

SKEEMAMOODIT TUNNE-ELÄMÄLTÄÄN EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUDEN OIREKUVASSA

Soila Porkamaa (274692) ja Henni Turkulainen (274896)
Psykologian Pro gradu -tutkielma
Ohjaajat: Kirsi Honkalampi ja Niko Flink
Itä-Suomen yliopisto
Kasvatustieteiden ja psykologian osasto
Psykologian oppiaine
Joulukuu 2019

Tiedekunta Filosofinen tiedekunta		Osasto Kasvatustieteiden ja psykologian osasto		
Tekijät Henni Turkulainen ja Soila Porkamaa				
Työn nimi Skeemamoodit tunne-elämältään epävakaaan persoonallisuuden oirekuvassa				
Pääaine	Työn laji		Päivämäärä	Sivumäärä
Psykologia	Pro gradu - tutkielma	☒	12.12.2019	38
	Sivuainetutkielma	☐		
	Kandidaatin tutkielma	☐		
	Aineopintojen tutkielma	☐		
Tiivistelmä Tämän pro gradu- tutkielman tavoitteena on tutkia skeematerapian teoreettiseen viitekehykseen kuuluvien skeemamoodien yhteyksiä tunne-elämältään epävakaaan persoonallisuuden oireisiin, sekä skeemamoodien yhteyksiä tunne-elämältään epävakaaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen. Aikaisempi tutkimus aiheesta on keskittynyt pääasiassa skeemoihin, ja skeemamoodien merkitys tutkimuksissa on jäänyt vähäisemmäksi. Tutkimus laajentaa näkemystä epävakasta persoonallisuudesta skeematerapian rakenteessa. Epävakaa persoonallisuus on yleinen mielenterveyden häiriö, joka sisältää tyypillisesti itseä vahingoittavaa käyttäytymistä, ongelmia ihmissuhteissa sekä käyttäytymisen säätelyn ja tunne-elämän ongelmia. Epävakaa persoonallisuus nähdään laajana rasitteena terveydenhuoltojärjestelmälle. Skeematerapia on Jeffrey Youngin ja kumppaneiden kehittämä psykoterapeuttinen malli. Se yhdistää teoreettisia näkemyksiä esimerkiksi kognitiivisesta terapiasta, psykoanalyysistä ja kiintymyssuhdeteoriasta. Skeematerapiamallin mukaan skeemat selitetään piirremäisinä, kun taas skeemamoodit nähdään hetkessä tapahtuvana käyttäytymisenä. Tässä tutkimuksessa skeematerapiarakennetta käytetään teoreettisena viitekehysenä. Tutkimus tehtiin käyttäen Virpi Leppäsen vuonna 2015 julkaistun väitöskirjan aineistoa tutkimuksesta ”Hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa”. Tutkimuksen aineiston muodostivat 61 vastaajaa, joilla oli vakava epävakaa persoonallisuushäiriö. Epävakaaan persoonallisuuden oireet mitattiin Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV) - mittarilla ja skeemamoodit Young Atkinson Mode Inventory (YAMI-PM 1-A) - mittarilla. Suurin osa vastaajista oli naisia (85,2%). Vastaajien keski-ikä oli 32,2 vuotta. Muuttujien (epävakaaan persoonallisuuden oireet ja skeemamoodit) välisiä yhteyksiä tutkittiin käyttämällä Pearsonin korrelaatiokerrointa. Lineaarisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin skeemamoodeja selittävinä muuttujina epävakaaan persoonallisuuden oireiden voimakkuuteen kokonaisjoukossa. Tulokset epävakaaan persoonallisuuden oireiden ja skeemamoodien yhteyksistä olivat johdonmukaisia skeematerapian teorian ja aiempien tutkimusten kanssa. Tärkeimmät yhteydet epävakaaan persoonallisuuden oireiden ja skeemamoodien väliltä näyttäytyivät haavoittuvan lapsen, vihaisen lapsen, mukautujan, suojautujan ja rankaisevan vanhemman moodissa. Myös leikkisän lapsen ja terveen aikuisen moodit olivat negatiivisessa yhteydessä kaikkiin epävakaaan persoonallisuuden oireisiin. Lapsimoodit (pääasiassa vihainen lapsi), maladaptiiviset selviytymismoodit (pääasiassa suojautuja) ja myös rankaisevan vanhemman moodi selittivät epävakaaan persoonallisuuden oireiden vakavuutta. Tämä tutkimus lisää ymmärrystä epävakaaan persoonallisuuden oireista ja skeematerapian rakenteista, mikä auttaa epävakaaan persoonallisuushäiriön hoitoa ja hoidon suunnittelua.				
Avainsanat: Epävakaa persoonallisuushäiriö, epävakaaan persoonallisuuden oireet, skeematerapia, skeemamoodit				

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO – UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty Faculty of Philosophy		School School of Educational Sciences and Psychology		
Authors Henni Turkulainen ja Soila Porkamaa				
Title Schema modes in the context of borderline personality disorder symptoms				
Main subject	Level		Date	Number of pages
Psychology	Master's thesis	X	12.12.2019	38
	Minor's thesis			
	Bachelor's thesis			
	Intermediate dissertation			
Abstract				
The purpose of this master's thesis was to examine the relationship between the schema modes and diagnostic symptoms of borderline personality disorder (BPD). The severity of BPD symptoms related to schema modes was also studied. Previous research has focused mainly on schemas rather than schema modes. The present study expands the view of BPD in schema therapy construct. BPD is a common mental disorder that typically includes self-destructive behavior and problems with interpersonal relationships, behavior and emotional life. BPD is seen as a major concern for the health care system. Schema therapy is a psychotherapeutic model developed by Jeffrey Young. It combines theoretical views for example from cognitive therapy, psychoanalysis and attachment theory. According to schema therapy model, schemas are explained as trait-like, whereas schema modes are seen as moment like behavior. In the present study the schema therapy construct is used as a theoretical framework. The study was made using data of BPD symptoms and schema modes, gathered for Virpi Leppänen's dissertation thesis at University of Oulu (Oulu BPD Study) in 2015. The data used in the present study consisted of 61 respondents that had a severe BPD. The BPD symptoms were measured using Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV) and schema modes were measured using Young Atkinson Mode Inventory (YAMI-PM 1-A). The majority (85,2 %) of the respondents were women. The respondents' mean age was 32,2 years. The association between the variables (BPD symptoms and schema modes) were examined using the Pearson correlation coefficient. The severity of the BPD symptoms related to schema modes were examined by using linear regression analysis. The results concerning the associations between BPD symptoms and schema modes were consistent with the schema therapy theory and previous studies. Most important associations between BPD symptoms and schema modes were shown in vulnerable child mode, angry child mode, compliant surrender, detached protector and punitive parent. Also, the happy child mode and healthy adult mode were negatively associated to all of the BPD symptoms. The severity of the symptoms was explained mostly by child modes (mainly angry child) and maladaptive coping strategies (mainly detached protector), and also by punitive parent mode. The present study adds understanding of BPD symptoms and schema therapy constructs, which will help the treatment and the treatment planning of patients with BPD.				
Keywords: Borderline personality disorder, borderline personality disorder symptoms, schema therapy, schema modes				

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
1.1 Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus.....	4
1.2 Skeematerapian teoreettinen viitekehys	5
1.3 Skeemamoodit	8
1.4. Skeemamoodit epävakaan persoonallisuuden hoidossa ja oirekuvassa.....	11
2. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -HYPOTEESEIT	15
3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	16
3.1 Aineisto ja sen kerääminen.....	16
3.2 Tutkimusmenetelmät	16
3.3. Tutkittava aineisto ja poissulkukriteerit	17
3.4 Tilastolliset menetelmät.....	19
4. TULOKSET	20
4.1 Muuttujien taustatiedot.....	20
4.2 Skeemamoodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden yhteydet	21
4.3 Skeemamoodien yhteydet epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen.....	22
5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	25
5.1 Tutkimuksen päätulokset.....	25
5.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	31
5.4 Loppupäätelmät	33
LÄHTEET.....	35

JOHDANTO

Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus (jatkossa ”epävakaa persoonallisuus”) on vakava mielenterveyshäiriö, jota luonnehtii vaikeudet ihmissuhteissa, tunne-elämässä, minäkuvassa ja käyttäytymisen säätelyssä. Häiriöön liittyy impulsiivinen ja itsetuhoinen käyttäytyminen, kuten viiltely, ahmiminen, päihteiden väärinkäyttö ja kohonnut itsemurhariski. (American Psychiatric Association, 2013.) Epävakaan persoonallisuuden esiintyvyys yleisväestössä on arvioitu olevan 0.7%, perusterveydenhuollon asiakkaissa 6% ja psykiatrisen avohoidon asiakkaissa noin 25%. (Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus, 2015.) Epävakaa persoonallisuus on mielletty vaikeahoitaiseksi mielenterveyshäiriöksi. Esimerkiksi häiriöön liittyvä voimakas oireilu käyttäytymisen säätelyn ja tunneilmaisun vaikeudessa saattaa aiheuttaa hoitohenkilökunnassa kielteisiä tuntemuksia, mikä voi hankaloittaa hoitoa. (Aviram, Brodsky & Stanley, 2006; Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011.) Epävakaa persoonallisuus onkin paitsi potilaan toimintakykyyn voimakkaasti vaikuttava häiriö, myös terveydenhuoltojärjestelmää laajasti kuormittava ilmiö (Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus, 2015).

Epävakaan persoonallisuuden hoidossa psykoterapeuttiset hoitomenetelmät ovat olennaisessa roolissa (Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus, 2015). Onkin tärkeää tutkia miten teoriapohjaiset hoitomenetelmät ovat yhteydessä persoonallisuushäiriödiagnostiikan kanssa, ja tutkimusta aiheesta on tehty muun muassa skeematerapian teoreettisen viitekehyksen osalta (Bach, Lee, Mortensen, Simonsen, 2016). Skeematerapia on Jeffrey Youngin ja hänen työtovereidensa kehittämä psykoterapeuttinen työskentelymalli, jonka on ajateltu soveltuvan vaikeahoitoisina pidetyille potilaille, joilla on pitkäaikaisia ja syviä psyykkisiä oireita, kuten persoonallisuushäiriö (Young, Klosko, Weisbaa, 2003). Skeematerapia on todettu empiirisesti tehokkaaksi hoitomuodoksi, ja sen on tutkittu vähentävän epävakaa persoonallisuuden oireita, sekä parantavan elämänlaatua ja toimintakykyä (Farrell, Shaw & Webber, 2009). Skeematerapia on myös osoitettu kustannustehokkaaksi hoitomuodoksi epävakaa persoonallisuuden hoitoon (Asselt ym., 2008). Tässä pro gradu- tutkielmassa ei kuitenkaan tarkastella skeematerapiaa hoitomuotona, vaan näkökulmana on skeematerapian teoreettisen viitekehyksen käsite skeemamoodista, ja niiden yhteydet epävakaa persoonallisuuden oireisiin.

Tässä tutkimuksessa *skeemamoodin* käsitteellä tarkoitetaan henkilön hetkessä olevaa, emotioista, kognitioista, neurobiologisista tekijöistä ja käyttäytymisestä muodostuvaa psykologista tilaa (Bach,

Farrel, 2018). Skeemamoodeja ja niiden vaihtelua voi laukaista erilaiset tunnepitoiset tapahtumat ja ne ilmenevät nopeina tunteiden ja käyttäytymisen muutoksina (Lobbestael, Arntz, 2010). Young määritteli 10 erillistä skeemamoodia, mutta viimeaikaisten tutkimusten mukaan on tunnistettu laajempi joukko suppeampia moodeja (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007). Tässä tutkielmassa noudatetaan kymmenen laajan skeemamoodin jaottelua, ja skeemamoodeja on tarkasteltu neljänä laajempaa skeemamoodiryhmänä. Skeemamoodiryhmiä ovat lapsimoodit, maladaptiiviset selviytymismoodit, haitallisen vanhemman moodit ja terveen aikuisen moodi (Young ym., 2003). Skeematerapiassa skeemamoodien on kuvattu ilmenevän tilanteissa, joissa yksilön piirremäiset skeemat ovat aktivoituneina. Skeemalla tarkoitetaan yksilön syvempiä psykologisia rakenteita sekä käsitystä itsestä ja maailmasta. Niiden on kuvattu muodostuvan lapsuudessa, kun lapsen ydintarpeet eivät ole tulleet kohdatuiksi. Toisin sanoen, siinä missä skeemamoodit ovat hetkellisempiä tiloja, ovat skeemat syvempirakenteisia ja pysyvämpiä. (Bach & Farrel, 2018, Young ym., 2003.)

On esitetty, että siinä missä skeemat luonnehtivat tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden ydintä eikä näin erota häiriötä muusta psyykkisestä oireilusta, ilmentävät skeemamoodit ja selviytymiskeinot havaittavia piirteitä (Young ym., 2003, Bach & Lobbestael, 2018). Esimerkiksi Bachin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksen mukaan skeematerapiaan liittyvien teoreettisten rakenteiden ja DSM-5:n persoonallisuushäiriöpiirteiden väliltä löytyi yhteyksiä, ja tutkimuksen mukaan DSM-5:n persoonallisuushäiriöpiirteitä voitaisiin tulkita myös skeematerapian käsitteiden kautta. Myös esimerkiksi Bach & Lobbestael (2018) ovat tutkineet epävakaa persoonallisuuden oireiden yhteyksiä skeemoihin ja skeemamoodeihin. He käyttivät tutkimuksessaan DSM-5 ja ICD-11 tautiluokituksen kriteerejä. Heidän tutkimuksensa mukaan kaikki 9 epävakaa persoonallisuuden kriteeriä olivat yhteydessä skeemoihin ja skeemamoodeihin käsitteellisesti järkevällä tavalla. Tämän pro gradu- tutkielman tutkimuskysymyksinä onkin tarkastella skeemamoodien ja epävakaa persoonallisuuden oireiden yhteyksiä, sekä skeemamoodien yhteyttä epävakaa persoonallisuuden oireiden vakavuuteen.

