



# **EPÄVAKAASTA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖSTÄ KÄRSIVÄN POTILAAN HOITO**

Oppimateriaali Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön

Tiia-Mari Leppä

Anne Varis

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LEPPÄ, TIIA-MARI & VARIS, ANNE:

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoito – Oppimateriaali  
Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön

Opinnäytetyö 38 s., liitteet 3 s.  
Maaliskuu 2012

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä oppimateriaali epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön. Tehtävinä oli selvittää, mitä tarkoitetaan epävakaalla persoonallisuushäiriöllä, miten epävakaata persoonallisuushäiriötä hoidetaan sekä millainen on hyvä oppimateriaali. Tavoitteena oli antaa syventävää tietoa epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta mielenterveys-  
hoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoille oppimateriaalin muodossa. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jonka tuloksena saadut tiedot muodostavat oppimateriaalin sisällön. Oppimateriaali on tehty PowerPoint -esityksen muotoon.

Epävakaan persoonallisuushäiriön synnyn taustalla on osoitettu olevan sekä geneettisiä että lapsuuden kasvuympäristöön liittyviä tekijöitä. Epävakaa persoonallisuushäiriö on persoonallisuushäiriöistä kaikkein yleisin, haastavin ja monimutkaisin. Kyseisestä häiriöstä kärsivät potilaat käyttäytyvät usein impulsiivisesti ja itsetuhoisesti, heillä on voimakas hylätyksi tuleminen pelko ja he saattavat olla kykenemättömiä kehittämään vakaita ihmissuhteita. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat usein moniongelmaisia. Heillä voi esiintyä muun muassa riippuvuusongelmia, syömishäiriöitä ja mielialahäiriöitä. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalle hoitoon sitoutuminen voi olla vaikeaa. Potilaan kanssa tehdään yksilöllinen ja selkeä sopimus hoidosta, sen pituudesta ja tavoitteista. Hoitosuhteessa voidaan käsitellä muun muassa itsetuhoista käyttäytymistä, tunteita, menneiden kokemusten ja nykyisyyden välisiä yhteyksiä ja kriiseistä selviytymistä. Psykoterapeuttisista hoitomenetelmistä dialektinen käyttäytymisterapia on osoittautunut tehokkaaksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa. Terapian tukena voidaan käyttää lääkehoitoa. Hoitajien asenteet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita ja hoitoa kohtaan saattavat olla usein negatiivisia. Hoitajien asenteita ja suhtautumista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan voidaan muuttaa positiivisemmiksi koulutuksen avulla. Tunne-elämältään epävakaiden potilaiden omaiset saattavat olla erityisen kuormittuneita.

Jatkotutkimuksen avulla voitaisiin selvittää suomalaisten hoitajien tietämystä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siitä kärsivien potilaiden hoidosta. Opinnäytetyötä tehdessä kävi ilmi, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidosta on saatavilla vähän suomalaista tutkittua tietoa.

---

Asiasanat: epävakaa persoonallisuushäiriö, hoito, oppimateriaali

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

LEPPÄ, TIIA-MARI & VARIS, ANNE:

The Treatment of a Patient with Borderline Personality Disorder – Educational Material for the Use of Tampere University of Applied Sciences

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 3 pages  
March 2012

---

The purpose of this thesis was to produce educational material on treating patients with borderline personality disorder to be used in nursing and health care studies in Tampere University of Applied Sciences. The main research questions were what borderline personality disorder is, how to treat patients with borderline personality disorder, and how to produce good educational material. The objective of this study was to produce educational material to increase mental health nursing students' knowledge about treating patients with borderline personality disorder. The data were collected from literature and scientific papers.

Based on the literature review, features of borderline personality disorder were established. These include often impulsive and self-destructive behaviour, intense fear of abandonment, and inability to develop stable relationships. In addition, patients often suffer from addictions and eating disorders. As regards treatments, dialectical behaviour therapy has proven to be efficient.

The educational material was developed based on the literature review. One of the findings of this study was that Finnish research on the treatment of borderline personality disorder is scarce. As a topic for a further study, we suggest examining Finnish nurses' knowledge of borderline personality disorder and its treatment.

---

Key words: borderline personality disorder, treatment, educational material

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1 Persoonallisuushäiriöt .....	8
3.2 Epävakaata persoonallisuushäiriötä .....	8
3.3 Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito .....	9
3.3.1 Dialektinen käyttäytymisterapia .....	10
3.3.2 Lääkehoito .....	10
3.4 Epävakaata persoonallisuushäiriötä potilaan omaisten näkökulmasta .....	11
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	13
4.1 Kirjallisuuskatsaus .....	13
4.2 Aineistonkeruu .....	13
4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	15
4.4 Oppimateriaali .....	16
5 TULOKSET .....	18
5.1 Epävakaata persoonallisuushäiriötä .....	18
5.1.1 Diagnosointi .....	19
5.1.2 Itsetuhoisen käyttäytyminen ja itsemurhariski .....	19
5.2 Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito .....	20
5.2.1 Hoidon edellytykset .....	21
5.2.2 Sairaalahoidon aiheet .....	22
5.2.3 Hoitajan rooli .....	23
5.2.4 Dialektinen käyttäytymisterapia .....	24
5.2.5 Lääkehoito .....	27
5.3 Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan herättämät tunteet hoitajassa .....	28
5.3.1 Transferenssi ja vastatransferenssi epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa .....	30
5.4 Hoitajan jaksaminen epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa .....	31
6 POHDINTA .....	32
6.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	32
6.2 Oppimateriaalin arviointi .....	33
6.3 Jatkotutkimusehdotukset .....	34
LÄHTEET .....	35
LIITTEET .....	39

## 1 JOHDANTO

Epävakaalla persoonallisuudella tarkoitetaan minäkuvaan, ihmissuhteisiin ja tunteenpurkauksiin liittyvää epävakautta sekä huomattavaa äkillisten mieltäjohteiden mukaan toimimista (Epävakaa persoonallisuus 2008; Nyberg 2002, 4). Tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeus on epävakaan persoonallisuuden ydinpiirre (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, 21).

Persoonallisuushäiriöistä epävakaa persoonallisuushäiriö on yleisin ja usein tästä häiriöstä kärsivät potilaat ovat moniongelmaisia. Heillä esiintyy usein samanaikaisesti muun muassa depressiota, syömishäiriöitä, posttraumaattista stressihäiriötä ja muita ahdistuneisuushäiriöitä. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619; Koivisto ym. 2009, 32.) Myös muita persoonallisuushäiriöitä esiintyy tavallisesti yhtäaikaan epävakaan persoonallisuushäiriön kanssa. Tavallisimpia ovat estynyt, paranoidinen ja riippuvainen persoonallisuus. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619-4620.) Lisäksi epävakaa persoonallisuushäiriö liittyy hyvin kiinteästi huomionhakuiseen persoonallisuuteen, jota pidetään saman häiriötyypin lievempänä muotona (Korkeila 2007, 503).

Häiriötä esiintyy keskimäärin 0.6 prosentilla väestöstä ja se alkaa varhaisessa aikuisiässä. Esiintyvyys on suurimmillaan naimattomilla naisilla, nuorilla aikuisilla sekä vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. (Epävakaa persoonallisuus 2008; Nyberg 2002, 4.) On mahdollista, että epävakaa persoonallisuushäiriö on alitunnistettu miehillä (Koivisto & Isometsä 2005, 4617).

Epävakaa persoonallisuushäiriö on vaikea, potilaan toimintakykyä merkittävästi heikentävä häiriö, joka kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää (Korkeila 2007, 503). Perusterveydenhuollon potilaista 6 prosentilla, psykiatrisen avohoidon potilaista 10 prosentilla ja sairaalapotilaista 20 prosentilla saattaa olla tämä häiriö (Epävakaa persoonallisuus 2008). Potilaita tavataan runsaasti myös ensiapupoliklinikoilla toistuvien itseä vahingoittavien tekojen vuoksi (Korkeila 2007, 503).

Kyseisestä persoonallisuushäiriöstä kärsiviä ihmisiä hoidetaan ensisijaisesti psykoterapian avulla sairaala-, päiväsairaala- tai avohoidossa. Terapian rinnalla hoitona voidaan tarvittaessa käyttää psyykenlääkkeitä. (Nyberg 2002, 6; Epävakaa persoonallisuushäiriö 2008.) Psykoterapioista erityisesti dialektinen käyttäytymisterapia on osoittautunut tu-

lokselliseksi epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa ja sitä on kehitetty myös muiden häiriöiden hoitoon (Koivisto, Keinänen & Isometsä 2007, 1400; Viikki 2006, 16).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä oppimateriaali epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta Tampereen ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoille. Verkkooppimateriaalin teimme PowerPoint –muodossa. Valitsimme aiheen syventääksemme omaa tietämystämme epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen hoidosta. Oppimateriaali tulee olemaan hyödyllinen sekä meille itsellemme että muille suuntaavan vaiheen mielenterveyshoitotyön opiskelijoille, koska tulevassa ammatissamme tulemme varmasti kohtaamaan ja hoitamaan persoonallisuushäiriöistä kärsiviä potilaita.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä oppimateriaali epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mitä tarkoitetaan epävakaalla persoonallisuushäiriöllä?
2. Miten epävakaata persoonallisuushäiriötä hoidetaan?
3. Millainen on hyvä oppimateriaali?

Tavoitteena oli antaa syventävää tietoa epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta mielenterveyshoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoille oppimateriaalin muodossa. Oppimateriaalia voidaan käyttää sekä itsenäisessä verkko-opiskelussa että muun opetuksen tukena.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia, sosiaalisia suhteita ja toimintakykyä haittaavia mielenterveyshäiriöitä, jotka ilmenevät poikkeavina persoonallisuuspiirteinä. Asianomainen henkilö ei itse aina kärsi tästä häiriöstä eikä edes välttämättä tunnista sitä, vaan saattaa pitää poikkeavia persoonallisuuspiirteitä hyväksyttävänä ja normaaleina. (Joukamaa & Lepola 2002, 109.)

Persoonallisuushäiriöistä kärsii 5-15 prosenttia väestöstä. Persoonallisuushäiriöisen ja normaalina pidetyn käytöksen välinen raja on liukuva. Useimmilla psyykkisesti terveillä ihmisillä ilmenee erityisesti stressitilanteissa eri persoonallisuushäiriöille ominaisia tapoja käyttäytyä tai kokea. Persoonallisuushäiriöissä nämä tavat ja käytös ovat kuitenkin luonteeltaan itsepäisempiä ja jäykempiä. (Huttunen 2011b.)

Persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeen eri pääryhmään. Ensimmäiseen pääryhmään kuuluvat epäluuloinen eli paranoidinen, eristäytyvä eli skitsoidinen ja psykoosipiirteinen eli skitsotyypinen persoonallisuushäiriö. Näille häiriöille on ominaista käytöksen outous tai erikoisuus. Toiseen pääryhmään kuuluvat epävakaa, huomionhakuinen, narcissinen sekä epäsosiaalinen eli antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, joiden ominaispiirteitä ovat käytöksen dramaattisuus, epävakaus tai emotionaalisuus. Kolmannelle pääryhmälle eli riippuvaiselle, estyneelle ja pakko-oireiselle persoonallisuushäiriöille on tyypillistä pelokkuus ja ahdistuneisuus. (Huttunen 2011b.) Tässä opinnäytetyössä keskitymme epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja sen hoitoon, koska tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus on tavallisin kliinisessä hoitotyössä tavattava persoonallisuushäiriö (Tähkä 2009, 3).

#### 3.2 Epävakaa persoonallisuushäiriö

Epävakaa persoonallisuushäiriö, viralliselta nimeltään tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, on uusi diagnoosinimike. Aikaisemmin puhuttiin rajatilaksi nimitetystä häiriöstä. Rajatilan ajateltiin olevan neuroottista häiriötä vaikeampi, mutta psykoosia

lievempi häiriö. Henkilöillä, jotka kärsivät tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta, on usein samanaikaisesti muita persoonallisuushäiriöitä, kuten huomionhakuisuus ja epäsosiaalinen persoonallisuus. (Joukamaa & Lepola 2002, 116-117.)

Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuutta jaetaan kahteen erilaiseen häiriötyyppiin: impulsiiviseen häiriötyyppiin ja rajatilatyypin (Joukamaa & Lepola 2002, 117). Impulsiivista häiriötyyppiä luonnehtivat yllykkeiden hallinnan puute ja etenkin tunne-elämän epävakaat. Väkivaltaiset purkaukset ja uhkaava käytös ovat tavallisia, varsinkin reaktiona muiden kritiikkiin. Myös rajatilatyypillä esiintyvät useat tunne-elämän epävakaat piirteet. Rajatilatyypille ovat ominaisia häiriöt päämäärien asettamisessa, minäkuvassa ja sisäisissä pyrkimyksissä, joihin luetaan myös seksuaaliset pyrkimykset sekä jatkuva tyhjyyden tunne. Epävakaat ja kiihkeät ihmissuhteet saattavat aiheuttaa toistuvasti tunne-elämän kriisejä. Ne saattavat olla yhteydessä liialliseen pyrkimykseen välttää hylätyksi tulemistä. Nämä kriisit voivat johtaa toistuviin itsemurhayrityksiin tai uhkauksiin tai muuhun itsetuhoisuuteen, vaikka tätä saattaa tapahtua myös ilman selviä ulkoisia aiheuttajia. (Epävakaata persoonallisuushäiriö 2008, 821.)

### 3.3 Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä ihmisiä voidaan hoitaa avo-, päiväsairala- tai sairaalahoidossa (Nyberg 2002, 6). Hoito tulee kuitenkin toteuttaa mahdollisimman pitkälti avohoidossa ja sairaalahoidon osalta pääasiassa päiväsairalaolosuhteissa (Epävakaata persoonallisuus 2008, 822). Psykoterapeuttisista hoitomenetelmistä ryhmä- ja yksilöterapiaa yhdistävä dialektinen käyttäytymisterapia on havaittu tehokkaaksi itsetuhoisen käyttäytymisen ja muun riskikäyttäytymisen hoitomenetelmäksi (Korkeila 2007, 504). Terapian tukena käytetään usein lääkehoitoa. Mikään lääke ei kuitenkaan yksin muuta ydinpersoonallisuuden ongelmia. (Nyberg 2002, 6, 8-9.)

Usein potilaalla on persoonallisuushäiriön lisäksi jokin muu diagnosoitava mielenterveyden häiriö, kuten ahdistuneisuushäiriö, masennus, päihdeongelma tai psykoottisia oireita. Lisäksi potilas voi hakeutua hoitoon kaoottisen elämäntilanteen, ihmissuhdevaikeuksien tai itsetuhoisuuden vuoksi. Ennen varsinaista persoonallisuushäiriön hoitoa tulee hoitaa näitä ongelmia, kuten päihdeongelmaa tai masennusta, niille tyypillisillä hoitokeinoilla. (Nyberg 2002, 6.)

Hoidon päämääränä on parempi elämänhallinta ja voimaantuminen eli ihminen saa omia voimia käyttöön elämäänsä varten. Itsetunto, itseluottamus ja sisäinen turvallisuuden tunne syntyvät, kun potilas oppii tuntemaan eri puolet itsestään. Tämän seurauksena potilaan sietokyky lisääntyy ja impulssikontrolli paranee, ja hän pystyy luomaan kestäviä ja merkityksellisiä ihmissuhteita. (Nyberg 2002, 6-7.)

### 3.3.1 Dialektinen käyttäytymisterapia

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on amerikkalaisen psykologin, Marsha Linehanin, kehittämä kognitiivisen terapian muoto, joka on alunperin kehitetty kroonisesti itsemurha-alttiiden, epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien henkilöiden hoitoon (Holmberg & Kähkönen 2008, 224). Terapia vähentää epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien henkilöiden itsensä vahingoittamista ja itsemurhayritysten määrää sekä psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta (Lindeman 2007). DKT pyrkii auttamaan epävakaan persoonallisuuden diagnoosin saaneita henkilöitä löytämään keinoja oman elämän ja ongelmallisten tunnetilojen hallintaan. Itsehallinta- ja muutoskeinojen oppimisen lisäksi tavoitteena on pyrkiä edistämään hyväksymiseen perustuvaa suhtautumistapaa. (Kåver & Nilsson 2004, 12.) Terapia on osoittautunut tulokselliseksi hoitomuodoksi epävakaan persoonallisuuden hoidossa, ja sitä on käytetty myös muiden häiriöiden hoitoon (Holmberg & Kähkönen 2007, 551).

DKT on useasta menetelmästä koostuva hoito-ohjelma, joka toteutetaan siihen koulutettujen ammattilaisten ryhmätyönä. Hoito-ohjelman keskeisiä elementtejä ovat yksilöpsykoterapia, ryhmämuotoinen taitovalmennus, mahdollisuus puhelinyhteyteen yksilöpsykoterapeutin kanssa kriisitilanteissa sekä tiimityönohjaus. (Koivisto ym. 2007, 1400; Viikki 2006, 16).

### 3.3.2 Lääkehoito

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle potilaalle sopiva lääkitys valitaan oireiden perusteella (Huttunen 2008, 237). Oikein käytetty lääkitys yhdistettynä psykoterapiaan voi tukea epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa (Nyberg 2002, 8). Häiriön hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat psykoosilääkkeet, mielialaa tasaavat lääkkeet ja selek-

tiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. (Epävakaata persoonallisuus 2008, 829.)

### 3.4 Epävakaata persoonallisuushäiriö potilaan omaisten näkökulmasta

Mitä vaikeampia ja pitkäaikaisempia potilaan mielenterveysongelmat ovat, sitä suurempi vaikutus niillä on omaisten ja läheisten elämään (Annala, Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2007, 159). Tutkimusten mukaan 20–60 prosenttia mielenterveysongelmaisten omaisista kokee elämänsä vaikeutuvan jollakin elämän alueella, esimerkiksi perhe-elämän saralla, sosiaalisissa suhteissa, työelämässä tai käytännön asioiden hoitamisessa. (Annala ym. 2007, 155.)

Läheisen sairastuminen aiheuttaa omaisille pelon ja surun tunteita. Omaiset surevat sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn ja terveyden menetystä sekä tulevaisuuden suunnitelmien muuttumista. Tulevaisuus tuntuu pelottavalta ja ennakoimattomalta. Mielenterveysongelmiin liittyy myös häpeän tunteita; somaattinen sairaus koetaan hyväksyttävämmäksi ja siitä on helpompi puhua. Omaiset kokevat usein myös syyllisyyttä esimerkiksi tuntiessaan olevansa osittain vastuussa perheenjäsenen ongelmista tai olevansa kykenemättömiä auttamaan riittävästi. (Annala ym. 2007, 155.)

Mielenterveysongelmat kuormittavat potilaiden omaisia yleensä paljon ja tunne-elämältään epävakaisten potilaiden omaiset saattavat olla erityisen kuormittuneita. Tämän potilasryhmän omaiset ovat usein masentuneita, neuvottomia, stressaantuneita ja väsyneitä potilaan käyttäytymiseen. He jäävät usein vaille huomiota, kun potilaan hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan psykiatrisissa yksiköissä. (Tunne-elämältään epävakaisten omaiset 2006.)

Vaikeassa tilanteessa elävien omaisten avun tarpeen tunnistaminen ja tukeminen ehkäisee omaisten uupumista. Hoitajan on tärkeää kyetä tunnistamaan omaisten tarpeet, jotka ovat osittain sidoksissa potilaan tarpeisiin, osittain taas niistä riippumattomia. Perheen on löydettävä tasapaino siinä, kuinka paljon sairastunutta perheenjäsentä autetaan ja paljonko hänen odotetaan ottavan vastuuta esimerkiksi perheen arkielämästä. (Annala ym. 2007, 159.)

Omaisten keskinäisellä vertaistuellä on suuri merkitys. Vertaistuki perustuu tasavertaisuuteen sekä omakohtaisten kokemusten ja tunteiden jakamiseen. Mahdollisuus tukea toisia parantaa omaisten elämänhallinnan tunnetta ja vahvistaa uskoa oman selviytymisen suhteen. (Annala ym. 2007, 166.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on aikaisemmin olemassa olevan tutkimustiedon yhdistämistä yhtenäiseksi katsaukseksi ja se on mahdollista tehdä eri tavoin. Kirjallisuuskatsaus käy analyttisesti läpi tietyn aihepiirin aiemman tutkimuksen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39.) Kirjallisuuskatsaus on tutkimustyyppiltään teoreettista tutkimusta, niin sanottua toisen asteen tutkimusta eli tutkimustiedon tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123).

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, miten ja mistä näkökulmista kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Kirjallisuuskatsaus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymyksen määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Kirjallisuuskatsaus voi olla joko narratiivinen tai systemaattinen. (Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson 2007, 3-5; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39.) Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaus on narratiivinen, koska se vastaa menetelmänä opinnäytetyömme tarkoitusta paremmin kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on toimiva kuvailtaessa muun muassa jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä, kuvailtaessa käsitteellistä tai teoreettista taustaa tai yhdisteltäessä eri tutkimusalueita (Johansson 2007, 4).

