

**OBJEKTISUHDETEORIAAN PERUSTUVAN INTENSIIVISEN
HOIDON VAIKUTTAVUUS: Tapaustutkimus parantumisen
kokemisesta, selitysmalleista ja hoidon vaiheista**

Jenni Petrell
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Tampereen yliopisto
Helmikuu 2010

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Psychology

PETRELL, JENNI: Effect of object relation theory -based treatment: case study on the experiences of getting better, explanation models and the phases of the treatment

Pro gradu thesis, 41 p.
Psychology
February 2010

This Pro gradu thesis analyses borderline personality disorder and its treatment by object relations theory -based intensive treatment model. The method is a case study and based on structured and supportive interviewing a symptom-free patient with two year treatment experiences. The patient had the symptoms of borderline personality disorder before the treatment, but doesn't anymore have them after the treatment. The treatment is based on the object relations theory view, which sees individual's personality gradually developing in interaction with the caregiving adults and how that development may be disturbed at several stages. I studied how the person who has had the treatment conceptualizes borderline personality disorder, what makes a person have it, what cures it, was there any different phases in the treatment, and if there was, what they were. I also studied how the treatment changed patient's self in the areas of self image, relationships and behavior, contents of life, thoughts about the future and goals, values, important and disgusting things, well-being and the happiest and the most miserable time of life. Overall results support the view that some people can be cured from borderline personality disorder with the treatment based on object relations theory that is practiced in Dayhospital 2 of Tampere. This getting better has value to the individual, his/her family and other close people and to the society for example financial value.

TAMPEREEN YLIOPISTO

Psykologian laitos

PETRELL, JENNI: Objektisuhdeteoriaan perustuvan intensiivisen hoidon vaikuttavuus: tapaustutkimus parantumisen kokemisesta, selitysmalleista ja hoidon vaiheista

Pro gradu tutkielma, 41 s.

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Helmikuu 2010

Työssäni on tarkoituksena tutkia, miten potilaat kokevat epävakaan persoonallisuushäiriön hoitamiseen kehitetyn objektisuhdeteoriaan perustuvan menetelmän. Tutkimus on tapaustutkimus, jossa tutkin haastattelemalla yhden epävakaasta persoonallisuushäiriöstä intensiivisen hoidon avulla parantuneen (ei täytä enää yhtäkään epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostista kriteeriä) käsityksiä sairauden ja paranemisen syistä, hoidon vaiheista ja paranemisen aiheuttamista muutoksista itsessä. Työssä on siis tarkoitus kartoittaa myös objektisuhdeteoriaan perustuvan kaksivuotisen hoitomallin hoidon tuloksellisuutta kysymällä siitä hoidon ”asiantuntijalta” eli hoidon onnistuneesti läpikäyneeltä ihmiseltä hänen kokemuksistaan kyseessä olevasta hoidosta ja hänen käsityksiään myös epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Tutkimusmenetelmänä käytin supportiivista ja strukturoitua haastattelua, jossa kysyin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä parantuneelta suorita kysymyksiä, joihin hän vastasi. Viitekehystenä tutkittavassa epävakaan persoonallisuuden hoidossa oli objektisuhdeteoria, jonka mukaan ihmisen persoonallisuus kehittyy vähitellen vuorovaikutuksessa häntä hoitaviin aikuisiin ja se voi kehityksen eri vaiheissa häiriytyä. Koko henkilökunta oli saanut tähän koulutuksen. Teorian hoidollinen sovellutus on päiväsairaalan itsensä kehittämä. Yleisesti ottaen tulokset tukevat näkemystä, että jotkut ihmiset voivat parantua epävakaasta persoonallisuushäiriöstä objektisuhdeteoriaan perustuvalla intensiivisellä kaksivuotisella hoidolla, jota annetaan Tampereen Päiväsairaala 2:ssa. Vaikuttaisi siltä, että koko persoonallisuuden rakenne korjaantuu, eikä vain niin, että hoidon käynyt oppii selviämään paremmin oireitten kanssa. Tällä paranemisella on tietysti merkitystä yksilölle itselleen, hänen perheelleen ja lähiympäristölleen sekä yhteiskunnalle esimerkiksi taloudellista merkitystä.

Avainsanat: epävakaa persoonallisuushäiriö, hoidon vaiheet, hoidon vaikuttavuus, muutokset itsessä, objektisuhdeteoria, parantumisen kokeminen, parantumisen selitysmallit, persoonallisuuden kehittyminen, tapaustutkimus

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	5
2. TEORIAA EPÄVAKAASTA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ	7
2.1. Mikä on epävakaata persoonallisuushäiriö?	7
2.2. Mistä vaikeat persoonallisuushäiriöt, kuten epävakaata persoonallisuushäiriö, johtuvat?	9
2.3. Epävakaan persoonallisuushäiriöisen käyttämistä psykologisista mekanismeista	9
3. EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN HOITOMUOTOJEN TULOKSELLISUUDESTA	12
3.1. Haastateltavan käymän objektisuhteoriaan perustuvan intensiivisen hoidon tuloksellisuudesta	12
3.2. Epävakaan persoonallisuushäiriön muista hoitomuodoista ja niiden tuloksellisuudesta	13
3.2.1. Kognitiivinen terapia	13
3.2.2. Dialektinen käyttäytymisterapia	14
4. HAASTATELTAVAN KÄYMÄN EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN HOIDON MUODOT OBJEKTISUHDETEORIAAN PERUSTUVASSA HOITOMALLISSA	15
4.1. Hoidon viitekehykset	15
4.2. Hoidon tavoitteet, periaatteet ja keinot	17
4.3. Hoidon käytäntöjä	19
4.4. Hoidon muita käytäntöjä	20
4.5. Hoidon terapeuttisia periaatteita	21
4.6. Onnistuneen hoidon vaiheet	24
5. TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUSASETELMA	29
6. AINEISTO	30
7. TULOKSET	32
7.1. Haastateltavan käsitykset siitä, mikä on epävakaata persoonallisuushäiriö	32
7.2. Haastateltavan käsitykset siitä, mikä saa sairastumaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön	32
7.3. Haastateltavan käsitykset siitä, mikä saa paranemaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä	32
7.4. Haastateltavan käsitykset hoidon vaiheista	33
7.5. Haastateltavan käsitykset hoidon aiheuttamista muutoksista itsessä	34
7.5.1. Minäkuva: mitä tutkittava ajattelee itsestään ja miten kokee itsensä	34
7.5.2. Ihmissuhteet ja käyttäytyminen	34
7.5.3. Elämänsisältö	36
7.5.4. Tulevaisuuden näkymät, toiveet ja tavoitteet	36
7.5.5. Arvot ja tavoiteltavat, tärkeät sekä inhottavat asiat	37
7.5.6. Vointi sekä onnellisin ja onnettomin aika elämässä	37
8. TULOSTEN KOKOAVAA TARKASTELUA	39
LÄHTEET	41

1. JOHDANTO

Työssäni on tarkoituksena tutkia, miten potilaat kokevat epävakaan persoonallisuushäiriön hoitamiseen kehitetyn menetelmän, joka perustuu objektisuhdeteoriaan. Tutkimus on tapaustutkimus, jossa tutkin haastattelemalla yhden epävakaasta persoonallisuushäiriöstä intensiivisen hoidon avulla parantuneen (ei täytä enää yhtäkään epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostista kriteeriä) käsityksiä sairauden ja paranemisen syistä, hoidon vaiheista ja paranemisen aiheuttamista muutoksista itsessä. Työssä on siis tarkoitus kartoittaa myös objektisuhdeteoriaan perustuvan kaksivuotisen hoitomallin hoidon tuloksellisuutta kysymällä siitä hoidon ”asiantuntijalta” eli hoidon onnistuneesti läpikäyneeltä ihmiseltä hänen kokemuksistaan kyseessä olevasta hoidosta ja hänen käsityksiään myös sairaudestaan. Tutkimusmenetelmänä käytin supportiivista ja strukturoitua haastattelua, jossa kysyin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä parantuneelta suorita kysymyksiä, joihin hän vastasi. Haastatteluhetkellä tutkittava kävi vielä jatkohoidossa kertaviikkoisessa psykoterapiassa, jota on tarkoitus olla 2 vuotta päiväsairaalahoidon jälkeen. Haastatteluun meni 90 minuuttia ja siihen oli varattu aikaa maksimissaan 120 minuuttia. Haastattelin tutkittavaa Päiväsairaala 2:n tiloissa. Tutkimustuloksiin vaikuttaa haastatteluajankohta eli se, että haastattelin hoidon jälkeen tutkittavaa hänen historiastaan ja nykyhetkestä, enkä esimerkiksi ennen hoitoa, hoidon alussa, hoidon keskivaiheilla, hoidon loppuvaiheessa ja hoidon loppumisen jälkeen, jolloin esimerkiksi muutoksia koskevista käsityksistä saisi tilannekohtaisempaa tietoa. Haastateltavalla oli rikkonaisuutta ja traumoja sisältävä tausta, joka on tavanomainen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsineelle.

Tapaustutkimus kuvaa tutkittavan käsitystä siitä, mikä on epävakaa persoonallisuushäiriö, mikä saa sairastumaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja mikä saa paranemaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Se kuvaa myös tutkittavan käsityksiä hoidon vaiheista ja hoidon aiheuttamista muutoksista itsessä kuten minäkuvassa, siinä mitä ajattelee itsestään ja miten kokee itsensä, ihmissuhteissa ja käyttäytymisessä, elämänsisällössä, tulevaisuuden näkymissä, toiveissa ja tavoitteissa, arvoissa ja tavoiteltavissa, tärkeissä ja inhottavissa asioissa sekä voinnissa. Kysyin häneltä myös onnellisinta ja onnettominta aikaa elämässä. Rajasin tutkimusongelmista pois kyvyistä, taidoista ja uskomuksista kysymisen, vaikka haastattelussa kysyin myös niistä. Rajauksen tein, koska ne antoivat vain vähän lisää tietoa ja koska en halunnut tehdä liian laajaa tutkimusta. Kiinnostuin aiheesta käydessäni psykologiharjoittelun objektisuhdeteoriaan perustuvaa hoitoa antavassa Tampereen Päiväsairaala 2:ssa, jossa haastateltava siis oli käynyt hoitonsa.

Tutkin käsityksiä hoidon aiheuttamista muutoksista itsessä siis näissä alueissa:

- minäkuva, mitä ajattelee itsestään, miten kokee itsensä
- ihmissuhteet ja käyttäytyminen
- elämänsisältö
- tulevaisuuden näkymät, toiveet ja tavoitteet
- arvot ja tavoiteltavat, tärkeät sekä inhottavat asiat
- vointi sekä onnellisin ja onnettomin aika elämässä

Viitekehysenä tutkittavassa epävakaan persoonallisuuden hoidossa oli objektisuhdeteoria. Sen mukaan ihmisen persoonallisuus kehittyy vähitellen vuorovaikutuksessa häntä hoitaviin aikuisiin ja se voi kehityksen eri vaiheissa häiriytyä. Koko henkilökunta oli saanut tähän koulutuksen. Teorian hoidollinen sovellutus päiväsairalahoitoon on päiväsairaalan itsensä kehittämä. (Tähkä, 2006, 3). Leena Vikeväinen-Tervosen tekemän tutkimuksen mukaan objektisuhdeteoriaan perustuva hoitomalli epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville on tuloksellista, mutta lisää tutkimusta ja seurantaa tarvitaan, että tulokset olisivat luotettavasti yleistettävissä. (Vikeväinen-Tervonen, 2005, 3273).

2. TEORIAA EPÄVAKAASTA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ

2.1. Mikä on epävakaata persoonallisuushäiriötä?

Millon ja Davis määrittelevät persoonallisuushäiriöt lyhyesti ”erilaisiksi malleiksi, joiden seurauksena persoonallisuusjärjestelmä toimii epätarkoituksenmukaisesti suhteessa ympäristöönsä”. (ks. Käver & Nilsson, 2004, 23).

Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit DSM IV:n määrittelemänä

Epävakaata persoonallisuutta luonnehtii laaja-alainen ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja tunne-elämään liittyvä epävakaas sekä huomattava impulsiivisuus. Se alkaa varhaisaikuisuudessa ja esiintyy ainakin viidellä seuraavasta yhdeksästä tavasta:

- *Voimakas hylätyksi tulemisen pelko
- *Epävakaat ihmissuhteet
- *Identiteetin häiriö
- *Impulsiivisuus, itseään vahingoittaminen ainakin kahdella tavalla: esimerkiksi tuhlaaminen, seksi, huumeet, alkoholi
- *Toistuva itsetuhoisuus, viiltely, suisidaalisuus jne.
- *Tunne-elämän epävakaas
- *Jatkuva sisäisen tyhjyyden tunne
- *Asiaankuulumaton voimakas viha
- *Stressiin liittyvät dissosiatiiiviset tilat

Kliinikot ovat yleisesti sitä mieltä, että potilaita, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä, on vaikeaa ja haastavaa hoitaa. Monet kliinikot suhtautuvat epävakaiden hoitoon huolestuneesti ja hermostuneesti. Suurin osa käyttäytymismalleista, jotka määrittävät häiriön ovat problemaattisia ja ne ovat terapeutin kohtaamista stressaavimpien joukossa. Ehkä suurin huoli on itsemurhakäytös. 70-75 prosentilla asiakkaista, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä on ollut tarkoituksellista ja akuuttia itsetuhoista käytöstä. Itsemurhavaara ja kriisit ovat yleisiä myös niiden joukossa, jotka eivät koskaan toteuta itsetuhoista käytöstä. Vaikka suuri osa tästä käytöksestä tapahtuu ilman kuolemista, jatkotutkimuksissa itsemurhaluvut ovat 7-8 prosenttia ja itsemurhaa yrittäneiden prosenttiosuus on 10 prosenttia. Yksilöillä, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä, on vaikeuksia

vihan ja sen ilmaisemisen kanssa. Ja ei ole harvoin, kun voimakasta vihaa suunnataan suoraan terapeuttia kohti. (Barlow, 2008, 365-366).