Tämän tutkimuksen aineisto on osa Virpi Leppäsen (2015) tekemää *Hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa-* tutkimusta. Tutkimuksemme tavoitteena on lisätä ymmärrystä skeemamoodien yhteyksistä epävakaa persoonallisuus -diagnoosin oireisiin, sekä selvittää skeemamoodien yhteyttä epävakaa persoonallisuuden oireiden vakavuuteen. Aiempi tutkimus epävakaa persoonallisuus -potilaiden skeemamoodeista on suhteellisen vähäistä, sillä tutkimus on painottunut enemmän teorian piirremäisiin skeemoihin (Bach & Farrel, 2018). Tämän tutkimuksen

tarkoituksena on paikata tätä tutkimuksellista aukkoa skeemamoodien yhteyksistä epävakaa persoonallisuuden oireisiin ja niiden vakavuuteen, tuoden uutta tutkimustietoa aiheesta.

1. TEOREETTINEN VIITEKEHYS

1.1 Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus

Epävakaaseen persoonallisuuteen voidaan ajatella liittyvän kolme tyypillistä piirrettä, joita ovat ongelmat ihmissuhteissa, epävakaata tunne-elämä ja vaikeudet käyttäytymisen säätelyssä (Leppänen, Lindeman, Arntz, Hakko, 2013). Käytössä olevat tautiluokitukset ICD-10 ja DSM-IV/DSM-5 määrittelevät epävakaata persoonallisuus -diagnoosin hieman toisistaan poiketen. ICD-10 tautiluokitus nimeää häiriön tunne-elämältään epävakaaksi persoonallisuudeksi, ja luokittelee häiriön rajatilatyyppeihin ja impulsiiviseen tyyppiin (World Health Organization, 2016). DSM-IV ja DSM-5 tautiluokituksissa käytetään nimeä rajatilapersonallisuushäiriö (borderline personality disorder). (American Psychiatric Association 2005, American Psychiatric Association 2013). Tautiluokitusten diagnostiset kriteerit on esitelty taulukossa 1.

Epävakaan persoonallisuuden etiologiaa ja häiriön yhteyksiä ikävaiheisiin on tutkittu runsaasti. Häiriön kehittymiseen vaikuttavia riskitekijöitä ovat muun muassa hankaluudet kiintymyssuhteissa ja kasvatuksessa, seksuaalinen ja fyysinen pahoinpitely, sekä negatiiviset kokemukset ikätovereiden kanssa. Häiriön oireet esiintyvät tyypillisesti nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa, ja ne vaikuttaisivat lieventyvän iän myötä. Tämän on ajateltu liittyvän oireiden negatiivisiin vaikutuksiin nuoren aikuisen sosiaalisessa ympäristössä. (Sharp & Fonagy, 2017.)

Yleisimpiä samanaikaisia häiriöitä epävakaan persoonallisuuden kanssa ovat esimerkiksi syömishäiriöt, masennus, ADHD, päihdehäiriöt ja traumaperäinen stressihäiriö. Epävakaata persoonallisuus voi esiintyä myös samanaikaisesti jonkin toisen persoonallisuushäiriön kanssa. (American Psychiatric Association 2005, American Psychiatric Association 2013.) Myös sukupuolen merkitystä samanaikaisten häiriöiden ilmenemiseen on tutkittu. Esimerkiksi Silberschmidt, Lee, Zanarini ja Schulz (2015) toivat ilmi kansainvälisen aineiston käsittävässä tutkimuksessaan, että syömishäiriöt, masennus ja mahdollisesti myös traumaperäinen stressihäiriö ovat epävakaata persoonallisuus -diagnoosin saaneilla naisilla yleisempiä kuin miehillä. Vastaavasti antisosiaalinen ja narsistinen persoonallisuushäiriö olivat miehillä yleisempiä samanaikaisia diagnooseja epävakaan persoonallisuuden kanssa, kuin naisilla. Toimintakyvyn osalta miehet ja naiset eivät eronneet toisistaan (Silberschmidt ym., 2015).

TAULUKKO 1. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus diagnostiset oirekriteerit, DSM-IV/DSM-5 ja ICD-10

DSM-IV ja DSM-5: Rajatilapersonallisuushäiriö	ICD-10: Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus (F60.3)	
Laaja-alaiset ongelmat ihmissuhteissa, minäkuvassa ja affektiivisuudessa, impulsiivisuus monissa eri tilanteissa. Alkaa varhaisaikuisuudessa.	Impulsiivinen häiriötyyppi (F60.30).	Rajatilatyyppi (F60.31).
Vähintään viisi seuraavista:	Yllykkeiden hallinnan puute ja tunne-elämän epävakaus. Aggressiivinen reagoiminen etenkin kritiikkiin.	Häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa, sisäisissä pyrkimyksissä, hylätyksi tulemisen pelko, itsetuhoisuus ja tyhjyyden tunteet.
1.Kiihkeät yritykset välttää hylätyksi tulemista. (Huom. muu kuin itsetuhoisuus kohdassa 5.)	A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.	A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.
2.Epävakaat ja intensiiviset ihmissuhteet, joihin liittyy merkittävä idealisointi ja mitätöinti.	B. Kohta 2 ja sen lisäksi vähintään kaksi seuraavista:	B. Diagnoosin F60.30 osiosta B. esiintyy vähintään kolme ja lisäksi ainakin kaksi seuraavista:
3.Identiteetin häiriöt	1.Taipumus toimia hetken mielijohdeesta seurauksista piittaamatta	1.Minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautuneisuuden epävarmuus ja häiriintyneisyys
4.Impulsiivinen itsetuhoisuus vähintään kahdella seuraavista alueista: tuhlaaminen, seksi, kemiallisten aineiden käyttö, holtiton liikennekäyttäytyminen, ahmiminen. (Huom. muu kuin itsetuhoisuus käyttäytyminen kohdassa 5.)	2.Taipumus joutua ristiriitatilanteisiin etenkin, jos impulsiivista käytöstä arvostellaan tai pyritään estämään	2.Taipumus intensiivisiin ja epävakaisiin ihmissuhteisiin, joista seuraa tunne-elämän kriisejä
5.Toistuva itsetuhoisuus käyttäytyminen (myös itsetuhoisuuteen viittaaminen ja uhkaaminen).	3.Alttius vihan ja väkivallan purkauksille, sekä vaikeudet hallita niitä	3.Voimakas hylätyksi tulemisen välttäminen
6.Affektiivinen epävakaus, joka johtuu mielialan voimakkaasta vaihtelusta (kesto joitakin tunteja, harvemmin useita päiviä).	4.Kyvyttömyys ylläpitää toimintoa, josta ei seuraa välitöntä palkintoa	4.Toistuva itsensä vahingoittaminen tai sillä uhkaaminen
7.Krooniset tyhjyyden tunteet	5.Epävakaat ja oikukas mieliala	5.Krooninen tyhjyyden tunne
8.Epäasialliset vihan ja suuttumuksen purkaukset, sekä vaikeus hallita vihan ja suuttumuksen tunteita		
9.Stressiin liittyvä, hetkellinen paranoidisuus ja dissosiativisuus		

*Mukaillen Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito- suositus (2015); American Psychiatric Association (2005); American Psychiatric association (2013)

1.2 Skeematerapian teoreettinen viitekehys

Skeematerapia on Jeffrey Youngin ja hänen työtovereidensa kehittämä psykoterapian hoitomalli, jossa perinteiseen kognitiiviseen lähestymistapaan yhdistetään näkökulmia muun muassa kiintymyssuhteista, psykoanalyysistä ja hahmoterapiasta (Young, ym., 2003). Skeematerapiassa yhdistetään myös esimerkiksi behavioraalisia, vuorovaikutuksellisia ja kokemuksellisia menetelmiä (Arntz & Genderen, 2009). Hoitomuodon tavoitteena on muuttaa henkilön syvään juurtuneita haitallisia toimintamalleja ja sopeutumista haittaavia skeemoja ja skeemamoodeja. Terapian keskeinen huomio kohdistuu potilaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutussuhteeseen, elämänlaadun parantamiseen, ja lapsuuden traumaattisten kokemusten korjaamiseen tässä hetkessä. (Karila, 2008.) Skeematerapia on kattava hoitomenetelmä persoonallisuuden häiriöiden ja muiden kroonisten psykiatristen häiriöiden hoitoon (Bach, 2016). Se on havaittu hyväksi hoitomenetelmäksi sovellettuna

potilaisiin, joilla on esimerkiksi epävakaa persoonallisuus (Arntz & Genderen, 2009). Skeematerapian viitekehyksessä keskeisiä käsitteitä ovat varhaiset maladaptiiviset skeemat, sekä skeemamoodit ja selviytymiskeinot (Lobbestael ym., 2007). Seuraavaksi tarkastellaan varhaisen maladaptiivisen skeeman käsitettä. Skeemamoodit ja selviytymiskeinot käsitellään tarkemmin osiossa 1.3.

Skeematerapian viitekehyksessä ihmisellä ajatellaan olevan yleisiä emotionaalisia ydintarpeita, kuten turvallisuuden-, pysyvyyden-, ravinnon-, hyväksynnän-, autonomian ja yhteenliittymisen tarve. Teorian mukaan useimmat näistä tarpeista korostuvat lapsuudessa, ja yksilöt voivat erota sen suhteen kuinka vahvoina nämä tarpeet esiintyvät. (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011.) Youngin ja kumppaneiden (2003) määrittelemät varhaiset maladaptiiviset skeemat kehittyvät, kun lapsen emotionaalisiin ydintarpeisiin ei vastata riittävästi, ja ne voidaan määritellä piirteiden kaltaisiksi ominaisuuksiksi. Teorian mukaan varhaiset maladaptiiviset skeemat vaikuttavat ihmissuhteisiin ja käyttäytymiseen, johdattaen ihmistä säilyttämään tiettyntyyppisiä ympäristöjä ja ihmissuhteita, vaikka he voisivat valita myös muunlaisia kokemuksia. Mitä vahvempi varhainen maladaptiivinen skeema on, sitä helpommin se aktivoituu, ja sitä voimakkaampia sen seuraukset ovat. Ihmisillä on myös taipumus käyttäytyä tietoisesti tai tiedostamattomasti tavoilla, jotka vahvistavat ja säilyttävät jo olemassa olevia skeemoja. (Rafaeli ym., 2011.) Esimerkiksi useimpien persoonallisuushäiriö - diagnoosin saaneiden potilaiden on todettu toistavan lapsuudessa kehittyneitä haitallisia käyttäytymismalleja, mikä voi vahvistaa haitallisia skeemoja. Persoonallisuushäiriöpotilaat saattavat luoda huomaamattaan uudestaan aikuisuudessaan niitä olosuhteita, jotka olivat heille lapsuudessa kaikkein haitallisimpia. (Young ym., 2003.)

Varhaisia maladaptiivisia skeemoja on määritelty 18 kappaletta. Nämä skeemat jaetaan yleensä viidelle eri alueelle teemoittain. Kaikissa varhaisissa maladaptiivisissa skeemoissa on kyse tyydyttämättä jääneistä emotionaalisista tarpeista. (Rafaeli ym., 2011.) Skeema-alueet ovat irrallisuus ja hylkääminen, heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen, heikentyneet rajat, muutosuntuneisuus sekä ylivarovaisuus ja estyneisyys. Skeema-alueiden määrästä on kuitenkin vaihtelevia tutkimustuloksia, ja esimerkiksi Bachin, Lockwoodin ja Youngin (2018) mukaan uusimmat tutkimukset eivät enää tue niin vahvasti viiden alueen rakennetta, kun taas neljän alueen rakenne on saanut enemmän jalansijaa. Viisi skeema-aluetta skeemoineen on esitelty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Skeema-alueiden ja skeemojen kuvaukset