### 4.2 Aineistonkeruu

Aineiston hankinnassa käytimme elektronisia tietokantoja, sillä ne mahdollistivat monipuolisten aineistohakujen tekemisen ja rajaamisen. Elektronisia tietokantoja hyödyntäessä pystyy takaamaan sen, että opinnäytetyön tekemisessä käytettävä aineisto ei ole liian vanhaa. Tietoa etsimme vuosilta 2005-2011. Käytimme Medicin tietokantaa, ja Terveysportin tietokannoista Lääkärin käsikirjaa sekä Sairaanhoidajan käsikirjaa. Lisäksi hyödynsimme Aleksis- ja Arto- artikkeliviitetietokantoja ja Duodecim – Lääketieteen

aikakauskirjan ja Suomen Lääkärilehden arkistoja. Opinnäytetyöhömmme löysimme kotimaista aineistoa niin kattavasti, että kansainvälisistä tietokannoista käytimme ainoastaan Academic Search Eliteä (EBSCOhost).

Suomenkielisinä hakusanoina käytimme persoonallisuushäiriö ja/AND hoito, persoonallisuushäiriö ja/AND hoitotyö, tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus ja/AND hoito, tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus ja/AND hoitotyö, rajatila ja/AND hoito, rajatila ja/AND hoitotyö, epävakaata persoonallisuushäiriö ja/AND hoito, epävakaata persoonallisuushäiriö ja/AND hoitotyö. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme personality disorder AND treatment, personality disorder AND nursing, borderline personality disorder AND treatment sekä borderline personality disorder AND nursing.

Edellä mainituilla hakusanoilla löytyi suomenkielisiä artikkeleita 863 kappaletta, joista valitsimme 12 artikkelia. Englanninkielisiä artikkeleita löysimme 1296, joista valitsimme 9. Valinnat teimme otsikon ja tiivistelmän perusteella. Sekä kotimaisista että kansainvälisistä hakutuloksista jouduimme jättämään suuren osan pois, koska ne olivat aiheeseemme kuulumattomia. Samoja artikkeleita löytyi useammasta artikkeliviitetietokannasta (liite 1).

Valitsemistamme artikkeleista englanninkielisiä tutkimuksia on kaksi kappaletta. Muita artikkeleita valitsimme 19 kappaletta. Näin ollen artikkeleita on yhteensä 21 kappaletta. Tarkemmat tiedot käytetyistä tutkimuksista löytyy liitteestä 2 (liite 2). Tiedonhaun avulla saadun aineiston lisäksi olemme käyttäneet muuta aiheeseen sopivaa kirjallisuutta.

Tutkimuksia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta emme löytäneet tiedonhaun kautta. On mahdollista, että vanhempaa tutkimustietoa aiheeseen liittyen olisi löytynyt, jos olisimme huomioineet tiedonhaussa ennen vuotta 2005 tehdyt tutkimukset. Suomalaisia tutkimuksia löysimme ainoastaan yhden Internet-haun kautta, mutta emme hyötäneet kyseisen lähteen käytöstä opinnäytetyössämme, sillä tutkimus käsitteli musiikkiterapian käyttöä tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Hoitajien asenteista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan löytyi joitakin tutkimuksia, joista päätimme käyttää kahta.

### 4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jolla järjestäytymätön aineisto tutkittavasta ilmiöstä tiivistetään ja yleistetään systemaattisesti. Aineiston tiivistäminen ja yleistäminen on välttämätöntä, jotta voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysia voidaan käyttää hyvinkin erityyppisten aineistojen järjestämiseen, luokitteluun ja ryhmittelyyn esimerkiksi artikkelit, dialogit, kirjat, kirjeet, puheet, päiväkirjat ja raportit. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103.) Opinnäytetyössämme käytimme sisällönanalyysia kirjallisuuskatsauksen analysointimenetelmänä oppimateriaalin sisältöjen tuottamiseksi.

Aineistolähtöistä analyysiä kuvataan kolmevaiheiseksi prosessiksi, joka tarkoittaa sitä, että aineisto redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Ryhmittelyssä aineisto käydään läpi tarkasti ja siitä etsitään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä, jotka ryhmitellään ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön käsitys, ominaisuus tai piirre. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.)

Koska opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus, aineiston analysointi ei noudata täsmälleen aineistolähtöisen laadullisen aineiston analyysin vaiheistusta. Sisällönanalyysia on käytetty sovelletusti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Aineistoa lukiessamme etsimme vastauksia opinnäytetyömme tehtäviin. Ryhmittelimme tiedonhaun kautta löytyneet opinnäytetyömme aiheeseen liittyvät asiat teemoittain ja niiden pohjalta laadimme teoreettiset käsitteet eli teemat tulososioon. Ensimmäinen teema on epävakaata persoonallisuushäiriötä, jonka alateemoina ovat diagnosointi ja itsetuhoisen käyttäytyminen ja itsemurhariski. Toisena teemana on epävakaan persoonallisuushäiriön hoito, jonka alateemoina ovat hoidon edellytykset, sairaalahoidon aiheet, hoitajan rooli, dialektinen käyttäytymisterapia ja lääkehoito. Kolmantena teemana on epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan herättämät tunteet hoitajassa. Tämän alateema on transferenssi ja vastatransferenssi epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Viimeisenä teemana on hoitajan jaksaminen epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Edellä mainitut teemat muodostavat myös rungon oppimateriaalille.

Ennen kuin aloimme kirjoittaa opinnäytetyömme raporttiosiota, luimme koko aineistomme läpi ja varmistimme, että meillä on kaikki aiheeseemme kuuluva oleellinen materiaali. Tulososion kirjoittamisen jälkeen katsoimme kaikki artikkelit uudelleen läpi tarkistaaksemme, että käytimme opinnäytetyössämme keskeisimmän tiedon valitsemistamme artikkeleista. Englanninkielisiä artikkeleita käytimme runsaasti ja hyödyimme niistä, sillä saimme niistä sellaista tietoa, mitä suomalaisissa lähteissä ei ollut. Haasteelliseksi muodostui englanninkielisten artikkeiden kääntäminen suomenkielelle. Etenkin ammattisanaston kohdalla oli vaikea löytää sopivia suomenkielisiä vastineita.

#### 4.4 Oppimateriaali

Hyvä oppimateriaali on sekä opiskelijan että opettajan edun mukaista. Materiaalin tulisi herättää opiskelijan kiinnostus ja aktivoida häntä tarkastelemaan omaa osaamistaan, asenteitaan ja tietojaan sekä kannustaa itsenäiseen ajatteluun. Oppimateriaali on väline oppimisen tueksi. Hyvä oppimateriaali monipuolistaa ja havainnollistaa opetusta sekä vaatii käyttäjältään intensiivistä ajattelua. (Oppimateriaalin kehittäminen 2000.)

Oppimateriaaliksi luokitellaan kaikki se aineisto, jota opiskelija käyttää oppimisprosessin aikana. Oppimateriaaleja voivat olla esimerkiksi oppikirjat ja multimediaesitykset, www-sivustot, tietopankit ja tietosanakirjat. Verkko-oppimisella tarkoitetaan oppimistilanteita, jossa käytetään hyväksi viestintä- ja tietotekniikkaa. Verkkokurssien avulla on mahdollista opiskella omien aikataulujen mukaan ilman ryhmäopetukseen osallistumista. Verkkokurssi muodostuu oppimateriaalista, tehtävistä sekä opiskelijoiden ja opettajan välisestä vuorovaikutuksesta. (Keränen & Penttinen 2007, 1, 3, 148.)

Verkko-opetuksen eri muotoja ovat monimuoto-opetus, verkon tukema lähiopetus sekä itseopiskelu. Verkko-oppimismateriaalin laatiminen vaatii usein huolellisen suunnitelman. Materiaalin suunnittelussa on huomioitava kohderyhmä, jolle opetus suunnataan ja mietittävä mitä kohderyhmä osaa nyt ja mitä sen pitäisi osata kurssin jälkeen. (Kalliala 2002, 20, 60.) Oppimateriaalia valmistaessaan joutuu yleensä karsimaan, yhdistelemään ja pelkistämään opetettavaa ainesta, jotta oppija voisi mahdollisimman hyvin oivaltaa keskeisen sisällön. Liika materiaali saattaa vaikeuttaa oppimisprosessia. (Oppimateriaalin kehittäminen 2000.)

Ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa tehdä oppimateriaalia (Oppimateriaalin kehittäminen 2000). Verkko-oppimismateriaali voi olla kirjoitettua tekstiä ja sitä voidaan elävöittää kuvien, äänitiedostojen, animaatioiden ja videoiden avulla. Voimakas värimaailma, erilaiset ääniefektit ja animaatiot voivat toimia tietyssä kohderyhmässä, mutta toiset saattavat kokea ne häiritsevinä. (Kalliala 2002, 14, 60, 69.) Erilaisten tehosteiden käyttöä on hyvä välttää, koska tehosteet vievät lukijan huomion pois itse asiasisällöstä (Keränen & Penttinen 2007, 159). Huumoria voidaan käyttää, kunhan se sopii kohderyhmän makuun. Verkko-oppimateriaalin täytyy toimia ilman kenenkään ulkopuolisen neuvoja ja ohjeita, eikä siinä myöskään saisi olla teknisiä tai sisällöllisiä ongelmia. (Kalliala 2002, 59.)

Verkko-opetuksessa käytettävissä oppimateriaaleissa on huomioitava tekijänoikeuteen liittyvät asiat. Tekijänoikeudella tarkoitetaan sitä, että uusi luova teos kuuluu aina tekijälleen ja on tämän omaisuutta. Tekijänoikeudet määritetään tekijänoikeuslaissa, jonka tarkoituksena on suojata luovan työn tekijöiden työn tuloksia. Vaikka tekijät eivät toimitakaan ammatillisessa mielessä, tekijänoikeus suojaa kaikkia syntyneitä teoksia. (Keränen & Penttinen 2007, 150.)

Verkko-oppimateriaalin tekijänoikeus syntyy materiaalin tekijälle tai tekijöille. Tekijänoikeudet eivät siirry ilman sopimusta oppilaitokselle niin, että aineistoa voidaan käyttää tai muuttaa. (Kalliala 2002, 99, 102.) Oppilaitoksissa tapahtuva opetustilanne edellyttää tekijältä saatua lupaa (Keränen & Penttinen 2007, 150). Muunteluoikeuksista pitää sopia, mikäli verkko-oppimateriaalia halutaan myöhemmin päivittää ajan tasalle (Kalliala 2002, 99, 102).