Yleisimmin käytetty epävakaan persoonallisuushäiriön arviointi-instrumentti on DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, neljäs painos) ja diagnostinen haastattelu epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville (DIB). Epävakaan persoonallisuushäiriön kriteerit niiden mukaan ovat laaja epävakausta ja säätelyvaikeudet kaikilla toimimisen alueilla. Ensinnäkin he yleisesti kärsivät tunteiden epävakaudesta ja heillä on vaikeuksia tunteiden säätelyssä. Emotionaaliset reaktiot ovat reaktiivisia ja yksilöllä on vaikeuksia masennus-, ahdistus- ja ärtymisepisodien kanssa ja ongelmia vihan ja sen ilmaisemisen kanssa. Toiseksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä on vaikeuksia säädellä käytöstään, joka näkyy äärimmäisenä ja problemaattisena impulsiivisena käytöksenä. Tärkeä piirre näillä ihmisillä on heidän taipumus ohjata destruktiivista käytöstä itseään kohtaan. Yritykset satuttaa, silpoa tai tappaa itsensä, kuten itsemurhat, ovat yleisiä tässä ihmisryhmässä. Kolmanneksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät yksilöt kokevat vaikeuksia kognitioiden säätelyssä. Stressaavien tilanteiden aiheuttamina on lyhyitä, ei-psykoottisia ajatusten ja aistien säätelyvaikeuksia kuten depersonalisaatiota, dissosiaatiota ja deluusioita. Ne yleensä menevät ohi, kun stressi lievittyy. (Barlow, 2008, 366).

Neljänneksi säätelyvaikeudet minuuden tunteessa ovat yleisiä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät usein raportoivat tunteesta, että heillä ei ole minuuden tunnetta ollenkaan, he kokevat olonsa tyhjäksi ja he eivät ”tiedä” keitä he ovat. Viidenneksi nämä yksilöt usein kokevat vaikeuksia ihmissuhteiden säätelyssä. Heidän ihmissuhteensa saattavat olla kaoottisia, intensiivisiä, ja täynnä vaikeuksia. Vaikka epävakaiden ihmissuhteet ovat vaikeita, he kokevat usein erittäin vaikeaksi luopua niistä. Sen sijaan he saattavat ryhtyä voimakkaisiin ja hurjiin pyrkimyksiin, etteivät heille tärkeät ihmiset jättäisi heitä. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon on käytetty monia eri näkökulmia kuten psykodynaaminen, interpersoonallinen, intergratiivinen, psykofarmakologinen, kognitiivis-behavioraalinen ja dialektisen käyttäytymisterapian näkökulma. (Barlow, 2008, 366). Tärkeimmät niistä ovat psykodynaaminen, interpersoonallinen ja kognitiivinen. (Clarking, Yeomans & Kernberg, 1999, 5).

Mahlerin mukaan persoonallisuuden yksilöitymis-erillistymiskehitykseen kuuluu autistinen vaihe 0-2 kuukautta, Symbioottinen vaihe 2-6 kuukautta ja eriytymis-yksilöitymisvaihe 6-36 kuukautta, jossa on kolme alavaihetta. Ne ovat kuoriutumisen vaihe 6-10 kuukautta, harjoitteluvaihe 10-16 kuukautta ja uudelleenlähentymisen vaihe 16-24 kuukautta, jossa lapsi alkaa ymmärtää omia rajoituksiaan, haavoittuvuuttaan ja riippuvuuttaan äidistä. Pelko äidin menettämisestä muodostuu tärkeimmäksi uhaksi kaikkivoipaisuuden tunteiden luhistuttua. Näiden vaiheiden jälkeen lapsi alkaa alustavasti yksilöityä ja huomata erot sukupuolten välillä. Epävakaan persoonallisuuden syntymisen ajatellaan johtuvan häiriöstä uudelleenlähentymisen vaiheessa, koska epävakaan persoonallisuus-

häiriöisen käytös muistuttaa uudelleenlähentymisvaiheessa olevan lapsen käytöstä. (Mahler, Pine & Bergman, 1975, 41-120).

Epävakaasta persoonallisuus häiriöstä kärsii noin 2 prosenttia väestöstä. Psykiatriseen avohoitoon hakeutuvista häiriö on todettavissa noin 10 prosentilla, 15-20 prosentilla psykiatrisen sairaalan potilaista sekä 30–60 prosentilla potilaista, joilla on jokin persoonallisuushäiriö. Se on tavallisin kliinisessä työssä tavattava persoonallisuushäiriö. (Tähkä, 2006, 3).

2.2. Mistä vaikeat persoonallisuushäiriöt, kuten epävakaata persoonallisuushäiriö, johtuvat?

Vaikeat persoonallisuushäiriöt ja niiden komplikaatiot, kuten häiriöt kyvyssä työntekoon ja intiimeihin ihmissuhteisiin, antisosiaalinen käytös, huume ja alkoholiriippuvuudet ja itsetuhoisen käytös, ovat haastava kysymys emotionaalisten häiriöiden hoidossa. Persoonallisuushäiriöiden etiologiaan sisältyy geneettisiä ja synnynnäisiä syitä, erityisesti herkkyys voimakkaiden negatiivisten affektien heräämisessä ja vaikeudet affektien säätelyssä, jotka tulevat ilmi temperamentissa. Näihin syihin on tärkeää lisätä varhainen kiintymyssuhde ja sen patologia, psyykkiset traumat kuten fyysinen väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö, krooninen perheen sekasortoisuus ja hylätyksi tulemiset. Monimutkainen mekanismi, joka yhdistää geneettisen ja synnynnäisen herkkyyden psykososiaalisten ympäristötekijöiden kanssa on yhä tutkimuksen alla. Vaihtoehtoiset teoreettiset näkökulmat ovat ehdottaneet vaihtelevia mekanismeja, jotka yhdistävät temperamentin ja ympäristötekijät. Yksi yleinen viitekehys, joka selittää yhteyttä affektien neurobiologian ja persoonallisuuden rakenteen lujittumisen välillä on objektiisuusteorian ajatus siitä, että yksilö sisäistää tärkeiden läheisten kanssa olevat emotionaaliset ihmissuhteet. (Kernberg, 2004, ix).

2.3. Epävakaan persoonallisuushäiriöisen käyttämistä psykologisista mekanismeista

Epävakaan persoonallisuushäiriöisen käyttämät keskeiset psykologiset mekanismit ovat halkominen, projektiivinen identifikaatio, projektio, ihannointi, mitätöinti ja kieltäminen. Halkomisella tarkoitetaan aktiivista pyrkimystä pitää erillään tunne- ja ajatussisällöltään

vastakkaiset mielikuvat itsestä ja toisista ihmisistä tunnetasolla, samalla kuin itse mielikuvat säilyvät tietoisina (Tähkä, 2006, 40). Ne eivät tällöin pääse vaikuttamaan toisiinsa. Esimerkiksi ollessaan onneton, epävakaa ihminen ei pysty saamaan tunneyhteyttä kokemiinsa onnellisempiin hetkiin, vaikka muistaakin ne, eikä siten pysty lievittämään pahaa oloaan. Samoin onnistuessaan jossain, häneltä katoaa helposti tuntuma omiin rajoituksiinsa ja hän voi hetkellisesti tuntea voimakasta kaikkivoipaisuuden tunnetta. Seurauksena on mielialojen voimakas vaihtelu, minkä takia häntä usein luullaan maanisdepressiiviseksi. (Tähkä, 2006, 40).

Epävakaan persoonallisuushäiriöisen mielialan vaihtelut ovat kuitenkin paljon herkempiä ympäristövaikutuksille kuin maanisdepressiivisen. Esimerkiksi epävakaan ihmisen vauhdikkuus saattaa katketa yhteen hylätyksi tulemisen kokemukseen, kun taas maniasta kärsivä sinnikkäästi kieltää kaikki itsetuntokoettelemukset ja yleensä vaatii melkoisia ponnisteluja hoitavilta tahoilta palautuakseen realiteetteihin. On kuitenkin muistettava, että on myös potilaita, jotka kärsivät sekä epävakaasta persoonallisuudesta että maanisdepressiivisestä häiriöstä. (Tähkä, 2006, 40).

Halkominen on myös syy epävakaiden ihmisten elämysmaailman mustavalkoiseen sävyttömyyteen. Pidetään todennäköisenä, että yksilöitymisvaiheessa olevan lapsen sisäinen maailma on halkomien jakama, kunnes lisääntyvät psykososiaaliset valmiudet mahdollistavat vähitellen vastakkaisten tunne ja ajatussisältöjen yhdistämisen (Tähkä, 2001, 113-116). Milloin tällaisia valmiuksia ei saada, mieli jää eheyttömäksi ja halkomisen merkitys myös puolustusmekanismina korostuu. On ymmärrettävää, että lapsi ei voi näitä valmiuksia saada vanhemmalta, joka itse kärsii rajatilatasoisesta häiriöstä, ja jonka persoonallisuudessa suhteessa lapseen, aktivoituu äkkijyrkän mustavalkoisesti toisilleen vastakkaiset tunnetilat, aina sen mukaan tuottaako lapsi pettymyksen vai tyydyttää vanhempaa. (Tähkä, 2006, 40-41).

Projektiivisessa identifikaatiossa jokin omaan itseen kuuluva ominaisuus ensin projisoidaan toiseen henkilöön ja sitten tätä projisioitua ominaisuutta yritetään hallita kontrolloimalla projektion kohteena olevaa henkilöä, samalla kun tätä yleensä yritetään tiedostamattomasti provosoida käyttäytymään projektion sisällön mukaisesti. (Tähkä, 2006, 41). Projektiivinen identifikaatio eroaa tavallisesta projektioista siinä, että tunneyhteys projektion kohteeseen ja itse projektion sisältöön säilyy jossain määrin. Esimerkiksi vainoharhainen potilas, joka projisoi omaa tuhoavuuttaan ulkomaailmaan ja kokee olevansa vihamielisten voimien vainoama, ei koe mitään tuhoavuutta itsessään. Sen sijaan rajatilapotilas, joka projektiivisen identifikaatiossa projisoi esimerkiksi vihan tunteita toiseen ihmiseen, samanaikaisesti kokee vihaa, vaikka tulkitseekin sen johtuvan siitä, että toinen ihminen on hänelle vihainen. (Tähkä, 2006, 41).

Projektiivisella identifikaatiolla ajatellaan olevan tärkeä osa symbioottisesta suhteestaan äitiinsä eriytyvien lasten kehityksessä. Tämä kehitys on alkuun osittaista. Niinpä lasten on helppo mieltää omat tunteensa vanhempien tunteeksi ja pyrkiä sitten kontrolloimaan vanhempia. Tällä

prosessilla on myös tärkeä merkitys lapsen psyyken kehitykselle. Provosoimalla vanhemmat kokemaan tunteita, joita lapsi ei vielä hallitse, lapsi saa tilaisuuden nähdä miten aikuinen ne hallitsee, minkä jälkeen lapsi voi samaistuksen kautta sisäistää nämä hallintokeinot osaksi omaa hallintakykyään. Vaikkakin projektiivista identifikaatiota tavataan äärimuodoissaan taaperteluikäisillä lapsilla ja potilailla, jotka kärsivät epävakaasta persoonallisuudesta tai muista rajatilatasoisista häiriöistä ja psykooseista, se säilyy keskeisenä tekijänä kaikissa inhimillisissä suhteissa. Se on terapeutille tärkeä tiedon lähde ja samalla mekanismi, joka voi olla sekä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän vastarinnan palveluksessa että edistää psyykkistä kasvua. (Tähkä, 2006, 41).

Terapeutti, jossa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä pyrkii projektiivisen identifikaation puitteissa provosoimaan itselle sietämättömiä tunnetiloja kuten avuttomuutta, masennusta, kateutta, raivoa jne., saa tarkkailemalla omia tunnetilojaan viestin siitä, mikä on potilaalle erityisen ongelmallista ja vaikeaa. Se auttaa empaattisen kuvauksen hahmottamisessa ja tarjoaa myös epävakaalle tilaisuuden nähdä miten terapeutti nämä tunnetilat käsittelee ja siten samaistuksen kautta myös parantaa omia hallintakeinojaan. (Tähkä, 2006, 41-42).

Projektiossa epämieluisa piirre heijastetaan itsestä toiseen. Ihannointi ja mitätöinti ovat halkomista muistuttavia, mutta erilaisia siinä, että kun halkomisessa sekä itse että objekti ovat yhdessä joko hyviä tai pahoja, ihannoinnissa ja mitätöimisessä itsen ollessa paha, objekti on kokonaan hyvä ja itsen ollessa hyvä, objekti on paha. Kieltämisessä taas esim. tilanteessa olevan uhan olemassaolo kielletään. (Hamilton, 1988, 63 ja 82).

3. EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN HOITOMUOTOJEN TULOKSELLISUUDESTA

3.1. Haastateltavan käymän objektisuhdeteoriaan perustuvan intensiivisen hoidon tuloksellisuudesta

Leena Vikeväinen-Tervosen tekemän tutkimuksen mukaan objektisuhdeteoriaan perustuva hoitomalli epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville on tuloksellista, mutta lisää tutkimusta ja seurantaan tarvitaan, että tulokset olisivat luotettavasti yleistettävissä. Minäkuvan myönteisyyttä Vikeväinen-Tervosen tutkimuksessa tutkittiin Markku Ojasen kehittämällä myönteiset piirteet -asteikolla, joka sisältää 22 erilaista persoonallisuuden piirrettä. Asteikot olivat visuaalisia skaaloja välillä 1 ja 10, joissa eri kohtia selvensi lyhyt sanallinen selitys. Tätä asteikkoa on käytetty monissa tutkimuksissa aikaisemmin ja sen reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi. Markku Ojasen kehittämällä graafisilla analogia-asteikoilla on mitattu yleistä hyvinvointia, mielialaa ja elämänhallintaa. Tutkimuksessa on käytetty 13 asteikkoa. Kaikki asteikot vaihtelevat 0:sta 100:aan ja jokaista kohtaa selventää yksityiskohtainen sanallinen selitys. Suomessa tätä asteikkoa on käytetty lukuisissa tutkimuksissa vuodesta 1980 lähtien. Ulkomaisissa tutkimuksissa on käytetty hyvin samantapaisia asteikoita, esimerkiksi Life Functioning Scales (LFS), jonka tulokset ja reliabiliteetti ovat hyvin samankaltaisia kuin Ojasen asteikoissa. (Vikeväinen-Tervonen, 2005, 3273).

Myös Beckin masennusoirekyselyllä (Beck Depression Inventory) on mitattu mielialaa. Siinä on 21 muuttujaa. Tutkimuksen tässä vaiheessa tietoa on kerätty hoidon alkaessa (alkumittaus) sekä hoidon päättyessä (päätemittaus). Myöhemmin tietoa kerätään puoli vuotta ja 2 vuotta hoidon päättymisen jälkeen (seurantamittaukset). Alku- ja päätemittauksia on verrattu keskenään päiväsairalahoidon tuloksellisuuden selvittämiseksi. Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti vaikuttivat suhteellisen hyvältä. Päämuuttuja ryhmiä olivat siis minäkuva, fyysinen ja psyykinen hyvinvointi, mieliala, elämänhallinta, yleinen hyvinvointi sekä lääkitys. Tilastollisesti erittäin merkitseviä positiivisia muutoksia tapahtui lähes kaikissa päämuuttujaryhmissä. Ainoastaan lääkkeiden määrässä tapahtui tilastollisesti vain melkein merkitsevä positiivinen muutos. Hoidon alussa lääkkeitä käytettiin jonkin verran enemmän kuin hoidon lopussa. Taustamuuttujissa (aviosääty, lasten lukumäärä, koulutus, sosioekonominen tilanne ja työtilanne) ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä muutoksia alku- ja päätemittauksen välillä. (Vikeväinen-Tervonen, 2005,

3273-3274).

