilat vaihtelevat arvaamattomasti äärimmäisyydestä toiseen (Young ym., 2012). Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sitä, kuinka tunne-elämän epävakaan tai muidenkaan oireulottuvuuksien erilliset oireet muuttuivat. Tuloksista ei näin ollen voi tehdä johtopäätöksiä psykoedukaation vaikutuksista esimerkiksi tunnereaktioiden herkkyyteen, laatuun, voimakkuuteen tai ailahteluun. Tuloksien valossa voidaan kuitenkin olettaa, että vaikeuksien käsitteellistäminen minätilojen kautta saattaa johtaa tunne-elämän yleiseen vakaantumiseen. Skeemamoodien tunnistamisen myötä ailahtelevien tunnetilojen arvaamattomuus voi lieventyä, tehden kokemuksista henkilölle itselleen siedettävämpiä. Moodien tunnistamisesta syntynyt itseymmärrys voisi näin ajateltuna johtaa eräänlaisen epävakaalle persoonallisuudelle ominaisen emotionaalisen kriisin helpottumiseen, jolloin tunne-elämän epävakauteen liittyvien oireiden yleinen vaikeusaste heikkenee. Ajatusta tukevat tuloksissa havaitut vähäisemmät, vaikkakin tilastollisesti merkitsevät muutokset oireulottuvuuksilla, jotka ilmenevät vahvemmin käyttäytymisen alueella.

Skeematerapiassa moodityöskentelyn pyrkimyksenä on esimerkiksi mielikuvaharjoittein ja kokemuksellisin työottein vahvistaa Terveen/toimivan aikuisen moodia, jonka turvin henkilö kykenee huolehtimaan lapsimoodistaan ja puolustautumaan Rankaisevan vanhemman hyökkäyksiä vastaan (Young ym., 2012). Terveen/toimivan aikuisen minätila on epävakaassa persoonallisuudessa kehittymättömin (Arntz ym., 2005; Lobbestael ym., 2008; Young ym., 2012), eikä skeemamoodien tunnistamisen itsessään voi näin ollen olettaa johtavan kyseisen adaptiivisen moodin välittömään vahvistumiseen. Yksinomaan lyhyen psykoedukaation keinoin ei tämän tutkimuksen perusteella voidakaan saavuttaa suuria muutoksia käyttäytymisensäätelyn tasolla. Esimerkiksi vuorovaikutussuhteiden vaikeuksissa havaittu myönteinen muutos oli voimakkuudeltaan vähäinen. Skeematerapian näkökulmasta tulos voidaan ymmärtää siten, että vuorovaikutussuhteissa aktivoituvan hylkäämisen skeeman herättämä Hylätyn lapsen moodi ei ole rauhoitettavissa ainoastaan sen tunnistamisen kautta, eikä moodien tunnistaminen myöskään opeta keinoja Vihaisen lapsen impulsiivisen toiminnan rajoittamiseksi. Toisin sanoen epävakaassa persoonallisuudessa ihmissuhdeongelmien ja impulsiivisuuden suurempaan lieventymiseen edellytetään pidemmälle etenevää muutostyöskentelyä, jonka myötä Terveen/toimivan aikuisen moodi voi vahvistua. Tämän tutkimuksen tuloksien perusteella skeemamoodien tunnistamiseen pyrkivä psykoedukaatio voi kuitenkin tarjota muutostyöskentelylle vahvan perustan.