## 5 TULOKSET

### 5.1 Epävakaata persoonallisuushäiriö

Epävakaan persoonallisuushäiriön taustalla ajatellaan olevan sekä geneettisiä että lapsuuden kasvuympäristöön liittyviä tekijöitä (Koivisto & Isometsä 2005, 4618; Lamph 2011, 35). Potilaiden vanhemmat ovat usein itse kärsineet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, minkä seurauksena lapset ovat saattaneet joutua kasvamaan alkoholinkäytön, arvaamattomuuden, turvattomuuden ja väkivallan ilmapiirissä. Lapsilta on näin ollen puuttunut turvaa ja psykososiaalisia valmiuksia antavat esikuvat. Pienempi määrä potilaita on kasvanut perheissä, joissa väkivaltaa ei ole esiintynyt, mutta kyky käsitellä tunteita on puuttunut ja joissa lasten emotionaalinen merkitys vanhemmille on ollut pieni. Näissä perheissä ihmisarvo on perustunut materiaalisiin arvoihin ja suorituksiin. (Tähkä 2003, 14.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät ovat usein kykenemättömiä kehittämään vakaita ihmissuhteita (Bland, Tudor & Whitehouse 2007, 205). Heidän voi olla vaikea kestää yksinäisyyttä, sillä yksin jääminen voi tuntua suunnattomana turvattomuutena. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät henkilöt usein pelkäävät tulevansa hylätyiksi tai torjutuiksi. (Bland & Rossen 2005, 509; Eastwick & Grant 2005, 40.) Heidän läheisille ihmissuhteilleen on tyypillistä epätoivoiset yritykset estää toista hylkäämästä esimerkiksi takertumalla toiseen tai anelemalla häntä olemaan jättämättä. (Bland ym. 2007, 208; Koivisto & Korkeila 2010.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön ytimenä on identiteetin tunteen puute, jonka seurauksena potilaat eivät kykene kokonaisvaltaisesti hahmottamaan omaa ja muiden persoonallisuutta (Tähkä 2003, 14). Voimakkaan hylätyksi tulemisen pelon ja epävakaiden ihmissuhteiden lisäksi häiriöstä kärsivät henkilöt toimivat impulsiivisesti, mikä näkyy esimerkiksi harkitsemattomana sukupuolielämänä ja usein esiintyvänä päihteiden käytönä. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619). Myös syömishäiriöt, eritoten bulimia, mielialahäiriöt ja riippuvuusongelmat sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, ADHD, voivat esiintyä samanaikaisesti epävakaan persoonallisuushäiriön kanssa. (Cumyn, French & Hechtman 2009, 673; Joukamaa & Lepola 2002, 117.) Epävakaan persoonal-

lisuushäiriön erottaminen tarkkaavaisuushäiriöstä ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä voi olla vaikeaa (Korkeila 2010).

Potilaita vaivaa jatkuva sisäinen tyhjyyden tunne eheän minäkokemuksen puutteen vuoksi ja heitä hallitsee voimakas vihan tunne, jonka syytä he eivät itse osaa selittää (Commons Treavor & Lewis 2008, 578; Tähkä 2003, 14). Stressin yhteydessä voi ilmetä lyhytkestoista vainoharhaisuutta ja aistiharhoja, potilas voi kuulla esimerkiksi nimeään kutsuttavan (Koivisto & Isometsä 2005, 4619; Tähkä 2003, 14). Myös derealisaatio- tai depersonalisaatioelämykset ovat mahdollisia (Koivisto & Isometsä 2005, 4619). Näillä tarkoitetaan kokemusta, jonka yhteydessä henkilö kokee persoonallisuutensa, ruumiinsa, identiteettinsä tai ympäristönsä muuttuneen niin, että ne ovat jollakin tavoin epätodellisia tai eivät ole entisensä kaltaisia (Huttunen 2011a).

### 5.1.1 Diagnostiikka

Olisi suositeltavaa, että epävakaata persoonallisuutta diagnosoitaisiin asianmukaisesti jo nuoruusiässä, jotta tarvittavia sosiaalisia ja klinisiä tukitoimia voitaisiin järjestää. Diagnostiikkakriteerit täyttyvät osalla potilaista kuitenkin vasta nuorella aikuisiällä. (Epävakaata persoonallisuutta 2008, 827.) Alle 18-vuotiaille harvemmin diagnosoidaan epävakaata persoonallisuushäiriötä, koska persoonallisuus ei ole täysin vielä kehittynyt (Lamph 2011, 37).

Epävakaan persoonallisuushäiriön klinisiä tutkimuksia ja diagnostista varten on kehitetty erilaisia itsearviointimenetelmiä ja puolistrukturoituja haastattelumenetelmiä, joita voidaan käyttää erikoissairaanhoidossa diagnostiikan varmistamiseen (Korkeila 2010). Strukturoituja lomakkeita ovat BPDSI, DIB-R ja ZAN-BPD (Pulkinen & Vesanen 2010). Persoonallisuushäiriödiagnostiikka tekee psykiatrian erikoislääkäri (Koivisto & Isometsä 2005, 4618).

### 5.1.2 Itsetuhoisuus käyttäytyminen ja itsemurhariski

Itsetuhoikäytännön pääasiallisena tarkoituksena voi olla esimerkiksi itseviha, rankaisu tai pyrkimys tasata voimakasta tunnetilaa (Koivisto & Isometsä 2005, 4619;

Lamph 2011, 37). Itsetuhoisuutta voi edeltää hylkäämiseksi koettu tilanne tai erotilanne. (Koivisto & Isometsä 2005, 4619.) Käyttäytyminen voi esiintyä muun muassa viiltelynä, mustelmille lyömisenä, vieraiden esineiden nielemisenä, nälkiinnyttämisenä, pään hakkaamisena, hiusten repimisenä, itsen polttamisena tai puremisena (Koivisto & Isometsä 2005, 4619; Lamph 2011, 37). Itsetuhoisen käyttäytymisen päämääränä on harvoin itsemurha; itsensä vahingoittamista käytetään selviytymiskeinona tunteiden ja traumojen käsittelyyn (Lamph 2011, 38).

Tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien henkilöiden itsemurhariski on erittäin korkea (Koivisto & Isometsä 2005, 4620). Itsemurha toteutetaan yleensä yli 30 ikävuoden jälkeen (Korkeila 2007, 504; Paris 2005, 1582). Itsensä vahingoittaminen on hyvin tavallista ennen tätä ikää, jopa kolme neljästä vahingoittaa itseään toistuvasti (Korkeila 2007, 504). Itsemurha saattaa tapahtua toivottomuuden ja vetäytyneisyyden tilassa useiden hoitoyritysten jälkeen. Epävakaan persoonallisuushäiriön, vakavan masennuksen ja päihdeongelman yhdistelmä lisää itsemurhariskiä yli kolmenkertaiseksi verrattuna pelkästä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien henkilöiden itsemurhariskiin. (Koivisto & Isometsä 2005, 4620.)

## 5.2 Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito

Persoonallisuushäiriöisiä potilaita on perinteisesti pidetty erittäin vaikeahoitoisina (James & Cowman 2007, 674; Jokinen & Räsänen 2000, 65). Yhdestätoista persoonallisuushäiriöstä epävakaa persoonallisuushäiriö on kaikkein yleisin, haastavin ja monimutkaisin (Bland ym. 2007, 204; Bland & Rossen 2005, 507). Hoitajat kokevat, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoito on vaikeampaa kuin muiden potilasryhmien hoito (Giannouli ym. 2009, 482).

Persoonallisuushäiriöt esiintyvät hyvin monimuotoisina ja ne kietoutuvat usein muihin ongelmiin. Potilaat hakevat yleensä päivystysluonteista apua elämänsä kriisitilanteissa, esimerkiksi silloin kun he ovat ajautuneet vaikeuksiin ihmissuhteissaan. Kun suurin hätä on saatu selvitettyksi ja olisi tilaisuus selvittää häiriötä kokonaisvaltaisemmin, potilas jättää käyttämättä sovitut vastaanottoajat ja saapuu taas hakemaan apua, kun elämässä on seuraava kriisi. Tästä johtuen hoitajien ennakoasenteet voivat olla negatiivisia ja osaltaan vaikeuttavat potilaan hoitoa. (Jokinen & Räsänen 2000, 65.)

### 5.2.1 Hoidon edellytykset

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidon tavoitteita ovat, että potilas pystyy olemaan sekä yksin että sietämään läheisyyttä ja lisäksi sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla saamaan omat tarpeensa tyydytetyiksi erilaisten aktiviteettien avulla. Tavoitteisiin kuuluu myös potilaan sosiaalisten taitojen parantaminen. (Pulkkinen & Vesanen 2011.)

Hoidon onnistumisen edellytyksenä on turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen. Monet epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat henkilöt pitävät vuorovaikutustapojaan ja käyttäytymiskaavojaan osana itseään, eivätkä ole valmiita luopumaan niistä siitä huolimatta, että ne aiheuttavat ilmeistä haittaa sekä heille itselleen että muille ihmisille. Sen sijaan potilailla voi olla suuri halu ja tarve muuttaa ympäristöään ja läheisten ihmisten käyttäytymistä. (Jokinen & Räsänen 2000, 66.)

Hoidon alussa on tehtävä laaja-alainen riskiarvio, määriteltävä kriisien hallinnan vaihtoehdot ja sovittava hoidon yksityiskohdista yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuhteen perustana ovat potilaan kokemukset vakavasti ottava, joustava, tukea tarjoava, tuomitsematon ja vastavuoroinen suhtautuminen potilaaseen. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoidossa tyypillisiä piirteitä ovat eri hoitopalveluiden ja –muotojen lyhytaikainen ja runsas käyttö sekä vaikeus noudattaa hoitoa koskevia sopimuksia. (Epävakaata persoonallisuus 2008, 828.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalle hoitoon sitoutuminen voi olla vaikeaa, sillä monilla häiriöstä kärsivillä potilailla on takanaan paljon hylkäämiskokemuksia. Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitosuhde tai hoitopaikka voisi pysyä samana. Potilaalle tarjottaisiin näin uskoa pysyvyyteen ja jatkuvuuteen. Hoitotyöntekijän täytyy olla valmis sitoutumaan jopa vuosia kestäväseen hoitosuhteeseen. Hoidon ei tarvitse olla tiivistä terapiaa, vaan esimerkiksi tapaaminen kerran kuussa tai harvemmin saattaa riittää. (Jokinen & Räsänen 2000, 65.)

Hoitajan kanssa käytävissä keskusteluissa potilaalla on mahdollisuus selvittää asioitaan, tutkistella ja oppia ymmärtämään itseään ja käyttäytymistään sekä suunnitella elämäänsä. Hoitosuhteessa voidaan käsitellä muun muassa itsetuhoista käyttäytymistä, tunteita, menneiden kokemusten ja nykyisyyden välisiä yhteyksiä ja kriiseistä selviyty-

mistä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle sopeutuminen yhteiskuntaan on suuri haaste, ja on tärkeää voida puhua kaikista esille tulevista asioista, jotta välttyttäisiin niin sanotulta acting out –käyttäytymiseltä, joka on hyvin tavallista persoonallisuushäiriöistä kärsivien keskuudessa. (Jokinen & Räsänen 2000, 65.) Achtén (1992, 30) mukaan acting out –käyttäytymisellä tarkoitetaan henkilölle vahingollisen toiminnan korostumista puhumisen sijaan. Hän kokee olevansa mahtava, riippumaton ja voimakas sekä voivansa kontrolloida ympäristöään. Acting out on tiedostamattoman yllykkeen purkautumista ja ilmenemistä motorisena toimintana yleensä hoitotilanteen ulkopuolella siten, etteivät yllyke ja siihen liittyvä tunne tule tietoisiksi (Skitsofreniasanasto 2011).