Skeema-alueet	Kuvaus	Skeema	Kuvaus
Irrallisuus ja hylkääminen (I)	Oletuksia siitä, etteivät ydintarpeet turvallisuudesta, pysyvyydestä, läheisyydestä ja hyväksynnästä tule kohdatuksi johdonmukaisella tavalla. Vaikeus muodostaa turvallisia kiintymyssuhteita.	Hylkääminen/ epävakaisuus	Uskomukset, joiden mukaan läheisten läsnäoloon ei voi luottaa, eikä heidän toimintaansa voi ennustaa.
		Epäluottamus/ hyväksikäyttö	Uskomus, jonka mukaan muut ihmiset käyttävät hyväkseen tavoitellessaan omaa etuaan.
		Tunnevaje	Odotukset siitä, että omiin tunnetarpeisiin ei vastata sopivalla tavalla.
		Vajavuus/häpeä	Ajatukset itsestä viallisena ihmisenä, jota ei voi rakastaa. Häpeä vikojen paljastumisesta.
Heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen (II)	Tarpeet autonomiaan ja kompetenssiin eivät tule kohdatuksi. Vaikuttaa itseän ja ympäristöön liittyvien oletuksien muodostumiseen, mikä vaikeuttaa yksilön kykyä selviytyä ja toimia itsenäisesti.	Sosiaalinen eristäytyminen	Kokemus siitä, ettei sovi joukkoon ja ympäristöön.
		Riippuvuus/ kyvyttömyys	Kyvyttömyys huolehtia käytännön asioista, käyttää tervettä järkeä tai tehdä päätöksiä ilman toisten apua.
		Suojattomuus	Liioiteltuja pelkoja/katastrofiajatuksia liittyen esim. terveyteen, onnettomuuksiin, luonnonkatastrofeihin.
		Kietoutuneisuus/ minän kehittymättömyys	Usein korostunutta kietoutumista läheiseen ihmiseen, saattaa liittyä oman elämän suunnan puuttumiseen.
Heikentyneet rajat (III)	Sisäisten rajojen puutteellisuus. Vaikeuttaa toisten oikeuksien kunnioittamista yhteistyökykyä ja realististen tavoitteiden asettamista.	Epäonnistuminen	Uskomus siitä, että tulee epäonnistumaan, ja on lahjaton ja ilman menestymisen mahdollisuutta.
		Oikeutus	Uskomus omasta paremmuudesta ja oikeudesta etuoikeuksiin, ei noudata vastavuoroisuutta.
		Riittämätön itsekontrolli	Ilmenee haluttomuutena tai kykenemättömyytenä pitkäjänteiseen työskentelyyn.
Muut suuntautuneisuus (IV)	Liiallinen huomion suuntaaminen muiden toiveisiin omien tarpeiden kustannuksella tullakseen hyväksytyksi. Johtaa vaikeuksiin omien tunteiden ja tarpeiden tunnistamisessa.	Alistuminen	Korostunutta alistumista muiden tahdolle, omien tarpeiden ja tunteiden tukahduttamista.
		Uhrautuminen	Toisten ihmisten toiveiden ja tarpeiden noudattaminen omasta halusta, omien mahdollisuuksien menettäminen.
		Hyväksynnän haku	Itsetunto on muista ihmisistä riippuvainen, oman itsetunnon kehittymättömyys.
Ylivarovaisuus tai estyneisyys (V)	Spontaaniuden ja leikin tarpeet eivät tule kohdatuiksi. Oletus, että tulee toimia jäykkien sisäistettyjen sääntöjen mukaisesti. Johtaa omien spontaanien tunteiden ja yllykkeiden tukahduttamiseen.	Pessimismi	Ilmenee korostuneena pelkona siitä, että asiat eivät onnistu elämässä, liittyy virheiden teon pelkoa.
		Emotionaalinen estyneisyys	Ilmenee latteana ja kontrolloituna olemuksena, liittyy kritiikin välttämiseen.
		Itsekriittisyys	Liioiteltua kriittisyyttä itseä ja muita kohtaan, sisäistettyjen sääntöjen mukaan elämistä.
		Rankaisevuus	Uskomus siitä, että ihmisiä pitää rankaista virheistä, mikä johtaa tuomitsevuuteen ja vihamielisyyteen. Ei hyväksy inhimillisiä heikkouksia.

*Mukaillen Young ym., (2003); Rafaeli ym., (2011).

Ensimmäisen skeema-alueen (I) skeemoja voi ilmetä, mikäli varhaisessa kehitysympäristössä on koettu esimerkiksi irrallisuutta, väkivaltaa ja ennustamatonta käyttäytymistä. Toisen skeema-alueen (II) skeemoja voi syntyä esimerkiksi lapsuuden ympäristön tilanteissa, joissa vanhemmalla on ylisuojeleva kasvatustyyli. Kolmannen skeema-alueen (III) on kuvattu esiintyvän lapsuusajan rajattoman kasvatuksen tuloksena. Neljännen, muut suuntautuneisuuden skeema-alueen (IV) skeemoja voi ilmetä, mikäli henkilö on kasvanut lapsuutensa ehdollisen hyväksynnän ilmapiirissä, joutuen tukahduttamaan itseään saadakseen rakkautta ja hyväksyntää. Viimeisen skeema-alueen, ylivoimaisuuden ja estyneisyyden skeema-alueen (V) skeemoja voi syntyä, mikäli henkilö on kasvanut ankarassa ja tuomitsevassa ilmapiirissä, ja jossa lapsen on voitu odottaa peittävän tunteensa, välttävän virheitä ja pyrkivän täydellisyyteen. (Rafaeli ym., 2011.)

1.3 Skeemamoodit

Skeematerapian teorian mukaan varhaiset maladaptiiviset skeemat laukaisevat tunteita, kognitioita ja coping-reaktioita. Skeematerapiassa näitä lauenneita tiloja kutsutaan skeemamoodeiksi. (Bach, 2016.) Skeemamoodit ovat tietyn hetken emotionaalisia tiloja, joita laukaisevat tunteita herättävät tilanteet (Young ym., 2003). Skeemamoodeja voidaan tarkastella patologisesta ja terveestä lähtökohdasta käsin, ja ne voivat keskittyä erilaisille alueille emotionaalisista tiloista selviytymiskeinoihin, ja vanhemmilta omaksuttuihin käyttäytymistyyliin. Skeemamoodit voidaan ymmärtää useiden skeemojen yhdistelmiksi ja niihin yhteydessä oleviksi selviytymiskeinoiksi. (Young ym., 2003; Lobbetael ym., 2007.) Skeemamoodeja voidaan kartoittaa kyselylomakkeilla tutkien niiden esiintymistiheyttä ja intensiteettiä. Tutkittavan henkilön skeemamoodeja voidaan tarkastella kyselyn täyttämisen hetkellä, mutta terapeuttisista ja tutkimuksellista syistä on mielekkäämpää tutkia skeemamoodien esiintymistä henkilöllä yleisesti. (Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2012.)

Skeemamoodit jaetaan neljään päätyyppiin, joita ovat lapsimoodit, maladaptiiviset selviytymiskeinot, haitallisen vanhemman moodit sekä terveen aikuisen moodi. Lapsimoodeihin kuuluvat haavoittunut lapsi, vihainen lapsi, impulsiivinen lapsi ja leikkisä lapsi. Maladaptiivisiin selviytymismoodeihin kuuluvat suojautuja, mukautuja ja ylikompensoija. Haitallisen vanhemman moodeja ovat rankaiseva vanhempi ja vaativa vanhempi. Terveen aikuisen moodiin kuuluu terve aikuinen. Erillisiä skeemamoodeja on Youngin ja kumppaneiden (2003) luokittelun mukaan kymmenen kappaletta ja jokainen moodi on yhteydessä tiettyihin skeemoihin, lukuun ottamatta terve aikuinen ja leikkisä lapsi moodeja. (Rafaeli ym., 2011.) Skeemamoodit on esitelty kokoavasti taulukossa 3.

Lapsimoodit ovat Youngin ym. (2011) mukaan sisäsyntyisiä ja suhteellisen universaaleja, sillä kaikilla lapsilla on syntyessään valmius näihin skeemamoodeihin. Haitalliset lapsimoodit nähdään fyysisesti ja psyykkisesti kivuliaina tuntemuksina. Lapsimoodin aktivoituessa yksilö tuntee, kokee ja ajattelee samalla tapaa kuin lapsena. Kun lapsuuden tarpeet täyttyvät asianmukaisesti, henkilölle kehittyy leikkisän lapsen moodi, joka edustaa kykyä kokea ja ilmaista leikkisyyden ja onnellisuuden tuntemuksia. (Rafaeli ym., 2011; Young ym., 2003.)

Kolme haitallista selviytymismoodia ovat reagoitavuusmoodia, jotka sopivat potilaan tunnetiloihin ja käyttäytymiseen. Selviytymismoodit aktivoituvat tilanteissa, joissa yksilö yrittää suojautua kivuliailta tuntemuksilta välttämällä niitä herättäviä ärsykejä. Selviytymismoodit ovat rinnakkaisia kolmelle selviytymiskeinolle, joita ovat mukautuminen, välttäminen ja ylikompensointi. Mukautumisessa henkilö antaa periksi skeemalle, välttämässä kartetaan skeeman aktivoitumista ja ylikompensoinnissa toimitaan skeemaa vastaan. Jokainen selviytymismoodi vahvistaa ja pyrkii säilyttämään virittänyttä skeemaa. (Rafaeli ym., 2011; Young ym., 2003.)

Haitallisen vanhemman moodeja on tähän mennessä tunnistettu kaksi kappaletta, joita ovat rankaiseva vanhempi ja vaativa vanhempi. Nämä skeemamoodit ilmentävät vanhemmuuden väärinkäyttöä. Haitallisen vanhemman moodit ilmenevät sisäistyneinä ”vanhemman ääninä” perustuen siihen, miten lasta kohdeltiin vanhempien toimesta. Potilas siis ottaa vanhemman roolin ja kohtelee itseään samalla tavoin, kuin vanhempi kohteli häntä lapsuuden aikana. (Rafaeli ym., 2011; Young ym., 2003.)

Terveen aikuisen moodi luokituu moodiluokituksissa omaksi luokakseen ja juuri tätä skeemamoodia pyritään skeematerapiassa vahvistamaan. Tämä skeemamoodi näyttäytyy minuuden terveenä puolena, josta käsin hoituvat aikuisen tehtävät kuten vastuunotto, velvollisuudet ja vanhempana toimiminen. Terveen aikuisen moodin voimakkuus hillitsee lapsimoodien, haitallisten vanhemman moodien sekä selviytymismoodien vaikutusta. Terveen aikuisen moodiin liittyvät toiminnalliset kyvyt, ajatukset ja käyttäytyminen. (Rafaeli ym., 2011; Young ym., 2003; Lobbeastael ym., 2007.)

TAULUKKO 3. Skeemamoodiryhmät ja skeemamoodi kuvaukset

Skeemamoodiryhmät	Skeemamoodi	Kuvaus
Lapsimoodit	Haavoittuva lapsi	Kokee ahdistavia tai kärsimystä herättäviä tunteita, erityisesti pelkoa, surua ja avuttomuutta.
	Vihainen lapsi	Ilmaisee voimakasta vihaa, raivoa tai turhautuneisuutta reaktiona tilanteelle, jossa kokee ydintarpeidensa jäävän huomiotta.
	Impulsiivinen lapsi	Toimii impulsiivisesti tyydyttääkseen tarpeitaan ja saadakseen mielihyvää muista ihmisistä ja seurauksista välittämättä.
	Leikkisä/ tyytyväinen lapsi	Tuntee itsensä rakastetuksi, tyytyväiseksi ja muiden kanssa yhteydessä olevaksi.
Maladaptiiviset selviytymismoodit	Mukautuja	Käyttäytyy passiivisesti ja riippuvaisesti. Kokee avuttomuutta vahvemman henkilön edessä ja välttelee konflikteja.
	Suojautuja	Vetäytyy muista emotionaalisesti ja katkaisee yhteyksiä. Välttelee kohtaamisia ja eristäytyy.
	Ylikompensoija	Kontrolloi ja tekee vastahyökkäyksiä. Saattaa kompensoida myös sopeutumista muistuttavin keinoin.
Haitallisen vanhemman moodit	Rankaiseva vanhempi	Rankaisee, kritisoi ja rajoittaa itseä tai muita.
	Vaativa vanhempi	Asettaa korkeita odotuksia muita kohtaan ja painottaa ylimitoitettuun suoriutumiseen.
Terveen aikuisen moodi	Terve/toimiva aikuinen	Suhtautuu terveellä tavalla tunteisiin ja tarpeisiin. Asettaa rajoja vihaiselle ja impulsiiviselle lapselle. Hoivaa, vahvistaa ja suojelee haavoittuvaa lasta. Taistelee maladaptiivisia selviytymiskeinoja ja haitallisen vanhemman moodeja vastaan.

* Mukaillen Young ym., (2003); Rafaeli ym., (2011).

Siinä missä skeemat voidaan määritellä piirteiden kaltaisiksi ominaisuuksiksi, ovat skeemamoodit puolestaan ohimeneviä tiloja (Rafaeli ym., 2011). Kun skeemat vaikuttavat yhdellä ulottuvuudella, ovat skeemamoodit selvästi laaja-alaisempia, sillä ne voivat vaikuttaa useammalla ulottuvuudella yhtä aikaa. Skeemat ovat myös melko pysyviä, kun taas skeemamoodien ilmenemiseen vaikuttaa vahvasti sen hetkinen emotionaalinen tila. (Lobbestael ym., 2007.)

1.4. Skeemamoodit epävakaan persoonallisuuden hoidossa ja oirekuvassa

Skeematerapian teorian mukaan persoonallisuushäiriödiagnoosin saaneilla henkilöillä voi olla vahvempia skeemoja ja niitä voi olla enemmän kuin terveillä henkilöillä. Persoonallisuushäiriöihin liittyvät skeemat eivät kuitenkaan ole erilaisia kuin terveillä ihmisillä. Kaikilla ihmisillä ajatellaan esiintyvän myös skeemamoodeja, mutta mielenterveyshäiriöiden vakavuus liittyy lisääntyneeseen skeemamoodien määrään ja niiden aktiiviseen vaihteluun. Lisäksi persoonallisuushäiriöpotilailla korostuu selviytymiskeinojen liioittelu. Itse skeemamoodin käsitteen on esitetty syntyneen epävakaa persoonallisuus -potilaiden kanssa työskennellessä, sillä näillä potilailla voi olla hyvin laaja kirjo skeemoja ja heidän tunnetilansa voivat vaihdella äkkiäisesti. Skeemamoodien kanssa työskentelyn on ajateltu tarjoavan yksinkertaisemman työskentelymallin epävakaa persoonallisuus -potilaiden hoitoon. (Young ym., 2003.) Skeematerapiassa on tarkoituksena vähentää epävakaa persoonallisuus -potilaan haitallisten skeemojen ja skeemamoodien joustamattomuutta ja voimakkuutta, ja samalla vahvistaa terveitä skeemamoodeja (Arntz, 2015).