Lyhyen ryhmäpsykoedukaation myötä tapahtuneita myönteisiä muutoksia voidaan tarkastella myös suhteessa epävakaan persoonallisuuden hoitoon liittyviin moninaisiin haasteisiin. Suomessa julkisella sektorilla, käytännöiksi yleistyneiden näyttöön perustuvien hoitomallien puuttuessa, tarjottavaa hoitoa luonnehtii usein sattumanvaraisuus (Leppänen ym., 2014). Myös epävakaaseen persoonallisuuteen kytkeytyvä stigma vaikeuttaa häiriöstä kärsivän henkilön mahdollisuuksia saada tarpeenmukaista hoitoa (Tyrer ym., 2010). Epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitettyjen psykoterapeuttisten menetelmien soveltaminen julkisessa sairaanhoidossa voi tarjota potilaalle mahdollisuuden epämääräisten ja pitkäkestoisten ongelmien sanoittamiseen ymmärrettävällä tavalla – ehkä ensimmäistä kertaa hoitohistoriansa aikana. Esimerkiksi Skeematerapiaan pohjaava persoonallisuuden epävakaan käsitteellistäminen, sen kehityksellinen tausta huomioiden ja kokemuksia normaalistaen, voi tavanomaisen hoidon heikkoudet huomioon ottaen olla potilaalle merkityksellinen, ja itsessään vaikeuksia helpottava kokemus. Näin tarkasteltuna lyhyellä skeemamoodien tunnistamiseen tähtäävällä psykoedukaatiolla saavutettujen myönteisten muutosten voidaan ajatella yleisemmin kertovan epävakaalle persoonallisuudelle suunnattujen psykoterapeuttisten hoitomallien puutteesta, tai toisaalta tarpeesta julkisen sektorin palvelutarjonnassa.

Pohdittaessa havaittuihin myönteisiin muutoksiin mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä tulee huomioon ottaa myös psykoedukaation toteuttaminen ryhmämuotoisena. Skeematerapian menetelmiä soveltavaa ryhmämuotoista hoitoa tutkineet Farrell ym. (2009) esimerkiksi korostavat ryhmähoidon hyötyjä erityisesti epävakaassa persoonallisuudessa. Häiriöstä kärsivät henkilöt kokevat usein olevansa yksin ongelmien kanssa, muista ihmisistä poikkeavia sekä avun ulottumattomissa, joka onkin ymmärrettävää kun otetaan huomioon epävakausoireiden vuorovaikutuksellinen ulottuvuus, ja esimerkiksi hoitosuhteiden vaikeudet. Ryhmämuotoiseen lähestymistapaan sisältyvät hoidolliset elementit, kuten vertaistuki ja yhteenkuuluvuudentunteen herääminen, voivat siis itsessään olla merkityksellisiä potilaan kokemassa kärsimyksessä. Tässä tutkimuksessa tarkastellun skeemamoodeja käsittelevän psykoedukaation myötä saavutettujen myönteisten muutosten voidaankin päätellä tapahtuneen ryhmämuotoisen toteutustavan myötävaikutuksella.

Toisin kuin muilla tarkastelluilla oireulottuvuuksilla, tämän tutkimuksen tuloksissa ei näyttäytynyt lievenemistä minäkuvan epävakaudessa. Skeematerapian näkökulmasta tulokset ovat ymmärrettävissä suhteessa Suojautujan moodiin. Suojautujan minätila on syntynyt selviytymiskeinona, auttaen henkilöä sopeutumaan muiden haitallisten moodien herättämiin vaikeisiin tunnekokemuksiin, ja tuoden turvaa erityisesti haavoittuville lapsimooideille (Young ym., 2012). Käytännössä Suojautuja katkaisee yhteyden tunteisiin, tarpeisiin ja lopulta muihin ihmisiin,

johtaen epävakaassa persoonallisuudessa ominaiseen minäkuvan epävakauteen, joka ilmenee esimerkiksi tyhjyyden ja irrallisuuden tunteina. Suojautujan moodin ohittaminen on vaativa tehtävä, johon Skeematerapiassa pyritään muun muassa kokemuksellisten ja behavioraalisten menetelmien keinoin (Young ym., 2012). Potilaalle mahdollistetaan vaikeiden tunteiden kokeminen turvallisesti, jolloin Suojautujan moodista voi hiljalleen alkaa luopua. Tätä teoreettista taustaa vasten minäkuvan epävakauteen liittyvien tuloksien voidaan ajatella kuvaavan Suojautujan minätilan itsepintaisuutta. Skeemamoodien tunnistamiseen pyrkivä psykoedukaatio ei yksinään synnytä kokemuksellista turvallisuutta, jonka Suojautuja tarjoaa varjelemalla henkilöä vaikeilta tunteiltaan. Toisin sanoen minäkuvan vakaantuminen näyttäisi tuloksien perusteella edellyttävän pidemmälle etenevää minuuden puolien (skeemamoodien) integraatioon pyrkivää työskentelyä, jolla henkilöä tuetaan kohti vakaampaa ja jatkuvampaa identiteettiä.