### 5.2.2 Sairaalahoitoon aiheet

Jos epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan vähemmän määrätietoinen itsemurhayritys liittyy jatkuvaan itsetuhoisuuteen, potilaan lähettämistä itsemurhayrityksen jälkeen psykiatriseen sairaalahoitoon saattaa useimmiten olla enemmän haittaa kuin hyötyä. Ympäri vuorokautisen sairaalahoitoon aiheita ovat akuutti vakava itsemurhavaara, vaikea mielialahäiriö, psykoottinen oireilu, jota ei hallita avohoidossa sekä vaikeat dissosiaatio-oireet. (Epävakaa persoonallisuus 2008, 829.) Dissosiaatio-oireet syntyvät joko samanaikaisesti traumatapahtuman kanssa tai myöhemmin pitkäaikaisen trauma-altistuksen seurauksena (Lipsanen 2005, 2063).

Dissosiaatio-oireilu voi ilmetä muun muassa muistiaukkoina tai ajantajun tilapäisenä kadottamisena sekä vaikeutena yhdistää omia ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja muistoja omaan elämään kuuluviksi. (Koivisto ym. 2009, 29, 50; Lipsanen 2005, 2063.) Oletuksena on, että dissosiaatio liittyy vaikeisiin traumaattisiin tapahtumiin. Dissosiaatiohäiriöt kehittyvät usein kasvuympäristössä, jossa lapsi joutuu pitkäaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön, laiminlyönnin tai väkivallan uhriksi. (Lipsanen 2005, 2063; Suokas-Cunliffe & van der Hart.) Dissosiaatio-oireita ja –häiriöitä esiintyy samanaikaisesti erityisesti epävakaan persoonallisuushäiriön kanssa. (Lipsanen 2005, 2063.)

### 5.2.3 Hoitajan rooli

Hoitaja toimii potilaalle mallina sosiaalisesti hyväksyttävästä käyttäytymisestä, ja pyrkii löytämään tämän ”terveet” puolet ja voimavarat. Esimerkiksi vetoaminen ammattirooliin tai potilaan vanhemmuuteen voi lisätä motivaatiota muutokseen. Mikäli potilaan käyttäytymistavoissa tulee esille esimerkiksi sekä alkoholia runsaasti käyttävä että lapsistaan huolta kantava äiti tai isä, on tärkeää vedota ja ottaa käsiteltäväksi lapsistaan huolehtiva vanhemman rooli ja jättää negatiivisempi rooli taka-alalle. Eroahdistuksen käsittely hoitosuhteen loppuessa on tärkeää, sillä potilaat ovat usein huolissaan siitä, kuinka selviytyvät yksin eteenpäin. (Jokinen & Räsänen 2000, 65-66.)

Potilaan kanssa tehdään yksilöllinen ja selkeä sopimus hoidosta, sen pituudesta ja tavoitteista. Hoitosuhteessa on varottava liiallisen riippuvuuden syntymistä. Hoitotyöntekijä toimii aikuisen ihmisen mallina, joka ottaa potilaan aktiiviseksi yhteistyökumppanikseen. Aktivointikeinoina voidaan pitää esimerkiksi erilaisia kotitehtäviä, päiväkirjan pitämistä ja kirjalliseen materiaaliin perehtymistä. Hoitaja pyrkii yhdessä potilaan kanssa tunnistamaan ja asettamaan kyseenalaisiksi potilaan aikaisemmat ajattelumallit, dikotomisen, mustavalkoisen, ajattelun sekä sisäiset ennakkoluulot. Lisäksi potilaan kanssa kehitetään keinoja ratkaista elämän mukanaan tuomia ongelmia. (Jokinen & Räsänen 2000, 66.)

Läheiset ja hoitohenkilökunta voivat turtua epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan usein toistuviin itsemurhauhkauksiin, sillä ne mahdollisesti kuuluvat manipulatiiviseen toisten hallitsemiseen. Itsemurhan riski on kuitenkin aina olemassa varsinkin masentuneessa vaiheessa, ja hoitajien tehtävänä on pyrkiä mahdollisuuksiensa mukaan suojaamaan potilasta tietoisesti vaaran olemassaolo huomioon ottaen. Hoitaja voi tukea potilasta etukäteen vaikeita ajanjaksoja varten ja pohtia tämän kanssa, mitä voi tehdä tai mihin ottaa yhteyttä, kun ahdistus tuntuu päällekyvältä. Uusien mielenkiinnon kohteiden löytäminen, tutkiminen ja tarvittaessa myös niihin ohjaaminen ovat osa potilaan hoitoa, jonka tavoitteena on kehittää potilaan kykyä sublimoida eli kanavoida tarpeitaan erilaisten aktiviteettien avulla. (Almqvist, Iija & Kiviharju-Rissanen 1996, 167.)

#### 5.2.4 Dialektinen käyttäytymisterapia

Ennen kuin dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) mukainen hoito aloitetaan, potilas ja terapeutti keskustelevat siitä, millaisia ongelmia potilaalla on, mitä hoito pitää sisälleen ja ennen kaikkea, ovatko he valmiita panostamaan yhdessä työskentelemiseen terapian edellyttämällä tavalla. Tämä sitoutumisvaihe on erittäin tärkeä ja se saa viedä aikaa niin paljon kun tarvitsee, jopa puolikin vuotta, jotta molemmat osapuolet tietävät, mihin he ovat ryhtymässä. (Dembinkas & Holmberg 2005, 20 – 21.)

Dialektinen hoitomalli koostuu erilaisista osatekijöistä eli komponenteista ja neljästä tavoitehierarkian mukaan etenevästä, portaittaisesta vaiheesta (Holmberg & Kähkönen 2007, 556). Ensimmäisen vaiheen tavoitteena on vakauttaa potilasta ja auttaa häntä saamaan kaoottinen käyttäytyminen hallintaansa. Erityisesti pyritään itseä vahingoittavan ja terapiaa häiritsevän käyttäytymisen vähentämiseen. Dialektisen käyttäytymisterapian toinen vaihe keskittyy käsittelemään traumoja, kolmas vahvistamaan itseluottamusta ja selviytymään arjen ongelmista. Neljännessä eli viimeisessä vaiheessa tavoitteena on mielekkään ja tasapainoisen elämän kehittäminen sekä sitoutuminen omaan elämään ja ihmissuhteisiin. (Holmberg & Kähkönen 2007, 557; Viikki 2006, 16.)

Itseä vahingoittavan käyttäytymisen vähentäminen on ensimmäinen asia, jota työstitään varsinaisessa terapiassa (Bland ym. 2007, 210; Holmberg & Kähkönen 2007, 556). Kaikissa muissa vaiheissa palataan työskentelemään tämän asian parissa, jos itsensä vahingoittamista esiintyy. Terapian toimimiseksi työskennellään myös terapiaa haittaavan käyttäytymisen vähentämiseksi niin potilaan kuin terapeutinkin puolelta. Ensimmäisessä vaiheessa käyttäytymisterapeuttinen osuus on huomattava ja paino on taitojen oppimisessa. Potilaat käyvät sekä yksilö- että ryhmähoidossa. Näiden molempien hoitojen on oltava käytössä, jotta voitaisiin puhua dialektisesta käyttäytymisterapiasta. Kahdessa viimeisessä vaiheessa työskentely räätälöidään jokaiselle potilaalle erikseen, kun taas ensimmäisen vaiheen tavoite - turvallisuus ja vakaus - on sama kaikille potilaille. Vaiheet menevät osittain lomittain, ja tarvittaessa on mahdollista palata aiempiin vaiheisiin. (Holmberg & Kähkönen 2007, 556 – 557.)

*Taitoalumnus dialektisessa käyttäytymisterapiassa*

Taito on sovellettua tietoa ja edellyttää, että ihminen ymmärtää mitä on tekemässä ja osaa asian käytännössä. Taitoja ovat esimerkiksi ruuan laittaminen, autolla ajaminen, yhteistyön tekeminen tai leppyminen riidan jälkeen. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa taitoja voidaan kuvata toimintoina, jotka auttavat tavoitteisiin pääsemistä. Asiakkaan vaikeuksien katsotaan johtuvan puutteellisista taidoista; näin ollen hoidon perustana on puuttuvien taitojen opettelu. (Kåver & Nilsonne 2004, 85.)

Taitoja harjoitellaan kerran viikossa 1 - 2,5 tuntia kerrallaan. Potilaat käyvät sekä yksilöterapiassa että taitoalumnuksessa opettelemassa erilaisia taitoja selviytyä vaikeiden tunteiden kanssa ja niistä aiheutuvan käyttäytymisen säätelemiseksi. Yksilöterapeutti lisää ja ylläpitää potilaan motivaatiota hoitoon sekä suunnittelee potilaan kanssa kotitehtäviä, joiden avulla taitoalumnuksessa opitut taidot siirtyvät käyttöön potilaan elämässä. (Kåver & Nilsonne 2004, 86; Ryhänen 2009, 68–69.)

Taitoalumnus koostuu neljästä moduulista: tietoisuus- eli mindfulness –taidoista, tehokkaan vuorovaikutuksen taidoista, ahdingonsietotaidoista ja tunteidensäätelytaidoista (Koivisto ym. 2007, 1400; Ryhänen 2009, 73). Lisäksi yksilöterapeutin antama puhelin-tuki auttaa osaltaan potilaita siirtämään taitoalumnuksessa opittuja taitoja oikeisiin tilanteisiin (Ryhänen 2009, 68–69).

Tietoisuustaidot ovat ydintaitoja, koska ne ovat perusta kaikille muille taidoille. Tietoisuustaitojen tarkoituksena on opettaa potilaita elämään nykyistä hetkeä olemalla tietoisesti läsnä. Monilla potilailla on suuria vaikeuksia kokea tunteita ilman, että he ajatuksissaan pakenisivat niitä menneeseen aikaan tai murehtisivat tulevaisuutta. Tietoisuustaitojen karttuessa potilaat oppivat osallistumaan erilaisiin elämäntoimintoihin ilman välttelyä ja pakoa, vaikka tunteet sanelisivatkin toisin. He oppivat havainnoimaan, kuvailemaan ja osallistumaan tuomitsemattomalla asenteella nykyhetken keskittyen. (Ryhänen 2009, 73.)