Tutkimuksessa mukana olleista potilaista 74% (17) koki, että hoidosta oli erittäin paljon tai paljon hyötyä. Potilaista 61% (14) koki, että lähes kaikki tai suurin osa heidän hoidolle asettamista tavoitteista toteutui. Lisäksi potilaista yhteensä 61% (14) oli myös erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet potilaat (23) ilmoittivat jatkavansa hoitoa jossakin päiväsairaalahoidon jälkeen. (Vikeväinen-Tervonen, 2005, 3274).

Potilaat olivat lisäksi arvioineet hoidon tuottamaa muutosta yhdentoista keskeisen muuttujan suhteen. He arvioivat tapahtuneen muutoksen hyvin myönteiseksi; keskimääräinen kokonaismuutos oli suhteellisen korkea (KA 6,89, SD 2,50, skaalalla 0-10). Suurimmat muutokset myönteiseen suuntaan koettiin henkilökohtaisessa kasvussa (KA 7,51), ongelman kokemisessa (KA 7,36), elämänhallinnassa (KA 7,17) ja elämäntilanteessa kokonaisuudessaan (KA 7,12). Terapian päättyessä itse arvioitujen muutosten yhteys alku- ja päätemittausten välillä mitattuihin muutoksiin sekä hoidon jälkeen annettuun omaan arvioon kyseessä olevasta muuttujasta oli hyvin vahva, korrelaatiot olivat pääsääntöisesti tilastollisesti merkitseviä, vaihteluvälillä 0,525*-0,836**. Kyseiset tutkimustulokset osoittavat, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden objektiiviseen teoriaan pohjautuva päiväsairaalahoido on ollut tuloksellista. (Vikeväinen-Tervonen, 2005, 3274).

Tutkimus, joka kohdistui hoitohenkilöiden arvioihin objektiiviseen teoriaan pohjautuvan hoidon tehokkuudesta, antoi myös myönteisiä tuloksia. (Tähkä, 2006, 3). Edellä mainitut hoitohenkilöt jatkuvasti yhdessä kehittävät ja muokkaavat antamaansa hoitoa tehokkaammaksi ja paremmaksi.

Metodologisesti muutenkin tarkimmin ja laajimmin on tutkittu epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville tarkoitettua objektiiviseen teoriaan pohjautuvaa psykodynaamista hoitoa. Myös tulokset ovat olleet myönteisimpiä objektiiviseen teoriaan pohjautuvaa päiväsairaalahoidoa tai yhdistettyä päiväsairaala- ja muuta avohoitoa (ks. Vikeväinen-Tervonen, 2005, 3274) sekä yhdistettyä sairaala- ja avohoitoa (ks. Vikeväinen-Tervonen, 2005, 3274) selvittämissä tutkimuksissa.

3.2. Epävakaan persoonallisuushäiriön muista hoitomuodoista ja niiden tuloksellisuudesta

3.2.1. Kognitiivinen terapia

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien hoito on saanut kasvavaa kiinnostusta myös

kognitiivisilta teoreetikoilta. Kognitiivinen näkökulma näkee epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien ongelmien sijaitsevan yksilön ajatusten sisällöissä ja prosesseissa. Esimerkiksi Beckin (ks. Barlow, 2008, 368) näkökulma epävakaiden hoitoon keskittyy muokkaamaan uudelleen asiakkaan ajatuksia ja kehittämään yhteistyösuhdetta, jonka avulla parempi tapa suhtautua maailmaan kehitetään. Tarkemmin sanottuna se keskittyy vähentämään negatiivisia ja polarisoituja uskomuksia, joista seuraa epävakaita tunteita ja destruktiivisia tekoja. Avoimessa kliinisessä kokeessa asiakkailla, joilla on epävakaa persoonallisuushäiriö, Brown ja kollegat löysivät vähentymistä epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostisten kriteerien täyttymisessä, masennuksessa, toivottomuudessa ja itsemurha-ajatuksissa 12 kuukauden kognitiivisen hoidon lopussa ja 6 kuukauden seurannassa. (ks. Barlow, 2008, 368).

3.2.2. Dialektinen käyttäytymisterapia

Epävakaata persoonallisuushäiriötä voidaan tuloksellisesti hoitaa myös Marsha M. Linehanin ja kollegoiden kehittämällä dialektisella käyttäytymisterapialla, jossa yhdistetään psykodynaamisia, interpersoonallisia systeemejä ja kognitiivis-behavioraalisia suhtautumistapoja ja aspekteja idän filosofioista ja uskonnoista kokonaisuudeksi. Tulokset tällaisesta hoitomuodosta ovat lupaavia. (Barlow, 2001, 365; Kåver & Nilsonne, 2004, 11-18).

4. HAASTATELTAVAN KÄYMÄN EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN HOIDON MUODOT OBJEKTISUHDETEORIAAN PERUSTUVASSA HOITOMALLISSA

4.1. Hoidon viitekehykset

Viitekehystenä tutkittavan käymässä päiväsairaalahoidossa on objektisuhdeteoriaksi kutsuttu näkemys siitä, miten ihmisen persoonallisuus kehittyy vähitellen vuorovaikutuksessa häntä hoitaviin aikuisiin ja miten se voi kehityksen eri vaiheissa häiriytyä. Koko hoitopaikan henkilökunta oli saanut tähän koulutuksen. Teorian hoidollinen sovellutus päiväsairaalahoitoon on päiväsairaalan itsensä kehittämä. (Tähkä, 2006, 4-5).

Tutkittavan hoidon perusoppikirjana on käytetty Gregory Hamiltonin (Hamilton, 1988) teosta *Self and Others*. Teoreettisina taustavaikuttajina ovat olleet etenkin Heinz Kohutin (Kohut, 1989), Otto Kernbergin (Kernberg, 1967, 1975) ja Veikko Tähkän (Tähkä, 1979, 1993) ajatukset, joista viimeksi mainitun näkemykset psykiatristen häiriöiden kytkennöistä persoonallisuuden kehitysvaiheisiin ja tämän huomioiminen terapiatekniikassa ovat olleet tärkeitä. Etenkin käsitykset empaattisen kuvauksen ja funktionaalisten objektien (objekti, jolla yksilölle jokin funktio, mutta joka ei ole yksilön minän osa) keskeisestä merkityksestä mielen rakentumisprosessin eli mentalisaation edistäjinä, ovat tärkeällä tavalla täydentäneet Kohutin peilatuksi tulemisen (palautteen saaminen omalle persoonallisuuden kehitykselle) ja selfobjektin (objekti, joka on minuudelle jollakin tavalla jatke (Kohut, 1983, 3)) käsitteitä. (Tähkä, 2006, 4).

Osa päiväsairaalahoidon teoreettisista taustanäkemyksistä on syntynyt hoitotyöstä saatujen kokemusten myötä ja pohjaavat myös Jorma Tähkän aikaisempiin kokemuksiin alkoholistien hoidosta. Näistä keskeisiä ovat käsitys, jonka mukaan epävakaa persoonallisuuden tavallisin synty tapa on potilaitten joutuminen potilaan omalle persoonallisuudelle sokeiden, epävakaiden tai muuten rajatilatasoisesti häiriytyneiden vanhempien, sairaiden persoonallisuuden puolien alistavan hyväksikäytön kohteeksi, potilaan oman minän aitojen kehityksellisten vuorovaikutustarpeiden kustannuksella. Voidakseen olla kontaktissa vanhempiinsa, he ovat joutuneet osin hylkäämään oman minuutensa ja korvaamaan sen lukuisilla vanhempien tarpeiden sanelemilla valemmeillä. Samalla heille on kehittynyt voimakkaita omiin aitoihin tunteisiin, ajatuksiin, pyrkimyksiin ja tarpeisiin kohdistuvia vihamielisiä sisäistyksiä. Siksi esimerkiksi potilaan taipumus mitätöidä

edistymistään hoidossa ei useinkaan johdu pelosta, että hoito päättyy enneaikaisesti vaan syvästä tunteesta, ettei ole oikeutettu mihinkään hyvään. (Tähkä, 2006, 4).

Keskeistä teoriassa on myös käsitys potilaan kokemuksesta siitä, ettei kukaan ole koskaan kyennyt hallitsemaan potilaan persoonallisuuden kehityksen pysäyttäneitä väkivaltaa ja uhkaa lapsuuden maailmassa. Tämän takia potilas kokee olevansa joko tuhoavien voimien avuton uhri, tai niihin samaistuessaan, pahuuden kaikkivoipa idealisoitu edustaja. Vääristyneet manipulatiiviset ihmissuhteet ja niiden myötä syntyneet roolit, jotka toimivat myöhempienkin ihmissuhteiden esikuvana, omaan aitoon minuuteen kohdistuvat vihamieliset sisäistykset, koetut traumat ja uhat sisäistyvät potilaan persoonallisuutta hallitsevaksi, kehityskyvyttömäksi, ”kaaosminäksi”. Tämä koetaan kaikkivoivaksi ja sen uhka estää aidon terveen persoonallisuuden kehityksen, mikäli potilas ei saa terapeutista apua. Jos potilas ei saa terapeutista apua, hän usein siirtää kaaosta sukupolvelta toiselle. Jos potilaan kummatkin vanhemmat ovat olleet rajatilatasoisesti häiriytyneitä hänellä, on yleensä kaksi erillistä kaaosjärjestelmää, jotka ovat kumpikin työstettävä terapiassa ja saatava aidon minän hallintaan. Persoonallisuuden keskenjäänyt kehitys käynnistyy uudelleen hoitotiimin onnistuessa asettamaan kaaosminälle rajat, ja luomaan samalla suhde kehityskykyiseen aitoon minään, jota hoidossa kutsutaan kehitysminäksi. (Tähkä, 2006, 5).

Hoidon ytimenä on yhteistyö kehitysminän kanssa sen keskenjääneen kehityksen loppuun saattamiseksi ja kaaosminän saamiseksi kehitysminän hallintaan, jotta potilas löytäisi oman identiteettinsä ja kykenisi sitä myös ylläpitämään. Kehitysminää on suojeltava kaaosminältä asettamalla kaaosminälle rajat. Kehitysminän on opittava tunnistamaan kaaosminän eri ilmenemismuodot ja ymmärtämään, miten ne ovat syntyneet ja sen on opittava pitämään puoliaan kaaosminää vastaan. (Tähkä, 2006, 5).

Voidakseen hahmottaa itsensä ja löytää identiteettinsä ihminen tarvitsee suuren määrän psykososiaalisia valmiuksia. Vaikka ihmisellä on myötäsyntyinen kyky tuntea tunteita, hänen on opittava tunnistamaan omat ja muiden ihmisten tunteet, ajatukset ja pyrkimykset sekä niitä vastaavat sanat ja vuorovaikutusmerkitykset. Epävakaalla persoonallisuudella näitä valmiuksia ei ole riittävästi, tavallisimmin siksi, että heiltä on puuttunut lapsuudessa tarvittava turvallisuus, esikuvat ja heillä ei ole ollut lupaa omaan minuuteen. Hoidossa potilaat tarvitsevat siksi paljon apua omien aitojen tunteittensa, ajatustensa ja oman tahtonsa löytämiseksi ja paljon rohkaisua ja tukea uskaltaakseen ilmaista niitä. Hoitohenkilökunnan on erityisen tärkeä oppia erottamaan kehitysminän aidot tunteet kaaosminän epäaidoista tunteenpurkauksista, jotka ovat sekoitus teatraalista manipulaatiota, uhkailua, traumaattisten kokemusten psykodraaman muodossa olevaa pakonomaista toistoa ja tunteiden näyttelyä, silloin kun potilas arvelee sosiaalisen tilanteen sitä edellyttävän. (Tähkä, 2006, 5-6).

Alustava oman identiteetintunteen hahmottaminen tapahtuu onnistuneessa hoidossa noin

puolentoista vuoden kuluttua päiväsairaalahoidon aloittamisesta. Identiteetin kokemus on alkuun hauras ja vielä pitkään välillä särkyvä. Se on kuitenkin selvästi havaittavissa mm. tyhjyyden tunteiden pois jäämisenä, potilaan uusina kykyinä rakkauteen, aitoon surutyöhön, kiitollisuuteen ja kehittyneempään empatiaan sekä ajantajun korjautumisena ja kaaottisuuden väistymisenä. Psykkinen eheytyminen merkitsee myös painopisteen pysyvämpää siirtymistä kaaosminän ihannoidusta tuhoavuudesta kehitysminän ihannoituun hyvään. (Tähkä, 2006, 6).

Uusien kykyjensä myötä potilas pystyy nyt aivan uudella tavalla tarkastelemaan mennyttä elämäänsä ja ihmissuhteitaan. Hän joutuu kohtaamaan oman ”pahan minänsä”, joka on kooste kaikista tuhoaviin sisäistyksiin liittyneistä samaistuksista ja osa kaaosminää. Kokemus on potilaalle äärimmäisen pelottava ja saa usein havainnollisen muodon unissa, joissa potilas saattaa nähdä itsensä paholaisena, tai nähdä esimerkiksi veljensä täynnä vihaa ja kostonhimoa olevana olentona, joka yllyttää hylkäämään hoidon ja tuhoamaan kaiken siihen liittyneen hyvän ja elämään vain kostaakseen. Näitä kokemuksia seuraa surun ja katumuksen vaihe, jossa potilas ensimmäistä kertaa elämässään huomaa tunnetasolla, ettei ole ollut vain pahan uhri, vaan on myös itse aiheuttanut paljon kärsimystä muille ihmisille. (Tähkä, 2006, 6).

Vaikka toipuneet potilaat ovat alustavasti eheytyneet ja yksilöityneet, eivätkä enää ole persoonallisuudeltaan epävakaita ja pystyvät yleensä noin puolen vuoden kuluttua päiväsairaalahoidon loppumisesta työhön tai opiskeluun, he eivät omaa täysin aikuista identiteettiä. Heiltä puuttuu vielä jäsentynyt ja riittävän toimiva identiteetti miehenä tai naisena, minkä saavuttaminen on mahdollista vasta alustavan yksilöitymisen jälkeen. Potilas joutuu yleensä rakentamaan elämänsä aivan alusta päiväsairaalahoidon jälkeen. Hän joutuu usein irtisanoutumaan monista aikaisemmista, väkivaltaisista, alkoholisoituneista tai huumeita käyttävistä tutuista ja vähintäänkin asennoitumaan uudelleen moneen muuhun, sekä hankkimaan uusia tuttuja ja ystäviä. Joskus hänen on jopa katkaistava välit osaan omia sukulaisia. On myös löydettävä uusia harrastuksia ja elämän sisältöjä. Osa sukulaisista ja entisistä tutuista saattaa kaiken lisäksi parhaansa mukaan yrittää sabotoida näitä pyrkimyksiä. Potilas on myös kärsinyt elämänsä aikana valtavia menetyksiä, johon liittyvää surua hän voi vasta nyt käsitellä ja kohdata, mikä itsessään on raskas taakka. Kaikista näistä syistä heille pyritään järjestämään jatkohoidoksi ja tueksi noin kahden vuoden kertaviikkoinen psykoterapia. (Tähkä, 2006, 6-7).

4.2. Hoidon tavoitteet, periaatteet ja keinot

Hoidon tavoitteena on potilaan persoonallisuuden keskeytyneen kehityksen uudelleen käynnistäminen, puuttuvien psykososiaalisten valmiuksien lisääminen ja sen piirissä olevien traumaattisten tilojen, ja persoonallisuuden kehitystä estävän ”kaosminän” saaminen potilaan kehitysminän hallintaan. Tavoitteena on potilaan yksilöityminen ja hänen persoonallisuutensa kehityksen iänmukaiseksi saattaminen. Terapiatyön perustana on yhteistyö kehitysminän kanssa. Kaaosminää tulee ymmärtää, muttei tyydyttää ja sille on asetettava rajat. Kaaosminä voi ilmetä paitsi avoimesti kaaottisena käyttäytymisenä, myös näennäisiin järkisyihin verhoutuneena, manipulatiivisena ja kiristävänä, tavoitteena erilaisten varhaisten tarpeiden kyltymätön tyydytys, ”hyvityksen saaminen maailmalta” ja terapian reunaehtojen rikkominen, mitä erilaisimmissa lapsuuden traumoja heijastavissa, alistajan tai uhrin rooleissa. (Tähkä, 2006, 22).

Kaaosminän tukeminen johtaa kehitysminän yhä suurempaan syrjäytymiseen ja yhä suurempaan sekasortoon potilaan elämässä. Vain kehitysminä hyötyy terapiasta ja sen kanssa on liittouduttava. Kaaosminän uhka on pääasiallisesti potilaan persoonallisuuden edelleen kehittymisen este. Kaaosminä on yleensä syntynyt sisäistyksenä vuorovaikutuksesta vanhempien kaaottisten persoonallisuuden puolien kanssa, jotka ovat käyttäneet lasta omiin tarpeisiinsa lapsen terveen minäkehityksen tarpeiden kustannuksella. Kuten edelleisessä luvussa mainittiin, potilaan kaaosminä koostuu yleensä kahdesta toisistaan erottuvasta kaaosjärjestelmästä, jos kummatkin vanhemmat ovat olleet rajatilatasoisesti häiriytyneet. Ne on kummatkin saatava kehitysminän hallintaan, jotta potilas toipuisi. Kaaosminä on traumaattisia vuorovaikutussuhteita heijastava ja niitä sukupolvesta toiseen kuljettava psykososiaalisen perimän muoto. (Tähkä, 2006, 23).

Kaaosminän kehitystä estäviä patologisia rooleja, uhkakuvia ja varhaisia tyydyttämättömiä tarpeita ovat mm. potilas vanhemman vanhempana, vanhemman huonon minäkuvan kantajana, vanhemman kaaostilojen kantajana ja vanhemman traumaattisten lapsuuden kokemusten synnyttämien psykodraamojen näyttelijänä. Niitä ovat myös pelko ja raivotilat, jotka liittyvät potilaan omiin varhaisiin traumaattisiin kokemuksiin ja tuhoutumisen uhkaan ja potilaan omat varhaiset tyydyttämättä jääneet kehitykselliset tarpeet, jotka kyltymättöminä pyrkivät alkuperäiseen tyydytykseen, menetetyt lapsuuden konkreettiseen uudelleen elämiseen ja kostamiseen ja hyvityksen saamiseen maailmalta sekä uhkailuilla että manipulaatiolla. Niitä ovat edelleen vanhemmista ja muista välineellisistä ihmissuhteista peräisin olevat sisäistykset, jotka kieltävät potilaan aidon minän oikeuden omiin tunteisiin, ajatuksiin ja pyrkimyksiin ja siten omaan minuuteen ja hyvään elämässä. ”Paha minä” on kooste samaistuksista tuhoaviin kaikkivoiviksi koettuihin sisäistykseen. Kaaostilassa ollessaan potilas idealisoi pahan ja demonisoi hyvän. Kaaostilassa ollessaan potilas ei hyödy hoidosta. (Tähkä, 2006, 23-24).

Päiväsairaalahoidon pyrkimyksenä on luoda turvatila kehityskykyiselle persoonallisuuden puolelle olemalla tyydyttämättä kaaosminän pyrkimyksiä, asettamalla sen ilmenemismuodoille

mahdollisimman tiukat rajat ja opettamalla potilaat tunnistamaan ne ja pitämään puoliaan niitä vastaan. Samalla kehitysminälle tarjotaan uusi kehitysmahdollisuus hoitoyhteisössä ja omahoitajan yksilöterapiassa. (Tähkä, 2006, 24).

Kaaosminän eri ilmenemismuodot on osoitettava, kuvattava ja selitettävä kehitysminälle niin lapsuuden, nykyisten ihmissuhteiden kuin niistä syntyneiden mielen sisältöjen tasolla, ja potilasta on opetettava pitämään puoliaan niitä vastaan. Tämä puoli Päiväsairaala 2:n hoitomallista sisältää siten myös vahvan kognitiivisen terapian ulottuvuuden, joka ei kuitenkaan tyydy pelkästään patologisten ajattelu- ja toimintamallien kuvaamiseen ja hallintaan saamiseen, vaan myös niiden taustasyiden ymmärtämiseen. (Tähkä, 2006, 24).

Kehitysminän vapautuessa kaaosminän uhasta sen kehitys käynnistyy uudelleen. Terapiassa on keskeistä auttaa potilasta saamaan haltuunsa aidot tunteensa, ajatuksensa ja tahtonsa, toisin sanoen identiteettinsä. Tämä edellyttää monien uusien psykososiaalisten valmiuksien omaksumista ja niiden käyttämistä myös potilaan persoonallisuuden piirissä olevien traumaattisten tilojen hallintaan saamiseksi. (Tähkä, 2006, 24).

4.3. Hoidon käytäntöjä

Hoito koostuu yksilöterapiasta, yhteisöryhmistä ja pienryhmistä.

a) Yksilöterapia - Omahoitajan antama yksilöterapia muodostaa persoonallisuuden kehityksen ankkurisuhteen samaan tapaan kuin suhde äitiin on lapselle. Terapiasuhteen puitteissa tapahtuu eräänlainen ”terapeuttinen adoptio”, joka tarjoaa kehityksessään keskenjääneelle, mutta edelleen kehityskykyiselle persoonallisuuden puolelle uuden kehityssuhteen terapeuttiin. Potilailla on kaksi yksilöterapiaistuntoa a’ 45 minuuttia viikossa. Omahoitaja on perusturvan luoja potilaalle ja se mahdollistaa kaikkein arimpien traumaattisten kokemusten työstämisen, persoonallisuuden kasvun uudelleen käynnistymisen ja kasvun tiellä olevien pelkojen ja uhkakuvien poistamisen ja hallintaan saamisen. Omahoitajan aito ilo potilaan kehityksestä omaksi itsekseen ja sen mukainen palaute hänelle, on hoidon onnistumisen elinehto. (Tähkä, 2006, 24-25).

b) Yhteisöryhmät – Ryhmiä on kolme kertaa viikossa 60 minuuttia kerrallaan maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin. Ryhmää vetää osastonhoitaja ja toisena vetäjänä on lääkäri. Muu hoitohenkilökunta on tarkkailijoina läsnä, mutta he eivät osallistu keskusteluun. Ryhmä alkaa sillä, että kukin potilas saa lyhyesti kertoa sen hetkisistä tunteistaan ja ajatuksistaan. Hänellä on oikeus myös vaieta. Tämän jälkeen keskustelu jatkuu potilaiden esille tuomista ajatuksista ja tunteista. Kaikesta saa puhua vapaasti. Väkivallalla uhkailu tai loukkaava nimittely ovat kuitenkin kiellettyjä. Yhteisöryhmän terapeuttinen merkitys on suuri. Se tarjoaa mahdollisuuden psykososiaalisten

taitojen harjoitteluun ja oppimiseen sekä omien vuorovaikutuskokemusten, että muiden kanssakäymisen seuraamisen kautta. Ryhmä on myös ikään kuin teatterinäyttämö, jolle potilaat, sitä itse huomaamatta, tuovat lapsuutensa traumaattiset kokemukset ja vääristyneet vuorovaikutussuhteet eräänlaisten psykodraamojen muodossa. Potilas saattaa esimerkiksi kokea mieslääkäriin pelottavana toisintona arvaamattomalla väkivallalla uhkaavasta isästä tai itse omaksua väkivallan uhkaa ja mitätöntä huokuvan isän roolin. Joku naispotilas voidaan kokea uutena versiona masentuneesta laiminlyövästä äidistä. Näiden mielikuvien mukaiset pelon, vihan ja muut tunteet kanavoituvat ryhmätilanteeseen ja voidaan siinä kuvata ja osoittaa. Tämä antaa potilaalle uusia valmiuksia hahmottaa, ymmärtää ja hallita kehitysvuosiensa hallitsemattomia traumoja. (Tähkä, 2006, 25).

c) Pienryhmät – Pienryhmiin kuuluvat taide-, musiikki-, kirjallisuus- ja itseilmaisuryhmät. Kaikki edellä mainitut ryhmät palvelevat pyrkimyksiä auttaa potilasta paremmin hahmottamaan sekä oma, että muiden ryhmän jäsenten sisäinen maailma. Ne auttavat myös henkilökuntaa arvioimaan potilaan edistymistä hoidossa ja hänen persoonallisuutensa rakenteita. Elämysmaailmaa luotaavien ryhmien lisäksi viikossa on yksi lääkiriryhmä jossa keskustellaan mielenterveydestä, lääkityksestä ja muista asiakysymyksistä tiedollisella tasolla. (Tähkä, 2006, 25).

Hoitohenkilökunnan mukaan ryhmäterapiassa tulee välttää ryhmätulkintoja ensisijaisina tulkintoina. Koska hoidon tavoitteena on alustavasti eriytyneen, mutta yksilöitymättömän potilaan yksilöitymisen edistäminen, on kaikissa tilanteissa tärkeä korostaa kunkin potilaan inhimillistä ainutlaatuisuutta. Jokaisella potilaalla on oma nimi, omat tunteet, oma tahto, omat ajatukset, oma elämänhistoria, oma tulevaisuus ja oikeus omaan minuuteen ja hyvään elämässä. Vaikka potilas on ajatuksen ja aistien tasolla alustavasti eriytynyt, on hänellä yksilöitymättömyydestään johtuen vaikea tunnistaa paitsi omia tunteitaan, myös sitä, kelle tunteet kuuluvat. Ryhmätilanteissa on siksi tärkeää ensin tarkastella kunkin potilaan elämysmaailmaa yksilöllisestä näkökulmasta ja vasta lopuksi tehdä yhteenveto ryhmässä vallinneista tunnetiloista ryhmäilmiönä. (Tähkä, 2006, 25-26).

4.4. Hoidon muita käytäntöjä

Arviointihaastattelu - Potilaat hakevat hoitopaikkaa läheteellä ja jokainen haastatellaan diagnoosin ja hoitomotivaation varmistamiseksi. (Tähkä, 2006, 42).

Hoitosuunnitelma - Alustava noin 3 kuukauden hoitosuunnitelma tehdään kun potilas on ollut hoidossa 1–2 viikkoa ja alustavasti tutustunut hoito-ohjelmaan, päiväsairaalan sääntöihin,

potilastovereihin ja hoitohenkilökuntaan ja viimeksi mainitut potilaaseen. Hoitosuunnitelma tehdään lääkärin johdolla yhdessä potilaan ja oman hoitajan kanssa. Lopuksi potilas allekirjoittaa hoitosopimuksen, jossa hän sitoutuu noudattamaan päiväsairalan sääntöjä ja suostuu pyydettyä huume- ja alkoholipitoisuuksien mittauksiin ja siihen, ettei seurustelee potilastovereiden kanssa hoidon ulkopuolella sekä omalta osaltaan osallistumaan hoitosuunnitelman toteuttamiseen. (Tähkä, 2006, 42).

Omaisten tapaaminen - Mikäli potilas ja lähiomaiset siihen suostuvat, pyritään ainakin yhteen yhteistapaamiseen lähinnä sairauskertomustietojen pohjalta syntyneiden näkemysten tarkistamiseksi ja tarkentamiseksi. (Tähkä, 2006, 42).

Kierto - Kierto on kaksi kertaa viikossa. Kierrossa hoitohenkilökunta kokoontuu hoitokokouksiin, jotka alkavat sillä, että kunkin potilaan omahoitaja kertoo kaiken oleelliseksi katsomansa omista potilaistaan. Tämän jälkeen jokainen muukin henkilökunnan jäsen kertoo omat kokemuksensa ja ajatuksensa kyseessä olevista potilaista. Huomasinkin harjoitellessani Päiväsaairala 2:ssa, että kokonaiskuvan saamiseksi potilaasta tämä käytäntö on hyvä, koska potilaat halkovat ihmissuhteitaan ja ovat taipuvaisia sijoittamaan hyvät ja huonot kokemuksensa eri henkilöihin. Hoitoverkoston avulla ”kaikki potilaan minuuden sirpaleet saadaan samaan haaviin”. Potilaille tehdään myös selväksi, että vaikka henkilökunnalla on vaitiolovelvollisuus sairaalan ulkopuolisiin tahoihin nähden, he ovat velvollisia keskenään jakamaan potilaista hoidossa saamansa tiedon. (Tähkä, 2006, 43).

Henkilökunnan jatkuva koulutus ja tiimityönohjaus - Henkilökunnan jatkuva koulutus ja tiimityönohjaus ovat henkilökunnan yhteistyövalmiuksien kehittämiseksi ja vaalimiseksi. (Tähkä, 2006, 43).

Tarvittava lääkitys - Osa potilaista tulee kuitenkin toimeen hoidon alusta lähtien ilman lääkitystä ja merkittävä osa niistä, jotka toipuvat, lopettavat lääkityksen omaehtoisesti. (Tähkä, 2006, 43).

4.5. Hoidon terapeuttisia periaatteita

Empaattinen kuvaus on tärkein terapeuttinen menetelmä (Tähkä, 2001, 28, 448-461). Empaattisella kuvauksella tarkoitetaan sitä, että asetetaan ikään kuin potilaan asemaan ja kuvitellaan mitä hän eri tilanteissa voisi tuntea ja kuvataan tämä potilaalle. Potilaalla on aina täysi vapaus, joko hyväksyä tai hylätä, kokonaan tai osittain empaattisen kuvauksen sisältö. Terapeutin on tunnettava tarkoin potilaan nykyelämä ja tausta kyetäkseen käyttämään empaattista kuvausta

tehokkaasti. Tulkinnalla taas ei ole merkitystä siinä mielessä kun käsitettä käytetään neuroositerapiassa, tiedostamattoman tekemiseksi tietoiseksi. Ihminen, jolla ei ole ehyttä minäkokemusta, ei myöskään ole minää, joka voisi torjua vaaralliseksi koettuja yllykkeitä tiedostamattomaan. Vaikka potilaalla voi pitkiäkin aikoja olla tietoisuuden ulkopuolella olevia mielensisältöjä, ne ovat halkomalla, kieltämällä ja projektion avulla tietoisuudesta erotettuja ja voivat usein arvaamattomasti tunkeutua tajuntaan erilaisten ärsykkeiden aktivoimana, paljon helpommin kuin neurooseista kärsivien ihmisten torjutut mielensisällöt. Pelkkä supportio taas ei joko rakenna minää lainkaan tai tekee sitä vain vähäisessä määrin. (Tähkä, 2006, 27).

Tarkoituksena on auttaa potilasta löytämään sanat tunteilleen ja ajatuksilleen. Se muistuttaa uhmaikäisen äidin asennoitumistapaa lapseensa, joka esimerkiksi äidistä erossa oltuaan, saattaa osoittaa raivonsa paiskaamalla puurokulhon seinään. Jos äiti hillitsee omat kiukun tunteensa eikä myöskään hylkää lasta, asettaa rajat toiminnalle ja kieltää teon, mutta ei kiellä tunnetta, vaan toteaa esimerkiksi, että ”olet vihainen”, voi lapsi samaistua äidin tapaan hillitä kiukkunsa ja saa nimen sen hetkisellem tunteelleen. Jos äiti vielä jatkaa toteamalla esim. että ”ehkä olet vihainen kun äiti jätti sinut yksin niin pitkäksi aikaa”, saa lapsi myös tuntuman siihen, mistä tunne johtuu. Tämän kaltaiset kokemukset vähin erin tutustuttavat lapsen omaan ja muiden ihmisten sisäiseen maailmaan ja auttavat heitä saamaan sen psykososiaalisten taitojen riittävän määrän, jonka pohjalta he alustavasti kykenevät hahmottamaan itsensä tietynlaisena ihmisenä runsaan kolmen vuoden iässä, jolloin lapsi esim. edellä mainitun kaltaisessa tilanteessa, riehuminen sijaan, kykenee usein jo sanomaan äidille, että oli vihainen ja peloissaan, jolloin äiti voi lohduttaa lastaan. Vastaavalla tavalla oma hoitaja suhtautuu esim. hänen poissaoloaan kaaottisella toiminnalla oirehtineeseen potilaaseen. Vaikka potilas ei omin päin usein tavoitakaan tunteitaan, hän yleensä kykenee tunnistamaan niitä koskevan oikeasuuntaisen kuvauksen, ja näin löytää niille yhä paremman sanallisen vastineen ja merkityksen, jolloin tunteet tulevat vähin erin yhä paremmin tietoisin hallinnan piiriin. (Tähkä, 2006, 27-28).

Sitä mukaa, kun kaosminän ylivallalle asetetaan rajoja, mm. sanktioidaan itsemurhayritykset ja viiltely, kehitysminä kiinnittyy yhä lujemmin omahoitajasuhteeseen ja koko hoitoyhteisöön, potilas alkaa yhä paremmin empaattisen kuvauksen auttamana saada lupaa ja tuntumaa mm. erotilanteisiin liittyviin aitoihin vihan, turvattomuuden, pelon ja surun tunteisiin ja siihen, että hänen kehitysminällään on oikeus omaan tarvitsevyyteen ja häntä varten olevaan terapeuttiin ja hoitoyhteisöön. Mitä perusteellisimmin ja turvallisimmin hänen kehitysminänsä voi kokea ja mielessään käsitellä omaan hoitajaan ja muuhunkin hoitoyhteisöön liittyviä vihan, surun, turvattomuuden, pettymyksen ym. tunteita myös hoitotaukojen aikana, sitä vähemmän potilaalla esiintyy taukoihin liittyvää itsetuhoisuutta ja kaaottisuutta. (Tähkä, 2006, 29).

Persoonallisuushäiriön hoidossa on tärkeää, että potilaalla on riittävä turvallisuuden tunne.

Potilas tarvitsee myös arvostusta ansaitsevia esikuvia, siedettäviä pettymyksiä ja peilausta eli palautetta omalle persoonallisuuden kehitykselleen (Tähkä, 2001, 396-398). Väkivaltainen käyttäytyminen on kokonaan poissuljettu objektisuhdeteoriaan perustuvassa hoidossa ja sille on ehdoton nollatoleranssi. Pienestäkin henkilökuntaan tai potilastovereihin kohdistuneesta väkivallasta seuraa heti uloskirjoitus. Myös henkinen väkivalta on kielletty ja siihen puututaan heti, kun sitä havaitaan. Erityisen tärkeitä uhan ja turvattomuuden lähteitä potilaan kehitykselle ovat heidän omat ja myös muiden potilaiden pitkittyneet kaaostilat. Kaaostilassa oleva potilas ei hyödy hoidosta ja hänen kaaottisuutensa on omiaan aktivoimaan myös muiden potilaiden kaaottisuutta. Siksi kaaoskäyttäytymiseen on aina puututtava. Kaaosminän vallassa oleva potilas ei välttämättä riehu, hän saattaa olemuksellaan viestiä uhkaa, olla kroonisen mitätöivä, ylimielisesti muita hallitseva jne. Hän voi myös olla rauhallinen, mielitelevä ja manipulatiivinen pyrkien silmänpalvonnalla antamaan vaikutelman, että hän noudattaa sääntöjä ja on hoidollisessa yhteistyössä, samalla kuitenkin rikkoen sääntöjä ja sabotoiden hoitoa. Hän saattaa esim. käyttää salaa huumeita, ottaa yliannoksia lääkkeitä ja satuilla jatkuvasti poissaolojensa syistä. Potilaan kaaosminä on aina subjektiivisesti onnipotentti sekä alistaessaan kehityksensä että pyrkiessään manipuloimaan maailmaa tyydyttämään tarpeitaan, ja haastaa ennen pitkää hoitoyhteisön sen asettaessa sille rajoja. Kaaosminän sisällön monimuotoisuudesta johtuen, kaaottisten tilojen kirjo ja merkitys on laaja-alainen, ja vaatii paljon kokemusta oppia tunnistamaan ne, ymmärtämään niiden alkuperä ja merkitys ja asettamaan niille rajat. (Tähkä, 2006, 29-30).

Aggressiota on aina käsiteltävä ilman vasta-aggressiota vaikka potilaat usein herättävätkin voimakasta ärtymystä käytöksellään (Tähkä, 2001, 487-496). Luja, rauhallinen rajoista kiinni pitäminen ja empaattisen kuvauksen käyttäminen potilaan elämyksellisen tilan ja sen oletetun syyn kuvaamiseksi potilaalle on paras lähestymistapa. Potilaiden sisäisessä maailmassa on hallitsevana tunnetilana epämääräinen ja jäsentymätön raivon tunne, jolla ei ole selvää kohdetta, ja jota he eivät osaa selittää. Vaikka potilaat saavat joskus siitä ainakin tilapäistä voiman, vallan ja tarkoituksen tunnetta, joka hetkeksi hälventää heitä myös vaivaavan lähes jatkuvan tyhjän merkityksettömyyden peruskokemuksen, heidän kehityksensä pelkää sitä yli kaiken. (Tähkä, 2006, 30).

Hoitoon tullessaan potilaan persoonallisuutta hallitseva kaaosminä ei tule tekemään pitkäjänteistä ja raskasta terapiatyötä, vaan odottaa saavansa tervehtymisen ikään kuin lahjana ja sen myötä täyden korvauksen kaikesta kärsimyksestä ja vaille jäämisestä. Kun tämä ei ole mahdollista, seuraa hoidon alkuvaiheessa yleensä voimakas pettymys ja hoidon vihainen mitätöinti. Toinen uhkaavan käyttäytymisen tavallinen syy on potilaan esittämät psykodraamat, jotka ikään kuin näytelmän keinoin kertovat potilaan lapsuuden tuhoisista vuorovaikutuskokemuksista. Kolmannen ryhmän aggressiivisen käyttäytymisen tavallisista syistä muodostavat erilaiset

manipulointitarkoituksessa esitetyt uhkaukset, joiden avulla potilaiden kaaosminä yrittää kiristää itselleen erilaisia etuoikeuksia hoidon reunaehto- jen kustannuksella. Aina silloin kun aggressio tai mikä tahansa yllyke ilmentää kaaosminän erilaisia pyrkimyksiä, sitä ei saa tyydyttää, sille on asetettava rajat ja se on kuvattava ja tehtävä ymmärrettäväksi kehitysminälle, jotta se oppisi tunnistamaan ja vähitellen saamaan sen omaankin hallintaansa. (Tähkä, 2006, 30-32).

Kokemus siitä, että etenkin vihan tunne on kehitysminän kohdattavissa, ymmärrettävissä ja hallittavissa, ja että sillä on oikeus omaan vihaan, on keskeisen tärkeä myös kehitysminän autonomian ylläpidon kannalta ja kaikkien muidenkin tunteiden saamiselle sen hallintaan. Ilman sitä, kehitysminällä ei myöskään ole voimavaroja pitää puoliaan kaaosminän hyökkäyksiä vastaan. (Tähkä, 2006, 33).

Linkittämisellä pyritään osoittamaan potilaalle aiempien traumaattisten kokemusten ja nykyisten elämän kriisien välisiä yhteyksiä (ks. Tähkä, 2006, 38).. Potilaalla on taipumus toistaa pakonomaisesti niitä lapsuuden traumaattisia kokemuksia, jotka eivät ole psykososiaalisen hallinnan piirissä eräänlaisten psykodraamojen muodossa, niitä itse huomaamatta. Niinpä esimerkiksi väkivaltaisen alkoholisti isän perheessä kasvanut nainen usein solmii itsekin toistuvia seurustelusuhteita väkivaltaisiin alkoholisteihin. (Tähkä, 2006, 38).

Hoidossa on oltava riittävän lujat, ei kuitenkaan liian äkkinäisellä hylkäämisellä uhkaavat rajat. Rajojen on oltava niin tiukat, että ne mahdollistavat hoidon, mutta ei niin ehdottomia, että ne asettavat potilaat heille mahdottomien vaatimusten eteen. Päiväsairaala 2:ssa on käytäntö, jonka mukaan potilaan hoito lopetetaan, mikäli hän on kahdeksan kertaa aiheettomasti poissa puolen vuoden aikana hoidosta ja omahoitaja pitää tästä kirjaa. Fyysisen väkivallan suhteen sen sijaan on oltava nollatoleranssi, pientäkin fyysistä väkivaltaa seuraa heti uloskirjoitus. Myös henkinen väkivalta on kiellettyä, ja siihen on aina puututtava, kun sitä havaitaan. Päihtyneen potilaan on mentävä kotiin ja hoitopäivä merkitään aiheettomaksi poissaoloksi. Jos itsensä vahingoittamisen takia tulee poissaoloja, jokainen poissaolopäivä lasketaan aiheettomaksi poissaoloksi. Myöhästyminen aamulla hoidosta merkitään puolen päivän aiheettomaksi poissaoloksi. (Tähkä, 2006, 39-40).

4.6. Onnistuneen hoidon vaiheet

Hoito jakaantuu kiinnittymis-, psykodraama- ja työstövaiheeseen ja alustavan yksilöitymisen vaiheeseen, lopettamisvaiheen kriisiin, jälkikriisiin sekä jatkohoitoon.

Kiinnittymisvaihe – Potilas tutustuu yhteisöön ja omahoitajaan ja hänellä on paljon pelkoja

siitä, ettei ole autettavissa, ettei ole oikeutettukaan hoitoon ja ettei loppujen lopuksi kelpaa. Samalla hänellä on yleensä myös ylimitoitettuja toiveita nopeasta maagisesta avusta ilman omia ponnisteluja ja lyhytaikaista hoidon ihannointia ja sitä seuraavaa, etenkin omien hylätyksi tulemisen pelkojen kirvoittamaa hoidon mitätöintiä. (Tähkä, 2006, 43-44).

Psykodraama eli kaaosvaihe - Kiinnittymisvaiheen pelkojen ja pettymysten käsittelyn myötä potilas alustavasti kiinnittyy hoitoon. Koska hoidon alussa potilaan psykososiaalinen keinottomuus ja kaaosminän vaikutusvalta on suurimmillaan ja sen myötä taipumus ilmentää mielensä traumaattisia tiloja toiminnan avulla erilaisina psykodraamoina niin ikään, ovat nämä erityisen hallitsevia hoidon alkuvaiheissa, vaikkakin ne ovat osa hoitoa loppuun asti. (Tähkä, 2006, 44).

Potilaat tuovat ikään kuin erilaisina näytelminä yhteisöön elämänsä keskeiset traumat. Esimerkiksi eräs naispotilas, jonka äiti oli varhain jättänyt hänet oman onnensa nojaan pieneen huoneeseen, joka myös oli pakopaikka väkivaltaisen alkoholisti isän riehuessa, hakeutui hoidon alussa pieneen syrjäiseen huoneeseen osastolla istuen siellä yksin omissa oloissaan. Toinen naispotilas, jonka äiti oli koko potilaan lapsuuden ajan seurustellut väkivaltaisten alkoholistimiesten kanssa ja jatkuvasti ilmaissut lapsilleen pelkonsa siitä, että miesystävä saattaa milloin tahansa tulla ja tappaa koko perheen, kertoi tässä vaiheessa koko yhteisölle kuinka hän itse seurustelee erittäin vaarallisen huumeidenkäyttäjän kanssa, joka milloin tahansa saattaisi tunkeutua päiväsairaalaan huumehöyryissään väkivaltaisena ja arvaamattomana, herättäen näin voimakasta pelkoa muissa potilaissa. (Tähkä, 2006, 44).

Työstövaihe - Työstövaihe on potilaan auttamista löytämään sanat tunteilleen ja ajatuksilleen erityisesti empaattisen kuvauksen avulla. Näin lisääntyvät valmiudet hallita erilaisia pakonomaisena toistuvia psykodraamoja eli saadaan mielen sisäiset hallitsemattomat traumat kehityskykyisen minän psykososiaalisen hallinnan piiriin. Yksilöterapia, yhteisö- ja pienryhmät tukevat toisiaan tässä prosessissa. Jokainen vaiheittainen persoonallisuuden esiintulo herättää yleensä potilaassa voimakkaita pelkoja mitätöidyksi tulemisesta ja hylkäämisestä, sekä syyllisyydentunteita kaikesta oman hyvän kokemisesta, jotka liittyvät lapsuuden kokemuksiin siitä, että ei ollut oikeutettu sen enempää omaan minuuteen kuin mihinkään muuhunkaan itselle kuuluvaan hyvään. Omahaotaja on korvaamaton näiden sisäisten kaaosvoimien vastavoimana ja terveen minän tukijana ja liittolaisena. Mikäli potilaan kummatkin vanhemmat ovat kärsineet rajatilatasoisesta häiriöstä, on hänellä yleensä kaaosminässään kaksi toisistaan erotettavaa kaaosjärjestelmää, jotka kummatkin on saatava kehitysminän hallinnan piiriin. Tavallisimmin isään liittyvä tulee ensin hoidon piiriin ja äitiin liittyvä viimeiseksi. (Tähkä, 2006, 44-45).

Alustava yksilöityminen - Psykososiaaliset valmiudet lisääntyvät vähin erin ja potilaalla on yhä suurempi kyky hallita ja ymmärtää koettuja traumoja ja pitää puolensa kaaosminää vastaan. Tämä vähentää sisäistä turvattomuutta ja taipumusta sekoittaa menneet uhkaavat ihmissuhteet

nykyisiin. Samalla kun potilaan kyky hahmottaa omaa ja muiden ihmisten persoonallisuutta paranee ja kyky sisäisessä maailmassaan kohdata tunnetasolla, työstää ja jakaa terapiassa elämässä koettuja surullisia ja pelottavia kokemuksia lisääntyy, kaaoskäyttäytyminen vähenee. Tällöin koettu pahaolo kuitenkin lisääntyy, koska se mikä ennen ilmaistaan toiminnan kautta, on nyt potilaan kokemuksellista mielen sisältöä. (Tähkä, 2006, 45).

Potilaan alustava kyky hahmottaa oma, ja sen myötä myös muiden ihmisten persoonallisuus kokonaisuutena, joka on ajassa säilyvä ja riittävän vakaa, edellyttää tähän tarvittavien psykososiaalisten valmiuksien vähimmäismäärän omaksumista. Tämä tapahtuu yleensä onnistuneessa hoidossa noin puolentoista vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta, mitä edeltää usein usean viikon masennuksen ja pahan olon kausi. (Tähkä, 2006, 45).

Alustava yksilöityminen on sisäinen hahmotustapahtuma, joka tapahtuu yleensä viikon sisällä. Sitä toisinaan edeltää eräänlainen yksilöitymisen psykodraama. Potilas ikään kuin konstruoi osastolle pienoismallin kokemastaan pahimmasta vääryydestä ja tyypillisesti roolittaa jonkun henkilökunnan jäsenen häntä vastaan rikkoneeksi vanhemmaksi ja voimakkaan vihan tunteen vallassa ilmaisee tälle, miten väärin hän kokee tulleen kohdelluksi. Tämän vihanpurkauksen kuuleminen ja sen empatisoiminen on ensiarvoisen tärkeää. Potilaan pitää ikään kuin konkreettisesti saada kokemus siitä, että hän pystyy pitämään vastaavia vääryyksiä vastaan puolensa, ja että hän tulee vihassaan kuulluksi, ennen kuin hän uskaltautuu olemaan oma itsensä. Tapahtuma muistuttaa eräänlaista minän syntymää. (Tähkä, 2006, 45).

Tämän jälkeen potilas rauhoittuu, hän saattaa kertoa, että aiempi jatkuva tyhjyyden tunne on väistynyt, ja samalla hän alkaa osoittaa aitoa kykyä empatiaan, surutyöhön ja kiitollisuuteen. Potilas joka aikaisemmin on syyttänyt perhettä tosiasiallisesti koossa pitänyttä puolisoaan kaikista nykyelämän vaikeuksista, saattaa itkien todeta olleensa vuosia hyvin sairas ja olevansa kiitollinen siitä, että hänestä on pidetty kaikesta huolimatta huolta, ja samalla pyytää lapsiltaan anteeksi aiheuttamiaan kärsimyksiä. Hän alkaa myös pohtia mitä kaikkea vahingoittavaa hän on kaaottisissa tiloissaan tehnyt, etenkin kohdatessaan itsessään olevan pahoihin sisäistyksiin tapahtuneiden samaistusten pohjalta syntyneitä minätiloja ja niihin liittyneitä tekoja, ja kokee usein syvää surua ja syyllisyyttä. Samanaikaisesti hänen kykynsä hahmottaa aikaa paranee ja hän alkaa rakentaa itselleen henkilöhistoriaa ja myös tulevaisuuden suunnitelmia. Kun potilaat huomaavat itsekään aiheuttaneensa samantapaista kärsimystä muille ihmisille kuin mitä heidän vanhempansa ovat heille aiheuttaneet, osa heistä pystyy näkemään vanhempansa persoonallisuudeltaan vammautuneina ihmisinä, jotka eivät parempaan pystyneet ja ainakin osittain antamaan heille anteeksi. (Tähkä, 2006, 45-46).

Lopettamisvaiheen kriisi - Alustava kokemus yksilöitymisestä on uutena psyykkisenä rakenteena herkkä ja monella tavoin hoitoyhteisön turvaa antavaan rakenteeseen tukeutuva.

Päiväsairaalahoidon lopettamisvaihe herättää siten voimakkaita pelon tunteita ja huolta omin päin selviämisestä. Itse lopettamisuhka lisää myös tilapäisesti niitä kaaosminän kyltymättömiä hoidetuksi tulemisen tarpeita, joista kehittynyt minä on jo alustavasti saanut yliotteen. Samalla aktivoituu myös omaan itsenäiseen olemassaoloon kohdistuvia vihamielisiä patologisia sisäistyksiä lapsuudesta, joiden suhteen potilas joutuu nyt arjessa pitämään yksin puolensa. Kaikki tämä aiheuttaa tyypillisesti tilapäisen notkahduksen potilaan kunnossa vähän ennen hoidon lopettamista ja epävakauden oireiden lyhytaikaista uudelleen leimahtamista. Toipuneilla potilailla oireet väistyvät yleensä parissa viikossa ja hoidon loppuviikkoja leimaa kiitollisuuden tunteet ja tulevaisuuden suunnittelu. Reaktiota voidaan lieventää mm. lopettamisryhmässä, jossa viimeisten kuukausien aikana käsitellään em. pelkoja ja huolia sekä aktiivisesti suunnitellaan jälkihoitoa ja kuntoutusta, mutta sitä ei voida kokonaan poistaa. (Tähkä, 2006, 46).

Jälkikriisi - Jälkikriisi on ensimmäisen hoidon jälkeisen puolen vuoden aikana. Paljolti samat uhat, jotka provosoivat lopettamisvaiheen kriisin, aiheuttavat samantapaista hätääntymistä ja siihen liittyvää tilapäistä epävakauden oireiden näyttäytymistä hoidon jälkeisen puolen vuoden aikana. Toipuneilla potilailla se menee kuitenkin yleensä tässä ajassa ohi ja potilailla alkaa olla valmiuksia hakeutua työelämän tai opiskelun pariin, eivätkä he enää täytä epävakaan persoonallisuuden diagnostisia eivätkä psykodynaamisia kriteereitä. (Tähkä, 2006, 46-47)

Jatkohoito - Vaikka toipuneet potilaat ovat alustavasti yksilöityneet, eivätkä enää kärsi epävakaasta persoonallisuudesta ja pystyvät yleensä työhön ja opiskeluun, he eivät silti vielä omaa täysin aikuista identiteettiä. Heiltä puuttuu vielä jäsentynyt ja riittävän toimiva identiteetti miehenä tai naisena, minkä kehittyminen on mahdollista vasta alustavan yksilöitymisen jälkeen. Tämän saavuttaakseen he tarvitsevat vielä noin kahden vuoden kertaviikkoisen psykoterapian, joka ei kuitenkaan estä opiskelua tai työssäkäyntiä. Terapiasta on muutenkin tukea päiväsairaalahoidon jälkeisen elämän rakentamisessa. Sen alkuvaiheessa potilaita on myös autettava suremaan päiväsairaalahoidon loppumisen mukanaan tuomia menetyksiä hoidollisen kontaktin katketessa omaan hoitajaan ja muuhun hoitoyhteisöön. (Tähkä, 2006, 47).

Monien potilaiden kaikki ihmissuhteet ovat ennen hoitoa olleet toisiin epävakaisiin ihmisiin, omaiset mukaan luettuina. Potilas joutuu siksi usein rakentamaan elämänsä aivan alusta, irtisanoutua monista aikaisemmista, usein väkivaltaisista, alkoholisoituneista tai huumeita käyttävistä tuttavista ja vähintäänkin asennoitua uudelleen moneen muuhun ihmiseen sekä hankkia uusia tuttuja ja ystäviä. Joskus on jopa katkaistava välit osaan omia sukulaisia. On myös löydettävä uusia harrastuksia ja elämän sisältöjä. Osa sukulaisista ja entisistä tutuista saattaa kaiken lisäksi kaikin keinoin yrittää sabotoida näitä pyrkimyksiä. Tämän voimille ottavan ja usein yksinäisen rakennustyön tukihenkilönä on hyvä terapeutti ensiarvoisen tärkeä. Olisi onnellista, jos omahoitaja, joka on jo auttanut potilasta alustavasti yksilöitymään, voisi auttaa potilasta rakentamaan toimivan

sukupuoli-identiteetin ja tukea häntä hoidon jälkeisessä elämän rakennustyössä. Koska tähän ei ole resursseja, potilaille pyritään löytämään ulkopuolinen terapeutti. (Tähkä, 2006, 47).

5. TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuksen tavoitteena on analysoida potilaan kokemuksia objektisuhteoriaan perustuvan hoidon onnistumisesta. Edelleen tutkitaan potilaan käsityksiä siitä, mikä on epävakaata persoonallisuushäiriö, mikä saa sairastumaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja mikä saa paranemaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Lisäksi tutkitaan potilaan käsityksiä hoidon vaiheista ja käsityksiä hoidon aiheuttamista muutoksista itsessä kuten minäkuvassa, siinä mitä ajattelee itsestään ja miten kokee itsensä, ihmissuhteissa ja käyttäytymisessä, elämänsisällössä, tulevaisuuden näkymissä, toiveissa ja tavoitteissa, arvoissa ja tavoiteltavissa, tärkeissä ja inhottavissa asioissa sekä voinnissa. Tutkittavalta kysyttiin myös hänen onnellisinta ja onnettominta aikaa elämässä. Tutkimusongelmista rajattiin pois kykyihin, taitoihin ja uskomuksiin liittyvät kysymykset. Tutkimusasetelmana on tapaustutkimus ja menetelmänä supportiivinen strukturoitu haastattelu.

Tutkin siis tutkittavan käsityksiä hoidon aiheuttamista muutoksista itsessä näillä alueilla:

- minäkuva, mitä ajattelee itsestään, miten kokee itsensä
- ihmissuhteet ja käyttäytyminen
- elämänsisältö
- tulevaisuuden näkymät, toiveet ja tavoitteet
- arvot ja tavoiteltavat, tärkeät sekä inhottavat asiat
- vointi sekä onnellisin ja onnettomin aika elämässä

6. AINEISTO

Aineisto koostuu tapaustutkimuksesta, jossa haastattelin yhtä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä parantunutta naista hänen kokemuksistaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, objektisuhdeteoriaan perustuvasta hoidosta, hoidon vaiheista ja hänen paranemiselleen antamista selitysmalleista. Päiväsairaala 2:n henkilökunnalta sain haastatteluun vapaaehtoisesti haluavan puhelinnumeron ja puhelimitse sovimme haastateltavan kanssa haastattelusta. Haastattelu oli supportiivinen ja strukturoitu. Haastattelun kesto oli noin 90 minuuttia ja aikaa siihen oli varattu maksimissaan 2 tuntia. Haastattelu toteutettiin Päiväsairaala 2:n tiloissa. Tässä haastattelun runkona käyttämäni kysymykset:

1. Voisitko kertoa elämästäne ja elämänhistoriastanne ja sairaushistoriastanne pääkohtia
 - ikä, sukupuoli, opiskelu-, työ- ja ihmissuhdekokemuksistanne ja
 - a.) Tähänastisen elämänne onnellisin vaihe/tapahtuma/kokemus tai onnellisimmat kokemukset/tapahtumat/vaiheet
 - b.) Tähänastisen elämänne surullisimmat/vaikeimmat kokemukset/tapahtumat eli minkälaisia vaikeita kokemuksia teillä on/ on ollut?
 - c.) Millaista elämänne, arkenne ja vointinne on ollut ennen päiväsairaala 2:n hoitoa?
 - d.) Onko jotain muuttunut hoidon aikana tai viime vuosina ja miksi?
 - e.) Minkälaista se on ollut hoidon aikana ja eri vaiheissa?
 - f.) Millaista se on nyt?
 - g.) Miten päädyitte hoitoon?
 - h.) Minkälaisena sen näet tulevaisuudessa ja minkälaisena näet tulevaisuutenne?
2. Mitä ajattelet olevan sairautenne taustalla ja syinä? Ja
 - Miten häiriönne kehittyi?
 - Millainen lapsuutenne oli?
3. Minkälaisia hoitokokemuksia teillä on?
4. Mitkä asiat ovat auttaneet teitä paranemaan? Mikä silloin on muuttunut ja miksi?
5. Mitkä asiat ovat teille tärkeitä?
6. Mitkä asiat olivat teille tärkeitä ennen hoitoa, ovatko ne muuttuneet jotenkin hoidon tai muun hoidon aikana tapahtuneen myötä?
Mitä on muuttunut ja miksi?

7. Mitä asioita inhoatte?
 8. Mitä asioita inhositte ennen hoitoa, ovatko ne muuttuneet jotenkin hoidon tai muun hoidon aikana tapahtuneen myötä? Mitä on muuttunut ja miksi?
 9. Mitkä asiat ovat olleet vaikeita tai ikäviä hoidossa ja hoidon aikana?
 10. Mikä auttanut eniten? Ja mikä on ollut käänteentekevintä/käänteentekevää/tärkeää?
 11. Mikä hidastanut tai vaikeuttanut paranemistanne?
 12. Haluatteko kertoa vielä jotain muuta itsestänne, elämästänne, sairaudestanne, paranemisestanne? Ajatuksia, tunteita, kokemuksia, tapahtumia, toimintoja, tekoja?
 13. Mitä asioita haluatte ja tarvitsette tulevaisuudessa?
 14. Mikä teidän mielestänne auttaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää paranemaan?
 15. Mikä teidän mielestänne saa sairastumaan siihen
 16. Mikä epävakaa persoonallisuushäiriö teidän mielestänne on? / Mitä sana epävakaa persoonallisuushäiriö teidän mielestänne tarkoittaa?
- Oletko huomannut muutosta näissä seuraavissa teemoissa?
- minäkuva, mitä ajattelee itsestään, mitee kokee itsensä
 - ihmissuhteet
 - elämänsisältö
 - tulevaisuuden näkymät, toiveet ja tavoitteet
 - tavoiteltavat asiat
 - vointi
 - kyvyt ja taidot
 - käyttäytyminen
 - uskomukset
 - arvot

7. TULOKSET

7.1. Haastateltavan käsitykset siitä, mikä on epävakaata persoonallisuushäiriötä

Tutkittava kuvailee epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavaa sellaiseksi, että ”epävakaata ihmisenä, niin säähän oot sellainen, että sun mieles saattaa huomenna muuttua.” Epävakaata ”tekee ajattelematta seurauksia ja seuraavia päiviä. Ei se ajattele vaikka olis lapsia, et se ei ajattele seurauksia, eikä seuraavia päiviä. Epävakaata kykenee kaikkeen, terve ei. Terve ei ees yritä, epävakaata lähtee yrittään. Epävakaata on epärealistinen ja sitten ryhtyy kaikkeen.”

7.2. Haastateltavan käsitykset siitä, mikä saa sairastumaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön

Tutkittava kertoo ajattelevansa yleisesti ottaen, että hänen sairautensa taustalla oli se, että ”ne keinot ja tavat, mitä oot saanut kotoa, niin on ollu tosi huonot. Lapsuus yleensäkin ja se elo siinä, että sä et oo osannu ees vaatia ittelles hyvää, kun sä et oo sitä koskaan saanut.” Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön saa sairastumaan hänen mielestään ”lapsuuden traumat tai lapsuus yleensäkin ja rikkonaiset ihmissuhteet, luonteen rikkoutuminen yleensäkin.”

7.3. Haastateltavan käsitykset siitä, mikä saa paranemaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä

Tutkittava kertoo ajattelevansa, että kaksi vuotta on ”ehdottomasti minimi, että sä tajuat, että sä saat apua.” Hän kertoo myös, että ”hirveen vaikeeta oli tottua sääntöihin ja rajoihin ja sit kun ne on, niin voiko turvallisempaa, tai siis tunnetta olla ja onnellisempaa. Lisäksi auttoi ”omahoitajajuttu, se oli mun elämäni keskipiste siinä ja mä toivoin olevani hänen keskipisteensä ja se on vieläkin, musiikin ja kaiken kautta tulee vieläki aina omahoitaja tohonnoin ja tietenkin yhteisö, mä kuuluin

johonkin. Jorma pitää musta huolta, kaikki sapuskat ja kaikki, siis tää oli koti.”

Hän kertoo, että käännteentekevään ensimmäisenä oli se, että ”mä tosiaan tajusin, että mä autan itteeni ja kun mä autan itteeni, niin mä autan lapsia ja monia muitakin siinä ympärillä. Kun mä teen ittelleni hyvän olon, niin mä pystyn paljon enempään, pystyn enemmän hyötyä. No tässä hoidossahan se tuli monella eri tavalla, ihmisissä, omahoitajassa ja kaikessa. Pelkästään tää paikka. Kun lähti ja tiesi, että huomenna uudestaan takaisin.” Hän jatkaa ”no siis täähän on ihan mielettömän hyvä tää 4 vuoden hoito, intensiivinen. Mää tietysti ottaisin 4 vuotta intensiivistä ja ainoastaan omahoitajan kanssa, kun siinä saa sen semmosen siteen luotua. Siis mun oli hirveen vaikeeta aikuiseen naiseen luottaa. Se on hirveen vaikeaa naisiin luottaa, miehiin taas oli se seksi se yks peli. Mun mielestä tää on ihan mielettömän hyvä hoito, mutta niistä pitäis aikaisemmin saada jollakin tapaa jo heti 18v olla kärppänä. Vaikka siis onhan täällä nähnyt, että viis-kuuskymppiset, ja kuinka kauan siitä itte pääsee nauttiin ja ei ole vielä 18-kesäisenä lapsia.”

Hän kertoo, ettei voinut kuvitella, että on kaksi vuotta päiväsairaalahoidossa ja sitten vielä kaksi vuotta jatkohoitoa, ”ei missään nimessä, mutta loppujen lopuksi aika menee tosi nopeeta ja sit siihen hoitoon pääsee käsiks se on maailman paras asia.” Tutkittava kertoo myös, että päiväsairaalassa käy monia ja saa kuulua johonkin. Silti alussa yhteisö ärsyttää, mutta ”myöhemmin se on hirveän tärkeä ja sitä on tarpeeksi ja riittävästi.” Hän kertoo, ettei alussa ”voinut edes ymmärtää mitä noi muut tekee täällä.” Hän kertoo, että taisteli ”varahoitsuakin” vastaan. Mutta hoito oli ”paras mahdollinen” ja hoidon säännöllisyys tärkeää. Hän kertoo, että hoidossa tottui liiankin hyvään, kun lähipäivien ja viikkojen tapahtumista ja työntekijöiden poissaoloista kerrottiin ajoissa, jota ei muualla välttämättä tapahdukaan.

7.4. Haastateltavan käsitykset hoidon vaiheista

Tutkittava kertoo, että hoidossa oli aluksi vaikea tajuta, että hoito on itseä varten, että ”mähän oon täällä vaan yks ja eihän mua huomata siinä sillain, kun mää tahon.” ”Keskivaihe oli semmosta, että okei nyt mä oon yks meistä ja tää on ihan ok ja sit mitä lähemmäs loppua mentiin sen vaikeempi tajuta, että tää viedään multa pois, että tota älkää viekö multa tätä pois”. Tutkittava kertoo, että ”sillain se niinku muuttu vaihe vaiheelta. No, mitä enemmän hoitoon pääsi käsiks, niin sen tärkeemmäks se tuli.” Tutkittava kertoo, että päiväsairaalassa käy niin monia ja kuuluu johonkin. Silti alussa ”yhteisö ärsyttää”, mutta ”myöhemmin se on hirveän tärkeä ja sitä on tarpeeksi ja riittävästi.” Hän kertoo, ettei alussa ”voinut edes ymmärtää mitä noi muut tekee täällä.” Hän kertoo, että ”taisteli varahoitsuakin” vastaan. Mutta hoito oli ”paras mahdollinen” ja hoidon säännöllisyys tärkeää. Hän kertoo, että hoidossa ”tottui myös liiankin hyvään”, kun lähipäivien ja viikkojen

tapahtumista ja työntekijöiden poissaoloista kerrotaan ajoissa, jota ei muualla välttämättä tapahdukaan. Hoidon käymisen jälkeen tutkittava kokee saaneensa hoidossa pelkkää hyvää ja kokevansa olevansa etuoikeutettu, kun on tämän hoidon saanut. Hän kertoo myös, että jos olisi ollut tässä haastattelussa alkuvaiheessa, niin olisi sanonut, että ”ollaan nyt täällä vankilassa ja katotaan nyt”. Hän kertoo, että oli ”hirveän vaikeata tottua sääntöihin ja rajoihin” ja kuitenkin ”sit kun ne on, niin voiko turvallisempaa, tai siis tunnetta olla ja onnellisempaa”.

7.5. Haastateltavan käsitykset hoidon aiheuttamista muutoksista itsessä

7.5.1. Minäkuva: mitä tutkittava ajattelee itsestään ja miten kokee itsensä

Tutkittava kertoo pitävänsä itsestään enemmän ja että minäkuva on tasottunut silläkin tavalla, että hän kertoo, että hän ei ”edes tavoittele minäkuvaa sinänsä mihinkään uskomattomiin”. Hän kertoo, että hän on tyytyväinen siihen aamuun, kun hän herää, kuka hän on ja mitä hän haluaa. Hän kertoo, että ennen, kun hän heräsi aamulla, hän ”saatto ajatella, että miks mä heräsin taikka sitten se, että kauhea kiire vaan toteuttaa kaikki, mitä on yön aikana päässä liikkunu tai edellisenä päivänä ja ajattelematta todellakaan sitä, mitä siitä seuraa” Ja, että ”nyt se on täysin siinä niin, että on lukujärjestys, minkä mukaan mä meen kouluun ja mitä me tehdään ja kotiin mä tuun ja mä en lähde lenkille, jos mua ei oikeesti kiinnosta, mä en lähde lenkille sen takia, että mä oon kirjoittanut sen paperille”. Eli hän on tyytyväinen siihen mitä on, hän seuraa lukujärjestystä, muttei pakonomaisesti tee asioita, jos on aiemmin päättänyt esim. lähteä lenkille.

7.5.2. Ihmissuhteet ja käyttäytyminen

Tutkittava kertoo, että hoidon aikana on ”kaikki muuttunut, kaikki mahdolliset on muuttunut, ystäväpiirit on muuttunut, suhde lasten kanssa muuttu, suhde veljiin, suhde äitin kanssa muuttunut.” Hän kertoo, että hän on koululainen nyt ja hänellä on tavoite valmistua. Ja hän jatkaa ”miten sen nyt vois sanoa. Nyt on hyvä olla”. Hän kertoo myös hakevansa ”ittellensä nyt parempaa”. Eli ”sit kun ei tunnu hyvältä, niin ei oo siinä.” Hän kertoo, ettei hän ”haekaan välttämättä semmoista, joku tulee puolittu, ystäväkin saattaa olla, et tulee kerton murheistaan ja jos sul on semmonen päivä, että et nyt halua kuunnella, niin sitten voi sanoo sen, että mä en jaksa, kun ennen ei missään nimessä, vaan niinku olit niinku, että tottakait mä autan ja otin jopa asumaan meille ja ajattelematta siitä miten lasten kaikki tai miten mun itteni tai paraneeko hänen olonsa siitä.” Hän lisää, että ”niinku täällä

(Päiväsairaala 2:ssa) sanotaan, työkaluton erilaiset.” Hän kertoo, että oleellisin muutos ihmissuhteissa on se, ettei hän enää hyväksikäytä ketään, eikä kukaan saa hyväksikäyttää häntä.

Tutkittava kertoo, että ennen hoidon läpikäymistä hänellä oli ajatus, että huonosti voiminen on normaalia, mutta hoidon jälkeen olo on parempi ja tasapainoisempi. Hän kertoo myös ajatelleensa, että kun hän on saanut hoidon, hän on pysäyttänyt häiriön siirtymisen sukupolvelta toiselle, mutta hän on huomannut, että hänen lapsensa oirehtivat nyt. Hän kertoo, että ”okei, mä oon pysäyttänyt sen sillä, että mää toimin nyt erilailla kuin mun vanhemmat taikka mun isovanhemmat tai ihmiset, joilla on tää, niin mää autan sillä sit sitä, niitä lapsiani. Mutta se, että mä pystyn niihin rajoihin ja rakkauteen enkä siihen mielivaltaan ja rajoihin, vaan se on, mä en osaa sitä selittää sitä mitä mä tarkoitan. Mutta ehkä tuo mielivalta ja rakkaus selittää sen kaikista ehkä parhaiten. Että lapsetkin tajuaa sen, että äiti on muuttunut, ei pelkää sitä huomista eikä sitä iltaa, eikä sitä seuraavaa aamua. Ei tarvi pelätä. Ei mun takia, eikä itsensä takia.” Tutkittava kertoo, että mielivalta oli sitä, että mentiin täysin hänen mukaan. ”Että se on niinku mää sanon. Ja jos mä sanon tänään tota ja lupaan huomiseksi jotain ja huomenna sanonkin, että mitä sitten vaikka lupasin. Että aivan sama. Ja esitän ne asiat vielä sillai pelottavimmalla tavalla ja oli väkivaltaa ja se oli ihan normaalia.” Hän kertoo, että ”nyt sitä ei oo. Mielessä se on mutta sitä ei oo.” Hän kertoo, että nykyään hän pitää lupauksensa ”taikka sitten todellakin saa olla tosi hyvä syy. Perustelen aina, jos tulee muutosta. Saa olla tosi hyvä syy, että homma menee sitte läskiks, mutta yleensä mä en lupaakaan mitään kuuta taivaalta, jos mä tiedän, ettei se ei todellakaan toteudu. Ne on pieniä lupauksia, mitä luvataan. Se on kans yks raja, ett mä en todellakaan tee isoja asioita vieläkään. Mä oon paljon kotona. Me ollaan paljon yhdessä. Ja ennen kukaan ei halunnut olla kotona, nykyään kaikki haluaa olla kotona.” Hän kertoo, että lasten kanssa hänestä on ihanaa nähdä se, että pystyy siihen, mihin oma äiti ei pystynyt. Hän kertoo, että ”tietysti on tilanteita, jotka räjähtää käsiin, kellä ei olis”.

Tutkittava kertoo, että hänen oleellisin tapa ilmentää sairauttaan käyttäytymisessään oli vaatteiden kautta. Hän kertoo, että ”vaatteet oli oleellisin mussa, koska mä ilmensin sillä hyvin paljon tiedostamatta”. Hän kertoo, että nykyään, kun hän näkee sellaisia ihmisiä, joilla on vaatteet, jotka ei edes sovi niille eli jotka laittaa M:n vaatteita, kun on XL, niin hän voi pahoin. Hän kertoo voivansa pahoin, koska hän ajattelee, että hän on myös ollut sellainen ”ja menny yrittämään jopa varattuja äijjiä niitten naisten edessä”. Hän kertoo, että ”se on niin ällöttävää tajuta, että sä oot ollu tollanen, mutta nyt taas saatan istua siinä pöydässä voittajana, että mä oon ollu tollanen, mutten ole enää. Ehkä tekis mieli vetää se nainen sivuun ja lyödä sille housut jalkaan ja sanoa arvosta ittees enemmän.” ”Ja sitten tai sanotaanko, että se peili tulee siitä käyttäytymisen muutoksesta. Mä pystyn tunnistamaan millainen mä oon ollu ennen ja mä pystyn myös hyväksymään, että okei mä olin sellainen silloin. Ja hirveen tärkeätä on uskollisuus, jos mä jonkun kanssa oon. Hyväksytyks tuleminen ja se keino on ollu ja siinä on sitte satuttanut kyllä kaikkia mahdollisia, ehkä itteeni

eniten. Tänä päivänä mä toivon, että mun lapset ei saa tietää mun elämästä ennen.”

Tutkittava kertoo, että hän on hakenut huomioon vaatteiden avonaisuudella. Hän kertoo, että on ”pukeutunut sillai tai sillai pukeuduun sillai, että tatuoinnit näky ja pelottavasti, vaikka tatuoinnit on mua itteäni varten.” Hän kertoo, että naisellisuudesta ei ollut ”sinänsä merkkiäkään muuta kuin se, että se naisellisuus tuli siis aina seksin yhteydessä, mutta naisellisuus tänä päivänä on ihan taas eri asia ja intiimit asiat on mun intiimejä ja silloin ne oli kaikille. Ja äitiys ja rakkaus on keskinäinen asia tällä hetkellä”. Hän kertoo, että on muuttunut myös siinä, että millainen hän on ystävänä ja ihmisenä esim. ennen hän saattoi, mieltä, että ”mitähän toi musta puhuu, mutta välitit sä loppuun asti, et”. ”Nykyään mä välitän siitä mitä mä itsestäni annan tai annan ymmärtää. On just se, että mä en puhu tuolla asioitani kelle mä en taho ja sit se, että mä en anna eleilläni ja ilmeillä ymmärtää mitä mä en taho. Kaikella on väliä.” Hän kertoo myös, että hän on mielellään mukana tutkimuksessa tässä vaiheessa, mutta että hoidon alussa hän olisi ”nauranut haastattelijan pihalle”.

Hän kertoo myös satuttaneensa itseänsä liialla avoimuudella ja kertomalla asioistaan miettimättä, voiko toiseen luottaa. Hän miettii, että ”se on yks tapa satuttaa itteensä on kertoo liian avoimesti ihmisille ittestään miettimättä, miten ne voi siitä hyötä ja monihan ottaa hyödyn juoruamalla”. Hän kertoo olevansa nykyään tarkka siitä esim. koulussa, että kenen kanssa hän on tekemisissä enemmänkin kuin opiskelujen ajan. Ja että häneen on kehittynyt luontainen itsensä suojeleminen sosiaalisessa elämässä.

7.5.3. Elämänsisältö

Tutkittava kertoo, että ”sillä ei sinänsä varmaan ollut väliä, mitä oli elämänsisältönä tai sitten niitä piti olla paljon niitä asioita”. Hän kertoo, että ”nyt se sisältö on hyvin minimaalinen, mutta tyydyttävä.” Hän kertoo, että hänellä ”on paljon, mulla on tosi paljon, että mulla on lapset ja ihmisiä ja paikka missä olla ja mä osaan hoitaa asioita.”

7.5.4. Tulevaisuuden näkymät, toiveet ja tavoitteet

Tutkittava kertoo, että hän ei muista, että miten hän näki tulevaisuuden ennen hoitoa, mutta arvelee, että ”ehkä hän suunnitteli tulevaisuutta koko ajan, mutta sitä ei varmaan niinku ajatellu”. Ja jatkaa, että ”mä en osaa oikeestaan vastata tohon, en mä muista, mutta mä voisin kuvitella, että se on ollu jotain semmoista aivan ufoa. Voisin kuvitella. En osaa vastata.” Hän kertoo, ettei edelleenkään ajattele tulevaisuutta vielä sillä tavalla, ”että millaisena hän sen näkee”, vaan hän kertoo menevänsä ”päivä kerrallaan”. ”Mikä tästä nyt seuraavana on mielessä on, että lapsilla loppuu kohta koulu, niin

kaikki pääsee seuraavalle luokalle ja ittee kun ajattelee niin työharjoittelu alkaa kahdeskymmentä vuotta ensimmäistä kertaa lähden kentälle. Näitä mä ajattelen enimmäkseen.” Hän kertoo, ettei suunnittele kauheasti. Hän kertoo, että ajattelee tottakai, että voittaa lotossa ja ostaa kesämökin ja sellaisia haaveita, mutta että ei suunnittele paljoa. Hän kertoo, että lähinnä haaveita ovat selvä ammattihaave, että valmistuu koulusta ja pääsee töihin. Hän kertoo, että haaveet on paljolti itsen ympärillä, kun ennen ne oli, että ”kenen kanssa”. Hän ajattelee, että lapset kasvaa tuossa sivussa ja että tottakai hän odottaa, että hänen lapset pääsis mahdollisimman vähällä epävakauden kanssa ja kaikki sais ammatin ennen kuin ne on 20 vuotta.

7.5.5. Arvot ja tavoiteltavat, tärkeät sekä inhottavat asiat

Tutkittava kertoo, että ennen hoitoa hänelle tärkeitä asioita olivat lapset ja että hänet hyväksyisi ”joku todellakin sellaisena kuin” hän on. Hän kertoo, että ”hyväksyntä oli semmonen, mitä mä hain tosi pitkälle, oli se kuka tahansa sillä hetkellä sun kaa. Sille vaan yritti miellyttää.” Haastatteluhetkellä tärkeitä on taas ”moni lähimmäinen, etusijaisesti lapset ja hyvinvointi yleensäkin, kouluun aamulla ajoissa meno sillon, kun pitää ja siellä ollaan todellakin. Että on niinku kaikki hyvin.” Tutkittavan arvot ovat myös siten muuttuneet, että niistä on tullut tärkeämmät kuin, mitä ne ovat aikaisemmin olleet. Tutkittava kuvailee arvojaan myös sanomalla ”arvot on tosiaankin muuttunut. Ne on nykyään tärkeit. Me ollaan onnellisia, kun meillä on paljon kaikkee. Se ihminen ja se elämä, ei materia, se on kiva ja sun läheiset. Nää asiat mä oon pitänyt hirveenä kliseenä.” Lisäksi ”kaikella on nykyään arvonsa ja paikkansa. Ei heitellä ilmaan.” Hän on myös koulussa huomannut, että hänelle ovat säännöt todella tärkeitä siellä. Tutkittava kertoo myös toivovansa, että mahdollisimman moni saisi mahdollisimman ajoissa avun.

Tutkittava kertoo inhoavansa ”epäjärjestyä, ihmisiä, jotka ei välitä itsestään tai muista, väkivaltaa, epärehellisyyttä, materialismia, tämmösiä asioita”. Hän kertoo, että ennen hän kesti vitsejä väkivallasta ja itsekin saattoi siitä vitsailla, mutta hoidon jäkeen ei kestä edes vitsejä aiheesta. Hän ajattelee, että hänellä on ”ehkä tullut rajat selvemmiksi” siinä mielessä.

7.5.6. Vointi sekä onnellisin ja onnettomin aika elämässä

Tutkittava kertoo, että onnellisin aika hänen elämässään lasten syntymien lisäksi on se, että hän vei päiväsairaalahoidon loppuun. Vaikeimmaksi ja onnettomimmaksi ajaksi hän nimeää sen ajan, kun hän tajusi, että hän on sairas ja tarvitsee apua. Hän kertoo nykyään jaksavansa eri lailla kuin ennen

hoitoa ja tekevänä asioita, joita jaksaa, eikä enää väkisin tai pakonomaisesti esim. lenkkeile. Hän on myös ollut reilun 3 vuotta ilman lääkkeitä ja vuoden ilman alkoholia, vaikka alkoholi ei ikinä ole ollutkaan ongelma. Hän kertoo, että hän pystyy kaikkeen, mihin hän päättää, mutta että hän ei ”päätä päättömiä”.

8. TULOSTEN KOKOAVAA TARKASTELUA

Tutkittava kuvaili haastattelussa epävakaan persoonallisuuden epävakautta identiteetissä, tunteissa ja tavoitteissa. Hän ajatteli, että lapsuuden traumat ja rikkonaiset ihmissuhteet saavat sairastumaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Hän tunnisti hoidossa erilaisia vaiheita. Hän kuvasi alussa olleen vastarintaa ja epäilyä, hoidon keskivaiheilla hoitoon kiinni pääsemistä ja lopussa surua siitä, että hoito loppuu. Nämä hänen kuvaamansa vaiheet ovat yhteneviä Jorma Tähkän (2006) kuvaamiin hoidon vaiheisiin, vaikka Tähkä kuvasikin useampia vaiheita. Hän myös kertoi omahoitajan olleen hänen elämänsä keskipiste ja hänen toivoneen olevansa myös omahoitajan keskipiste. Hän kertoi, että olisi toivonut hoidon olevan pelkästään omahoitajan kanssa, mutta loppua kohti alkaneensa pitää tärkeänä myös yhteisön jäsenenä olemista. Tutkittavan kerronnasta näkyi, miten hänen minuutensa kehitys objektisuhdeteorian mukaisesti alkoi uudelleen vuorovaikutuksessa häntä hoitaviin ihmisiin, erityisesti omahoitajaan.

Hän kertoi hoidon avulla oppineensa pitämään itsestään enemmän ja, että hänen minäkuvansa tasoittui niin, ettei hän tavoittelekaan ”mitään ihmeitä itsensä suhteen”. Hän kertoi, että ennen hoitoa hänellä oli usein epärealistisia tavoitteita, mutta päiväsairaalahoidon käymisen jälkeen hän päättää tavoitella vain realistisia tavoitteita. Hän ei myöskään pakonomaisesti tee asioita, kuten käy lenkillä, ”jos ei huvitakaan”. Hän kertoi myös, että ennen hoitoa hänellä piti olla paljon sisältöä elämässä tai sillä ei ollut väliä, mutta hoidon jälkeen hänellä taas on elämässä vähän, mutta sitäkin tyydyttävämpää sisältöä. Hän kertoi myös, miten hän ei enää hyväksikäytä muita, eikä ole mielivaltainen, eikä myöskään anna itseään hyväksikäyttää, eikä kohdella mielivaltaisesti. Tässä näkyy kaaosminän kuriin saaminen ja miten hän on lopettanut epävakaille tyypillisen tavan suhtautua välineellisesti ihmisiin. Hän kertoi arvojen muuttuneen tärkeämmiksi kuin ennen hoitoa. Hän kertoi, että ei enää hoidon jälkeen kestä huumoria joistakin asioista, joista ennen hoitoa olisi saattanut itekin vitsailla. Hän kertoi, että lapset olivat hänelle tärkeitä ennen ja jälkeen hoidon. Hän kertoi myös, että ennen hoitoa hän haki jatkuvasti hyväksyntää, mitä hän taas ei enää hoidon jälkeen samalla tavalla hae kaikilta. Hän kertoi, että hoidon jälkeen hänelle tärkeitä ovat lähimmäiset, ensisijaisesti lapset ja lisäksi koulun käyminen, sieltä valmistuminen, töihin pääseminen ja sääntöjen noudattaminen. Hän kertoo, että hoidon jälkeen hänen lastensa ei tarvitse enää pelätä häntä, vaan hän pystyy rajoihin ja rakkauteen mielivallan ja rajojen sijaan ja että lapset ovat alkaneet viihtyä kotona. Tässäkin kerronnassa näkyy se, miten hänen kehityksensä on saanut kaaosminän hallintaansa.

Hän tunnisti sairautensa syiksi huonot välineet, jotka oli kotoa saanut. Hän kertoi myös, ettei hän ennen hoitoa kunnolla hahmottanut, että hänellä tulevaisuus. Hän kertoi, että hoidon jälkeen hän hahmottaa tulevaisuuden ihan eri tavalla, vaikka elääkin päivä kerrallaan. Tässäkin näkyy epävakaasta persoonallisuushäiriöstä paraneminen, sillä epävakaiden on vaikea hahmottaa historiaansta ja tulevaisuuttaan toisin kuin terveiden. Hän kertoi voivansa ja jaksavansa paremmin kuin ennen hoitoa ja osaavansa suojella itseään paremmin. Hän kertoi, ettei ole enää liian avoin, vaan miettii tarkemmin, kenelle hän kertoo itsestään ja mitä. Hän kertoi myös, että ennen hän pukeutui avonaisemmin ja pelottavammin kuin nykyään, ja että ennen hoitoa hän ilmaisi itseään paljon pukeutumisellaan. Hänen hyväksynnän tarpeensa, itseilmaisunsa ja kaaosminänsä näkyivät siis myös hänen pukeutumisessaan. Hän kertoi, että hänellä on ollut onnellisin vaihe elämässä lasten syntymien lisäksi se, että hän vei Päiväsairaala 2:n antaman hoidon loppuun ja vaikein se, kun hän tajusi olevan sairas ja tarvitsevänsä apua. Tutkittava kertoi, että hoito auttoi häntä todella paljon ja että kaikki muuttui hänen elämässään sen myötä.

Kokonaisuutena tutkimustulokset vahvistavat näkemystä siitä, että objektisuhdeteoriaan perustuva hoito auttaa joitakin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä paranemaan siitä. Vaikuttaisi siltä, että koko persoonallisuuden rakenne tämän hoitomuodon avulla korjaantuu, eikä vain niin, että hoidon käynyt oppii selviämään paremmin oireitten kanssa. Tällä paranemisella on tietysti merkitystä yksilölle itselleen, hänen perheelleen ja lähiympäristölleen sekä yhteiskunnalle esimerkiksi taloudellista merkitystä. Tulokset ovat yhteneväisiä mm. aiempänä referoimani Vikeväinen-Tervosen (2005) tutkimustulosten kanssa. Koska tutkimuksen kohteena on vain yksi tutkittava, tulokset hoidon vaikuttavuudesta eivät ole yleistettävissä.

LÄHTEET

Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 4. painos. New York: Guilford Press. Sivut 365-370.

Clarkin J.F., Yeomans F. E., & Kernberg O. F (1999). *Psychotherapy for Borderline personality*. New York: John Wiley & Sons. Inc.

Hamilton (1988). *Self and others: object relations theory in practice*. Northvale, N.J.: Aronson.

Kernberg, O.(2004). *Aggressivity, Narcissim, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. New Haven ja London: Yale University Press.

Kohut (1989). *The analysis of the self*. 10. painos. Madison and Connecticut: International Universities Press.

Kåver A. & Nilsonne Å.(2004). *Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa*. Helsinki: Edita.

Mahler, M.S., Pine, & Bergman (1975). *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.

Tähkä, J. (2006). Verkkójulkaisu www.jormatahka.com

Tähkä, V. (2001). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. 3. painos. Juva: WS Bookwell OY.

Vikeväinen-Tervonen, L.(2005). *Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden päiväsairaalahoido Tampereella. Objektisuhdeteoriaan perustuva tuloksellisuustutkimus*. Suomen lääkärilehti, 34, 3273-3277.