Tutkimustulosten pohjalta yleistyksiä tehtäessä on huomioitava useampia tähän tutkimukseen liittyneitä rajoituksia. Naturalistinen alku- ja loppumittausten välisiä eroja havainnoiva tutkimusasetelma on ekologiselta validiteetiltaan vahva ja käyttökelpoinen lähtökohta hoitotyön tutkimuksessa (van Vreeswijk ym., 2014), mutta tutkimustuloksien yleistettävyys ei yllä satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten tasolle. Näin ollen tekijöitä, jotka johtivat tässä tutkimuksessa havaittuihin myönteisiin muutoksiin, ei voida varmuudella osoittaa psykoedukatiivisiin ryhmiin liittyviksi. Tutkimuksessa ei myöskään arvioitu ryhmiin osallistuneiden henkilöiden mahdollista lääkehoitoa tai yksilöhoidon toteutumista. Käytännössä esimerkiksi yksilöhoidon säännöllisyydessä oli tutkimusjoukon sisällä huomattavaakin vaihtelua, ja hoito on sisällöltään ja painotuksiltaan saattanut keskittyä eri asioihin eri henkilöiden kohdalla. Niiden tutkimushenkilöiden, joiden yksilöhoidossa on kyetty tukemaan ryhmässä heränneiden ajatusten käsittelyä, voidaan olettaa hyötyneen psykoedukatiivisista ryhmistä muita enemmän. Tämän oletuksen testaaminen ei kuitenkaan tutkimuksen puitteissa ollut mahdollista. Myös tutkimusaineiston pieni koko asetti tutkimukselle rajoitteita, heijastuen käytettyjen tilastollisten analyysien laajuuteen ja hienostuneisuuteen, samoin kuin tutkimustulosten yleistettävyteen. Tutkimusjoukko koostui ainoastaan Keski-Suomen alueella asuvista sairaanhoitopiirin potilaista, joista vain yksi oli miespuolinen, joten tutkimustulosten yleistettävyys on sosiodemografisesti laajemmassa mittakaavassa kyseenalaista. Tuloksia tarkastellessa on myös syytä huomioida, ettei tutkimukseen sisältynyt seuranta. Saavutettujen hyötyjen pysyvyydestä ei näin ollen tule tehdä tutkimustulosten perusteella päätelmiä. Lisäksi tutkimuksessa epävakaan persoonallisuuden tunnusomaisia oireulottuvuuksia ja niissä tapahtuneita muutoksia tarkasteltiin kyselylomakkeella, johon tutkimushenkilö vastaa itsenäiseen arvioonsa pohjaten. Tämänkaltaisiin itsearvioina toteutettaviin kyselymenetelmiin liittyvät aina omat ongelmansa.

Edellä mainituista heikkouksista huolimatta tämän tutkimuksen tuottama uusi tieto skeemamoodeja käsittelevän ryhmäpsykoedukaation myötä tapahtuvista muutoksista epävakaan persoonallisuushäiriön oireulottuvuuksissa on yksi sen keskeisistä vahvuuksista. Persoonallisuuden epävakauteen kytkeytyvien vaikeuksien sanoittaminen omien minätilojen tunnistamisen kautta näyttää tutkimustulosten valossa johtavan useilla ulottuvuuksilla esiintyvien oireiden, erityisesti tunne-elämän epävakauden, vaikeusasteen vähenemiseen lyhyellä aikavälillä. Epävakaan persoonallisuuden Skeematerapiassa työskentelyn ensimmäisenä vaiheena on minätilojen tunnistaminen, jonka pohjalta edetään erilaisia menetelmiä hyödyntäen kohti vakaampaa kokemusta itsestä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat siis teoreettisesti mielekkäitä, tukien ajatusta skeemamoodien tunnistamisen keskeisyydestä. Lisäksi ehkä tärkeimpänä johtopäätöksenä voidaan todeta, että tarjoamalla julkisen sektorin psykiatrisissa palveluissa epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitettyjä psykoterapiamenetelmiä, voidaan potilaiden vointiin vaikuttaa merkittäväällä tavalla. Tässä tutkimuksessa tarkasteltu Skeematerapiaan nojautuva ryhmämuotoinen psykoedukaatio esimerkiksi johti rohkaisevan myönteisiin muutoksiin tunne-elämän epävakauden, impulsiivisuuden ja ihmissuhdevaikeuksien oireulottuvuuksissa sekä epävakaan persoonallisuuden yleisessä vaikeusasteessa. Ryhmämuotoisena toteutettu skeemamoodeja käsitteellistävä psykoedukaatio vaikuttaa olevan hyvin sovellettavissa suomalaisen julkisen sektorin hoitotyöhön. Se sisältää itsessään hoidollisia elementtejä ja kohdistuu suurempaan potilasmäärään kerralla, ollen näin myös kustannustehokas lähestymistapa.

Tämän tutkimuksen tuloksissa näyttäytyi viitteitä siitä, että lyhyestä ryhmäpsykoedukaatiosta hyötyvät henkilöt saattaisivat olla iältään nuorempia kuin psykoedukaatiosta vähemmän hyötyneet. Johtuen tutkimusjoukon pienestä koosta, ei havaittujen erojen perusteella voida kuitenkaan tehdä johtopäätöksiä. Jatkotutkimuksen kannalta voisikin olla hyödyllistä tutkia tarkemmin tekijöitä, jotka mahdollisesti erottavat skeemamoodeja käsittelevästä psykoedukaatiosta hyötyneet vähemmän hyötyneistä. Jatkotutkimuksen kannalta voisi olla myös mielenkiintoista tutkia psykoedukaatiolla saavutettujen myönteisten muutosten pysyvyyttä pidemmällä aikavälillä. Toisaalta voidaan kysyä, onko epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon kehitetyn kattavan hoitomallin yhden osa-alueen erillisten pitkäaikaisvaikutusten tutkiminen käytännön hoitotyössä tarkoituksenmukaista tai eettisesti kestävä? Kuten tutkittavien antamasta palautteesta kävi ilmi, he toivoivat ryhmien olevan kestoiltaan pidempiä, jotta syvemmälle etenevä muutostyöskentelykin mahdollistuisi (ks. Esimerkki 3.). Toisin sanoen ryhmäpsykoedukaatioon osallistuneet potilaat olivat motivoituneita ja valmiita sitoutumaan hoitoon myös jatkossa. Toisaalta potilaat kertoivat hyötyneensä jo lyhyestäkin minätiloja käsittelevästä ryhmäpsykoedukaatiosta jopa siinä määrin, että hyödyt koettiin aina arjessa asti (ks. Esimerkki 1.) Tämän tutkimuksen perusteella, teoreettiseen

taustaan nojautuen sekä epävakaalle persoonallisuudelle ominaiset ja hoitoon liittyvät vaikeudet huomioiden, olisi suositeltavaa tarkastella niin potilaiden, hoitojärjestelmän kuin henkilökunnankin kannalta millaisia, ja kuinka pitkälle kantavia vaikutuksia on saavutettavissa sovellettaessa kokonaisvaltaista hoitomallia suomalaisessa julkisessa sairaanhoidossa. Tämänkaltaista tutkimustietoa on olemassa edelleen valitettavan vähän.