Tunne-elämän epävakaus näkyy usein läheisissä ihmissuhteissa, jotka voivat muodostua hyvin kaoottisiksi ja myrskyisiksi. Tästä syystä vuorovaikutustaidot vaativat paljon harjoitusta. Tehokkaan vuorovaikutuksen taitojen opiskelua varten DKT:n taitoalumnuksessa on erilaisia ohjeistuksia muun muassa siihen, kuinka hankkia ja ylläpitää ihmis-

suhteita, kuinka ilmaista halunsa ja kuinka pitää yllä itsekunnioitustaan. (Ryhänen 2009, 73.)

Ahdingonsietotaidot ovat usein ensivaiheen strategioita voimakkaiden tunteiden kanssa olemiseen. Niitä käytetään lähinnä silloin, kun ongelmia ei pystytä ratkaisemaan muulla tavoin, vaan ne pitää hyväksyä olemassa olevana asiana. Yksi yleisimmin käytetyistä taidoista on huomion siirtäminen muualle, jolloin potilaat oppivat siirtämään huomionsa ajankohtaisesta tunnetilasta johonkin ulkoiseen tekemiseen tai asiaan. Tämän lisäksi potilaat oppivat tunnetilastaan huolimatta hyväksymään nykyhetken sellaisena kuin se on. (Ryhänen 2009, 74.)

Tunteidensäätelyn moduulissa potilaat oppivat muun muassa luokittelemaan ja nimeämään erilaisia tunteita, vähentämään haavoittuvuuttaan järjestämällä elämänsä perusasioita, nukkumista, syömistä ja fyysistä aktiviteettia, oikeisiin mittasuhteisiin sekä toimimaan toisin kuin tunne edellyttää. Potilaita ohjataan myös lisäämään miellyttäviä asioita elämäänsä sekä hakeutumaan tilanteisiin, joissa he voivat kokea itsensä päteviksi. (Ryhänen 2009, 73 – 74.)

### *Dialektinen käyttäytymisterapia sairaanhoitajan työssä*

Dialektinen käyttäytymisterapia antaa sairaanhoitajille laajan joukon työkaluja, joiden avulla he voivat lisätä ymmärrystään ja hoitaa haastavia, kroonisesti itsetuhoisia potilaita, niin psykiatrisilla osastoilla kuin avohoidossakin. Osastoilla on mahdollista harjoitella potilaiden kanssa erilaisten taitojen käyttöä, muun muassa tunteensäätelytaitoja sekä tehokkaan vuorovaikutuksen taitoja. Esimerkiksi tunteensäätelytaitoihin kuuluva ”tee toisin kuin tunne edellyttää” -taito on käyttökelpoinen tilanteissa, joissa potilas välttelee joidenkin asioiden tekemistä sillä perusteella, että tunne on niin voimakas. Sairaanhoitajan tulee käyttää tämänkaltaisen taidon harjoittamisessa suhteessa potilaaseen paljon validaatiota, tukea, kannustusta, vahvistusta ja jopa lohdutusta, sillä uusien taitojen opettelu on voimakkaasti tunteellisille ihmisille hyvin vaikeaa. Suhtautumistavan potilaaseen tulisi olla mahdollisimman vähän ylhäältäpäin ohjailevaa, koska persoonallisuudeltaan epävakait potilaat ovat hyvin herkkiä valtasuhteille. Kahden tasavertaisen ihmisen yhteistyösuhde on tehokkain tapa työskennellä. (Ryhänen 2009, 74.)

Avohoidossa työskentelevä sairaanhoitaja voi käyttää työssään dialektista käyttäytymisterapiaa. Tätä työskentelyä painottamaan sairaanhoitaja käyttää validaatiota ja mallintaa dialektista ajattelua. (Ryhänen 2009, 74.) Validaatio tarkoittaa ihmisen tai hänen kokemuksensa hyväksymistä ja oikeaksi, päteväksi ja todeksi vahvistamista (Koivisto 2009, 13). Dialektisella ajattelulla tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että näkee kokonaisuuksia, jotka sisältävät ristiriitaisia puolia. Joku voi samanaikaisesti olla sekä kaunis että ruma, hyvä että paha. Ihminen voi iloita ja surra tai olla oikeassa ja väärässä samalla kertaa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät henkilöt eivät yleensä kykene näkemään näitä ristiriitaisia puolia ja vielä vähemmän sietämään niitä. Elämä vaikuttaa heistä usein kaksijakoiselta – ajatukset, teot ja tunteet heilahtelevat äärimmäisyydestä toiseen epämiellyttävällä ja vaikeasti hallittavissa olevalla tavalla. (Kåver & Nilsonne 2004, 81.)

Usein potilailla on niin paljon ongelmia, että niiden kaikkien käsittelyyn ei riitä aika. Tästä johtuen eri ongelmien priorisointi on välttämätöntä ja äärimmäisen haastavaa, sillä potilaiden näkemys asioiden tärkeydestä voi poiketa täysin hoitajan näkemyksestä. Tällöin korostuvat hoitajan teorettinen tietämys sekä kyky motivoida potilasta tutki-  
maan ahdistusta herättäviä tapahtumia. Dialektisen käyttäytymisterapian periaatteita hoitotyössä noudattavan sairaanhoitajan tulee käyttää elämässään järjestelmällisesti erilaisia DKT -taitoja ja harjoitella niitä. Tämä auttaa hoitajaa mallintamaan potilaalle taitojen käyttöä. (Ryhänen 2009, 74 – 75.)

### 5.2.5 Lääkehoito

Lääkehoidon suunnittelussa on huomioitava lääkkeillä tehtävän itsemurhan lisääntynyt riski ja vähemmän määrätietoisten itsemurhayritysten riski, alttius päihteiden käyttöön ja lääkeriippuvuuteen, omaehtoisuuteen lääkehoidon toteutuksessa ja potilaan muut sairaudet (Epävakaasta persoonallisuus 2008, 829). Monihäiriöisen potilaan hoidossa on olennaista saada mahdollinen päihdehäiriö ensin hallintaan (Koivisto ym. 2007, 1404). Lääkityksen noudattamista tulee seurata usein tapahtuvan lääkkeiden väärinkäytön vuoksi (Pulkkinen & Vesanen 2010).

Lääkkeeksi kannattaa valita uuden polven antipsykootti tai pieni annos perinteisiä antipsykootteja, jos epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä potilaalla on psykootti-

sia kokemuksia (Huttunen 2008, 237). Psykoosilääkkeet vähentävät osalla potilaista epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää ahdistuneisuutta, vihamielisyyttä, masennusta, epäluuloisuutta, psykoottisia oireita ja tahallista itsensä vahingoittamista (Epävakaaseen persoonallisuus 2008, 829; Taiminen 2007). Mielialaa tasaavat lääkkeet saattavat vähentää epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää aggressiivisuutta ja impulsiivisuutta (Epävakaaseen persoonallisuus 2008, 829). Bentsodiatsepiinien käyttö ei ole suositeltavaa, sillä ne saattavat joillakin potilailla suurina annoksina käytettyinä heikentää tunneimpulssien hallitsemista (Koivisto ym. 2007, 1405). Lisäksi persoonallisuushäiriöistä kärsivillä henkilöillä on suuri riski tulla riippuvaiseksi bentsodiatsepiineista (Vorma & Kuoppasalmi 2005, 1279).

Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, eli SSRI-lääkkeet, saattavat vähentää potilailla epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää masennusta, mielialan nopeaa vaihtelua, ärtyneisyyttä, vihamielisyyttä, impulsiivisuutta, tahallista itsensä vahingoittamista ja ahdistusta (Epävakaaseen persoonallisuus 2008, 829). SSRI-lääkkeitä käytetään impulsiivisten potilaiden hoidossa suhteellisen suurina annoksina, mutta sen sijaan uuden polven antipsykoottien vaikutus ilmenee yleensä tavallista pienemmillä annoksilla (Huttunen 2008, 237). Ahdistusta kuitenkin pyritään hallitsemaan pääasiassa muilla keinoilla kuin lääkehoidolla (Nyberg 2002, 9).

### 5.3 Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan herättämät tunteet hoitajassa

Mielenterveys- ja päihdetyössä jatkuvassa vuorovaikutuksessa oleminen ja oman persoonan käyttö ovat hoitajalle sekä voiman lähteitä että voimia kuluttavia tekijöitä. Kärsivät potilaat ja heidän hätänsä käsitteleminen herättää helposti tarpeen suojautua tai kieltää potilaan tuskallinen todellisuus, joka aiheuttaa hoitavalle henkilölle paineita. Vaikeiden tunteiden, kuten pelon ja säälin, herääminen ja oman vihan kestäminen ja käsitteleminen sekä tunteiden torjuminen sitovat työntekijän voimia. (Annala ym. 2007, 173-174.)

Persoonallisuushäiriöt ovat hoidollisesti ehkä eniten hoitohenkilökuntaa kuluttavia psyykkisiä häiriötiloja (Almqvist ym. 1996, 106). Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat herättävät hoitajissa usein hyvin intensiivisiä tunteita, kuten vihaa, turhautuneisuutta ja avuttomuutta (Filer 2005, 35). Lisäksi potilaat provosoivat hoitajissa

reaktioita, joita muut potilaat heissä harvoin herättävät (Filer 2005, 35; Koivisto & Iso-metsä 2005, 4617). Potilas voi solmia kiinteän hoidollisen vuorovaikutussuhteen ja katkaista sen yhtä nopeasti ahdistavien asioiden noustessa pintaan. (Almqvist ym. 1996, 106.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas voi ihannoida hoitajaansa ja toisena hetkenä mitätöidä tämän täysin. (Almqvist ym. 1996, 107.) Kyse on tällöin splittauksesta, joka on minän puolustuskeino eli defenssi. Hoitajat jaetaan kahteen ryhmään, niin sanottuihin hyviin ja huonoihin hoitajiin. (Bland ym. 2007, 208.) Potilas voi jakaa työryhmän kahtia toisten hoitajien ollessa hyviä ja taitavia ja toisten ymmärtämättömiä, ilkeitä ja osaamattomia. Hän ei tee tätä tahallaan, vaan on yleensä täysin sokea oman persoonallisuutensa tuottamille seuraamuksille. Onnistuessaan jakamaan työryhmän, potilas käyttää valtaansa muihin ja saa tahtonsa perille niin sanottujen hyvien hoitajien kautta. Ongelman tiedostava henkilökunta on vaarassa langeta ansaan, mikä on samalla ansa potilaalle itselleen, sillä vain yhtenäisyytensä säilyttävä hoitohenkilökunta kykenee hoidolliseen vuorovaikutukseen. (Almqvist ym. 1996, 106-107.)