Young ja kumppanit (2003) ovat määritelleet epävakaalle persoonallisuudelle tyypillisiksi neljä tunnusomaista skeemamoodia, joita ovat haavoittuva lapsi, vihainen lapsi, rankaiseva vanhempi ja suojautuja. Epävakaan persoonallisuuden skeemamoodien tyypillisyyttä ja tasoja on tutkittu ja Youngin ym. (2003) teoriaa tukevia yhteyksiä on löydetty. Esimerkiksi Arntzin, Klokmanin ja Sieswerdanin (2005) tutkimuksen mukaan suojautujan, rankaisevan vanhemman, vihaisen lapsen ja haavoittuvan lapsen skeemamoodit esiintyivät epävakaalle persoonallisuudelle korostuneen vahvoina, kun taas yhteydet terveen aikuisen moodiin näyttäytyivät matalina. Myös Lobbestael, Vreeswijk ja Arntz (2008) tutkivat skeemamoodien yhteyksiä eri tyyppisiin persoonallisuushäiriöihin. Epävakaan persoonallisuuden ja skeemamoodien väliltä löytyi useita tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä (.31–.06). Myös heidän tutkimuksessaan vahvimmat yhteydet epävakaaseen persoonallisuuteen oli vihaisen lapsen, impulsiivisen lapsen, haavoittuvan lapsen ja suojautujan moodeilla, joskin yhteyksiä myös muihin skeemamoodeihin löytyi. Yhteydet terveeseen aikuiseen ja leikkisään lapseen olivat negatiiviset. (Lobbestael ym., 2008.)

Youngin ym., (2003) mukaan haavoittuvan lapsen moodissa aktivoituu sisäisesti kärsivä lapsi, joka kokee avuttomuutta, surua ja kauhunsekaisia tuntemuksia. Henkilö voi kokea valtavaa tuskaa ja luopumisen pelkoa, joka voi liittyä aiempiin hylkäämisen, kaltoinkohtelun tai alistumisen kokemuksiin. Haavoittuneen lapsen moodi voi herätä tilanteissa, joissa on tulkittavissa uhkaavaa hylkäämisen tai väärinkäytön vaaraa. Vihaisen lapsen moodissa taas potilaassa herää kapinoivuus oletettua epäoikeudenmukaisuutta vastaan, ja keskiössä ovat vihan täyttämät aggressiiviset ja manipulatiiviset tunteet. Vihaisen lapsen moodissa saattaa olla aktivoituneena samoja skeemoja kuin haavoittuvan lapsen moodissa, mutta tunnetila on vihan täyttämä. (Young ym., 2003.) Etenkin haavoittuvan lapsen moodi on mielletty epävakaille potilaille tyypilliseksi ja on ajateltu, että epävakaat potilaat toimivan usein emotionaalisesti lapsen tasolla. Vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodit voivat aktivoitua tilanteissa, joissa on havaittavissa laiminlyöntiä tai huonoa kohtelua. Epävakaiden henkilöiden impulsiivisen ja vihaisen lapsen moodit voivat tuoda haasteita sekä terapiasuhteisiin että sosiaalisiin suhteisiin. (Kellogg & Young, 2006.)

Rankaisevan vanhemman moodissa aktivoituu potilaan sisäistämä raivo tai vihamielisyys, jonka hän on omaksunut lapsena nähdessään vanhemman/vanhempien vihamielisen käyttäytymisen. Tässä skeemamoodissa potilas syyttää, arvostelee ja rankaisee itseään, sekä varoittaa tekemästä virheitä ja rankaisee niistä. Rankaisevan vanhemman moodissa potilas rankaisee haavoittuvaa lasta. Epävakaa persoonallisuus -potilaiden skeemamoodien on havaittu vaihtuvan usein rankaisevan vanhemman ja haavoittuvan lapsen välillä. Suojautujan moodin aktivoituessa potilas taas tukahduttaa tunteensa ja vetäytyy, jotta voisi suojautua haavoittuvuuden kivulta. Tällöin potilas tuntee usein olonsa turraksi tai tyhjäksi. Suojautujan moodin on kuvattu palvelevan kipeiden tunnekokemusten välttämistä suojamuurin tavoin. (Young ym., 2003; Karila 2008.)

Terveen aikuisen moodi ei ole hyvin kehittynyt epävakailta potilailta (Young ym., 2003; Karila 2008). Terveen aikuisen moodin esiintyvyyden ollessa normaalilla tasolla, ihminen pystyy tunnistamaan ja kokemaan eri skeemamoodeja samanaikaisesti menettämättä tunnetta yhtenäisestä itsestään (Lobbestael, ym., 2007). Skeemamoodit voivat vaihtua skeemamoodista toiseen hyvin äkillisesti ja voimakkaasti epävakaa persoonallisuus -potilailta, joilla on heikosti kehittynyt terveen aikuisen moodi (Young ym., 2003). Kun henkilö, jolla on epävakaa persoonallisuus, kohtaa elämässään turhautumisia, aktivoituu hänellä tyypillisemmin vihaisen lapsen, kuin terveen aikuisen moodi. Vihaisen lapsen moodin aktivoituessa vihamielinen ja impulsiivinen käyttäytyminen ottaa vallan. (Rafaeli ym., 2011.)

Myös yleisemmin persoonallisuushäiriöiden klinisiä piirteitä ja niiden yhteyksiä skeematerapian rakenteisiin on tutkittu. Esimerkiksi Bachin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa todettiin skeematerapian rakenteen olevan suhteellisen yhtenäinen DSM-5:n The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) -mittarin piirteiden kanssa. PID-5 mittari on 220 kysymyksen itsearviointikysely, jolla kartoitetaan persoonallisuuden patologisia piirteitä. Tutkimukseen osallistuneista tutkittavista suurimmalla osalla oli yksi tai useampi klusterin B tai C persoonallisuushäiriö, sekä mahdollisesti samanaikainen syömishäiriö, ahdistuneisuushäiriö tai masennus. Tutkimuksen mukaan piirteiden ja skeematerapian rakenteen välillä oli yhteyksiä. Piirteistä negatiivinen affektiivisuus liittyi muun muassa haavoittuvan lapsen, vihaisen lapsen ja vaativan vanhemman moodeihin sekä terveen aikuisen moodin vähyyteen. Irrallisuuden tunteen piirre oli yhteydessä suojaautujan moodiin, ja antagonismin piirre liittyi esimerkiksi vihaisen lapsen ja haavoittuvan lapsen moodien vähyyteen. Rajojen puutteiden ja psykoottisuuden piirteiden yhteyksistä skeemamoodeihin havaittiin myös vastaavia yhteyksiä. Tutkimuksen mukaan yhteydet olivat kokonaisuudessaan johdonmukaisia sekä skeemojen että skeemamoodien kohdalla. Tutkimuksessa tuotiin esiin, että persoonallisuushäiriöiden klinisiä piirteitä ja siten hoidon suunnittelua voitaisiin tulkita myös skeematerapian käsitteiden kautta. (Bach, ym. 2016.)

Vaikka epävakaata persoonallisuutta skeematerapian teoreettisessa viitekehyksessä on tutkittu laajemmin, on epävakaan persoonallisuuden oireiden ja skeemamoodien yhteyksiä tutkittu suhteellisen vähän. Joitakin tutkimuksia on kuitenkin olemassa. Esimerkiksi Barazandeh, Kissane, Saeedi ja Gordon (2018) tarkastelivat epävakaa persoonallisuus -diagnoosin saaneiden potilaiden dissosiaatio-oireen yhteyttä skeemamoodeihin nuorilla (14-24v, n=42). Tutkimuksessa vahvimmat yhteydet dissosiaatioon löydettiin impulsiivisen lapsen, rankaisevan vanhemman, vaativan vanhemman, vihaisen lapsen, suojaautujan ja haavoittuvan lapsen moodeista. Merkittävästi dissosiaation ilmenemistä ennustavat skeemamoodit olivat suojaautujan ja impulsiivisen lapsen moodit. Tätä aiemmin Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles ja O’Kane (2009) olivat tutkineet toimimattomien skeemamoodien, lapsuudenajan traumojen ja epävakaan persoonallisuuden dissosiaation yhteyksiä aikuisilla. Johnston ym. (2009) tutkimuksessa havaittiin, että impulsiivisen ja vihaisen lapsen moodit ennustivat korkeampia dissosiaatio pisteitä, kun taas lapsuuden ajan traumailla ei havaittu vaikutusta dissosiaatioon.

Laajemmin skeematerapian rakenteen ja epävakaan persoonallisuuden oirekriteerejä ovat tarkastelleet esimerkiksi Bach & Lobbestael (2018). He tarkastelivat tutkimuksessaan sekä

skeemojen että skeemamoodien yhteyksiä epävakaa persoonallisuuden oirekriteereihin. Heidän tutkimuksessaan skeemoja kartoitettiin Young Schema Questionnaire- Short Form 3 (YSQ-S3) -mittarilla, skeemamoodeja Schema Mode Inventory -mittarilla (SMI), ja epävakaa persoonallisuuden oireita kartoitettiin yhdeksän oirekriteeriä käsittävällä Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II -mittarilla (SCID-II). Tutkimuksen mukaan skeemat ja skeemamoodit olivat yhteydessä epävakaa persoonallisuuden oireisiin. Tutkimuksen jatkotutkimustarpeiksi esitettiin esimerkiksi se, että skeematerapian rakenteellisia yhteyksiä olisi tärkeää tarkastella myös suhteessa epävakaa persoonallisuuden oireiden vakavuuteen. (Bach & Lobbestael, 2018.)

2. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA -HYPOTEESEIT

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää skeemamoodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden yhteyksiä sekä sitä, miten skeemamoodit selittävät epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuutta.

Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä ja millaisia yhteyksiä on skeemamoodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden välillä?
2. Miten skeemamoodit selittävät epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuutta?

Hypoteesi 1.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että skeemamoodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden väliltä löytyy yhteyksiä etenkin vihaisen ja haavoittuvan lapsen moodien, suojautujan moodin sekä rankaisevan vanhemman moodin kohdalta (Lobbestael ym., 2008; Arntz ym., 2005; Bach ym., 2018). Lisäksi voidaan olettaa, että terveen aikuisen sekä leikkisän lapsen moodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden väliltä yhteydet ovat negatiiviset aiempia tutkimusta mukaillen (Bach & Bernstein, 2019; Bach, 2018).

Hypoteesi 2.

Skeemamoodit selittävät epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuutta.

3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Aineisto ja sen kerääminen

Tässä tutkimuksessa käytetään Virpi Leppäsen vuonna 2015 julkaistun väitöskirjan ”Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa” aineistoa. Tutkittavat rekrytoitiin Oulun mielenterveyspalveluiden hoidon piiriin kuuluvista potilaista. Potilaiden tuli olla iältään yli 20-vuotiaita ja kärsiä vaikea-asteisesta epävakaasta persoonallisuudesta. Diagnoosi tuli olla todennettu SCID-II-haastattelulla (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1994). Rekrytoitavilla potilailla tuli olla takanaan hoito-organisaatiossa vähintään yksi hoitajakso, joka ei ollut johtanut merkittävään oireiden vähenemiseen. Tutkimukseen ei valittu niitä potilaita, joilla oli todettu pitkäaikainen psykoottinen häiriö, tyypin 1 kaksisuuntainen mielialahäiriö, neuropsykiatrinen häiriö tai vakava päihdeongelma. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavat saivat etukäteen tutkimuksen tarkoituksesta tietoa. Osallistuneiden itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin ja he saivat halutessaan myöhemmin kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta syytä ilmoittamatta. Leppäsen tutkimuksen tutkimussuunnitelman Oulun mielenterveyspalvelujen hoitomallitutkimuksesta hyväksyi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eettinen toimikunta 25.6.2015. (Leppänen, 2015.)

3.2 Tutkimusmenetelmät

Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) on epävakaan persoonallisuuden oireiden kartoittamista varten kehitetty puolistrukturoitu haastattelu. Tässä tutkimuksessa käytettiin BPDSI-IV suomennettua versiota (Leppänen, 2015). BPDSI-IV -versiossa on yhdeksän DSM-IV -tautiluokituksen oirekriteeriä ja kyselyssä on yhteensä 70 kysymystä. Jokainen kysymyskohta pisteytetään asteikolla 0–10: nolla tarkoittaa sitä, ettei oiretta ole ilmennyt ja 10 pistettä viittaa siihen, että oiretta on ollut päivittäin. Ainoastaan identiteettiosiossa pisteytys tapahtuu Likert-asteikolla 0–4. Kysymysosioiden pisteistä lasketaan keskiarvopistemäärät jokaiselle oireelle ja keskiarvopistemäärät lasketaan yhteen, jolloin saadaan kokonaispistemäärä BPDSI-IV -haastattelulle. Epävakaan persoonallisuuden vaikeaoireisuuden rajana pidetään kokonaispistemäärä 20. BPDSI-IV:n kartoittamia oireita ovat hylätyksi tuleminen, ihmissuhteet, identiteetti, impulsiivisuus, parasuisidaalisuus, affektiivinen epävakaus, tyhjyyden tunne, vihanpurkaukset ja dissosiaatio/ epäluuloinen ajattelu. (Giesen-Bloo, Wachers, Schouten, Arnzt, 2010; American Psychiatric Association, 2013) BPDSI-IV -haastattelun sisäinen yhteneväisyys kaikkien mittarin kysymysten

perusteella osoittautui hyväksi (Cronbachin $\alpha=0.89$). Yhdeksän kysymysosion (alaskaalan) reliabiliteettikerroin vaihteli välillä 0.53–0.77, ylittäen neljässä kysymysosiossa hyväksyttävän rajan (>0.7).

Skeemamoodeja kartoitettiin Youngin ja kumppaneiden (2004) kehittämällä Young Atkinson Mode Inventory (YAMI-PM 1-A) mittarin suomenkielistä käännöstä (Karila ym. 2004). Kyselylomakkeessa on 186 väittämää, joihin vastataan 6 portaisella Likert asteikolla (1= ”en kertaakaan tai juuri lainkaan”, 6 = ”koko ajan”). Väittämät on luokiteltu kymmenen keskeisen skeemamoodin alle. Jokaisen skeemamoodin vahvuus lasketaan esiintymistiheyden ja intensiteetin mukaan ja näin saadaan skeemamoodin väitteiden pisteiden keskiarvo. Väittämissä tarkastellaan kuukauden takaista aikaa ennen lomakkeen täyttämistä. (Young, Atkinson, Arntz, Engels & Weishaar, 2004.) YAMI-PM 1-A mittarin sisäinen yhteneväisyys osoittautui erittäin hyväksi (Cronbachin $\alpha=0.939$).

YAMI-PM 1-A mittarin vastauksista muodostettiin 10 summamuuttujaa keräämällä tiettyjä skeemamoodeja mittaavat kysymykset omiksi summamuuttujikseen. Kymmenestä skeemamoodista saatiin näin 10 summamuuttujaa. BPDSI-IV mittarin vastauksista muodostettiin 9 summamuuttujaa oireluokkien mukaan.

3.3. Tutkittava aineisto ja poissulkukriteerit

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Leppäsen (2015) aineiston ensimmäistä mittauskertaa, jossa $n=71$. Tutkimusjoukosta kymmenen vastaajaa jätettiin pois joko kokonaan tai suurilta osin tyhjän YAMI-PM 1-A:n vuoksi. Lopulliseen aineistoon jäi siis 61 henkilöä ($n=61$). Puuttuvien tietojen korvaamiseksi tehtiin joitakin korjauksia. Tutkimuksessa 11:n ($n=11$) henkilön kohdalla oli hyvin pieniä yksittäisiä katovastauksia (jäänyt tyhjäksi 1-3 kysymystä). Näistä henkilöistä yhdellä vastaajalla oli jäänyt tyhjäksi terveen aikuisen kysymysosio, mikä jätettiin tyhjäksi myös aineistoon. Lisäksi kolmella henkilöllä oli tyhjiä vastauksia 6-11 kysymyksen kohdalla ja kolmella koehenkilöllä oli 15-20 tyhjää vastauskohtaa. Vastaukset korjattiin laskemalla ja täydentämällä vastauksiin henkilön vastausten keskiarvo kyseisessä kysymysosiossa. Metsämuurosen (2003) mukaan yksittäisten puuttuvien havaintojen korvaaminen on tärkeää etenkin pienimmissä aineistoissa tilastollisten analyysien vuoksi. Keskiarvon käyttö puuttuvien havaintojen korvaamiseksi on yksi turvallisin vaihtoehto, etenkin kun käytetään pienemmän osaston keskiarvoa koko aineiston keskiarvon sijasta (Metsämuuronen, 2003).

Tutkimukseen osallistuneista potilaista (N=61) suurin osa, 85,2%, oli naisia. Valtaosa potilaista oli naimattomia, ammattikoulun, peruskoulun tai lukion käyneitä ja työkyvyttömiä (sairauspäivärahalla, kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä). Keski-ikä oli hieman korkeampi tutkimukseen osallistuneilla miehillä (38,1 vuotta) kuin naisilla (31,0 vuotta). Siviilisäädyltään miesten joukossa oli enemmän eronneita tai leskeksi jääneitä (33,3%) kuin naisten (19,2%). Tutkimukseen osallistuneet miehet olivat suuremmalta osin toimihenkilöitä tai yksityisyrittäjän positiossa (77,8%). Naisten vastaava määrä oli 21,1%. Muuten sukupuolten väliltä ei löytynyt suurempia eroja siviilisäädyn, koulutuksen, ammatin tai työkykyisyyden suhteen. Tutkittavien tarkemmat sosiodemografiset tiedot on esitelty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Osallistujien sosiodemografiset tiedot

Muuttuja	Naiset (n=52, 85.2%)	Miehet (n=9, 14.8%)	Yhteensä (n=61)
Ikä vuosina KA (KH)	31.0 (8.1)	38.1 (9.4)	32.1 (8.6)
Siviilisäät			
Naimisissa/avoliitossa	17 (32.7%)	4 (44.4%)	21 (34.5%)
Naimaton	25 (48.1%)	2 (22.2%)	27 (44.3%)
Eronnut tai leski	10 (19.2%)	3 (33.3%)	13 (21.3%)
Koulutus			
Peruskoulu/lukio	18 (34.6%)	0 (0%)	18 (29.5%)
Ammattikoulu/ammattikursseja	24 (45.8%)	3 (33.3%)	27 (44.2%)
AMK/Yliopistotutkinto	9 (17.3%)	4 (44.4%)	13 (21.4%)
AMK/yliopisto-opinnot kesken	1 (1.9%)	2 (22.2%)	3 (4.9%)
Ammatti			
Työntekijänä ilman ammatillista koulutusta	23 (44.2%)	1 (11.1%)	24 (39.3%)
Ammattikoulutettu työntekijä	18 (34.6%)	1 (11.1%)	19 (31.1%)
Toimihenkilö/yksityisyrittäjä	11 (21.1%)	7 (77.8%)	18 (29.5%)
Työkykyisyys			
Osa- tai kokoaikatyössä	7 (13.4%)	2 (22.2%)	9 (14.7%)
Työtön tai opiskelija	9 (17.3%)	2 (22.2%)	11 (18.0%)
Sairaslomalla tai kuntoutustuella	29 (55.8%)	4 (44.4%)	33 (54.1%)
Työkyvyttömyyseläkkeellä	7 (13.5%)	1 (11.1%)	8 (13.1%)

KA= keskiarvo KH= keskihajonta

3.4 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) Windows-ohjelmalla. Luokkamuuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoimalla sekä Khiin neliö- testillä. Jatkuvien muuttujien (BPDSI-IV ja YAMI-PM 1-A) normaalisuutta tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Aineisto analysoitiin parametrisilla testeillä. Tilastollisena analyysimenetelmänä ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla käytettiin Pearsonin korrelaatiota ja toisen tutkimuskysymyksen kohdalla lineaarista regressioanalyysiä. Regressioanalyysissa riippuvana (dependent) muuttujana käytettiin BPDSI-IV:n kokonaispistemäärää ja selittävinä (independent) muuttujina sukupuolta, ikää sekä kerrallaan jokaista skeemamoodiryhmää (lapsimoodit, vanhemman moodit, maladaptiiviset selviytymismoodit ja terveen aikuisen moodi).

4. TULOKSET

4.1 Muuttujien taustatiedot

Muuttujien vaihteluvälit, keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty Taulukossa 5. BPDSI-IV -kyselystä havaittiin vahvoina oireina erityisesti affektiivinen epävakaus (Keskiarvo=KA 7.33) ja tyhjiydentunne (KA 6.00). Myös identiteettiin liittyvät häiriöt olivat korkealla tasolla (KA 2.00, huomioi vaihteluväli 0–4). Skeemamoodien joukosta vahvoina ilmenivät etenkin haavoittuva lapsi (KA 3.43) mukautuja (KA 3.10), suojautuja (KA 3.20), vaativa vanhempi (KA 3.22) sekä terve aikuinen (KA 3.09). Vaihteluväli skeemamoodien voimakkuudessa YAMI-PM 1-A kyselyssä oli 1-6.

TAULUKKO 5. BPDSI-IV ja YAMI-PM 1-A muuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit

		Muuttujat	KA	KH	Vaihteluväli
BPDSI-IV	Epävakaata persoonallisuutta -oireet	Hylätyksi tuleminen	2.12	1.52	0-10
		Ihmissuhteet	1.81	1.30	0-10
		Identiteetti	2.00	0.84	0-4
		Impulsiivisuus	1.59	1.11	0-10
		Parasuisidaalisuus	0.94	1.02	0-10
		Affektiivinen epävakaus	7.33	2.09	0-10
		Tyhjiyden tunne	6.00	2.55	0-10
		Vihanpurkaukset	2.12	1.73	0-10
		Dissosiaatio ja epäluuloinen ajattelu	2.48	2.05	0-10
YAMI-PM 1-A	Lapsimoodit	Haavoittuva lapsi	3.43	1.06	1-6
		Vihainen lapsi	2.92	1.04	1-6
		Impulsiivinen lapsi	2.91	1.00	1-6
		Leikkisä/ tyytyväinen lapsi	2.71	0.93	1-6
	Maladaptiiviset selviytymismoodit	Mukautuja	3.10	1.01	1-6
		Suojautuja	3.20	0.87	1-6
		Ylikompensoija	2.40	0.68	1-6
	Haitallisen vanhemman moodit	Rankaiseva vanhempi	2.71	0.95	1-6
		Vaativa vanhempi	3.22	1.19	1-6
	Terveen aikuisen moodi	Terve/toimiva aikuinen	3.09	0.78	1-6

KA = keskiarvo; KH = keskihajonta

BPDSI (Borderline Personality Severity Index)

YAMI-PM 1-A (Young Atkinson Mode Inventory)

4.2 Skeemamoodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden yhteydet

Pearsonin korrelaation avulla tarkasteltiin skeemamoodien ja oireiden välisiä korrelaatioita. Muuttujien väliset korrelaatiot on esitetty taulukossa 6. Korrelaatiotarkastelut osoittivat, että kahdeksan skeemamoodia kymmenestä oli heikossa tai keskinkertaisessa lineaarisessa yhteydessä BPDSI-IV -mittarin oireiden kokonaispistemäärän kanssa ($r=.28 - .53$). Yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$) tai erittäin merkitseviä ($p < .001$).

Lapsimooideista haavoittunut lapsi korreloi tilastollisesti erittäin merkittävästi viiden eri oireen kanssa ($r=.34 - .44$, $p < .001$) ja merkitsevästi yhden oireen, identiteetin, kanssa ($r=.31$, $p < .05$). Vihaisen lapsen moodi korreloi tilastollisesti erittäin merkittävästi myös viiden eri oireen kanssa ($r=.34 - .53$, $p < .001$) ja merkitsevästi yhden oireen kanssa ($r=.26$, $p < .05$). Impulsiivisen lapsen moodi korreloi tilastollisesti erittäin merkittävästi kahden ($r=.40 - .43$, $p < .001$) ja tilastollisesti merkittävästi kahden ($r=.30 - .32$, $p < .05$) eri oireen kanssa. Leikkisän lapsen moodi oli negatiivisessa lineaarisessa yhteydessä kaikkiin oireisiin, joista erittäin merkitsevästi kolmeen eri oireeseen ($r=-.27 - -.38$, $p < .001$) ja merkitsevästi kahteen oireeseen ($r=-.27 - -.32$, $p < .05$). BPDSI-IV -mittarin oireista erottui lapsimoodien kohdalla erityisesti identiteetti, parasuisidaalisuus, affektiivinen epävakaumus ja vihan purkaukset ($r=-.36 - .53$). Vähintään kolme lapsimoodia neljästä oli tilastollisesti merkitsevissä lineaarisessa yhteydessä näiden oireiden kanssa.

Maladaptiivisista selviytymismooideista mukautuja korreloi tilastollisesti erittäin merkitsevästi viiden eri oireen kanssa ($r=.33 - .41$, $p < .001$) ja merkitsevästi kahden oireen kanssa ($r=.29 - .33$, $p < .05$). Suojautujan moodi korreloi erittäin merkitsevästi viiden eri oireen kanssa ($r=.34 - .44$, $p < .001$) ja merkitsevästi yhden oireen kanssa ($r=.31$, $p < .05$). Ylikompensoijan moodi oli tilastollisesti erittäin merkittävässä lineaarisessa yhteydessä yhden oireen kanssa ($r=.42$, $p < .001$) ja tilastollisesti merkittävässä yhteydessä kahden oireen kanssa ($r=.28$, $p < .05$).

Haitallisista vanhemman moodeista rankaiseva vanhempi korreloi erittäin merkittävästi neljän oireen kanssa ($r=.35 - .43$, $p < .001$) ja merkitsevästi yhden oireen kanssa ($r=.26$, $p < .05$). Vaativan vanhemman moodi sen sijaan ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi minkään oireen kanssa, mutta se oli negatiivisesti yhteydessä hylätyksi tulemisen oireen kanssa. Terveen aikuisen moodi oli negatiivisessa yhteydessä kahdeksaan oireeseen yhdeksästä. Voimakkain negatiivinen korrelaatio terveen aikuisen moodin ja oireen väliltä oli identiteetin ($r=-.38$, $p < .001$) kohdalla.

TAULUKKO 6. Pearsonin korrelaatiot BPDSI-IV oireiden ja YAMI-PM 1-A

moodien välillä

BPDSI oiredimensiot √	Haavoittuva lapsi	Vihainen lapsi	Impulsii- vinen lapsi	Leikkisä lapsi	Mukautuja	Suojautuja	Ylikompen- soija	Rankaiseva vanhempi	Vaativa vanhempi	Terve aikuinen
Hylätyksi tuleminen	.374**	.335**	.090	-.141	.286*	.169	.068	.202	-.045	.014
Ihmissuhteet	.053	.166	.101	-.111	.331**	.153	.180	.106	.212	-.146
Identiteetti	.305*	.367**	.428**	-.369**	.411**	.391**	.249	.400**	.120	-.375**
Impulsiivisuus	.027	.187	.403**	-.129	.325**	.149	.277*	.257*	.031	-.216
Parasuisidaalisuus	.442**	.412**	.145	-.380**	.350**	.341**	.227	.428**	.215	-.150
Affektiivinen epävakaus	.395**	.424**	.239	-.358**	.327*	.425**	.165	.352**	.124	-.236
Tyhjyyden tunne	.335**	.163	.298*	-.098	.217	.435**	.143	.249	.135	-.023
Vihanpurkaukset	.394**	.534**	.316*	-.268*	.355**	.308*	.418**	.394**	.175	-.054
Dissosiaatio ja epäluuloinen ajattelu	.244	.264*	.066	-.066	.160	.385**	-.040	.220	.130	-.065
Overall	.488**	.510**	.364**	-.321*	.473**	.532**	.281*	.461**	.200	-.189

** $p < .001$ * $p < .05$ (two-tailed)

BPDSI (Borderline Personality Severity Index)

YAMI-PM 1-A (Young Atkinson Mode Inventory)

4.3 Skeemamoodien yhteydet epävakkaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen

Skeemamoodien yhteyttä epävakkaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen tutkittiin regressioanalyysin avulla. Selittävinä muuttujina ovat skeemamoodit ja selitettävänä muuttujana BPDSI-IV -kyselyn oireiden kokonaisjoukko. Sukupuoli ja ikä valittiin kontrolloitaviksi tekijöiksi. Regressioanalyysillä pyrittiin siis tarkastelemaan selittävätkö skeemamoodit BPDSI-IV:n oireiden voimakkuuksia kokonaisjoukossa. Regressioanalyysin muuttujien väliset selitysosuudet on esitetty taulukossa 7.

Regressioanalyysi, jossa selitettiin BPDSI-IV:n oireiden voimakkuutta lapsimoodien, sukupuolen ja iän avulla oli tilastollisesti merkittävä ($F = 6.91$, $p < .001$, $R = .434$). Tärkein selittäjä oli vihaisen lapsen moodi ($\beta = 2.627$, $t = 2.075$, $p < .043$), lisäksi iällä havaittiin tilastollisesti merkitsevä negatiivinen yhteys BPDSI-IV:n oireisiin ($\beta = -.349$, $t = -3.234$, $p < .002$).

Tilastollisesti merkittävä yhteys on myös maladaptiivisten selviytymismoodien, iän ja sukupuolen selittäessä BPDSI-IV:n oireiden voimakkuutta ($F = 9.27$, $p < .001$, $R = .457$). Maladaptiivisista selviytymismooodeista merkittävimmät selittäjät ovat mukautuja ($\beta = 2.888$, $t = 2.662$, $p < .01$) ja

suoja- ja tuen ($\beta = 3.601$, $t = 2.908$, $p < .005$). Myös iän suhteen löytyi pieni tilastollisesti merkittävä negatiivinen selitysosuus.

Haitallisten vanhempimoodien, sukupuolen ja iän selityksessä BPDSI-IV:n oireisiin, havaittiin tilastollisesti merkittävä yhteys ($F = 6.69$, $p < .001$, $.323$). Tärkein selittäjä oli rankaisevan vanhemman moodi ($\beta = 3.543$, $t = 3.120$, $p < .003$).

Terveen aikuisen moodin, sukupuolen ja iän selityksessä BPDSI-IV:n oireiden voimakkuuteen oli tilastollisesti merkittävä ($F = 3.94$; $p < .01$ $R = .130$). Terveen aikuisen moodi oli negatiivisessa yhteydessä oireisiin ($\beta = -1.740$, $t = -0.157$, $p < .211$)

Regressioanalyysissä R^2 -luku vaihteli (.457 - .323) välillä, mikä tarkoittaa sitä, että skeemamoodien avulla pystyttiin selittämään suhteellisen hyvin BPDSI-IV:n oireiden vakavuutta. Maladaptiiviset selviytymismoodit, ikä ja sukupuoli selittivät regressioanalyysissä 45,7% BPDSI-IV:n oireiden vakavuuden vaihtelusta. Myös lapsimoodilla, sukupuolella ja iällä oli suhteellisen hyvä (43,4%) selitysosuus oireiden vaihteluun. Haitalliset vanhempimoodit, sukupuoli ja ikä selittivät 32,3% oireiden vaihtelusta. Terveen aikuisen moodi, sukupuoli ja ikä selittivät puolestaan 41,8 % BPDSI-IV:n oireiden vaihtelusta regressioanalyysissä. Terveen aikuisen moodi oli negatiivisessa yhteydessä BPDSI-IV:n oireisiin.

TAULUKKO 7. Lineaarinen regressio analyysi skeemamoodiryhmistä, sukupuolesta ja iästä selittävinä muuttujina BPDSI-IV:n kokonaisorepistemäärän vaihtelulle.

Skeemamoodiryhmät	Muuttujat	B	KH	t	p	R ²
Lapsimoodit						.434*
	Haavoittuva lapsi	1.547	1.258	1.230	.224	
	Vihainen lapsi	2.627	1.266	2.075	.043	
	Impulsiivinen lapsi	.334	1.071	.312	.756	
	Leikkisä/tyytyväinen lapsi	-1.260	1.054	-1.195	.237	
	Sukupuoli	1.067	2.693	.396	.693	
	Ikä	-.349	.108	-3.234	.002	
Maladaptiiviset selviytymismoodit						.457*
	Mukautuja	2.888	1.085	2.662	.010	
	Suojautuja	3.601	1.238	2.908	.005	
	Ylikompensoija	-1.244	1.566	-.795	.430	
	Sukupuoli	-.309	2.542	-.121	.904	
	Ikä	-.344	.104	-3.299	.002	
Haitallisen vanhemman moodit						.323*
	Rankaiseva vanhempi	3.534	1.133	3.120	.003	
	Vaativa vanhempi	.515	.883	.583	.562	
	Sukupuoli	-.609	2.822	-.216	.830	
	Ikä	-.330	.116	-2.844	.006	
Terveen aikuisen moodi						.418*
	Terve/toimiva aikuinen	-1.740	1.376	-.157	.211	
	Sukupuoli	-3.320	3.090	-.138	.287	
	Ikä	-.308	.129	-.309	.020	

B = Regressiokerroin; KH = keskihajonta p = p-arvo; R² = Selitysosuus mallissa; t= t-arvo;

*p < .05

BPDSI (Borderline Personality Severity Index)

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin skeemamoodien yhteyksiä epävakaan persoonallisuuden oireisiin sekä sitä, voidaanko skeemamooodeilla selittää oireiden vakavuutta. Tutkimuksessa vakioitiin iän ja sukupuolen yhteys epävakaan persoonallisuuden oireisiin sekä skeemamoodien esiintyvyyteen. Tutkimuksen aineisto koostui vaikeaoireisista potilaista, joilla oli todettu epävakaata persoonallisuutta. Seuraavaksi tarkastellaan tutkimuksen päätuloksia, minkä jälkeen siirrytään tarkastelemaan tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia, sekä tutkimuksen merkitystä ja jatkotutkimustarpeita.

5.1 Tutkimuksen päätulokset

Tutkimustulosten pohjalta havaittiin potilaiden itse arvioimien skeemamoodien esiintyvyyden ja klinikon arvioimien oireiden esiintyvyyden olevan yhteydessä toisiinsa. Myös oireiden vakavuutta pystyttiin selittämään skeemamooodeilla. Merkittävimmät yhteydet olivat haavoittuvan ja vihaisen lapsen moodien, suojautujan moodin ja rankaisevan vanhemman moodin sekä epävakaan persoonallisuuden oireiden välillä. Myös leikkisän lapsen ja terveen aikuisen moodit olivat molemmat negatiivisessa yhteydessä kaikkiin oireisiin. Koska potilaiden itsearvioidut skeemamoodit ja kliinisessä haastattelussa tunnistetut oireet olivat yhteydessä toisiinsa, voidaan potilaan itsearviointina mitattujen skeemamoodien ajatella tukevan epävakaan persoonallisuuden oirekuvan muodostamista. Tätä voidaan pitää erityisen huomionarvoisena tulosten pohdinnan ja merkityksen kannalta.

Tuloksissa huomiota kiinnitti myös identiteettioireen yhteys kahdeksaan skeemamoodiin kymmenestä. Identiteetin merkitystä epävakaassa persoonallisuudessa on tutkittu aiemminkin. Esimerkiksi Wilkinson-Ryanin ja Westenin (2000) tutkimuksen mukaan ongelmat identiteetissä olivat laaja-alaisia ja vakavampia epävakaassa persoonallisuudessa verrattuna muihin persoonallisuushäiriöihin ja testiryhmään, jonka edustajilla ei ollut persoonallisuushäiriötä.

Lapsimoodit ja epävakaan persoonallisuuden oireet

Lapsimooodeissa korostuivat yhteydet hylätyksi tulemisen, identiteetin, parasuisidaalisuuden, affektiivisen epävakaan ja vihanpurkausten oireisiin. Erityisesti tuloksissa korostuivat haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodien yhteydet epävakaan persoonallisuuden oireisiin. Lisäksi huomionarvoista oli se, että lapsimooodeista ainoastaan haavoittuvan lapsen moodi oli

yhteydessä tyhjyydentunteeseen. Tutkimustuloksissa olennaista oli myös leikkisän lapsen moodin negatiiviset yhteydet kaikkiin epävakaan persoonallisuuden oireisiin. Epävakaan persoonallisuuden oireiden kokonaisuutta tarkastellessa, lapsimoodista haavoittuvan ja vihaisen lapsen moodit näyttäytyivät tärkeimpinä selittäjinä oirehinnan vakavuudelle.

Haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodit olivat molemmat yhteydessä hylätyksi tulemisen, parasuisidaalisuuden, affektiivisen epävakaan ja vihan purkausten oireisiin. Näistä oireista korostui hylätyksi tuleminen, sillä se oli yhteydessä kaikista kymmenestä skeemamoodista vain haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodeihin. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää hylätyksi tulemisen pelkoa voidaan kuvailla ihmissuhteisiin liittyväksi, voimakkaaksi hylkäämisen peloksi, ja sen on ajateltu olevan seurausta varhaisten kiintymyssuhteiden turvattomuudesta (Koivisto, Stenberg, Nikkilä, Karlsson, 2011). Hylkäämisen pelkoon voi liittyä myös äkkinäistä ja voimakasta vihausuutta, sekä itsetuhoista käyttäytymistä (Koivisto ym., 2011; Gunderson, 2001). Haavoittuvan lapsen moodi kuvataankin varhaiseksi skeemamoodiksi, jonka taustalla ajatellaan olevan traumaattisia kokemuksia lapsuudesta. Haavoittuvan lapsen moodissa henkilö voi kokea turvattomuutta, yksinäisyyttä ja lohduttomuutta. (Koivisto, ym., 2011.) Vihaisen lapsen moodi taas kuvataan liittyvän potilaan kokemukseen siitä, ettei hänen ydintarpeisiinsa vastata, mikä voi ilmetä esimerkiksi raivona, muita kaltoin kohtelevana käyttäytymisenä ja itsetuhoisuutena. (Young ym., 2003.) Vaikka skeemamoodien yhteyksiä diagnoosiluokitusten piirredimensioihin on tutkittu suhteellisen vähän, on haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodien kohdalla tutkimustuloksia yhteyksistä löydetty myös aiemmin. Esimerkiksi Bachin ja Lobbestaelin (2018) tutkimuksen mukaan vihaisen lapsen moodi oli yhteydessä hylkäämisen pelkoon, minkä kuvattiin tukevan tutkimustietoa epävakaan persoonallisuuden hylkäämisen pelkoon liittyvästä aggressiivisesta käyttäytymisestä (Bach & Lobbestael, 2018, Reid & Thorne, 2007). Käsillä olevan tutkielman tuloksien voidaankin ajatella olevan yhdenmukaisia ajatuksen kanssa siitä, että haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodien piirteisiin liittyy hylkäämisen pelkoon liittyviä tekijöitä.

Haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodeille tyypillisiä oirepiirteitä ovat raportoineet myös esimerkiksi Bach ja kumppanit (2016), jotka tarkastelivat skeemamoodien yhteyksiä PID-5-mittarin persoonallisuushäiriöpiirteisiin. Heidän tutkimuksessaan piirteistä negatiivinen affektiivisuus – jota kuvastaa esimerkiksi taipumus kokea kielteisiä tuntemuksia ja vaikeus säädellä tunteita – liittyi muun muassa haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodeihin. Myös käsillä olevassa tutkimuksessa haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodit olivat yhteydessä affektiiviseen epävakauteen ja vihanpurkauksiin. Lisäksi haavoittuvan lapsen moodi oli ainoana lapsimoodina yhteydessä

tyhjiydentunteen oireeseen. Epävakaaseen persoonallisuuteen kuuluukin keskeisesti mielialojen ja tunteiden säätelyn vaikeus, ja ilmiöön liittyy voimakkaat ja vaihtelevat mielialat ja tunteet, joiden syntymiseen on ajateltu liittyvän muun muassa synnynnäisesti intensiivinen ja epävakaata temperamentti (Koivisto ym., 2011). Epävakaassa persoonallisuudessa esimerkiksi vihaisuutta on kuvattu monitahoiseksi ilmiöksi, jonka taustalla saattaa todellisuudessa olla esimerkiksi hylkäämisen pelkoa. Häiriöön liittyvä vihaisuus voi ilmetä myös liioiteltuina reaktioina, jotka voivat herätä pienistäkin ärsykkeistä. (Koivisto, ym., 2011.)

Tuloksissa huomionarvoista on myös parasuisidaalisuuden yhteydet haavoittuvan lapsen ja vihaisen lapsen moodeihin. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvä itsetuhoisuus voidaan mieltää muun muassa käyttäytymisen säätelyn vaikeuteen liittyväksi, ja se voi ilmetä itsemurhayritysten ja itsemurhien lisäksi itsetuhoisena käyttäytymisenä, jonka tarkoituksena ei ole kuolemaan pyrkiminen (Koivisto, ym., 2011). Kuolemaan pyrkimättömän itsetuhoisuuden on tutkittu liittyvän esimerkiksi itsen rankaisemiseen, vihan tunteiden ilmaisemiseen tai pyrkimykseen palauttaa myllertävän tunnetilan tasapaino (Brown, Comtois, Linehan, 2002). Bach ja Lobbestael (2018) raportoivat samansuuntaisia tutkimustuloksia, sillä heidän tutkimuksessaan itsetuhoiselle käyttäytymiselle tyypillisenä skeemamoodina näyttäytyi esimerkiksi haavoittuneen lapsen moodi.

Käsillä olevassa tutkimuksessa myös impulsiivisen lapsen moodi oli yhteydessä erityisesti vihan purkaukset -oireeseen ja impulsiivisuuden oireeseen. Tämä oli odotettavissa oleva tulos, sillä impulsiivisen lapsen moodi ilmenee äkkipikaisena ja ajattelemattomana toimintana (Young ym., 2003). Myös Bach ja Lobbestael (2018) raportoivat tutkimustuloksia impulsiivisen lapsen ja impulsiivisuuden oireen väliltä. Heidän tutkimuksensa mukaan impulsiivisen lapsen moodi oli yhteydessä myös hylkäämisen pelkoon ja epävakaisiin ihmissuhteisiin.

Leikkisän lapsen moodilla oli tutkimustuloksissa negatiiviset yhteydet kaikkiin epävakaan persoonallisuuden oireisiin. Mitä voimakkaampia ja esiintymistiheydeltään vahvempia oireita potilaalla oli, sitä vähemmän hän koki leikkisän lapsen moodille tyypillisiä tuntemuksia. Leikkisän lapsen moodin kohdalla korostuivat erityisesti identiteetin, parasuisidaalisuuden ja affektiivisen epävakauden negatiiviset yhteydet.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli tarkastella sitä, miten skeemamoodit ovat yhteydessä epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen. Tulosten perusteella lapsimoodista etenkin haavoittuvan ja vihaisen lapsen moodit näyttivät selittävän oireiden voimakkuutta kokonaisjoukossa. Toisin sanoen

mitä voimakkaampina nämä lapsimoodit ilmenivät, sitä voimakkaampina epävakaan persoonallisuuden oireet näyttäytyivät BPDSI-IV -mittarin kokonaispisteissä. Tutkimuksessa käytetty malli lapsimooodeista (sukupuoli ja ikä mukaan lukien) oli vahvana selittäjänä BPDSI-IV -mittarin oireiden vaihtelusta. Vihaisen lapsen moodi osoittautui mallin tärkeimmäksi tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi. Tämän tutkimuksen tulokset ovat linjassa aiemman tutkimusnäytön kanssa, sillä on havaittu, että epävakaa persoonallisuus -potilailla on korkea taso etenkin lapsimooodeissa verrattuna muihin moodiryhmiin (Bach ym., 2018). Young onkin esittänyt epävakaasta persoonallisuudesta seuraavasti: ”The Child modes are clearest inpatients with BPD, who are themselves so much like children.” (Young ym., 2003, s. 273).

Maladaptiiviset selviytymismoodit ja epävakaan persoonallisuuden oireet

Tutkimustuloksissa maladaptiivisten selviytymismoodien ryhmässä korostuivat mukautujan ja suojautujan moodit, jotka molemmat olivat yhteydessä identiteetin, affektiivisen epävakaan ja parasuisidaalisuuden oireisiin. Suojautujan moodi oli yhteydessä myös tyhjyydentunteen sekä dissosiaation ja epäluuloisen ajattelun oireisiin, joista jälkimmäinen oli kymmenestä skeemamoodista yhteydessä ainoastaan suojautujan moodiin. Mukautujan moodi oli yhteydessä myös impulsiivisuuden oireeseen ja ihmissuhteet-oireeseen, joka oli kaikista kymmenestä skeemamoodista yhteydessä vain mukautujan moodiin. Lisäksi kaikki kolme maladaptiivista selviytymismoodia olivat yhteydessä vihanpurkausten oireeseen. Tulosten mukaan selviytymismooodeista suojautujan ja mukautujan moodit näyttäytyivät merkittävimpinä selittäjinä epävakaan persoonallisuuden kokonaisoirehdivinnan vakavuudelle.

Tutkimuksen tuloksissa korostuivat suojautujan moodin yhteydet dissosiaation ja epäluuloisen ajattelun sekä tyhjyyden tunteen oireisiin, koska ne olivat yhteyksissä maladaptiivisista selviytymismooodeista vain suojautujan moodiin. Vastaavanlaisia tutkimustuloksia on löytänyt esimerkiksi Barazandeh ja kumppanit (2018), jotka tarkastelivat dissosiaation yhteyttä skeemamooodeihin nuorilla (14-24v, n=42) epävakaa persoonallisuus -potilailla. Heidän tutkimuksessaan suojautujan moodi oli merkittävästi dissosiaation ilmenemistä ennustava skeemamoodi. Suojautujan moodin ja dissosiaation kasvun yhteyden voidaan kuvata liittyvän potilaan puolustuskeinoon menneisyyden tuskallisten kokemusten mieleen palauttamista vastaan (Barazandeh ym., 2018). Myös tyhjyyden tunteen on kuvattu liittyvän muun muassa itsen suojelemiseen sulkemalla tunteiden kokeminen pois (Young ym., 2003). Epävakaaseen persoonallisuuteen kytkeytyvä pitkäaikaisen tyhjyyden tunteen kokemus on liitetty myös

yksinäisyyden ja arvottomuuden tunteisiin (Arntz & Giesen-Bloo 2007). Suojautujan moodille tyypilliseksi piirteiksi onkin kuvattu irrottautuminen emootioiden ilmaisusta ja sosiaalinen eristäytyminen (Kellogg & Young, 2006). Myös Bachin ja Lobbestaelin (2018) tutkimuksen mukaan suojautujan moodi oli yhteydessä tyhjyyden tunteeseen, mitä selitettiin moodille tyypillisellä tunteita rajoittavalla käyttäytymisellä.

Maladaptiivisista selviytymismooodeista ainoastaan mukautujan moodi oli yhteydessä ihmissuhteet-oireeseen ja impulsiivisuuden oireeseen. Mukautujan moodiin liittyy muiden ihmisten miellyttämiseen pyrkiminen ja riippuvaisuus muista (Young ym., 2003), minkä vuoksi voidaan pohtia selittääkö kyseiset mukautujan moodin piirteet yhteyttä ihmissuhteet-oireeseen. Mukautujan moodin yhteydestä impulsiivisuuden oireeseen ei juurikaan löydy teoreettisia näkökulmia tai aiempaa tutkimusta. Impulsiivisuuden ja mukautujan moodin välinen yhteys olikin odottamaton tutkimustulos. Lisäksi käsillä olevan tutkimuksen tuloksissa mukautujan moodi oli kokonaisuudessaan yhteydessä useaan oireeseen. Vaikka mukautujan moodia ei ole määritelty epävakaalle persoonallisuudelle tyypillisimpien skeemamoodien joukkoon (Young ym., 2003), tutkimustulostemme linjaisesti myös esimerkiksi Arntz ym. (2005) löysivät vahvat yhteydet epävakaan persoonallisuuden ja mukautujan moodin väliltä.

Suojautujan moodi ja mukautujan moodi olivat molemmat yhteydessä identiteetin, affektiivisen epävakauden ja parasuisidaalisuuden oireisiin. Lisäksi kaikki kolme maladaptiivista selviytymismoodia olivat yhteydessä vihan purkausten oireeseen. Kuten käsillä olevassa tutkimuksessa, myös esimerkiksi Bachin & Lobbestaelin (2018) tutkimuksessa suojautujan ja mukautujan moodit – kuten suuri osa muistakin skeemamooodeista – oli yhteydessä affektiivisen epävakauden oireeseen. Kirjallisuudessa parasuisidaalisuuteen liittyvää itsensä vahingoittamista on esitetty myös keinona irtautua suojautujan moodista ja näin tuntea olevansa olemassa (Nysæter & Nordahl, 2008). Tämän voidaan mahdollisesti ajatella liittyvän suojautujan moodin ja parasuisidaalisuuden oireen väliseen yhteyteen. Ylikompensoijan moodiin on määritelty liittyvän hyökkäävä asenne ja vaikeus kontrolloida vihaa (Young ym., 2003), minkä voidaan ajatella selittävän sen yhteyttä vihan purkaukset-oireeseen. Kuten impulsiivisuuden oireen, myös vihan purkausten oireen yhteys mukautujan moodiin oli odottamaton tulos.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli tarkastella sitä, miten skeemamoodit ovat yhteydessä epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen. Tulosten mukaan selviytymismooodeista mukautujan ja suojautujan moodit selittivät eniten oireiden voimakkuutta kokonaisjoukossa. Tulokset osoittivat, että

mukautujan ja suojautujan moodien pistemäärien kasvaessa myös BPDSI-IV -kyselyllä mitattava epävakaan persoonallisuuden oireiden pistemäärä kasvaa, eli oireet näyttäytyvät vakavampina. Tutkimuksessa käytetty malli selviytymismooeista (sukupuoli ja ikä mukaan lukien) oli vahvana selittäjänä BPDSI-IV -mittarin oireiden vaihtelulle. Mukautujan ja suojautujan moodit olivat mallin tilastollisesti merkittävimmät selittäjät. Kuitenkin siinä missä suojautujan moodista löytyy enemmän tutkimustuloksia skeemamoodin tyypillisyydestä epävakaalle persoonallisuudelle, ei mukautujan moodia ole määritelty epävakaalle persoonallisuudelle tyypillisten skeemamoodien joukkoon (Young ym., 2003).

Haitallisen vanhemman moodit ja epävakaan persoonallisuuden oireet

Haitallisen vanhemman moodeista korostui rankaisevan vanhemman moodi, joka oli yhteydessä identiteetin, parasuisidaalisuuden, affektiivisen epävakauden ja vihanpurkausten oireisiin. Vaativan vanhemman moodi ei ollut yhtä selvästi yhteydessä oireisiin. Tulosten mukaan rankaiseva vanhempi näyttäytyikin vanhempimooeista merkittävimpana selittäjänä epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuudelle.

Rankaisevan vanhemman moodin yhteydestä epävakaaseen persoonallisuuteen on tehty aiempaakin tutkimusta. Esimerkiksi Bachin ja Lobbestaelin (2018) tutkimuksen mukaan rankaisevan vanhemman moodi oli yhteydessä itsetuhoisuuteen, mitä perusteltiin kyseiselle skeemamoodille tyypillisellä käyttäytymisellä, kuten itseä satuttavalla toiminnalla ja itseen kohdistuvalla ankaralla puheella. Rankaisevan vanhemman moodille tyypillisiä piirteitä ovat myös voimakas itsensä rankaiseminen, myönteisten tunteiden torjuminen, kriittisyys ja anteeksiantamattomuus (Koivisto ym., 2011; Lobbestael ym., 2007). Näiden piirteiden voi ajatella liittyvän rankaisevan vanhemman moodin sekä parasuisidaalisuuden, affektiivisen epävakauden ja vihanpurkausten oireiden väliseen yhteyteen.

Mitä korkeammat pisteet tutkittava sai rankaisevan vanhemman moodin osalta, sitä vakavampina epävakaan persoonallisuuden oireet kokonaisjoukossa näyttäytyivät. Tutkimuksessa käytetty malli osoitti vanhempimoodien (sukupuoli ja ikä huomioiden) selittävän BPDSI-IV -mittarin oireiden kokonaisvaihtelua. Mallin tärkein selittäjä oli rankaisevan vanhemman moodi, joten tulosten valossa rankaisevan vanhemman moodilla voidaan katsoa olevan tilastollisesti tärkein selitysaste epävakaan persoonallisuuden oireisiin vanhempimoodien joukosta.

Terveen aikuisen moodi ja epävakaan persoonallisuuden oireet

Terveen aikuisen moodi oli negatiivisessa yhteydessä kaikkiin oireisiin, joista erityisesti identiteetin oireeseen. Myös aikaisempia tutkimustuloksia on raportoitu terveen aikuisen moodin ja epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä. Esimerkiksi Arntzin ym. (2005) tutkimuksen mukaan terveen aikuisen moodin vähyys oli tyypillistä epävakaalle persoonallisuudelle verrattuna muihin persoonallisuushäiriöihin ja kontrolliryhmään. Myös muun muassa Lobbestaelin, Arntzin ja Sieswerdan (2005) tutkimuksen mukaan terveen aikuisen moodin matala taso oli tyypillisempää epävakaalle persoonallisuudelle verrattuna epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön ja kontrolliryhmään. Voidaankin pohtia, että käsillä olevan tutkimuksen tulos terveen aikuisen moodin negatiivisista yhteyksistä kaikkiin epävakaan persoonallisuuden oireisiin tukee aiempaa tutkimustietoa aiheesta.

Terveen aikuisen moodi selitti BPDSI-IV:n oireiden vähäisyyttä otoksen kokonaisjoukossa, sillä mitä voimakkaampana terveen aikuisen moodi ilmeni, sitä matalampana epävakaan persoonallisuuden oireet näyttäytyivät tuloksissa. Tutkittu terveen aikuisen moodi (sukupuoli ja ikä mukaan lukien) selitti BPDSI-IV -mittarin oireiden vaihtelua.

5.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimuksen suurena vahvuutena oli se, että aineisto koostui vaikeaoireisista potilaista. Osallistuvat henkilöt diagnosoitiin SCID- II haastattelulla psykiatrin toimesta. (Leppänen, 2015.) SCID- II on reliaabeli diagnostinen väline persoonallisuushäiriöiden arviointiin (First ym., 1994). Tutkimusasetelma oli myös kontrolloitu, otos oli edustava suhteessa tyypilliseen potilasjoukkoon sekä tutkimuksessa käytettiin BPDSI-IV -oiremittaria, joka on validoitu ja ollut laajassa tutkimuskäytössä, mikä lisää tutkimuksen vahvuutta. Lisäksi tutkimusjoukko edusti iän ja sukupuolijakauman suhteen aiempia saman aihepiirin tutkimusten kohdejoukkoja, joten tuloksia voidaan pitää vertailukelpoisina. (Leppänen, 2015.)

Tutkimuksen vahvuuksiin kuuluu BPDSI-IV -oiremittari. Esimerkiksi Leppäsen ja kumppaneiden (2013) tutkimuksen mukaan BPDSI-IV -haastattelu kartoitti epävakaan persoonallisuuden oireita suomalaisessa potilasotannassa hyvin. BPDSI-IV:n psykometrisia ominaisuuksia tarkastelevassa tutkimuksessa verrattiin suomalaispotilaita hollantilaiseen otokseen, joka koostui potilasryhmästä ja kontrolliryhmästä. BPDSI-IV todettiin hyödylliseksi ja luotettavaksi välineeksi epävakaan

persoonallisuuden kartoittamisessa, kun tutkitaan oireiden ilmenemistä viimeisen kolmen kuukauden aikana. BPDSI-IV -haastattelua tekevällä henkilöllä tulee olla kokemusta psykiatrian alalta, mikä otettiin huomioon Leppäsen ym. tutkimuksessa. BPDSI-IV:n vahvuuksiin kuuluu myös se, että tutkija voi kysyä potilaalta tarkentavia kysymyksiä. Tällaista ominaisuutta ei ole esimerkiksi kyselyissä, jotka potilaan tulee täyttää itse. (Leppänen ym., 2013.)

Tutkimukseen liittyy kuitenkin myös rajoituksia, jotka on syytä huomioida tulosten tulkinnassa. Ensinnäkin aineiston YAMI-PM 1-A -mittarin osalta rajoitteena on sen perustuminen itsearviointiin. Huolimatta YAMI-PM 1-A:n hyvistä psykometrisistä ominaisuuksista, on itsearvioitu kokemus alttiina vääristymille, joita yksilöllinen tulkintatapa voi tuottaa. Kuitenkin tuloksien valossa potilaan itsearvioimat oireet ja terapeutin arvioimat oireet olivat pääosin yhdenmukaisia, mistä voidaan olettaa YAMI-PM 1A:n yhtenevän hyvin terapeutin arvioimiin oireisiin. Toiseksi aineistossa ilmenee naissukupuolen yliedustusta. Toisaalta arvioidaan, että kaksi kolmasosaa epävakaan persoonallisuushäiriön diagnosoiduista on naisia ja näin ollen myös suurin osa empiirisistä tutkimuksista painottuu tutkimukseen osanottajiltaan enemmän naisiin (Jørgensen, Kjølbye, Freund, Bøye, Jordet & Anderson, 2009). Kuitenkin naissukupuolen yliedustus tulee huomioida tulosten arvioinnissa. Kolmanneksi aineiston koko on melko pieni, joten on mahdollista, että kaikki tilastollisesti merkitsevät yhteydet eivät pääse välttämättä esille.

5.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimustarpeet

Tutkimustulokset voivat hyödyttää epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien henkilöiden terapeutin hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tulosten pohjalta voidaan syventää ymmärrystä epävakaasta persoonallisuudesta, skeemamoodien rakenteesta sekä skeemamoodien vahvoista yhteyksistä epävakaaseen persoonallisuuteen. Tutkimustulokset toivat uutta näkökulmaa skeemamoodien ja epävakaan persoonallisuuden oireiden yhteyksistä, ja skeemamoodien selittävyyydestä oireiden voimakkuuteen epävakaassa persoonallisuudessa -potilailla. Tutkimus toi lisää tietoa potilaan itse täyttämän YAMI-PM 1-A -kyselyn ja klinikon käyttämän BPDSI-IV -kyselyn tulosten yhtenäisyydestä ja lisäsi näin lisäsi kyselyiden sovellettavuutta epävakaan persoonallisuuden arviointiin. Edellä mainittuja tietoja voidaan hyödyttää epävakaan persoonallisuuden oirekuvan arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa. Esimerkiksi potilaan itse täyttämän skeemamoodikyselyn tuloksia voidaan käyttää diagnostisena tukena, kun potilaasta muodostetaan oirekuvaa. Oirekuvan muodostamisessa ja vakavuuden arvioinnissa voidaan hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia

kiinnittämällä huomiota erityisesti oireiden vakavuutta selittäneisiin skeemamoodeihin ja niiden tasoon.

Jatkotutkimuksen osalta epävakaan persoonallisuuden ja skeemamoodien lisätutkiminen olisi toivottavaa. Olisi arvokasta saada lisätietoa epävakaan persoonallisuuden ja skeemamoodien yhteyksistä isommalla aineistolla. Tämän lisäksi tarvitaan lisää tutkimusta skeemamoodien yhteydestä epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen. Epävakaan persoonallisuuden lisäksi muiden persoonallisuushäiriöiden sekä masennuksen tutkiminen skeemamoodien voimakkuuden ilmenemisessä olisi tutkimuksellisesti hyödyllistä selvittää.

5.4 Loppupäätelmät

Tämä tutkimus osoitti, että skeemamoodeilla on merkitystä epävakaan persoonallisuuden oirekuvassa. Jokaisesta skeemamoodiryhmästä korostuivat tietyt skeemamoodit, jotka nostivat epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuutta BPDSI-IV -mittarilla mitattuna. Tutkimus täydensi niukkaa tietoa epävakaan persoonallisuus -potilaiden skeemamoodien yhteyksistä epävakaan persoonallisuus- diagnoosin oireisiin. Tutkimustulokset osoittivat myös iän vaikutuksen epävakaan persoonallisuuden oireiden vaihtelussa, sillä iän myötä oireet näyttäytyivät matalampina. Vastaavia havaintoja iän vaikutuksesta epävakaan persoonallisuus -diagnoosiin on tehty aiemmissakin tutkimuksissa (McMahon, Hoertel, Peyre, Blanco, Fang & Limosin, 2019; Sansone & Wiederman, 2014).

Tutkimuksessa huomionarvoisia tutkimustuloksia olivat erityisesti haavoittuneen lapsen ja vihaisen lapsen moodien yhteydet epävakaan persoonallisuuden oireisiin. Erityisesti hylkäämisen pelko korostui tuloksissa, sillä se oli yhteydessä ainoastaan haavoittuneen lapsen ja vihaisen lapsen moodeihin. Lisäksi tuloksissa korostui suojautujan moodi, jolle erityisenä oireena näyttäytyi dissosiaation oire. Tuloksissa merkittäväksi muuttujaksi osoittautui myös rankaisevan vanhemman moodi, joka selitti oireiden vakavuutta. Aiempia tutkimuksia myötäillen, terveen aikuisen moodi ja leikkisän lapsen moodi olivat negatiivisessa yhteydessä oireisiin.

Tulokset vahvistivat aiempia tutkimustuloksia epävakaalle persoonallisuudelle tyypillisistä ydinmoodeista, joita ovat haavoittuva lapsi, vihainen lapsi, suojautuja ja rankaiseva vanhempi. Ydinmoodien lisäksi aineistosta nousi vahvana mukautujan moodi. Mukautujan moodin korostuneisuus epävakaassa persoonallisuudessa ei ole yleistä, mutta tätä korostuneisuutta on

havaittu satunnaisesti jo aiemmin esimerkiksi Arntzin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa. Lisäksi käsillä oleva tutkimus täydentää Bachin ym. (2018) tutkimusta tuoden esiin skeemamoodien yhteydet myös epävakaan persoonallisuuden oireiden vakavuuteen.

LÄHTEET

- American Psychiatric Association (2005). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. DSM-IV. 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. DSM-5. 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Arntz, A. (2015). Borderline personality disorder. In: Beck, A. T., Davis, D.D., Freeman, A. (Toim.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. The Guilford Press, New York, 366–390.
- Arntz, A. & Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley-Blackwell
- Arntz, A. & Giesen-Bloo, J. (2007). BPDSI (Borderline Personality Severity Index) 4th Version. Revised English Version Feb 07.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36: 226–239.
- Asselt, A.D.I, Dirksen, C.D, Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., Dyck, R., Spinhoven. P., Tilburg, W., Kremers, I.P, Nadort. M. & Severens, J.L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference focused psychotherapy. *Br J Psychiatry*; 192:450–457.
- Aviram RB, Brodsky BS & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry* 14(5): 249–256.
- Bach, B., (2016). Reliability and Validity of the Danish Version of the Schema Mode Inventory (SMI). *Psychological Assessment*. Vol. 28(3), 19–26.
- Bach, B. & Bernstein, D.P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*. Vol.32(1), 38–49.
- Bach, B. & Farrel, J. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*. Vol.259, 323–329.
- Bach, B., Lee, C., Mortensen, E.L. & Simonsen, E. (2016). How do DSM-5 personality traits align with schema therapy constructs? *Journal of Personality Disorders*. Vol.30(4), 502–529.

- Bach, B. & Lobbestael, J. (2018). Elucidating DSM-5 and ICD-11 Diagnostic Features of Borderline Personality Disorder Using Schemas and Modes. *Psychopathology* Vol.51(6), 400–407.
- Bach, B., Lockwood, G. & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol.47(4), 328–349.
- Barazandeh, H., Kissane, D.W., Saeedi, N. & Gordon, M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Research* Vol. 261 1–6.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 52(5): 548–555.
- Brown, M.Z., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Abnormal Psychology*, Vol. 111(1), p.198–202.
- Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus (verkossa). Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä (2015). Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito -suositus. URI: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50064#NaN>. Luettu 25.3.2019
- Farrell, J. M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 40: 317–328.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J., & Benjamin, L. (Toim.). (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II disorders (SCID II)*. New York: Biometric Research Department
- Giesen-Bloo, J. H., Wouters, L. M., & Arntz, A. (2010). Personality and Individual Differences. The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: *Psychometric evaluation and dimensional structure*. Vol.49(2), 136–141.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. American Psychiatric Publishing. Washington DC.

- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T. & O'Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* Vol.40(2), 248–255.
- Jørgensen C. R., Kjølbye, M., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H. & Anderson D. (2009). Level of functioning in patients with BPD: The Risskov-I-Study. *Nordic Psychology* Vol.61, 42–60.
- Karila, I. (2008). Skeematerapia persoonallisuushäiriöissä. Teoksessa *kognitiivinen psykoterapia*. Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (Toim.) Duodecim. Karisto Oy:n kirjapaino: Hämeenlinna.
- Kellogg, S.L., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal Of Clinical Psychology*, Vol. 62(4), 445–458.
- Koivisto, M., Stenberg, J.-H., Nikkilä, H. & Karlsson, H. (2011). *Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito*. Duodecim. Vantaa.
- Leppänen, V. (2015). Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa. (Väitöskirja). Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Leppänen, V., Lindeman S., Arntz, A. & Hakko, H. (2013). Preliminary evaluation of psychometric properties of the Finnish Borderline Personality Disorder Severity Index: Oulu BPD-Study. *Nordic Journal of Psychiatry* October 2013, Vol.67(5), 312–319.
- Lobbestael, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol.36, 240–253.
- Lobbestael, J. & Arntz, A. (2010). Emotional, cognitive and physiological correlates of abuse-related stressin borderline and antisocial personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Vol.48(2), 116–124.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands journal of psychology*, Vol.63(3), 69–78.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy* Vol. 46, 854–860.

- McMahon, K., Hoertel, N., Peyre, H., Blanco, C., Fang, C. & Limosin, F. (2019). Age differences in DSM-IV borderline personality disorder symptom expression: Results from a national study using item response theory (IRT). *Journal of Psychiatric Research*, Vol.110, 16–23.
- Metsämuuronen, J. (2003). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 2. uudistettu painos.
- Nysæter, T. E. & Nordahl, H. M. (2008). Principles and Clinical Application of Schema Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Nordic Psychology*, Vol.60(3), 249–263.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. & Young, J. (2011). *Schema Therapy*. Routledge: New York
- Reid, WH & Thorne SA. (2007). Personality disorders and violence potential. *Journal of psychiatric practice*, Vol.13(4), 261–268.
- Sansone, R. A. & Wiederman. W. (2014). Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol.18(2), 145–149.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2017). Practitioner review: Borderline Personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol.56(12), 1266–1288.
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M. & Schulzt, C. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of personality disorders*, Vol.29(6), 828–838.
- Young J., Atkinson T., Arntz A., Engels & Weishaar M. (2004). The Young-Atkinson Mode Inventory (YAMI-PM 1-A). New York, Schema Therapy Institute
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Vreeswijk, M.V., Broersen, J. & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practise*. UK: Wiley-Blackwell
- Wilkinson- Ryan, T. & Westen, D. (2000). Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, Vol.157(4), 528–541.
- World Health Organization (2016). International statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision, Fifth Edition, 2016.