5 LÄHTEET

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. DSM-IV-TR*. (4. painos). Washington, DC: APA.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-39.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Ellis, P.D. (online). *Effect size calculators*. 2009 (viitattu 1.7.2014). Saatavilla Internetissä: <http://www.polyu.edu.hk/mm/sizeeffectcalculator/calculator/calculator.html>
- Ellis, P.D. (online). *Effect size equations*. 2009 (viitattu 1.7.2014). Saatavilla Internetissä: http://www.polyu.edu.hk/mm/sizeeffectcalculator/effect_size_equations2.html
- Epävaka persoonallisuus (online). *Käypähoito – suositus*. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 15.5.2014). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50064>
- 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(2), 317-328.

- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*(6), 649-658.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., . . . Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, *68*(8), 827-837.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando Fla: Academic Press.
- Hopwood, C. J., Baker, K. L., & Morey, L. C. (2008). Extratest validity of selected personality assessment inventory scales and indicators in an inpatient substance abuse setting. *Journal of Personality Assessment*, *90*(6), 574-577.
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., . . . Kessler, R. C. (2009). DSM–IV personality disorders in the WHO world mental health surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(1), 46-53.
- Jacobo, M. C., Blais, M. A., Baity, M. R., & Harley, R. (2007). Concurrent validity of the personality assessment inventory borderline scales in patients seeking dialectical behavior therapy. *Journal of Personality Assessment*, *88*(1), 74-80.
- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O'Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*(2), 248-255.
- Koivisto, M., Keinänen, M., & Isometsä, E. (2007). Epävakaan persoonallisuuden hoito. *Duodecim*, *123*(12), 1398-1407.
- Krause-Utz, A., Sobanski, E., Alm, B., Valerius, G., Kleindienst, N., Bohus, M., & Schmahl, C. (2013). Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: An exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(2), 116-123.

- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H. & Lindeman, S. (2014). Comparing effectiveness of treatments for severe borderline personality disorder in regular mental health care: A randomized trial. *Käsikirjoitus*.
- Limberg, A., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Hamm, A. O. (2011). Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization. *Biological Psychiatry*, 69(6), 574-582.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860.
- Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. (2011). Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa J.Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.), *Psykiatria*. (s. 480-500). Helsinki: Duodecim.
- Morey, L.C. (1991). *Personality Assessment Inventory - Professional manual*. Florida, USA: PAR.
- Morey, L. C., Kaufman, A. S. & Kaufman, N. L. (2003). *Essentials of PAI assessment*. John Wiley & Sons.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., . . . van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961-973.
- Nadort, M., van Dyck, R., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., . . . Arntz, A. (2009). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 938-945.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and

personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.

Rihmer, Z., & Benazzi, F. (2010). Impact on suicidality of the borderline personality traits impulsivity and affective instability. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 121-128.

Riihimäki, K., Vuorilehto, M., & Isometsä, E. (2014). Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *Journal of Affective Disorders*, 155, 303-306.

Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447.

Sieswerda, S., Barnow, S., Verheul, R., & Arntz, A. (2013). Neither dichotomous nor split, but schema-related negative interpersonal evaluations characterize borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 36-52.

Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G., & Walter, M. (2011). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 45(1), 15-21.

Stein, M. B., Pinsker-Aspen, J. H., & Hilsenroth, M. J. (2007). Borderline pathology and the personality assessment inventory (PAI): An evaluation of criterion and concurrent validity. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 81-89.

Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 657-666.

Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 624-632.

Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 1. identification and validation. *Psychological Assessment*, 7(1), 33-41.

- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(3), 647-661.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndetel, D., . . . Barret, B. (2010). Personality disorder: A new global perspective. *World Psychiatry, 9*(1), 56-60.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings - Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short - term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre - treatment and post - treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(1), 29-38.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2012). *Skeematerapia* (suom. J. Tuulari). Helsinki: Edita.(Alkuperäisteos 2003.)
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(5), 373-377.