Potilaan impulsiivinen käyttäytyminen, joka ilmenee esimerkiksi vihan kontrollin puutteena, voi johtaa vihan tunteiden näyttämiseen sekä fyysisiin yhteenottoihin. Tällöin hoitaja voi kokea potilaan vihan tunteet hoitajaan itseensä kohdistuvina sekä pelätä itsensä ja potilaiden turvallisuuden puolesta. (Bland & Rossen 2005, 509.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat kuitenkin todennäköisemmin vahingoittavat itseään kuin muita henkilöitä (Filer 2005, 35). Potilaan impulsiivista käyttäytymistä saatetaan pitää enemmänkin tahallisenä ja pahana kuin osana epävakaata persoonallisuushäiriötä. Tämän seurauksena hoitaja saattaa vetäytyä ja ottaa etäisyyttä potilaaseen sekä tuntee vähemmän empatiaa potilasta kohtaan. (Bland & Rossen 2005, 509.)

Hoitajien asenteet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan saattavat olla negatiivisemmat kuin esimerkiksi skitsofreniaa tai masennusta sairastavia potilaita kohtaan (Filer 2005, 35; Westwood & Baker 2010, 660). Hoitotyöntekijöillä voi olla uskomus, että epävakaa persoonallisuushäiriö ei ole hoidettavissa (Filer 2005, 35). Ymmärryksen ja tietämyksen lisääntymisen myötä asenteet ja suhtautuminen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan muuttuvat positiivisemmiksi (Westwood & Baker 2010, 661).

Siinä missä itsemurhaa yrittänyt saa hoitajilta osakseen empatiaa, kättään viillelleeseen saatetaan suhtautua turhautumisen sekaisella inholla (Kontunen 2005, 2607). Itseä vahingoittava käyttäytyminen näyttäytyy hoitajille helposti manipulointirytyksenä ja huomion hakemisena (Kontunen 2005, 2607; Rayner, Allen & Johnson 2005, 13). Pääsääntöisesti kyse ei kuitenkaan ole edellä mainituista asioista. Viiltelyn on todettu olevan yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiinkin sekä moniin mielenterveyden häiriöihin. (Kontunen 2005, 2607.) Viiltelijältä puuttuu kyky käsitellä kokemuksiaan ja tunteitaan sanallisesti (Kontunen 2005, 2607; Lamph 2011, 37). Suuri ongelma itseään viiltelevien potilaiden hoidossa on viiltelykäyttäytymisen hoitohenkilökunnassa herättämä negatiivinen vastatransferenssi (Kontunen 2005, 2607).

### 5.3.1 Transferenssi ja vastatransferenssi epävakaa persoonallisuushäiriön hoidossa

Transferenssilla tarkoitetaan tunteensirtoa, jossa tulee esiin asenteita, odotuksia, pelkoja ja tunteita. Potilas reagoi hoitosuhteessa tilanteisiin ja omahoitajaan, ikään kuin nämä olisivat hänen aikaisempaan elämäänsä kuuluneita. Kun joku ihminen muistuttaa meitä jostakusta toisesta henkilöstä, esimerkiksi ulkonäön tai puhetyylin kautta, reagoimme häneen samalla tavalla kuin olemme reagoineet ihmiseen, jota hän muistuttaa. (Punkanen 2008, 53.)

Potilaan tunteensirrot hoitajaa kohtaan herättävät hoitajassa vastaavasti omia tunteita, joita kutsutaan vastatransferenssitunteiksi. Nämä ilmenevät hoitajalle itselleen usein tiedostamattomina. (Almqvist ym. 1996, 225.) Hoitajan tunteet voivat muodostua esteeksi hoitosuhteessa, jos hoitaja ei ymmärrä, mistä hänen tunteensa nousevat (Bland & Rossen 2005, 510, 512; Punkanen 2008, 54). Hoitosuhteesta voi olla potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä, jos vastatunteensirtoa ei käsitellä työnohjauksessa (Bland & Rossen 2005, 510).

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ahdistus sekä avuttomuuden ja epätoivon tunteet voivat siirtyä potilaasta hoitajaan. Nämä tunnereaktiot voivat saada aikaan negatiivisen vuorovaikutuksen hoitajan ja potilaan välille. (Lamph 2011, 38-39.) Vastatransferenssiä pidetäänkin esteenä hoitosuhdetyöskentelylle (Bland & Rossen 2005, 510, 512). Hoitajan tulee pystyä havainnoimaan omia tunteitaan ja hänen on kyettävä erottamaan itsessään omat tunteensa sekä potilaan hänessä aktivoimat tunnetilat.

(Bland & Rossen 2005, 510, 512.) Voimakkaiden transferenssi- ja vastatransferenssitunteiden vuoksi kaikki hoitajat eivät sovi kaikille potilaille ja päinvastoin (Punkanen 2008, 54).

#### 5.4 Hoitajan jaksaminen epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa

Tunne-elämältään epävakaiden potilaiden kanssa työskentelevät hoitajat tarvitsevat runsaasti tukea, sillä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoito voi olla välillä myrskysisää ja intensiivistä. Hoitotyöntekijän tulee olla valpas havainnoimaan omia tunteitaan ja reaktioitaan. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvä itsetuhoisuuden ja vihaisuuden hoito on hoitavalle henkilölle haastavaa. (Koivisto ym. 2009, 210, 222; Ryhänen 2009, 74.)

Työntekijöiden tukea voidaan lisätä muun muassa perustamalla psykiatrisille poliklinikoille epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon erikoistuneita työryhmiä, jotka koontuvat säännöllisesti sekä auttamaan toisiaan että opiskelemaan lisää näiden henkilöiden hoidosta (Ryhänen 2009, 74–75). Hoitajien saama koulutus auttaa heitä ymmärtämään paremmin potilaita, jotka kärsivät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä (Westwood & Baker 2010, 661).

Koulutuksen lisäksi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitaja voi ylläpitää jaksamistaan työnohjauksen, konsultaation ja kehityskeskustelujen avulla. Hoitajan on tärkeää saada hahmottaa vastuunsa ja perustehtävänsä sekä rajat, jotta hän voisi erottaa olennaiset työtehtävänsä epäolennaisista ja tietää, milloin hän on tehnyt tarpeeksi. Oman työskentelyn rajaaminen on oman jaksamisen kannalta tärkeää. (Annala ym. 2007, 176.)

Hoitajan jaksamisesta huolehtiminen kuuluu työnantajan tehtäviin. Työnohjaus ylläpitää työntekijän ammatillista kasvua ja ammattitaitoa sekä työssä jaksamista. (Annala ym. 2007, 171.) Työnohjauksessa käsitellään työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyviä kysymyksiä ja tunteita sekä tutkitaan omaa työskentelytapaa. Tavoitteena on, että työntekijä tutkisi omaa ajatteluaan ja toimintaansa sekä oppisi jäsentämään ja hallitsemaan työtään aikaisempaa paremmin. (Työnohjaus 2010.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee muun muassa pohtia, valitseeko hän tutkimuksen aiheeksi sellaisen aiheen, joka on helposti toteutettavissa, mutta joka ei yhteiskunnalliselta merkitykseltään ole erityisen tärkeä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 26). Opinnäytetyömme aihe on lähtöisin Tampereen ammattikorkeakoulun tarpeesta saada oppimateriaali epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoidosta.

Opinnäytetyömme tekemisestä on tehty kirjallinen sopimus Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Sopimus tekijänoikeuden luovutuksesta tehdään joko kirjallisena, suullisena tai hiljaisena suostumuksena (Kalliala 2002, 103). Oppimateriaalin suhteen luovutimme käyttö- ja julkaisuoikeudet Tampereen ammattikorkeakoululle.

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä. Tiedonhankinnassa hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkija perustaa tiedonhankintansa oman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen sekä muihin asianmukaisiin tietolähteisiin. Rehelliseen ja vilpittömään toimintaan kuuluu, että tutkija kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Tämä näkyy esimerkiksi merkitsemällä lähdeviitteet tarkasti omassa työssä. (Vilka 2005, 30.) Kirjallisuuskatsauksen tekijän tulee olla tutkimustuloksia esitellessään puolueeton eli objektiivinen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 110).

Opinnäytetyömme aineiston keräsimme kirjallisuudesta, lehtiartikkeleista ja Internet – sivustoilta. Suurin osa käyttämästämme kirjallisuudesta on 2000 –luvulta, sillä pyrimme käyttämään opinnäytetyömme teoriaosuudessa mahdollisimman uutta tietoa. Kirjallisuuden tulisi olla alle 10 vuotta vanhaa ollakseen mahdollisimman luotettavaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159).

Tiedonhakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta hyvin olennainen vaihe, sillä siinä tehdyt virheet voivat johtaa tulosten harhaisuuteen ja antaa epäluotettavan kuvan aiheesta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Kirjallisuuskatsaukseen on ku-

vattava tarkasti aineiston keruu ja sen toteuttaminen, jotta katsauksen lukija pystyy halutessaan tekemään saman haun ja saamaan samat hakutulokset. Aineistonkeruvaiheessa tehtävät rajaukset on perusteltava ja kirjata täsmällisesti. (Flinkman & Salanterä 2007, 91.) Tiedonhakua tehdessämme kirjasimme samanaikaisesti ylös tarkasti tekemämme haut ja niiden tulokset. Näiden pohjalta teimme opinnäytetyömme liitteenä olevan taulukon (liite 1). Tiedonhaun ja kirjallisuuskatsauksen tekemisessä emme käyttäneet ulkopuolista apua, vaan teimme ne itse. Tiedonhakua tehdessämme olisimme hyötyneet kirjaston informaatikon antamista neuvoista.

Tiedonhakuprosessin tekeminen oli aikaa vievää ja jouduimme tekemään sen uusiksi runsaiden hakutulosten vuoksi. Rajasimme ja täsmensimme hakusanoja, jolloin hakutuloksia tuli vähemmän ja ne olivat enemmän opinnäytetyömme aiheeseen liittyviä. Opinnäytetyömme tekemisen aikana tiedonhakutaitomme kehittyivät ja opimme arvioimaan lähteitä kriittisesti. Ajankäyttöä olisimme voineet suunnitella paremmin ja tehdä opinnäytetyötämme säännöllisesti myös lomiemme aikana. Opinnäytetyömme valmistui suunnitellussa aikataulussa.

## 6.2 Oppimateriaalin arviointi

Teimme oppimateriaalista mahdollisimman yksinkertaisen ja helppolukuisen. Elävöitimme sitä kuvien ja värien avulla. Vältimme kuitenkin liiallisten kuvien ja voimakkaiden värien käyttöä, sillä ne saattavat häiritä lukijaa. (Kalliala 2002, 14, 60, 69.) Värit ovat neutraalit ja teksti erottuu selkeästi taustasta. Oppimateriaalin visuaalisuutta paransimme kiinnittämällä huomiota myös fonttikokoon. Pohdimme animaatioiden käyttöä oppimateriaalissamme, mutta päätimme jättää ne pois, jotta materiaalin lukeminen olisi helppoa ja lukijan huomio pysyisi asiasisällössä. Oppimateriaalissa käytimme Microsoft Office –sivuston ClipArt –kuvia.

Ennen oppimateriaalin valmistumista saimme siitä palautetta opinnäytetyötämme ohjanneelta opettajalta ja työelämän yhteyshenkilöltä. Materiaalia tehdessämme ja sen valmistumisen jälkeen olisimme voineet testata materiaalia muilla opiskelijoilla ja pyytää siitä palautetta. Saamamme palautteen perusteella olisimme pystyneet laatimaan paremmin opiskelijoiden toiveisiin vastaavan oppimateriaalin.

Opinnäytetyömme ja oppimateriaali onnistuivat lopulta hyvin. Olemme saaneet koottua epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidosta keskeiset asiat laati-  
maamme oppimateriaaliin.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksen avulla voitaisiin selvittää suomalaisten hoitajien tietämystä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siitä kärsivien potilaiden hoidosta. Opinnäytetyötä tehdessä kävi ilmi, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidosta on saatavilla vähän suomalaista tutkittua tietoa.

## LÄHTEET

Achté, K. 1992. Tukea antava psykoterapia. Juva: WSOY.

Almqvist, S., Iija, A. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Annala, T., Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Bland, A. R. & Rossen, E. K. 2005. Clinical Supervision of Nurses Working With BPD. *Mental Health Nursing* 26 (5), 507-517.

Bland, A. R., Tudor, G. & Whitehouse, M. T. 2007. Nursing Care of Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care* 43 (4), 204-211.

Commons Treavor, A. J. & Lewis, A. J. 2008. Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42 (7), 578-584.

Cumyn, L., French, L. & Hechtman, L. 2009. Comorbidity in Adults With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 54 (10), 673-683.

Dembinskas, N. & Holmberg, N. 2005. Valkoinen ulkopuolelta, mutta musta sisältä – kokemuksia dialektisesta käyttäytymisterapiasta. Järvenpään sosiaalisairaala. Luettu 31.3.2011.

[http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/Dembinskas\\_holmberg.pdf](http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/Dembinskas_holmberg.pdf).

Eastwick, Z. & Grant, A. 2005. The treatment of people with borderline personality disorder: a cause for concern? *Mental Health Practice* 8 (7), 38-40.

Epävakaata persoonallisuus. 2008. Käypä hoito –suositus. Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim 124 (7), 820–836.

Filer, N. J. 2005. Borderline personality disorder: attitudes of mental health nurses. *Mental Health Practice* 9 (2), 34-36.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto: Digipaino, 84-100.

Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A. & Vaslamatzis, G. 2009. Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16 (5), 481-487.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2007. Hyväksymisestä muutokseen - dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuuden hoidossa. *Duodecim* 5 (123), 551–557.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2008. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uusittu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 222-244.

Huttunen, M. O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. O. 2011a. Itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen (depersonalisaatio). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 7.2.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Huttunen, M. O. 2011b. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 4.4.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

James, P. D. & Cowman, S. 2007. Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14 (7), 670-678.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopiston julkaisusarja, 3-9.

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. (toim.) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY, 41-68.

Joukamaa, M. & Lepola U. 2002. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Hakola, P., Isohanini, M., Joukamaa, M., Koponen, H., Leinonen, E. & Lepola, U. (toim.) Psykiatria. Helsinki: WSOY, 109-121.

Kalliala, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Jyväskylä: WSOY.

Koivisto, M. 2009. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän kriisien hoito, osa 2. *Yleislääkäri* 24 (7), 13-17.

Koivisto, M. & Isometsä, E. 2005. Epävakaan persoonallisuushäiriön kliininen kuva ja ennuste. *Suomen Lääkärilehti* 45 (60), 4617-4621.

Koivisto, M. Keinänen, M. & Isometsä, E. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoito. *Duodecim* 123 (12), 1398-1407.

Koivisto M, Stenberg J-H, Nikkilä H & Karlsson H. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koivisto, M. & Korkeila, J. 2010. Epävaka persoonallisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 30.11.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Kontunen, K. 2005. Itseään viiltelevän nuoren psykiatrisen hoidon haasteet. *Duodecim* 121 (23), 2607-2608.

- Korkeila, J. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa aihetta optimismiin. *Duodecim* 5 (123), 503-505.
- Korkeila, J. 2010. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Luettu 10.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- Lamph, G. 2011. Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury. *Nursing Standard* 26 (5), 35-40.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus –tärkeää tiedon siirtoa. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopiston julkaisusarja, 2-2.
- Lindeman, S. 2007. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävakaa persoonallisuus ja itsensä vahingoittaminen. Näytönastekatsaus Käypä hoito -suosituksesta. Epävakaa persoonallisuus. 2008. Luettu 4.2.2012. <http://www.kaypahoito.fi/>
- Lipsanen, T. 2005. Dissosiaatio psykiatrisena ilmiönä. *Suomen Lääkärilehti* 60 (18-19), 2063-2066.
- Nyberg, K. 2002. Epävakaa persoonallisuus ja muut persoonallisuushäiriöt. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.
- Oppimateriaalin kehittäminen. 2000. Luettu 19.1.2012. <http://www oulu.fi/opetkeh/kehtoimi/oppimat/index.html>.
- Paris, J. 2005. Borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 172 (12), 1579-1583.
- Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien valinta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Digipaino, 46-57.
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2011. Epävakaan persoonallisuuden hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 15.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Punkanen, T. 2008. Mielenterveystyö ammattina. 2.-5. painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Rayner, G. C., Allen, S. L. & Johnson, M. 2005. Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *Journal of Advanced Nursing* 50 (1), 12-19.
- Ryhänen, T. 2009. Dialektinen käyttäytymisterapia kroonisesti itsetuhoisten potilaiden hoidossa. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Tammi, 67-75.

Skitsofreniasanasto. 2011. AstraZeneca. Luettu 15.11.2011. <http://www.elamaok.fi>.

Suokas-Cunliffe, A. & van der Hart, O. 2006. Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. *Duodecim* 122 (16), 2001-2007.

Taiminen, T. 2007. Antipsykootit epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Näytönastekatsaus Käypä hoito -suosituksesta. *Epävakaata persoonallisuutta*. 2008. Luettu 4.2.2012. <http://www.kaypahoito.fi>.

Tunne-elämältään epävakaisten omaiset. 2006. Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. Luettu 11.11.2011. [http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/valiraportti\\_tunne-elamaltaan\\_epavakaisten\\_omaiset.pdf](http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/valiraportti_tunne-elamaltaan_epavakaisten_omaiset.pdf).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työnohjaus. 2010. *Duodecim*. Luettu 1.12.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Tähkä, J. 2003. Persoonallisuushäiriötä voidaan hoitaa. *Kunnallislääkäri* 5 (18), 14-15.

Tähkä, J. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito päiväsairaalassa. Luettu 5.9.2011. <http://www.jormatahka.com>.

Viikki, M. 2006. Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden hoidossa. *Impakti* 3, 16.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vorma, H. & Kuoppasalmi, K. 2005. Bentsodiatsepiiniriippuvuus ja sen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 60 (11), 1279-1282.

Westwood, L. & Baker, J. 2010. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17 (7), 657-662.

Taulukko 1. Aineistonhaku elektronisista tietokannoista.

\* Sisältää päällekkäisiä teoksia, jotka löytyivät haku-sanojen eri yhdistelmiä käyttäen.

Tietokanta/Hakusanat/Rajaukset	Löytyi kpl	Valittu kpl
<u>Academic Search Elite (EBSCOhost)(2005-2011)</u>		
- personality disorder AND treatment	910	2
- personality disorder AND nursing	104	8*
- borderline personality disorder AND treatment	240	2*
- borderline personality disorder AND nursing	42	5*
	Yht. 1296	Yht. 9
<u>Aleksi (2005-2011)</u>		
- persoonallisuushäiriö ja hoito	26	4
- persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	2	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoito	1	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	0	0
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus ja hoito	6	0
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus ja hoitotyö	1	0
- rajatila ja hoito	2	0
- rajatila ja hoitotyö	0	0
	Yht. 38	Yht. 4
<u>Arto (2005-2011)</u>		
- persoonallisuushäiriö AND hoito	0	0
- persoonallisuushäiriö AND hoitotyö	0	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö AND hoito	0	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö AND hoitotyö	0	0
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus AND hoito	0	0
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus AND hoitotyö	0	0
- rajatila AND hoito	0	0
- rajatila AND hoitotyö	0	0
	Yht. 0	Yht. 0

Tietokanta/Hakusanat/Rajaukset	Löytyi kpl	Valittu kpl
<u>Duodecim (2005-2011)</u>		
- persoonallisuushäiriö AND hoito	18	0
- persoonallisuushäiriö AND hoitotyö	0	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö AND hoito	1	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö AND hoitotyö	0	0
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus AND hoito	150	4*
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus AND hoitotyö	1	0
- rajatila AND hoito	1	0
- rajatila AND hoitotyö	0	0
	Yht. 171	Yht. 0
<u>Medic (2005-2011)</u>		
- persoonallisuushäiriö ja hoito	20	0
- persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	1	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoito	25	1*
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	1	0
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus ja hoito	112	3*
- tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus ja hoitotyö	21	0
- rajatila ja hoito	16	6*
- rajatila ja hoitotyö	0	0
	Yht. 196	Yht. 2
<u>Suomen Lääkärilehti</u>		
- persoonallisuushäiriö ja hoito	308	2
- persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	6	0
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoito	68	3*
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	1	0
- rajatila ja hoito	1	0
- rajatila ja hoitotyö	0	0
	Yht. 384	Yht. 3
<u>Terveysportti</u>		
- persoonallisuushäiriö ja hoito	127	6*
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoito	40	4*
- epävakaata persoonallisuushäiriö ja hoitotyö	7	3*
	Yht. 74	Yht. 3
		Valittu yht. 21

Taulukko 2. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimuksen tekijä(t) ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
James, P. D. & Cowman, S.  2007	Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder.	Kvantitatiivinen tutkimus, kysely  Psykiatrisia sairaanhoitajia (n = 65)	80 % vastanneista pitää epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita muita potilaita vaikeahoitoisimpana  81 % vastanneista uskoo persoonaltaan epävakaiden potilaiden saavan riittämättömää hoitoa  Vastaajien mielestä palvelujen puutteen katsottiin olevan tärkein tekijä hoidon riittämättömyyteen
Westwood, L. & Baker, J.  2010	Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature.	Kirjallisuuskatsaus  Kahdeksan tutkimusta	Hoitajien asenteet ovat negatiiviset epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita kohtaan  Koulutusta ja työnohjausta järjestämällä parannetaan hoitajien asenteita sekä lisätään heidän ymmärrystään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä