

EPÄVAKAA PERSONALLISUUSHÄIRIÖ

Opas Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston
hoitohenkilökunnalle

Konttila Jessika

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

2021

Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Jessika Konttila	Vuosi	2021
Ohjaaja	Tiina Pekkala		
Toimeksiantaja	Murolan sairaala, Osasto 1		
Työn nimi	Epävakaata persoonallisuushäiriö – opas Murolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnalle		
Sivu- ja liitesivumäärä	51 + 2		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas epävakaasta persoonallisuushäiriöstä Murolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Oppaan tavoitteena on lisätä tietämystä sekä ymmärrystä sairautta kohtaan. Projekti sisältää tämän opinnäytetyöraportin, toimeksiantosopimuksen ja oppaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Tässä raportissa käsittelem persoonallisuushäiriötä käsitteenä, sekä sen alaryhmiä lyhyesti. Laajemmin käsittelem epävakaan persoonallisuushäiriön syntymekanismia ja oireita, sitä miten ne näkyvät elämän eri osa-alueilla. Raportissa käsitellään myös epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostiikkaa, hoitomuotoja sekä yleisimpiä oheissairauksia.

Epävakaata persoonallisuushäiriö on mielenterveyden häiriö, joka vaikuttaa elämänlaatuun merkittävän heikentävästi. Oireet vaihtelevat, mutta keskeiset oireet ovat tunne-elämän epävakaas, vaikeus säädellä omaa käyttäytymistään eli impulsiivisuus, sekä ongelmat vuorovaikutussuhteissa. Epävakaata persoonallisuushäiriö kuormittaa laajasti koko terveydenhuoltoa, ja siihen liittyy merkittävästi psykiatrista sekä somaattista oheissairastavuutta. Kyseiseen persoonallisuushäiriöön liittyy myös usein itsetuhoisuutta sekä merkittävä itsemurhariski. Ennuste sairaudelle on melko hyvä, sillä noin viiden vuoden kuluttua yli puolet diagnoosin saaneista eivät enää täytä diagnoosin kriteereitä.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen projekti, jonka lopputuotoksena syntyi opas Murolan sairaalaan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnalle. Opas antaa tietoa siitä, minkälaiset asiat häiriön kehittymiseen ovat vaikuttaneet, millaista oireista potilas kärsii ja miten ne vaikuttavat hänen vointiinsa sekä elämän eri osa-alueisiin. Opas kertoo myös epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomuodoista. Oppaasta hoitohenkilökunta saa tärkeää tietoa sairaudesta, joka on yleinen osastolla hoidossa olevien potilaiden keskuudessa. Jatkotutkimusaiheena voi olla esimerkiksi se, mitkä ovat tärkeimpiä huomioitavia asioita epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisessa, kun halutaan yhteistyön toimivan ongelmitta.

Avainsanat
Muita tietoja

Personallisuushäiriö, Epävakaata persoonallisuus, Opas
Opas

School of Northern Well-being and Services
Degree Programme in Nursing and Health Care

Author	Jessika Konttila	Year	2020
Supervisor	Tiina Pekkala		
Commissioned by	Muurola Hospital, Department 1		
Subject of thesis	Borderline personality disorder – Guide to the nursing staff of the acute department of Muurola psychiatric Hospital		
Number of pages	51 + 2		

The purpose of the thesis was to prepare a guide of borderline personality disorder for the use of the acute department of Muurola psychiatric hospital in Rovaniemi, Finland. The target group is nursing staff. The aim of the guide is to increase knowledge and understanding of the disorder. This thesis includes a thesis report, assignment agreement, and the guide on borderline personality disorder. In this study, the concept of personality disorder and its subgroups are discussed briefly. More broadly, the mechanisms and symptoms of borderline personality disorder, and how it appears in different parts of life are dealt with. The report theoretical part also addresses the diagnosis of the borderline personality disorder, therapies and the most common comorbidities.

Borderline personality disorder is a mental disorder that significantly impairs the person's quality of life. The symptoms of the disorder vary, but the main symptoms are emotional instability, impulsivity, and problems in interactions. Borderline personality disorder places a large burden on the entire health care system and it is significantly associated with psychiatric and somatic comorbidities. This disorder is also often associated with self harming behavior and a significant risk of suicide. The prognosis of the disorder is fairly good, due to the fact that after approximately five years more than half of those diagnosed no longer meet the diagnostic criteria.

This thesis was a functional project, the final output of which is a guide. The guide provides information on what factors have influenced the development of the disorder, what symptoms the patient suffers from and how the disorder affects the wellbeing and various aspects of life of the person. The guide also gives information of treatments for borderline personality disorder.

Key words Personality disorder, borderline personality, guide
Special remarks The thesis includes a guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ	8
3.1	Määritelmä	8
3.2	Alaryhmät.....	9
4	EPÄVAKAA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ	13
4.1	Syntymekanismit ja diagnostiikka	13
4.1.1	Perintötekijät	13
4.1.2	Kiintymyssuhdeteoria	13
4.1.3	Diagnostiikka.....	16
4.2	Epävakaa persoonallisuus aivoissa	18
4.3	Komorbiditeetti..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
5	EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN OIREET.....	22
5.1	Tunne- elämän epävakaus	22
5.2	Käyttäytymisen säätelyn häiriöt	26
5.3	Ihmissuhteiden vaikeudet	28
6	EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN HOITO.....	29
6.1	Psykoterapia	29
6.1.1	Dialektinen käyttäytymisterapia.....	30
6.1.2	Mentalisaatioterapia	32
6.1.3	Skeematerapia	35
6.1.4	Transferenssikeskeinen psykoterapia	37
6.2	Lääkehoito	38
6.3	Sairaalahoito.....	39
7	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN VAIHEET	43
7.1	Opas opinnäytetyön tuotoksena	43
7.2	Oppaan tavoite	44
7.3	Oppaan suunnittelu.....	44
7.4	Oppaan toteutus	45
7.5	Oppaan arviointi.....	46

8	POHDINTA	47
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	47
8.2	Oma ammatillinen kasvu.....	47
8.3	Johtopäätökset	48
	LÄHTEET	50

1 JOHDANTO

Nimestään huolimatta epävakaata persoonallisuushäiriötä on sairaus. Valitettavan usein sairaudesta kärsivää ihmistä ei kuitenkaan tunnusteta sairaaksi, vaan usein hän leimautuu hankalaksi persoonaksi, joka tekee ympärillään olevien ihmisten olon tukalaksi sekä kommunikoinnin hankalaksi. Häiriö kuitenkin yleensä aiheuttaa suurta kärsimystä ihmiselle itselleen. Epävakaata persoonallisuushäiriötä esiintyy väestössä keskimäärin 0,7 prosenttia. Perusterveydenhuollon potilaista 6 prosentilla ja psykiatrisen avohoidon potilaista keskimäärin joka neljännellä saattaa olla tämä häiriö. (Korkeila, Tarnainen & Tuunainen 2020.)

Suhtautuminen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja muihin persoonallisuushäiriöihin on usein ristiriitainen niin hoitoalan ammattilaisten kuin muidenkin ihmisten keskuudessa. Usein ei kyetä käsittämään sitä, että häiriöstä kärsivä ei pysty yleensä hallitsemaan häiriökäyttäytymistään. Häiriöstä kärsivien kannalta olisi erityisen tärkeää, että tieto sekä ymmärrys sairaudesta lisääntyisi. Avun saaminen on tärkeää potilaan elämänlaadun vuoksi, mutta erityisesti myös siksi, että sairaus kuormittaa perusterveydenhuoltoa huomattavasti, etenkin jos avun saaminen epävakauden hoitoon on viivästynyt. (Käypähoito -suositus 2020.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opas epävakaasta persoonallisuushäiriöstä Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Oppaan tavoitteena on lisätä tietämystä sekä ymmärrystä sairautta kohtaan. Toimeksiantosopimus (liite 1.) on tehty sairaalan osastonhoitajan kanssa. Oppaassa (liite 2.) on kerrottu epävakaan persoonallisuushäiriön syntymekanismeista, laaja-alaisista ja usein elämää hallitsevista erilaisista oireista sekä saatavilla olevista hoitomuodoista. Esille tulee myös kyseisen mielenterveydenhäiriön näkyminen muutoksina aivojen rakenteissa. Lisätietoa oppaassa käsitellyistä aiheista löytyy tästä opinnäytetyön raportista, joka on laajempi kuin opas.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opas epävakaasta persoonallisuushäiriöstä Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Oppaan tavoitteena on lisätä tietämystä sekä ymmärrystä sairautta kohtaan. Oppaan avulla hoitohenkilökunta kykenee ymmärtämään paremmin ihmistä oireiden takana. Oppaan aihealueet ovat epävakaan persoonallisuushäiriön syntymekanismit, muutokset aivoissa, oireet sekä hoitomuodot. Opinnäytetyön raportissa edellä mainittujen aihealueiden lisäksi on tietoa persoonallisuushäiriöstä käsitteenä sekä eri häiriöiden pääpiirteet. Raportissa käsitellään lyhyesti myös epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvää oheissairastavuutta.

Muurolan sairaala on Lapin sairaanhoitopiirin aikuispsykiatriaan keskittyvä sairaala. Osastolle tullaan aina lähetteellä esimerkiksi päivystyksen kautta. Potilaat voivat olla esimerkiksi psykoottisia, päihderiippuvaisia, masentuneita, ahdistuneita, tai pelkotiloista kärsiviä. Osastolla tehdään myös mielenterveyslain nojalla tahdosta riippumatonta tutkimusta ja hoidetaan suljettua hoitoa tarvitsevia potilaita.

Osastolla hoidettavilla potilailla esiintyy melko usein epävakaata persoonallisuushäiriötä. Potilailla voi myös olla häiriöön kuuluvia oireita, vaikkei diagnoosia ainaakaan vielä olisi asetettu. Usein potilailla on epävakauden lisäksi myös muita mielenterveydenhäiriöitä tai päihderiippuvuutta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kohdalla ei yleensä katsota hyödylliseksi pitkiä sairaalahoitojaksoja, siksi jaksot pyritään yleensä pitämään lyhyinä kriisijaksoina. Muurolan sairaalassa nämä kriisijaksot toteutetaan akuutti- ja vastaanotto-osastolla.

3 PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ

3.1 Määritelmä

Persoonallisuushäiriöt ovat aivojen toimintahäiriöitä, joissa emootioiden tai impulssikontrollin säätely on häiriintynyt heikentäen kykyä toimia vastavuoroisesti ihmissuhteissa (Huttunen 2018). Persoonallisuushäiriöt ovat yleisiä ongelmia. Tutkimusten mukaan 5–15 % aikuisväestöstä kärsii persoonallisuushäiriöstä (Hietaharju & Nuutila 2010, 53).

Persoonallisuushäiriöt ovat myös pitkäaikaisia, joustamattomia ajatus- ja käyttäytymismalleja (Huttunen 2018). Häiriintyneelle käyttäytymiselle ominaista on nimenomaan teatraalinen tapa reagoida etenkin stressitilanteissa. Käyttäytyminen on kerrasta ja vuodesta toiseen samanlaista, eikä ihminen näytä oppivan kokemuksistaan mitään uutta. Häiriöstä kärsivä pitääkin omaa käytöstään täysin normaalina ja hyväksyttävänä ja uskoo vaikeuksiensa johtuvan olosuhteista tai muiden ihmisten ilkeydestä. Kuitenkin toistuvat epäonnistumisen kokemukset ovat omiaan aiheuttamaan ihmiselle ahdistusta ja masennusta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 53.)

Persoonallisuushäiriö määritellään Terveyskirjaston mukaan kehitykselliseksi tilaksi, joka alkaa lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään nuorella aikuisiällä. Eri persoonallisuushäiriöissä ongelmana voivat olla tapa havainnoida tai tulkita omia tai toisten tunteita ja ajatuksia, tunneilmaisujen voimakkuus tai häilyvyys, alttius impulsiiviseen käytökseen tai vuorovaikutuskyvyn vaikeudet. Tähän kaikkeen liittyy usein henkilökohtaista kärsimystä, sekä toistuvia vastoinkäymisiä ihmissuhteissa sekä sosiaalisissa kanssakäymisissä. (Huttunen 2018.)

Persoonallisuuden häiriöiden syntyyn vaikuttavat erilaiset perinnölliset ja sikiökautiset tekijät, samaistumiset vanhempien käytökseen ja erilaiset lapsuuden aikaiset kokemukset ja traumat (Huttunen 2018). Persoonallisuushäiriöiset ihmiset hakeutuvat harvoin itse hoitoon häiriönsä vuoksi, koska heillä ei ole sairautunnetta. He hakevat sen sijaan apua elämän kriiseihin, ahdistukseen, ma-

sennukseen tai vastaaviin vaivoihin, jolle he ovat muita alttiimpia. Persoonallisuushäiriöiden hoito on erityisen suuri haaste hoitotyöntekijöille. Persoonallisuudenpiirteitä sekä käyttäytymiseen ja ajatteluun liittyviä tapoja on vaikea muuttaa, ja muutokset tapahtuvat hitaasti. (Hietaharju & Nuutila 2010, 54.)

3.2 Alaryhmät

Persoonallisuushäiriöt jaetaan nykyisin useimmiten kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat epäluuloinen (paranoidinen), eristäytyvä (skitsoidi), sekä psykoosipiirteinen persoonallisuus. Näille edellä mainituille häiriöille on ominaista käytöksen erikoisuus tai outous sekä todellisuudentajun heikkeneminen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 54.)

Epäluuloiselle persoonallisuudelle on tyypillistä ajatella epäluuloisesti tai jopa vainoharhaisesti, lisäksi heillä esiintyy paljon pitkävihaisuutta (Terveyskirjasto). Psykiatrisilla potilailla häiriön esiintyvyyks on 10-20 prosenttia, yleisimmin miehillä. Häiriöstä kärsivät eivät usein halua luottaa muihin ihmisiin, koska he herkästi uskovat muiden juonittelevan heitä vastaan. Usein paranoidiset henkilöt ovat hyvin mustasukkaisia ja kateellisia sekä taistelunhaluisia omien oikeuksiensa suhteen. Usein he myös eristäytyvät ja pidättäytyvät läheisistä ihmissuhteista. (Hietaharju & Nuutila 2010, 55.)

Eristäytyvälle persoonallisuudelle taas on tyypillistä vetäytyä ja olla olematta yhtään kiinnostunut sosiaalisista kontakteista, ilman että henkilö itse kokee sitä häiritseväksi (Terveyskirjasto). He usein vetäytyvät oman mielikuvituksensa sekä yksinäisten harrastusten pariin, sekä harrastavat itsetutkiskelua. Tällaisilla henkilöillä on hyvin rajoittunut kyky ilmaista omia tunteitaan tai kokea yleensäkin tunteita, esimerkiksi mielihyvää. Henkilön tunne-elämä onkin usein kylmää ja etäistä. Käyttäytyminen ja puheet ovat outoja, sillä henkilöillä on erikoisia käsityksiä ja ajatushäiriöitä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 55.)

Psykoosipiirteiselle persoonalle ovat ominaisia eriskummallinen käytös sekä ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet, jotka muistuttavat skitsofrenian oireita. Toisinaan se myös kehittykin selväksi skitsofreniaksi. Häiriö on pitkäaikainen ja sen

oireiden voimakkuus vaihtelee (Terveyskirjasto). Myös tässä häiriössä tyypillistä on tunteiden kylmyys. Psykoosi- ja piirteistä persoonallisuushäiriötä sairastavalla on taipumus vetäytyä sosiaalisista tilanteista. Ajatukset ovat usein vainoharhaisia ja/tai kummallisia sekä pakkomielteisiä olematta kuitenkaan varsinaisia harhaluuloja. (Hietaharju & Nuutila 2010, 55.)

Toiseen ryhmään kuuluvat epäsosiaalinen (asosiaalinen), epävaka, huomionhakuinen ja narsistinen persoonallisuushäiriö. Näille kaikille ominaisia piirteitä ovat dramaattisuus käytöksessä, tunteellisuus ja epävaka. (Hietaharju & Nuutila 2010, 55.)

Epäsosiaalinen persoonallisuus luetaan myös psykopaattiseksi käytökseksi, ja se alkaa useimmiten jo ennen 15 vuoden ikää. Käytöksessä korostuu piittaamattomuus toisten oikeuksista ja kyvyttömyys tai haluttomuus ottaa muita ihmisiä huomioon (Huttunen 2018). Tällainen henkilö ei usko, että säännöt ja rajoitukset koskevat häntä, eikä hän rangaistuksista huolimatta muuta käytöstään. Epäsosiaalisella persoonallisuudella on alhainen turhautumisensietokyky sekä alhainen aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen kynnyksen. Häiriöstä kärsivien ihmisten suhteet useimmiten eivät kestä, henkilöllä on myös taipumus haukkua muita sekä puolustella käytöstään järkisyillä, mikä usein johtaa ristiriitoihin yhteiskunnan ja virkavallan kanssa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 56.)

Narsistiselle persoonalle tyypillisiä piirteitä ovat erilaiset suuruuskuvitelmat, suuri tarve saada osakseen muiden ihailua, sekä kyvyttömyys tuntea empatiaa. Henkilö kokee olevansa oikeutettu erikoiskohteluun, on kateellinen tai ylimielinen sekä voi käyttää muita häikäilemättä hyväkseen (Huttunen 2018). ICD-tautiluokituksessa se luokitellaan ns. muuksi persoonallisuushäiriöksi. Narsistinen ihminen käyttää muita ihmisiä hyväkseen tavoitteitaan saavutelllessaan. Hänellä on mielikuva omasta tärkeydestään ja menestymisestään, ja hän jatkuvasti vaatii muilta vahvistusta tälle käsitykselleen. Tällainen henkilö kadehtii voimakkaasti muiden saamaa huomiota, eikä kestä arvostelua tai epäonnistumisia. Narsistinen henkilö vaikuttaa vahvalta, mutta hän on todellisuudessa hyvin herkkä ja masentuu pienistäkin vastoinkäymisistä. Narsistiset persoonat ovat usein hyvin itsetuhoisia. (Hietaharju & Nuutila 2010, 56.)

Kolmanteen ryhmään kuuluvat vaativa (obsessiivis-kompulsiivinen), estynyt ja riippuvainen (passiivinen) persoonallisuushäiriö. Tämän ryhmän persoonallisuushäiriöt aiheuttavat potilaalle useimmiten ahdistus ja masennusoireita, kaventavat elämänpiiriä ja saattavat myös johtaa alisuoriutumiseen elämässä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 56.)

Vaativa persoonallisuus lähestyy pakko-oireista häiriötä (joka luokitellaan ahdistuneisuushäiriöksi) ja se ilmenee muun muassa perfektionismina, pikkutarkkuutena, itsepäisyytenä (Huttunen 2018). Häiriöstä kärsivä henkilö on myös usein epäileväinen, varovainen ja jäykkä. Henkilö on korostuneen tunnollinen täydellisyys tavoittelija, ja sen vuoksi herkästi jumiutuu asioiden yksityiskohtiin, sääntöihin, listoihin, aikatauluihin ja organisaatioihin. Yleensä vaativa persoonallisuus on luotettava ja järjestelmällinen ihminen. Varovaisuus ja pelko virheiden tekemisestä johtavat vaikeuteen tehdä päätöksiä, ja henkilön on vaikea olla tyytyväinen hyviinkin saavutuksiinsa. Tunteissaan vaativa persoonallisuus on kylmä ja vetäytyvä, ja hänen on vaikea luottaa muihin ihmisiin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 57.)

Estynyttä persoonallisuushäiriötä sairastavalle ihmisille on tyypillistä jännityksen, pelon, epävarmuuden ja alemmuuden tunteet. Hänen itsetuntonsa on huono ja hän on usein kriittinen kelvollisuuttansa, viehättävyytensä ja arvostustansa kohtaan (Hietaharju & Nuutila 2010, 57). Henkilölle on ominaista järjestää elämä siten, että sosiaalisilta kontakteilta ja henkilökohtaisista asioista puhumiselta vältyttäisiin. Lisäksi henkilö kärsii jatkuvasti riittämättömyyden tunteista, ja on erittäin herkkä itseensä kohdistuvalle arvostelulle. (Huttunen 2018) Estynyt henkilö kaipaa kuitenkin seuraa, hyväksyntää ja kiintymystä muilta ihmisiltä ja kokee olevansa onneton. Henkilöt ovat usein masentuneita. (Hietaharju & Nuutila 2010, 57.)

Riippuvainen persoonallisuus alkaa varhaisaikuisuudessa ja ilmenee liiallisena hoivatuksi tulemisen tarpeena, joka yleensä johtaa alistuvaan ja takertuvaan käyttäytymiseen sekä voimakkaaseen eroon joutumisen tai jätetyksi tulemisen pelkoon. Yksin ollessaan henkilö tuntee itsensä avuttomaksi, ja läheisen suhteen päättyessä hän pyrkii etsimään nopeasti hoivaa sekä tukea antavan suhteen

(Huttunen 2018). He tavallaan siirtävät vastuun oman elämänsä ratkaisuista muille, alistuen näiden komenneltavaksi tai jopa väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi siksi että pelkäävät olla yksin ja tehdä päätöksiä itse. (Hietaharju & Nuutila 2010, 57.)

4 EPÄVAKAA PERSONALLISUUSHÄIRIÖ

4.1 Syntymekanismit ja diagnostiikka

4.1.1 Perintötekijät, raskausaika ja synnynnäinen temperamentti

Useiden eri lähteiden mukaan persoonallisuuden muotoutumiseen ja kehityksen häiriintymiseen vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi perintötekijät sekä sikiökau-teen tai synnytykseen liittyvät stressitekijät ja komplikaatiot. Yleisesti arvioidaan, että väestötasolla noin puolet persoonallisuuden piirteisiin liittyvästä vaihtelusta selittyy perintötekijöillä (Karlsson, Koivisto, Nikkilä & Stenberg 2009, 40). Epävakaan persoonallisuushäiriön piirteiden periytyvyyden on arvioitu olevan 50-60%, eri häiriön piirteiden ollessa vaihtelevasti periytyviä (Koivisto, Korkeila, Stenberg & Taiminen 2020, 61). Useiden tekijöiden kasaantuminen merkitsee häiriön kasvavaa todennäköisyyttä. Taustalla on sekä periytyviä että raskauden aikaiseen aivojen kehitykseen liittyviä syitä. (Koivisto ym. 2020, 61.)

Myös syntymän jälkeen persoonallisuuden kehitykseen voivat vaikuttaa keskushermostoon kohdistuvat sairaudet, vammat ja myrkytystilat. Lasten yksilölliset erot, kuten erityinen temperamentti, herkkyys ja haavoittuvuus vaikuttavat myös sairastumisalttiuteen. Koiviston ym. (2020, 61) mukaan epävakaan persoonallisuushäiriön tausta on myötäsintyisten temperamenttipiirteiden ympäristöperäisessä herkistymisessä. Temperamentti edustaa yksilön persoonallisuuden biologista pohjaa ja pysyviä perinnöllisiä ominaisuuksia (Karlsson ym. 2009, 41). Vauvan tynnyttelyssä imeväisiässä on voinut olla vaikeutta, ja vuorovaikutussuh- teissa esiintyvää yliherkkyyttä on voinut tulla esille jo taaperoiässä.

4.1.2 Kiintymyssuhteiden vaikutukset

Kiintymyssuhdeteorian mukaan kiintymyssuhteen muodostaminen on ihmiselle henkiin jäämisen kannalta välttämätöntä (Karlsson ym. 2009, 43). Teorian mukaan minä kehittyy varhaisten ihmissuhteiden tunnesäätelyn puitteissa. Yksilöllinen kiintymystyyli vaikuttaa läpi elämän paitsi siihen, mitä tietoisesti ajattelemme

itsestämme ja toisista, myös siihen, miltä läheiset ihmissuhteet tuntuvat. Varhaiset kokemukset pohjustavat sitä, millaisiin suhteisiin aikuisuudessa hakeudumme ja millaisia vaikeuksia niissä mahdollisesti koemme. (Koivisto ym. 2020, 65.)

Muodostaakseen normaalin minäkokemuksen vauva tarvitsee kiintymyssuhdekumppania, joka peilaa hänen emotionaalisia signaalejaan siten, että se vastaa vauvan sisäistä kokemusta. Tunnekokemuksen selkeän peilauksen puuttumisella on yhteys myöhemmin kehittyvään jäsentymättömään kiintymyssuhdetyyliin. (Bateman & Fonagy 2014, 25) Altistumista lapsuuden aikaiselle stressille pidetään epävakaan persoonallisuuden kehittymisen riskitekijänä (Koivisto ym. 2020, 65).

Kiintymyssuhdeteoriaa pidetään myös teoriana uhkaan sopeutumisesta, koska se kuvaa, millaisia kiinnittymisen tapoja ja selviytymiskeinoja lapsi kehittää silloin, kun vuorovaikutus ei ole turvallista. Esimerkkinä tästä Koivisto ym. mukaan mainittakoon se, että jos jokin käyttäytyminen (itku, vihainen protestoiminen, hädän ilmaiseminen) johtaa huolenpitäjän kielteiseen reaktioon (paheksuminen, suuttuminen, rankaiseminen) tai vetäytymiseen pois lapsen luota, lapsi pyrkii välttämään turvautumista uudelleen sellaiseen. Hän siis oppii suosimaan strategioita, jotka edes jossain määrin toimivat ja välttämään turvautumista sellaisiin, joista seuraa jotakin kielteistä. Lapsi voi myös oppia käyttäytymään miellyttävästi välttääkseen vanhemman torjuvaa reaktiota. (Koivisto ym. 2020, 66.)

Ristiriitaisesti kiintyneen lapsen vanhempi tai muu hoivaaja voi olla ahdistunut tai muutoin itseensä uppoutunut. Hän voi käyttäytyä epäjohdonmukaisesti, impulsiivisesti tai arvaamattomasti. Tällainen lapsi kokee elävänsä ennakoimattomassa maailmassa, jonka uhkia vastaan hänellä ei ole toimivia suojautumiskeinoja. Lapselle ei muodostu selkeää käsitystä siitä, millainen tapa ilmaista itseä tuottaa toivotun reaktion, sen takia lapsi oppii liioittelemaan ja voimistamaan itseilmaisuaan tavoittaakseen hoivaajan ja saadakseen tämän virittymään hätäänsä. Toimivamaksi tavaksi tavoittaa hoivaajan huomio saattavat vakiintua voimakkaat ja pakottavat tunneilmaisut, esimerkiksi regressiivinen vetoaminen, vastahankainen kiukuttelu tai raivokohtaukset. Tällainen lapsi hakee kontaktia vanhempaan,

mutta myös vihaisesti vastustaa lohduttamista. Hän siis kokee hätää, mutta häntä on turhautumisen takia vaikea lohduttaa. (Bateman & Fonagy 2014, 27-28.)

Koivisto ym. mukaan monet asiantuntijat pitävät tunne-elämän epävakautta kiintymyssuhdehäiriönä ja nimenomaan pelko on monien kiintymyssuhteissa viriävä tunne. Jäsentymättömästi kiintyneiden lasten vanhemmilla ilmenee pelästynyttä, uhkaavaa tai dissosiativista käyttäytymistä vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Pelästynyt tai pelottava vanhempi muodostaa lapselle psykologisen ristiriidan. Kun lapsi joutuu hakemaan turvaa samoista aikuisista, jotka aiheuttavat hänelle pelkoa tai fyysistä kipua, turvan hakeminen voimistaakin lapsen hätää. Keskeistä ajatellaan olevan, että lapselle jää pelko, johon ei ole ratkaisua. Silloin sekä ahdistus että välttely ilmenevät lapsessa voimakkaina, ja läheisyyden hakeminen ja vanhemman välttäminen ilmenevät samanaikaisena tai vuorottelevat lapsen käyttäytymisessä, eikä lapsi kykene muodostamaan minkäänlaisia toimivia kiintymysstrategioita. Esille nousee ristiriitaisuus lapsen ilmaistessa hätäänsä, esimerkiksi hymyily lapsen itkiessä, pois päin katsominen tai ilmeettömät kasvot. Jäsentymätön kiintymyssuhdemalli voi saada alkunsa ilman lapsen kaltoinkohtelua ja silloinkin, kun vanhemman tarkoitusperät ovat hyvät. Vanhempi on esimerkiksi itse voinut kokea traumoja tai huolenpidon puutetta. Yksilöillä, joiden kiintymyssuhteet ovat olleet jäsentymättömiä, voidaan odottaa olevan varsin vakavia ongelmia tunteiden säätelyssä ja tarkkaavaisuudessa sekä myös syvällisiä kiintymyssuhteen häiriöitä (Bateman & Fonagy 2014, 28, Koivisto ym. 2020, 68-69.)

Välttelevästi kiintyneet oppivat kieltämään tarvitsevuutensa ja kielteiset tunteensa, koska heidän vanhempansa tai muu hoivaajansa reagoi heidän viesteihinsä torjuvasti tai muutoin epäempaattisesti. Hoivaaja saattaa suhtautua lapseen etäisesti, epäsensitiivisesti tai vihamielisesti. Lapsi oppii hillitsemään itsensä ja vaimentamaan kiintymyksen tarpeensa. Välttelevästi kiintynyt lapsi vaikuttaa usein varhaiskypsältä ja itsenäiseltä. Hän vaikuttaa järkevältä, kontrolloidulta ja kyvykkäältä, mutta joutuessaan kätkemään tunteensa ja tarpeensa hän voi etäännyä niistä ja pahimmillaan menettää kokonaan yhteyden tunteisiinsa. (Koivisto ym. 2020, 69.)

Batemanin ja Fonagyn (2014, 28) mukaan on olemassa paljon näyttöä siitä, että lapsuuden kiintymyssuhdetrauma heikentää kykyä ajatella mielentiloja menneistä kiintymyssuhteista kerrottaessa ja jopa tunnistaa mielentiloja kasvojen ilmeistä. Selityksenä tälle pidetään heidän mukaansa muiden ihmisten ajatusten ja tunteiden ajattelemisen defensiivistä estymistä, kun muiden aikeet ovat todellisuudessa olleet pahantahtoisia ja kun lapsi on ollut erityisen haavoittuva, sekä liiallista varhaislapsuuden aikaista stressiä, joka voi vääristää vireystilan toimintamekanismeja, ja estää orbifrontaalisen aivokuoren toiminnan (mentalisoinnin) huomattavasti vähemmän vaarallisissa tilanteissa kuin normaalisti. Lisäksi asiaa selitetään kiintymyssuhdejärjestelmän aktivoitumisena (turvan hakeminen) minkä tahansa trauman seurauksena, ja erityisesti kiintymyssuhdetrauman aiheuttaman pitkäaikaisena aktivoitumisena. Tarve olla lähellä traumatisoivaa kiintymyssuhdekumppania voi altistaa lasta yhä enemmän traumatisoitumiselle (Bateman & Fonagy 2014, 26.)

Vaikka yksilöllinen vaihtelu on suurta, epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä on ryhmätasolla muita enemmän vaikeita ja traumaattisia lapsuudenkokemuksia. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien kiintymyssuhde on lähes aina jollakin tavalla turvaton (Koivisto ym. 2020, 78). Epäsuotuisat kasvuolosuhteet vaikuttavat itsesäätelykyvyn kehittymiseen eli siihen, miten henkilö oppii säätelemään tunteitaan ja yllykkeitä. Traumatisoivat elämäntapahtumat vaikuttavat kognitiivisiin prosesseihin eli siihen, miten henkilö käsittelee informaatiota, mitä hän havaitsee ja miten tulkitsee tapahtumia. Lisäksi epäsuotuisat elämäntapahtumat vaikuttavat siihen, millaiseksi yksilön kokemus itsestä muodostuu. Turvaton kiintymyssuhdemalli altistaa vetäytyvälle, takertuvalle tai hajaantuvalle reagoinnille vaikeissa tilanteissa, näin ollen se altistaa myös epävakaalle persoonallisuushäiriölle. (Karlsson & Korkeila 2009, 43.)

4.1.3 Diagnostiikka

ICD-tautiluokituksessa epävakaa persoonallisuushäiriö jaetaan epävakaan persoonallisuuden (60.3) lisäksi kahteen alaryhmään, joista toinen on impulsiivinen

häiriötyyppi (F60.30) ja toinen rajatilatyyppi (F60.31). Kummassakin näistä ensimmäisenä diagnostisena kriteerinä on, että henkilö täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit. (Käypä hoito -suositus.)

Vaikeusasteen määrittelyä varten on kehitetty mittari *Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder* (SASPD), jonka avulla ICD-11-persoonallisuushäiriön vaikeusaste on määriteltävissä luotettavasti. Persoonallisuushäiriön vaikeusaste on jaoteltu neljään ryhmään. Lievässä persoonallisuushäiriössä persoonallisuushäiriön yleinen määritelmä täyttyy, mutta ongelmien kattavuus on melko rajautunutta. Keskivaikeassa on ongelmia useissa persoonallisuuden ulottuvuuksissa ja se ilmenee eri yhteyksissä kattavasti. Persoonallisuushäiriö katsotaan vaikea-asteiseksi, jos siitä koituu huomattavaa riskiä itselle tai toisille. (Koivisto ym. 2020, 17-18.)

Impulsiivisen häiriötyyppin muita diagnostisia kriteerejä ovat taipumus toimia hetken mielijohteesta ja seurauksia harkitsematta, taipumus käyttäytyä riitaisasti ja joutua ristiriitatilanteisiin muiden ihmisten kanssa etenkin, jos impulsiivista käytöstä pyritään estämään tai sitä arvostellaan. Lisäksi alttius vihan ja väkivallan purkauksille ja kyvyttömyys hallita niitä, kyvyttömyys ylläpitää mitään toimintaa, joka ei tuota välitöntä palkkiota, sekä epävakaa ja oikukas mieliala. Impulsiivisen häiriötyyppin diagnosointi edellyttää siis persoonallisuushäiriön yleisten kriteerien täyttymisen, sekä vähintään kaksi edellä mainituista kriteereistä. (Koivisto ym. 2020, 17-18.)

Rajatilatyyppin muita diagnostisia kriteerejä ovat minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautumisen epävarmuus ja häiriintyneisyys, taipumus intensiivisiin ja epävakaisiin ihmissuhteisiin ja niiden myötä tunne-elämän kriiseihin, liiallinen hylätyksi tulemisen välttäminen, toistuva itsensä vahingoittaminen tai sillä uhkailu, sekä jatkuva tyhjyyden tunne. Rajatilatyyppin diagnosointi edellyttää siis, että persoonallisuushäiriön yleisten kriteerien lisäksi täyttyy ainakin kolme impulsiivisen häiriötyyppin kriteeriä, sekä vähintään kaksi tässä kappaleessa mainittua kriteeriä. (Koivisto ym. 2020, 17-18.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi voidaan asettaa, jos on havaittavissa vähintään keskitasoinen persoonallisuuden toiminnan heikentyminen sekä neljä tai useampia patologisen persoonallisuuden piirrettä, joista yhden on oltava impulsiivisuus, riskien otto tai vihamielisyys. (Koivisto ym. 2020, 17-18.)

4.2 Epävakaata persoonallisuus aivoissa

Sekä aivotutkimuksen että kehityspsykologian näkökulmasta nimenomaan varhaisvuosien kehityksellä, oppimisella ja kokemuksilla on valtavan suuri merkitys aivojen ja mielen rakentumiselle: se mitä pieni lapsi jo raskausaikana sekä ensimmäisinä elinvuosinaan kokee, rakentaa ja muokkaa hänen aivojaan erityisellä tavalla. Aivoihin syntyy tietynlaisia soluyhteyksiä sen mukaan mitä lapsi kokee. Aivojen kehitys on siis käytöstä riippuvaista. Kun sama kokemus toistuu, se vahvistaa tiettyjä soluyhteyksiä ja niiden rakenteita. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2019.)

Merkittävää onkin läheiseltä hoitajalta saatu pitkäaikainen hoiva ja arjen toistuvat kokemukset: ovatko ne pääsääntöisesti myönteisiä, ennustettavia ja luottamusta herättäviä vai kielteisiä. Kielteiset kokemukset voivat synnyttää ketjuja ja kytkentöjä, esimerkiksi tiettyyn hajuun tai ääneen voi liittyä pelon tunne. Vaikeat, toistuvat laiminlyönnit, hylkäämiset tai suoranainen pahoinpitely varhaisvuosina voivat vaurioittaa jopa pysyvästi aivojen kehitystä ja toimintaa. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2019.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden aivoja on tutkittu useilla eri tutkimusmenetelmillä ja suurimmilta osin tutkimustulokset viittaavat siihen, että oireita välittävät aivojen etuosien ja limbisen järjestelmän väliset toimintahäiriöt. Epävakaassa persoonallisuushäiriössä potilailla esiintyvät aivomuutokset liittyvät ilmeisesti lapsuuden ajan kaltoinkohteluun, häiriön vaikeusasteeseen tai komorbiditeettiin, eli kahden tai useamman itsenäisen sairauden esiintymiseen samanaikaisesti (Terveyskirjasto 2020). Neurofysiologisissa tutkimuksissa (EEG- ja herätevastetutkimuksissa) on havaittu aivotoiminnan poikkeavuuksia. (Karlsson & Korkeila 2020.)

Tutkimuksissa on havaittu poikkeavuuksia myös endogeenisten opioidien ja oksitosiinihormonin välittämässä hermoverkoissa. Oksitosiinin on havaittu liittyvän vuorovaikutussuhteissa ilmenevään hypertensiivisyyteen. Myös kivuliaaksi koettu kyvyttömyys sietää yksinäisyyttä ja kahdenvälisen kiintymyssuhteiden positiivisten muistikuvien niukkuus on liitetty pienentyneeseen oksitosiiniaktivaatioon. Sosiaalinen yliherkkyys liittyy kasvojen tunnistamisessa havaittaviin poikkeavuuksiin, jolloin häiriöstä kärsivä tulkitsee neutraaleja ilmeitä kielteisen tunteen ilmaisuksi. (Koivisto ym. 2020, 62.)

Itseä vahingoitettaessa äkillisesti voimistuvan tuskatilan aikana kipukynnyksen on havaittu kohoavan ja tuolloin samanaikaisesti dopamiinivälitteinen toiminta saattaa olla poikkeavaa. Kielteisen tunnetilan voimakkuus ja pitkä kesto liittyy itsetuhokäyttäytymiseen. Kortisolitaso on havaittu olevan tällöin pitkäaikaisesti koholla. (Koivisto ym. 2020, 63) Dopamiiniverkosto liittyy myös mielihyväkokeuksiin, motivaatioon ja tarkkaavuuteen, joissa ilmenee usein poikkeavuuksia epävakaassa persoonallisuushäiriössä. Tunteiden säätelyn puutteita ja impulsivisuutta on useissa tutkimuksissa liitetty serotoniiniverkostoihin. Frontolimbisessä serotoniinijärjestelmässä on todettu poikkeavaa toimintaa. Frontaalisten ja limbisten rakenteiden välisten hermoverkkojen heikentyneen toiminnan on havaittu liittyvän negatiivisten tunteiden käsittelyn puutteisiin. (Koivisto ym. 2020, 62-63.)

Pelkotilojen yhteydessä anteriorinen singulum ei näytä aktivoituvan normaaliin tapaan. Anteriorisen singulumin harmaan aineen määrän on havaittu lisäksi olevan vähentyntä. Aivojen eri alueiden toiminnallisten yhteyksien on todettu olevan vähentyneitä etenkin anteriorisen singulumin alueella. Anteriorisen insulan alueen vähäisen aktivaation on todettu liittyvän vaikeuksiin paikata menetettyä luottamuksen tunnetta toiminnallisen aivokuvantamistutkimuksen yhteyteen liitettyssä uhkapelikoasetelmassa. (Koivisto ym. 2020, 63.)

Mentaaliumake ja hippokampus on todettu kooltaan pienemmiksi molemmilla puolilla epävakaassa persoonallisuushäiriössä, mutta vastaavaa löydöstä on havaittu myös muissa yhteyksissä, jos potilaalla on samanaikaisesti traumaperäinen stressihäiriö mentalitumakkeen koon kuitenkin siihen liittymättä. Hiljat-

tain havaittiin isossa aineistossa, että aivolöydökset eivät liity sinällään itse häiriöön vaan taustatekijöihin, kuten traumakokemukset, päihteiden käyttöön, vaikeusasteeseen ja komorbiditeettiin. (Koivisto ym. 2020, 64.)

4.3 Oheissairastavuus

Epävakaan persoonallisuushäiriön ajatellaan syntyvän joko altistavien tekijöiden vuorovaikutuksesta tai lapsuuden tai nuoruusiän häiriön vaikeutumisesta, jolloin se on seurausta ensisijaisesti muusta psykiatrisesta häiriöstä. Esimerkiksi lapsuuden ja nuoruuden aikana diagnosoidun ADHD:n on todettu moninkertaistavan epävakaan persoonallisuushäiriön riskiä (Koivisto ym. 2020, 52, 61.). Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista vajaa 60 % saattaa olla yhteydessä perusterveydenhuollon palveluihin vuoden aikana yleensä somaattisten oireiden ja sairauksien vuoksi. Psykiatrisen avohoidon potilailla epävakaata persoonallisuushäiriö on voitu todeta keskimäärin joka neljännellä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastojen mukaan suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa hoidetaan vuosittain noin 900 potilasta, joilla persoonallisuushäiriö on ensisijainen diagnoosi (3 %:lla kaikista psykiatrisista sairaalapotilaista), mutta huomattavasti useammin jokin persoonallisuushäiriö on samanaikaisena diagnoosina. (Käypähoito -suositus 2020.)

Miltei joka toisella häiriöstä kärsivällä voi esiintyä elinaikanaan jokin mielialahäiriö, joka on tavallisimmin masennustila tai dystymia. Kaksisuuntainen mielialahäiriö saattaa esiintyä jopa miltei kolmanneksella potilaita (tyyppi 1; 15% ja tyyppi 2; 20%). Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy 25-40%:lla avohoidon potilaista, mutta sairaalapotilaiden aineistossa niiden esiintyvyys on tätä huomattavasti suurempaa. Traumaperäinen stressihäiriö näyttää olevan tavallinen, jolloin sairaustaakka ja itsetuhoisuus on suurempaa. Kliinisesti haittaavia dissosiaatio-oireita on havaittu ilmenneen joka neljännellä potilaalla ja dissosiaatiohäiriö on voitu diagnosoida 10-20%:lla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä. Useammalla kuin joka toisella on joissain vaiheessa päihdehäiriö. Etenkin häiriöstä kärsivillä naisilla syömishäiriöt ovat yleisiä. (Koivisto ym. 2020, 48.)

Elinaikanaan miltei joka kymmenennellä on jokin psykoottinen häiriö. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä voi esiintyä päivittäistä stressitilanteiden aikaansaamia psykoottisia oireita, kuten paranoiaa ja kuulohallusinaatioita. Näiden oireiden kesto voi vaihdella tunteista viikkoon. Myös dissosiaatiotilojen aikana voi esiintyä äänien kuulemista. (Koivisto ym. 2020, 48-49.)

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy muuta väestöä suurempi somaattinen sairastavuus, mikä saattaa entisestään lisätä itsemurhayritysten vaaraa. Potilailla esiintyy monimuotoisesti erilaisia sairauksia, joista osa on seurausta häiriöön liittyvästä impulsiivisesta käyttäytymisestä. Erilaisia päihteiden käytöstä seuraavia sairauksia ja sukupuolitauteja tavataan siten enemmän kuin väestössä. Useammalla kuin joka kolmannella on voitu diagnosoida jokin hoitoa vaativa pitkäaikaissairaus. Sydän- ja verenkiertosairauksien, diabeteksen ja obesiteetin riski on suurentunut. (Koivisto ym. 2020, 49.)

Useammalla kuin joka toisella voidaan diagnosoida myös jokin muu persoonallisuushäiriö. Monien persoonallisuushäiriödiagnoosien kriteerien samanaikainen täytyminen tarkoittaa vaikea-asteista epävakaata persoonallisuushäiriötä. Niin ikään, kun samanaikaisesti esiintyy antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, niin psykopaattiset piirteet ovat varsin tavallisia. Epävakaan ja antisosiaalisen persoonallisuushäiriön samanaikaisuuteen liittyy kohonnutta väkivaltarikollisuuden riskiä ja jo lapsuudessa esiintynyttä käytöshäiriötä. (Koivisto ym, 2020, 49.)

5 EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN OIREET

5.1 Tunne- elämän epävakaus

Useat eri lähteet painottavat, että mielialan vaihtelevuus on epävakaan persoonallisuuden keskeisin piirre. Häiriöstä kärsivän tunneherkkyyttä on verrattu palovammapotilaan vereslihalla oloon: on kuin suojaava tunneiho puuttuisi, ja kaikki tuntuu sietämättömän voimakkaasti. Tunnetilan muutoksia laukaisevat erityisen tyypillisesti ihmissuhteissa tapahtuvat asiat, jotka henkilö voi mieltää esimerkiksi torjunnaksi, välittämisen puutteeksi, hylkäämiseksi tms. Voimakkaat tunnetilat tiivistyvät usein äärimmäisen psyykkisen tuskan ja toivottomuuden tunteiden sävyttämiksi kriiseiksi. Tunteiden ailahdukset ilmenevät tiheinä muutoksina alaluoliseen tai masentuneeseen, ärtyneeseen, ahdistuneeseen, epätoivoiseen tai vihaiseen mielialaan. Tunnesäätelyn heikkous voi johtaa hallitsemattomaan vihan ilmaisuun, jonka jälkeen epävakaat potilas kokee herkästi häpeää ja syyllisyyttä, ja vihan ilmaukset usein voimistavat entisestään kielteistä minäkuvaa (Nurmento & Turpeinen 2019, 246.)

Yksilö voi siis kärsiä myös suhteettomasta vihaisuudesta sekä vaikeudesta säädellä sen ilmaisua. Tätä voi laukaista erityisesti kokemus huolenpidon menettämisestä, toisen välinpitämättömyydestä tai laiminlyönnistä. Viha voi ilmetä sarkasmina, pitkäkestoisena katkeruutena tai sanallisina hyökkäyksinä. Joskus se voi yltyä suoranaiseksi raivoksi ja purkautua toiminnaksi, kuten esineiden heittelemiseksi tai tappelemiseksi. Myös päinvastainen ongelma, vaikeus ilmaista vihaisuutta ja toimia jämäkästi silloin, kun tämä olisi asianmukaista, on yleinen ja voi myös johtaa lisääntyviin vihan tunteisiin, joita yksilö ei välttämättä tunnista vihaksi. Vihaisuuden ollessa siis usein sekundaarinen reaktio johonkin taustalla vaikuttavaan haavoittuneempaan kokemukseen, Koivisto ym. nimeävät esimerkeiksi epävarmuuden, avuttomuuden, pelon ja häpeän. Affektiivisen epävakaudesta vuoksi henkilö voi näyttää kulkevan kriisistä toiseen. (Karlsson ym. 2009, 21, Koivisto ym 2020, 35)

Toisten tunne-elämän epävakaudesta kärsivien ongelmana ei suinkaan ole vihan ali-, vaan pikemminkin ylikontrollointi. Joidenkin on vaikea edes tunnistaa kiukkuisuutta tai vihaisuutta itsessään. Jotkut taas tunnistavat olevansa vihaisia suuren osan ajasta, mutta he eivät juuri koskaan ilmaise tätä muille, esimerkiksi hylkäämisen tai rangaistuksen pelosta. Siis joko tunteen tunnistaminen tai ilmaisu tai molemmat voivat olla ehkäistyneitä. Potilas voi myös hyökätä aggressiivisesti itseään kohtaan tilanteessa, jossa olisi adaptiivista kokea kiukkuja toista kohtaan. Moni esimerkiksi vahingoittaa itseään suoraan tai epäsuorasti tilanteessa, jossa hän pettyy toisen ihmisen toimintaan mutta ei kykene tunnistamaan tähän liittyvää kiukkuja. On myös osoitettu, että itsetuhokäyttäytymisen syynä voi olla itsensä rankaiseminen, normaalin tunnetilan palauttaminen tai huomion suuntaaminen muualle. Henkilö voi itsetuhoisesti toimimalla myös pyrkiä kokemaan tunteiden tai tilanteiden hallintaa tai psyykkistä jäsentymistä intensiiviseen tunnetilaan usein liittyvässä kognitiivisen hajanaistumisen tilassa. (Karlsson ym. 2009, 28, Koivisto ym. 2020, 37)

Vaikka tunteet ovat määritelmän mukaisesti lyhytkestoisia, epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä ne voivat kestää useamman päivänkin (Karlsson ym. 2009, 22). Ajatellaan että opitut tulkinnat, arvioinnit ja uskomukset ovat omiaan pitkittämään negatiivisten tunnereaktioiden kestoja. Esimerkkinä Koivisto ym. (2020, 35-36) ovat esittäneet tilanteen, jossa ihminen huomaa jonkin mikroilmeen itselleen merkityksellisen ihmisen kasvoilla, muttei kykene yksiselitteisesti tulkitsemaan sitä minkään tietyn tunteen ilmaisuksi eikä ymmärrä sen merkitystä. Ihminen, jonka skeemat itsestä, muista ihmisistä ja vuorovaikutuksesta ovat suhteellisen turvallisia, voi reagoida tähän epäselvään ärsykkeeseen lyhytkestoisella hämmennyksellä. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä, joka uskoo olevansa paha ja että muut eivät pidä hänestä ja että torjutuksi tuleminen on todennäköistä, voi reagoida samaan ärsykkeeseen päivien mittaisella lohduttomalla hylätyllä mielentilalla. (Koivisto ym. 2020, 35-36.)

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvät pitkäkestoiset tyhjyyden tunteet. Usein nämä kytkeytyvä ikävystymisen, yksinäisyyden ja arvottomuuden tunteisiin. Tyhjyyden tunteen ajatellaan osaksi johtuvan myös tunteiden kokemisen esittämisestä pyrkimyksenä suojautua psyykkiseltä kivulta. Oletetaan, että henkilöt,

jotka ovat toistuvasti kokeneet keinottomuutta tunteiden säätelyssä, pyrkivät suo-
jautumaan sulkemalla tunteiden kokemisen pois. Henkilö on voinut oppia pelkää-
mään paitsi tunteiden kokemista, myös ajatusten ja mielipiteiden ilmaisua. Tun-
teiden viriäminen tai oman mielipiteen sanominen voivat silloin johtaa ”virran kat-
kaisuun”. Ajatusten ja tunteiden puuttuminen tuntuu tyhjyytenä. Tyhjyyden tunne
johtaa mykkyyteen, jolloin elämä ei tunnu miltään ja henkilö elää turtana kykene-
mättä nauttimaan. Tämän katsotaan johtavan impulsiiviseen käyttäytymiseen,
esimerkiksi ahmimiseen, päihteiden käyttämiseen tai takertumalla ihmissuhtei-
siin, joita ei todellisuudessa haluaisi. Konkreettinen kivun kokeminen koetaan
usein korjaavan tyhjyyden tunnetta tai palauttavan kokemuksen olemassaolosta,
joka voi joskus hämärtyä. (Karlsson ym. 2009, 23.)

Useat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät henkilöt tuntevat kohtuutto-
mia häpeän tunteita. Tämän ymmärretään henkilöillä kehittyvän usein henkilön
reaktiona johonkin primaaritunteeseen, eli henkilö on voinut oppia häpeämään
useita tunnereaktioitaan. Häpeää ei ole helppo tunnistaa, koska se kätkeytyy her-
kästi. Muut tunteet kuten vihaisuus, voivat peittää häpeän tunteet alleen. Olete-
taan, että vähemmän tietoinen häpeäalttius lisää emotionaalista haavoittuvuutta
ja tunteiden säätelyn vaikeutta. Karlssonin ym. mukaan (2009, 24) on esitetty,
että impulsiivisen ja itsetuhoisen käyttäytymisen taustalla on erityisen usein tus-
kallista häpeän tunnetta. (Karlsson ym. 2009, 23-24.)

Kuten aiemmin mainittiin, tavallisesti tunteet ovat melko lyhytkestoisia kestäen
sekunneista minuutteihin. Kognitiota (kuten ajatukset ja uskomukset) aktivoides-
saan tunteet tai mielialat kestävät kauemmin. Esimerkiksi epävakaasta persoo-
nallisuudesta kärsivällä pelästyminen voi aktivoida traumamuistoja ja uskomuk-
sia itsestä pahana ja kelpaamattomana. Mielentila vaikuttaa muistitoimintoihin ja
sitä kautta aiheuttaa valikoivaa, tunne- tai mielentilan mukaista muistista hake-
mista. Surullisena henkilöllä on taipumusta muistaa aiempia surullisia tapahtu-
mia. Ajankohtainen mielentila vaikuttaa muistitoimintoihin, sekä myös kognitiivi-
siin prosesseihin. Mielentila vaikuttaa siihen, mitä henkilö laittaa ympäristöstään
merkille ja miten hän tulkitsee havaintojaan. Emotionaalisen säätelyn häiriön il-
metessä vaikeutena säädellä fysiologista virittyneisyyttä sekä vaikeutena suun-

nata tarkkaavaisuutta tilanteen kaikkiin puoliin (ja muualle kuin ajankohtaisiin ärsykkeisiin), virittyneisyys häiritsee tiedonkäsittelyä ja toiminnanohjausta. Tästä johtuen henkilön on vaikea ryhtyä mielialasta riippumattomaan tavoitteelliseen toimintaan, josta voisi olla apua. Tunnetilan kognitioita ja mielentiloja aktivoivat ja aivojen informaation käsittelyä häiritsevät vaikutukset tekevät ymmärrettäväksi paitsi hidastuneen paluun perustasolle, myös tunteen itseään ruokkivan vaikutuksen. (Karlsson ym. 2009, 22.)

Identiteettidiffuusion (pysyvän identiteettitunteen puuttuminen) ymmärretään heijastavan henkilön vaikeutta yhdentää positiivisia ja negatiivisia sisäistettyjä mielikuvia itsestä. Seurauksena kokemus itsestä on vaihtuva ja katkonainen. Esimerkiksi mielikuvat itsestä uhrina ja kaltoinkohtelijana tai alistaja ja alistettuna vaihtelevat nopeasti. Tämän diagnostisenkin kriteerin tarkoituksena on tavoittaa myös ruumiinkuvan häiriintyminen, kuten dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön yhteydessä. Identiteetin häiriö ei näytä epävakaan persoonallisuushäiriön pitkäkestoiselta oireelta, vaan päinvastoin se näyttää korjaantuvan suhteellisen nopeasti. Affektiivisen epävakauden taas ajatellaan olevan pitkäkestoisin oire, jota ei juurikaan pystytä hoitamaan, ja joka mahdollisesti lievittyy iän myötä. (Karlsson ym. 2009, 27.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä voi olla myös sosiaalisten roolien korostunutta merkitystä määritellessään omaa identiteettiään. Henkilön koko identiteetti voi määrittyä jonkin poliittisen tai uskonnollisen suuntauksen mukaan, ja tämä suuntaus voi myös vaihtua. Jatkuvuuden tunteen tuskallinen puutteellisuus tarkoittaa muun muassa ajoittaisia epätodellisuuden tunteita sekä kokemusta valeminästä. Tällöin muille esiintyy eräänlainen valeminä, joka ei vastaa henkilön kokemusta omasta todellisesta minuudesta. Tämä tuskallinen jatkuvuuden tunteen puute voi ilmetä esimerkiksi vaikeutena muistaa omia tekemisiään jatkumona päivästä toiseen, tyhjyyden tunteena tai kokemuksena, että lakkaisi olemasta tai menettäisi identiteettinsä läheisen ihmissuhteen päättyessä. Epäjohdonmukaisuus voi ilmetä myös kameleonttimaisena kokemuksena, jolloin siis identiteetti vaihtuu seuran mukaan. Henkilö voi olla ihan erilainen erilaisten ihmisten seurassa, jolloin hän ei tiedä itsekään, millainen on. Myös henkilön omien

uskomusten ja käyttäytymisen voivat olla ristiriidassa, jolloin esimerkiksi seksuaaliset arvot voivat olla konservatiiviset, ja silti samaan aikaan hän käyttäytyy seksuaalisesti kontrolloimattomalla tavalla. (Karlsson ym. 2009, 27-28.)

Monilla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä on vaikeuksia luottaa omien kokemustensa pätevyyteen. He etsivät ympäristöstä vihjeitä sille, miten tulisi tuntoa, ajatella tai toimia. Tämä selittää aiemmin mainittua kameleonttimaista käyttäytymistä siten, että henkilö ohjautuu enemmän muiden odotuksista kuin omista sisäisistä tarpeista ja päämääristä käsin. Tällaisen niin sanotun muutlähttöisyyden taustalla ajatellaan olevan pelkoa, ettei itse-lähtöisemmin toimiesaan tulisi hyväksytyksi tai että tulisi hylätyksi. Monien minäkuva on häpeän sävyttämä. Henkilö kokee usein itsensä pahaksi sekä vähemmän merkitykselliseksi kuin muut, joka taas lisää ohjautumista muiden tarpeista käsin. Tällöin on ymmärrettävää, että henkilön on vaikea luoda vakaata käsitystä omasta identiteetistään. Minuuden kokemus voi vaihdella paljon hetkestä, tilanteesta ja seurasta toiseen. Arvellaan, että pyrkimys estää omia tunteitaan myötävaikuttaa identiteetin epäjatkuvuuden kokemukseen. Tunteiden poissulkeminen ja vaikeus kokea omaa minuutta jatkuvana voi tuskallisimmillaan saada epäilemään omaa olemassaoloaan. (Karlsson ym. 2009, 28-29.)

5.2 Käyttäytymisen säätelyn häiriöt

Epävakaaseen persoonallisuuteen voi liittyä impulsiivista käyttäytymistä, kuten pelaamista, lukuisien ja pitkien puheluiden soittamista, suojaamattomia tai muuten harkitsemattomia seksikontakteja, liiallista alkoholin, muiden päihteiden tai lääkkeiden käyttöä tai näiden käyttöä sopimattomaan aikaan, ahmimista, ostelua tai varastelua. Impulsiivinen käyttäytyminen voi ilmetä myös tapaamisten perumisena tai vaikeuksina pitää kiinni sopimuksista. Impulsiivisen toiminnan ensisijaisena tavoitteena on välttää kokemasta negatiivisia tunteita tai aistimuksia ja/tai kokea positiivisia tunteita lyhyellä aikavälillä. (Koivisto ym. 2020.)

Toimimalla impulsiivisesti henkilö voi myös yrittää murtautua läpi tyhjyyden, tunteisuuden ja tunnottomuuden – toisin sanoen hän voi yrittää palauttaa normaalin tunnetilan tai tuntea edes jotain. Impulsiivisuus piirteenä auttaa ymmärtämään ahmimisoireita ja päihdekäyttöä osana epävakaata persoonallisuutta sen sijaan, että ne hahmotettaisiin erillisinä häiriöinä. Impulsiiviset oireet voivat myös korvautua toinen toisilleen häiriön eri vaiheissa, esimerkiksi viiltäminen voi korvautua ahminnalla tai päihteidenkäytöllä jossakin vaiheessa. (Karlsson ym. 2009, 24-25.)

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön voi liittyä toistuvaa itsetuhoista käyttäytymistä. Itsetuhokäyttäytymistä voi laukaista esimerkiksi erouhka, kokemus torjunnasta tai ympäristön vaatimustason noususta ja yksilöön kohdistuvista isommista odotuksista, mm. suuremmasta vastuun ottamisesta. Vaikka häiriöön liittyy taipumusta vahingoittaa itseä vailla kuolemanaietta – tavallisesti pyrkimyksenä lievittää ahdistusta, epätodellista oloa tai kokemusta omasta pahuudesta – itsemurhan riski on epävakaassa persoonallisuushäiriössä merkittävä ja itsemurhayritykset yleisiä. Varhaisempien tutkimusten mukaan lähes kymmenesosa tunne-elämän epävakaudesta kärsivistä potilaista päätyi itsemurhaan. (Koivisto ym. 2020.)

Häiriöön liittyy myös itsetuhokäyttäytymistä vailla kuolemanpyrkimystä. Viiltely, lääkkeiden omatoiminen yliannostelu, lyöminen, nälkiinnyttäminen, pään hakkaaminen, itsen polttaminen tai pureminen ovat muutamia esimerkkejä. Karlssonin ym. mukaan tarkoituksellinen itsensä vahingoittaminen on psykiatrisista häiriöistä kärsivillä affektiiviseen epävakauteen identiteettihäiriöön ja impulsiivisuuteen sekä lisäksi pitkäkestoiseen tyhjyyden tunteeseen. Sairaalahoitoon päätyneistä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä itsetuhokäyttäytyminen ilman kuoleman tarkoitusta liittyi pyrkimykseen lievittää ahdistusta ja jännittyneisyyden tunnetta. Itsetuhokäyttäytymistä pidetään siis epätoivoisena yrityksenä säädellä voimakkaita, tuskallisia tunnetiloja. (Karlsson ym. 2009, 25.)

5.3 Ihmissuhteiden vaikeudet

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän ihmissuhteet voivat muodostua epävakaksi ja intensiiviseksi, ts. niihin voi liittyä hyvin voimakkaita tunteita ja suhtautumistavan vaihteluita. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä voi edellyttää toisen viettävän paljon aikaa kanssaan. Hän voi itse avautua suhteen varhaisessa vaiheessa kertoen esimerkiksi hyvin henkilökohtaisia yksityiskohtia itsestään ja elämästään. Kiintymyssuhdesysteemi aktivoituu herkästi, ja ihmissuhteet voivat muuttua tuttavallisista hyvin läheisiksi huomattavan nopeasti. (Karlsson ym. 2009, 26, Koivisto ym. 2020)

Epävakaa voi myös kokea toisen ihmisen eri hetkinä hyvin eri tavalla, esimerkiksi toisina hetkinä hyväntahtoisena ja tukea tarjoavana ja toisina taas pahantahtoisena ja julmasti rankaisevana. Tällaiset äkilliset vaihdokset voivat johtua voimakkaasta tarpeesta saada osakseen ainutkertaista välittämistä sekä illuusion romahtamiseen liittyvästä pettymyksestä, kun ihanteellista välittämistä ei olekaan saatavissa. Persoonallisuuden epävakaudesta kärsivien ihmissuhteet ovat usein intensiivisiä, ja suhteen alkuvaiheessa – jossain määrin epäviisaasti – kumppanin soveltuvuuden arvio voi jäädä puutteelliseksi. Intensiiteetti ilmenee ihmissuhteisiin liittyvinä voimakkaina tunnetiloina euforiasta vihaiseen katkeruuteen. (Karlsson ym. 2009, 26, Koivisto ym. 2020)

Myös pelätyn hylkäämisen tai torjunnan jatkuva ennakointi vaikuttanee siihen, että kokemus toisesta ihmisestä vaihtelee nopeasti. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä kokee herkästi, että toinen ei välitä hänestä, ei anna tarpeeksi eikä ole riittävästi läsnä. Henkilö voi joskus toimia epätoivoisesti ja impulsiivisesti estääkseen hylkäämistä, jonka pelko ei kuitenkaan ole kovin hyvin tiedostettua. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä mieltää usein "hylkäämisen" johtuvan siitä, että hän on paha. Monien on vaikea kestää yksin oloa. Yksin jääminen voi tuntua suunnattomana turvattomuutena, joka on kuin pienen lapsen hätää. Läheisiä ihmissuhteita voivat sävyttää epätoivoiset yritykset estää toista hylkäämästä esimerkiksi tarkistelemalla, takertumalla toiseen tai anelemalla häntä olemaan lähtemättä tai jättämättä. Isetuhoinen käyttäytyminen on tavallista hylätyksi tulemisen pelon yhteydessä. (Karlsson ym. 2009, 26, Koivisto ym. 2020.)

Ihmissuhteiden ja identiteetin säätelyn vaikeudet kytkeytyvät toisiinsa. Identiteetin yksilöitymisen ja eriytymisen ongelmat ilmenevät ihmissuhteissa siten, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän voi olla vaikea erottaa omia kokemuksiaan toisten kokemuksista. Henkilö voi omaksua muiden tunteet omikseen tai kokea muiden ajatusten ja tunteiden tarttuvan itseensä. Kokemus on usein siinä mielessä molemminpuolinen, että henkilö voi kokea omien tunteidensa siirtyvän toiseen ihmiseen. (Karlsson ym. 2009, 27.)

Ihmissuhteissa nousevat esille myös ajattelun ja havaintotoimintojen lyhytkestoiset häiriöt. Epävakaasta kärsivä voi emotionaalisesti kuormittuneessa tilassa oireilla hetkellisesti dissosiativisesti tai ajatella hetkellisesti vainoharhaisesti. Henkilö voi esimerkiksi uskoa muiden haluavan vahingoittaa häntä, tai että muut ovat kääntyneet häntä vastaan. Dissosiaatio ilmentää vaikeutta yhdistää omia ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja muistoja ehyeksi kokonaisuudeksi. Tämä ilmenee esimerkiksi aukkoina muistissa tai hetkellisenä ajantajun kadottamisena. (Karlsson ym. 2009, 29.)

6 EPÄVAKAATA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN HOITO

6.1 Psykoterapia

Käypähoitosuosituksen mukaan tietyillä psykoterapiamuodoilla voidaan lievittää tehokkaasti potilaan oireistoa ja kuormittumista sekä edistää sopeutumista ja kohentaa toimintakykyä. Hoidosta sanotaan olevan apua, vaikka se veisikin vuosia. (Käypähoito -suositus 2020.)

Psykoterapiamuodoista erityisesti dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia ja transferenssikeskeinen psykoterapia, samoin kuin tunteiden hyväksymistä helpottava ryhmähoito, ovat tuottaneet hyviä tuloksia epävakaan persoonallisuuden hoidossa (Käypähoito -suositus 2020).

6.1.1 Dialektinen käyttäytymisterapia

Marsha Linehan kehitti dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) alun perin epävakaa persoonallisuuden hoitoon. Tämän hoitomallin mukaan epävakaa persoonallisuuden taustalla on emootioiden säätelyhäiriö. Hyväksymisstrategioita ja ympäristöinterventioita käytetään tasapainottamaan muutosstrategioita. Hoito koostuu erilaisista komponenteista ja vaiheista. Aluksi keskitytään itsetuhokäyttäytymisen hallintaan. Dialektinen käyttäytymisterapia on osoittautunut tulokselliseksi epävakaa persoonallisuuden hoidossa, ja sitä on kehitetty myös muiden häiriöiden hoitoon. (Holmber & Kähkönen 2007, 551.)

DKT:n ymmärrys epävakaa persoonallisuushäiriön kehittymisestä pohjautuu niin kutsuttuun biososiaaliseen teoriaan (Millon 1987). Teorian mukaan epävakaa persoonallisuushäiriö saa alkunsa biologiselta rakenteeltaan emotionaalisesti haavoittuvan yksilön kasvaessa ympäristössä, jonka ominaisuudet sopivat heikosti yhteen hänen synnynnäisten ominaisuuksiensa, erityisesti temperamenttinsa kanssa. Teorian mukaan tunteiden säätelyn häiriön kehittymisen taustalla on lapsen ja hänen ympäristönsä jatkuva, vastavuoroinen vuorovaikutusten sarja pikemminkin kuin yksittäiset tekijät tai tietyn aikajakson tapahtumat. Vaikutuksien ymmärretään siis olevan molemminpuolisia ja jatkuvia. (Karlsson ym. 2009, 80.)

Tutkimusten mukaan epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien vuoden mittainen hoito vähentää erityisesti itsetuhoista käyttäytymistä, sairaalahoidon ja päivystyskäyntien määrää sekä vihaisuutta enemmän kuin tavanomainen psykiatrisen hoito. Myös samanaikaisen päihderiippuvuuden on todettu vähentyvän. DKT-hoidon tavoitteena on auttaa yksilöä hyväksymään tunteitaan, sekä hyväksymään itsensä sellaisena kuin hän on. Lisäksi tavoitteena on myös omien tunteiden säätelyn opettelu. Keskeiseksi tavoitteeksi voidaan nimetä taitojen yleistyminen potilaan arjen kaikkiin mahdollisiin konteksteihin ja senkin vuoksi potilaalle halutaan tarjota mahdollinen tuki hänen opettellessaan jotain uutta. (Koivisto ym. 2020, 168.)

Terapiassa dialektisuudella viitataan ilmiöiden monitahoisuuden ymmärtämiseen ja ristiriitaisia puolia sisältävien kokonaisuuksien näkemiseen ja sietämiseen. Tällöin ei siis ole kiistämättömiä ja lopullisia faktoja, vaan asioita ja ilmiöitä ymmärretään moniulotteisina, jatkuvasti tarkentuvina ja täydentyvinä. Tarkoituksena on auttaa potilaan tai hoitavien henkilöiden mustavalkoisen ja jäykän ajattelun haastamisessa sekä liikkumatilan ja joustavuuden mahdollistavan dialogin käynnistämisessä ja ylläpitämisessä. Dialektiikka pyrkii siis auttamaan sekä potilasta, että terapeuttia antamaan tilaa ristiriitaisille tunteille ja impulsseille, sekä sietämään näitä jännitteitä. Dialektisena pulmana potilaan kohdalla pidetään sitä, miten oppia yhtä aikaa hyväksymään tunneherkyyttään ja toisaalta oppia tunteiden säätelyä. (Karlsson ym. 2009, 82.)

Hoidon tavoitteena voi olla esimerkiksi se, että potilas oppii säätelemään tunnetilojaan ilman, että turvautuu itseään vahingoittavaan käytökseen. Tavoitteena voi myös olla tyydyttävän, oman näköisen elämän luominen. Terapia on avointa ja läpinäkyvää. Terapeutti haluaa vahvistaa kaikkea toimivaa käyttäytymistä, joka auttaa potilasta pääsemään tavoitteisiinsa ja että hän haluaa välttää vahvistamasta vähemmän toimivaa käyttäytymistä, joka etäännyttää potilasta tavoitteistaan. (Karlsson ym. 2009, 82.)

On välttämätöntä luoda edellytyksiä käyttäytymis- taitojen oppimiselle rakentamalla mitätöivästä kasvu ympäristöstä poikkeavia, parantavia vahvistussuhteita. Siksi terapeutti validoi potilasta ja viestittää, että hän pitää tämän käyttäytymistä ymmärrettävänä. Terapeutti ei kuitenkaan milloinkaan vahvista itsetuhokäyttäytymistä, mikä tarkoittaa, että hän ei reagoi erityisen lämpimästi ja huolehtivasti, kun potilas on vahingoittanut itseään. Sitä vastoin tekojen taustalla oleviin voimakkaisiin itsetuhoisiin tunteisiin suhtaudutaan äärimmäisen vakavasti ja ne validoidaan ymmärrettävinä. Terapeutti ilmaisee potilaalle, että tämän reaktiot ovat olosuhteisiin nähden käsitettäviä ja järjellisiä, sen sijaan, että mitätöisi esimerkiksi sanomalla »Eihän kukaan järkevä ihminen käyttäydy noin». Näin terapeutti luo uusia vahvistussuhteita rakentamalla tilanteen, käyttäytymisen ja seurausten välistä vuoro- vaikutusta siten, että potilas kokeilee uusia toimintatapoja. Monesti tietyn käyttäytymisen tarkoituksen selvittäminen ja validointi voi lisätä potilaan motivoitumista muutostyöskentelyyn. (Holmberg & Kähkönen 2007, 551.)

Hoitoon sisältyvät kertaviikkoiset yksilöpsykoterapia ja ryhmämuotoinen taitovalmennus, jossa tavoitteena on oppia uusia taitoja. Ryhmässä opetellaan tunne- ja vuorovaikutustaitoja ja harjoitellaan jatkuvasti niiden soveltamista tosielämässä, ryhmän ulkopuolella. Lisäksi hoito-ohjelmaan sisältyy potilaan mahdollisuus oman terapeutin puhelintukeen tapaamisten ulkopuolella. Potilas voi soittaa terapeutilleen, mikäli on pulassa tunteidensa kanssa eikä tiedä miten toimia. Puhelintuen tarkoituksena on auttaa potilasta pyytämään apua taitavalla tavalla ja ennen kaikkea ajoissa, ennen kuin itsetuhoinen käytös alkaa tuntua ainoalta vaihtoehdolta. (Holmberg & Kähkönen 2007, 551.)

Mahdolliset katkokset terapiasuhteessa halutaan korjata heti, koska suhteen toimivuutta pidetään ensiarvoisen tärkeänä. Ihmissuhdehypersensitiivisyyden ja liitännäisten voimakkaiden tunteiden takia potilas ei välttämättä pysty odottamaan seuraavaa tapaamista, jossa terapiasuhteen katkosta voitaisiin selvittää. Ajatellaan, että ilman puhelinkontaktia terapia voisi jäädä kesken. Terapeutti haluaa olla potilaan kanssa yhteydessä myös silloin, kun tämä tekee jotain kyvykästä, ei ainoastaan potilaan voidessa huonosti. Osa potilaista on oppinut, etteivät he voi tulla vakavasti otetuiksi ellei heillä ole suuria ongelmia. Siksi terapeutin tulee olla kiinnostunut potilaasta myös silloin, kun hän voi hyvin ja oppii uusia taitoja eli tekee jotakin rakentavaa. (Koivisto ym. 2020, 169.)

Ydinasioiksi dialektisessa käyttäytymisterapiassa voidaan katsoa se, että itsetuhokäyttäytymisen tarkoituksen selvittäminen ja taustalla olevien emootioiden validointi lisää potilaan motivoitumista muutostyöskentelyyn. Terapian ketjuanalyysissä pyritään tunnistamaan tunteita, ajatuksia ja käyttäytymistä tapahtumaketjun eri vaiheissa. Tietoisuustaitojen (kuten mindfulness) toimii itsetuntemuksen kehittämisen ja validoinnin välineenä. Muutos- ja hyväksymisstrategiat muodostavat hoito-ohjelman dialektiset vastaparit. Hoidon kanavat ovat yksilöterapia, taitojen harjoittelu, puhelinkonsultaatio ja konsultaatiotiimin käyttö. (Holmberg & Kähkönen 2007, 555.)

6.1.2 Mentalisaatioterapia

Käypähoidon mukaan mentalisaatioterapia on tehokasta epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa, ja avohoidossa toteutettava mentalisaatioterapia on yhtä

tehokasta kuin päiväsairaalahoidossa toteutettava mentalisaatioterapia. Mentalisoiminen tarkoittaa yksinkertaisesti huomion kiinnittämistä omiin tai muiden ihmisten mielen tiloihin erityisesti selittäessämme käyttäytymistä. Uskomukset, toiveet, tunteet ja ajatukset määrittävät toimintaamme sekä tietoisina, että tiedostamattomina. Mentalisaatio liittyy kuvitteluun, koska henkilön on kuviteltava mielessään, mitä muut ihmiset ajattelevat tai tuntevat. Kunkin ihmisen henkilöhistoria voi johtaa erilaisiin käsitykseen toisten mielen tiloista, jolloin kuvittelemisen ei ole yhdenmukaista. (Bateman & Fonagy 2014, 15.)

Mentalisaatiossa teoreettinen käsitys epävakasta persoonallisuushäiriöstä perustuu kiintymyssuhdeteoriaan (John Bowlby 1988) sekä useiden eri kehityspsykologien siihen laatimiin tarkennuksiin. Oletetaan, että tunnekokemuksen selkeän peilauksen puuttumisella on yhteys myöhemmin kehittyvään jäsentymättömään kiintymyssuhdetyyliin. Keskeisin mentalisoimiskyvyn normaalin käytön estäjä on lapsuuden psyykinen trauma. Heikko mentalisoimiskyky puolestaan saa aikaan turvatonta ja mahdollisesti jäsentymätöntä kiintymistä. Yksilöillä, joiden kiintymyssuhteet ovat olleet jäsentymättömiä, voidaan odottaa olevan varsin vakavia ongelmia tunteidensäätelyssä ja tarkkaavaisuudessa sekä myös syvällisiä kiintymyssuhteen häiriöitä. (Bateman & Fonagy 2014, 15.)

Mentalisaatioon perustuvan terapian yleistavoitteena on saada aikaan terapeutin prosessi, jossa potilaan mielen tarkasteleminen on keskeisellä sijalla. Tarkoituksena on, että potilas tutustuu itseä ja muita ihmisiä koskeviin ajatuksiinsa ja tunteisiinsa, niiden saneleminen tapoihin reagoida muihin ihmisiin ja siihen, kuinka ”virheelliset” tavat ymmärtää itseä ja muita ihmisiä saa hänet toimimaan palauttaakseen tasapainon ja ymmärtääkseen käsittämättömiä tunteita. (Bateman & Fonagy 2014, 51.)

Terapiassa on kolme päävaihetta, joista ensimmäinen on alkuvaihe eli terapiaan sitoutuminen. Tällöin arvioidaan mentalisoimiskykyä sekä persoonallisuuden toimintaa, ja sitoutetaan potilasta terapiaan. Alkuvaiheessa potilaalle kerrotaan diagnoosistaan, annetaan psykoedukaatiota, laaditaan terapiatavoitteet, vakautetaan sosiaaliset- ja käyttäytymisongelmat, käydään läpi lääkitys ja laaditaan kriisisuunnitelma. (Bateman & Fonagy 2014, 51.)

Keskivaiheessa aktiivinen terapiatyöskentely terapiaistuntojen aikana tähtää mentalisaatiokyvyn jatkuvan kehityksen tukemiseen. Istuntojen interventioiden tulisi olla lyhyitä ja yksinkertaisia, kohdistua potilaan omakohtaiseen mielen tilaan eikä niinkään tiettyyn mielen sisältöön, kuten ajatukseen. Terapiaprosessin etenemisen väitetään perustuvan kaikissa terapiamuodoissa siihen, että potilaan käsitykset itsestään, muista ihmisistä ja maailmasta tulevat johdonmukaisemmiksi ja yhteneväisemmiksi. Intervention yleispiirteiksi voidaan siis katsoa aiemmin mainitun yksinkertaisuuden lisäksi tunteisiin (rakkaus, halu, loukkaantuminen, katastrofi, kiihtymys) ja potilaan mieleen (ei käyttäytymiseen) keskittyminen. Edellä mainitut liitetään tämänhetkiseen tapahtumaan tai toimintaan (mielen sisäiseen todellisuuteen), sekä vältetään painostamasta tiedostamattomia ongelmia esitietöisten tai tietoisten eduksi. (Bateman & Fonagy 2014, 114.)

Interventioiden lyhyydellä ja yksinkertaisuudella varmistetaan, että ne ovat sopu-soinnussa potilaan mentalisaatiokyvyn kanssa. Liian pitkät ja monimutkaiset interventiot eivät todennäköisesti vastaa potilaan mentalisoimiskykyä, erityisesti silloin jos hänen tunteensa ovat pinnassa juuri sillä hetkellä. Kiintymyssuhteiden aktivaatio määrittää epävakaisen potilaiden mentalisoimiskykyä. Yhdellä hetkellä potilas saattaa kyetä kiinnittämään huomiota ja reagoimaan mutkikkaaseen interventioon, toisella hetkellä hän voi olla kyvytön ymmärtämään tai edes kuuntelemaan jotakin hyvin suoraviivaista. Mitä enemmän potilaan tunnetilaa ja kiintymyssuhdetta aktivoidaan, sitä hauraammaksi hänen mentalisaatiokykynsä käy. (Bateman & Fongagy 2014, 114-115.)

Mentalisaatioterapiassa oleellista on, että tunteeseen tartutaan välittömästi juuri siinä hetkessä. Oleellista ei ole niinkään tunteen liittyminen aiheisisältöön, vaan se, miten tunne liittyy siihen, mitä potilaan ja terapeutin välillä sillä hetkellä tapahtuu. Lyhyt interventio, jossa tunnistetaan potilaan ja terapeutin välinen tunne, vie istuntoa todennäköisimmin eteenpäin kuin keskittyminen potilaan kertomuksen johonkin yksityiskohtaan. Mentalisaatioterapiassa erityisen tärkeää on keskittyminen potilaan mieleen, ei potilaan käyttäytymiseen. Potilas voi olla haastava ja ärtyisä, kommunikoida olemattomasti ja olla jopa aggressiivinen. Terapeutin on

pystyttävä sivuuttamaan käyttäytyminen ja kiinnittämään huomionsa potilaan mieleen. (Bateman & Fonagy 2014, 16, 69.)

Vuoden kohdalla alkaa terapian päätösvaihe, jossa tavoitteena on vahvistaa potilaan vastuuntunnetta ja itsenäistä toimintakykyä, avustaa potilaan tulevaisuuteen liittyvissä suunnitelmissa, sosiaalisen toimintakyvyn vakauttaminen ja vakiinnuttaminen, yhteisen jälkiseurannan sopiminen, sekä lisäksi saada potilas muodostamaan käsitys siitä, mitä terapian päättäminen merkitsee ja keskittyä menetyksen tunteisiin. (Bateman & Fonagy 2014, 115.)

6.1.3 Skeematerapia

Skeematerapia on tunnelukkojen työstämiseen kehitetty terapiamuoto. Se on 1900-luvulla kehitetty kolmannen sukupolven integratiivinen terapiamuoto, joka yhdistää parhaat ominaisuudet eri terapiamuodoista. Se pohjautuu kognitiiviseen psykoterapiaan ja siihen liittyy menetelmiä psykodynaamisesta terapiasta, hahmoterapiasta, tietoisuustaitoterapiasta (mindfulness) ja ratkaisukeskeisestä terapiasta. Skeematerapian on kehittänyt amerikkalainen psykoterapeutti Jeffrey E. Young. (Skeematerapia.)

Tutkimuksissa skeematerapia on osoittautunut tehokkaaksi epävakaan persoonallisuuden terapiamuodoksi niin yksilö- kuin ryhmämuotoisena. Skeematerapiasta on kehitetty epävakaan hoitoon myös 30 kerran ryhmäterapia, jonka tutkimukset ovat osoittaneet lupaavaksi hoitomuodoksi. Jeffrey Young loi käsitteen varhainen maladaptiivinen skeema kuvaamaan laaja-alaista elämän teemaa tai mallia, vakiintunutta tapaa tulkita itseä ja muihin liittyviä kokemuksia. Tällaiset skeemat ovat se, mitä ihminen ”tietää” itsestään, muista ihmisistä ja maailmasta. Ne syntyvät lapsuudessa ja nuoruudessa ja muodostavat ihmisen minäkäsityksen ja maailmankuvan ytimen. (Koivisto ym. 2020, 205.)

Varhaiset maladaptiiviset skeemat ovat joustamattomia ja tuntuvat oikeilta ja toisilta. Toinen niistä käytetty termi on tunnelukko. Varhaisten joustamattomien skeemojen ymmärretään kehittyvän lapsen jäädessä vaille jotain, mitä hän emotionaalisesti olisi tarvinnut. Lisäksi skeemojen kehittymiseen vaikuttavat lapsen

synnynnäiset tekijät. Alettuaan kehittyä varhainen ja epäjohdonmukainen skeema valitettavasti pysyy helposti yllä ja lujittuu jatkuvasti, sillä ihminen tulkitsee myös uudet havaintonsa sen pohjalta. Edellä mainitun koostuessa muistoista, uskomuksista ja niistä kumpuavista ajatuksista sekä tunteista ja kehoillisista kokemuksista, ajatellaan, että sen alkaessa korjaantumaan, muutosta alkaa tapahtua kaikissa näissä tekijöissä. (Koivisto. ym 2020, 206, 212-213.)

Terapiassa potilas ja terapeutti tunnistavat potilaan skeemoja ja moodeja, ja potilasta autetaan tunnistamaan, mikä aktivoi hänen skeemojaan ja laukaisee moodien vaihdoksia istunnoissa, sekä arkielämässä. Tavoitteena on dissosioituneiden ja äärimmäisten moodien asteittainen integraatio, sekä selviytymis- ja haitallisten auktoriteettimoodien vähittäinen tarpeettomaksi jääminen. Skeemojen synthyistoriaa käsitellään terapiassa paljon, samoin kuin niiden aktivaatiota nykyhetkessä. Mielikuvatyötä käytetään alussa potilaan rauhoittamiseen ja myöhemmin korjaamaan ongelmallisia kokemuksia. Skeematerapiassa suositaan kokemuksellisia työtapoja, joiden tavoitteena on helpottaa yhteyttä tunteisiin sekä aktivoita niitä. Skeematerapian painotuksessa korostuu lämmön ja aidon välittämisen ilmaiseminen ja potilaan emotionaalisiin tarpeisiin vastaaminen. (Koivisto ym. 2020, 227-228.)

Kun skeema korjaantuu, muistaminen ei enää satu yhtä paljon kuin ennen. Korjaantuminen myös saa aikaan sen, että skeemaan liittyvä tunne ei enää tunnun niin voimakkaana silloin kun skeema aktivoituu. Korjaantuminen edellyttää myös sitä, että henkilö muuttaa käyttäytymistään, eli alkaa toimia muulla tavalla, kuin skeema ohjaisi. Terapiassa potilasta autetaan tunnistamaan, milloin mikäkin skeema viriää ja miten aktivoituneessa tilassa oleva skeema saa hänet kokemaan ja toimimaan. Tähän yritetään sitten löytää vaihtoehtoisia, parempia tulkin-toja tilanteisiin, joita hän automaattisesti tulkitsi jäykästi skeemansa valossa. Skeeman korjaantuessa hiljalleen, se ei enää aktivoitu niin herkästi kuin ennen. (Koivisto ym. 2020, 217.)

6.1.4 Transferenssikeskeinen psykoterapia

Transferenssifokusoitunut psykoterapia on epävakan hoidon kehitetty objek-tisuhteeseen perustuva psykodynaaminen terapia, jonka taustalla on alun perin psykodynaaminen tasodiagnostinen malli, jossa persoonallisuuden rakenteet ja-otellaan neuroottiseen, rajatilataseeseen ja psykoottiseen tasoon. Jaottelu perus-tuu objektisuhteiden eriytyneisyyteen ja jäsenyneytyteen, puolustusmekanis-mien käytön kypsyyteen ja kykyyn hahmottaa todellisuutta. Neuroottinen, rajati-lainen ja psykoottinen persoonallisuuden organisaatio erottuvat toisistaan identi-teetin yhtenäisyyden, vallitsevien puolustusmekanismien ja tosiasioiden havait-semisen perusteella. (Koivisto ym. 2020, 232.)

Ihmisen mielen ajatellaan rakentuneen myötäsnytyisten temperamenttipiirteiden, tärkeiden varhaisten vuorovaikutussuhteiden sekä kognitiivisten kykyjen mukai-sesti. Nämä persoonallisuuden osatekijät vaikuttavat henkilön vuorovaikutussuh-teissa tekemiensä ristiriitojen havaitsemisen ja tunnekokemusten muotoutumi-seen. (Koivisto ym. 2020, 232.)

Transferenssilla eli tunteensiirrolla tarkoitetaan aiemmista vuorovaikutussuh-teista vanhempiin tai muihin tärkeisiin huolta pitäviin henkilöihin liittyvien tuntei-den, toiveiden ja asenteiden tiedostamatonta siirtymistä terapiasuhteeseen todel-lisuutta vääristävällä tavalla. Vastatransferensseilla tarkoitetaan terapeutin tie-dostamatonta reagoimista potilaan transferenssiin, jolloin terapeutin varhaiset ko-kemukset ristiriidoista, hänen tunteensa, asenteensa ja odotuksensa siirtyvät po-tilaaseen. Vastareferenssi koostuu tämän lisäksi myös reagoinnista potilaan to-dellisuuteen ja terapeutin omasta todellisuuden kokemuksesta. (Koivisto ym. 2020, 234.)

Hoido kohdentuu sisäistettyjen kokemusten integraatioon huonosti jäsenyneyssä ja dysfunktionaalisissa varhaisissa hoivasuhteissa. Epävakan potilaiden pit-kähti heikosti toimivien varhaisten vuorovaikutussuhteiden takia TFP:ssä käsitel-lään erityisesti potilaan ja terapeutin suhdetta ja potilaan tunteensiirtoa tässä-ja-nyyt ilmenevinä. Potilas siis kohdistaa tiedostamattaan terapeuttiin tunteita, jotka olivat alun perin kohdistuneet hänen merkittävään läheiseensä. Terapian aikana

terapeutti hyväksyy potilaan hänelle asettaman roolin, jonka terapeutti tunnistaa ja sitä kautta kykenee yhdistämään potilaansa erillisiksi lohkoutuneita mielikuvia. (Koivisto ym. 2020, 234.)

Terapian alussa määritellään potilaan vallitsevat objektisuhteet ja tunnistamaan minkälaista objektia terapeutti milloinkin potilaalle edustaa. Hoidossa potilaan sisäistä maailmaa pyritään tavoittamaan kokemuksellisesti ja hänen hämmennystään ja kokemuksiaan siedetään. Terapiassa pyritään havaitsemaan kulloinkin vallitsevia objektisuhdemielikuvia ja tulkitsemaan roolimutoksia, jotka ovat äkillisiä käännteitä, kun lähestytään jotain vaikeaa vuorovaikutuskuviota. Mielikuvien integraation oletetaan vähentävän identiteetin hajaannusta eli edistävän luonnerakenteiden integroitumista. Terapian aikana tärkeää on työskennellä sen mukaisesti, kuinka hyvin potilas kykenee hahmottamaan terapiasuhdetta toisella tavalla kuin hän sen kokee. Potilaan kokemuksia kuvataan empaattisesti, mutta samaan aikaan potilaan kertomuksissa esille nousevaan ristiriitaisuuteen puututaan tahdikkaasti. (Koivisto ym. 2020, 234-235.)

6.2 Lääkehoito

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon ei ole käytettävissä häiriöön erityisesti kehitettyjä lääkevalmisteita. Kuitenkin lääkehoidolle voi olla tarvetta, ja lääkkeitä voi olla hyötyä ainakin akuuteissa kriisivaiheissa sekä komorbidien mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden lievittämisessä. Lääkehoidon tavoitteena on pidempiaikainen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvien keskeisten piirreoireiden hallinta. (Karlsson ym. 2009, 115) Koska epävakaan persoonallisuuden oireet ovat monimuotoisia, on vaarana polyfarmasia: jokaista oiretta pyritään lievittämään omalla lääkkeellään. (Koivisto ym. 2020, 246.)

Nykyisin arvioidaan, että antipsykootit ovat ensisijainen lääkeaineryhmä pyrittäessä lievittämään epävakaan persoonallisuuden oireita. Osalla potilaista tahallista itsensä vahingoittamista on pystytty vähentämään antipsykoottien avulla. Antipsykootit myös osalla potilaista vähentävät vihamielisyyttä, epäluuloisuutta, affektien säätelyhäiriötä, kognitio- ja havaintoväärityksiä, psykoottisia oireita ja tahallista itsen vahingoittamista. (Koivisto ym. 2020, 251.)

Antipsykoottien lisäksi mielialaa tasaavat lääkkeet voivat lievittää etenkin impulsiivisuutta ja aggressiivisuutta. Näistä lääkkeistä voi hyötyä riippumatta siitä, onko kyseessä komorbiditeetti vai ei. Mielialaa tasaavia lääkkeitä käytetään epävakaan hoidossa pienemmillä tai yhtä suurilla annoksilla, kuin kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. (Koivisto ym. 2020, 251.)

Masennuslääkkeitä käytetään epävakauden hoidossa silloin, kun samaan aikaan esiintyy ahdistuneisuutta, masennusta, pakko-oireilua tai ahmimishäiriötä. Masennuslääkkeistä on myös havaittu olevan hyötyä nopeiden mielialojen vaihtelun, impulsiivisuuden, itsensä tahallisen vahingoittamisen, ärtyneisyyden ja vihamielisyyden hillitsemisessä riippumatta siitä, onko samanaikaisesti todettu masennustilaa tai ahdistuneisuushäiriötä. (Koivisto ym. 2020, 251.)

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvän ahdistuksen hoitoon on käytetty aiemmin (1980-luvull) bentsodiatsepiineja, mutta nykyään niiden käyttöä häiriöstä kärsivillä pyritään välttämään, koska niistä on todennäköisesti enemmän haittaa kuin hyötyä. Bentsodiatsepiinien on todettu aiheuttavan impulssikontrollien heikkenemistä epävakailla potilailla. Lisäksi 65%:lle epävakaista kehittyi päihde- tai huumeriippuvuus ja bentsodiatsepiineihin saattaa kehittyä opioidejaikin voimakkaampi riippuvuus, joka epävakailla voi myöhemmin johtaa sekakäyttöön tai huumeiden käytön aloittamiseen. (Koivisto ym. 2020, 252.)

6.3 Sairaalahoito

Käypä hoidon mukaan hoito tulee toteuttaa mahdollisimman pitkälti avohoidossa ja sairaalahoidon osalta pääasiassa päiväsairaaloissa. Potilaan valmistautuminen kriisitilanteisiin on hoidon kulmakivi. Kuntoutustarve on syytä psykiatrisen hoidon seurannan yhteydessä. (Käypähoito -suositus 2020.) Jos epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä käyttää runsaasti perusterveydenhuollon palveluja, on suositeltavaa, että perusterveydenhuollon lääkäri konsultoi aktiivisesti erikoissairaanhoidoa. Potilaalle on hänen somaattisesta terveydentilastaan riippumatta hyödyllistä tarjota säännöllisiä vastaanottokäyntejä, jotta vältetään toistuvaa ja impulsiivista palvelujen käyttöä. (Duodecim)

Epävakaan persoonallisuuden psykiatrisesta sairaalahoidosta kiistellään paljon. Häiriöstä kärsivät kuluttavat psykiatrista sairaalahoitoa ja päivystyspalveluita enemmän kuin muista psykiatrisista sairauksista kärsivät. Tutkimusnäyttöä ympärivuotokautisen sairaalahoidon hyödyistä tai haitoista epävakaan hoidossa on niukasti. Toisinaan potilas kokee hätänsä tulevan otetuksi todesta vasta kun hänet lähetetään tai otetaan sairaalahoitoon. Mentalisaatiokyvyn pettäessä potilas luottaa usein vain siihen, että toisen välittäminen on todellista ainoastaan, jos hän tekee jotain konkreettista potilaan hyväksi, vain teoilla on merkitystä. (Koivisto ym. 2020, 289.)

Mentalisaatioterapeuttien mukaan potilaiden hyperreaktiivinen kiintymyssuhdesysteemi stimuloituu helposti liikaa sairaalassa, kun ihminen on hädässä ja kun osastolla on liikaa tai liian voimakkaita ihmissuhdeärsykyitä. Terapeuttien mukaan monet epävakaat etsivät hoitajista äitiä ja isää. Osastolla ollessa potentiaallisia äitejä ja isiä ja potilastovereiden mahdollisesti edustaessa sisaruksia, potilaan kiintymyssuhdesysteemi voi aktivoitua liian voimakkaasti, jolloin hänen kykynsä mentalisoitua heikkenee entisestään. Mentalisaatiokyvyn menettäessään henkilö kokee, että se miten hän mieltää asiat, on ainoa totuus. Hän ei pysty mieltämään, että muut voivat nähdä asiat toisin. Tällöin potilaan voi olla hankala ymmärtää sairaalaosaston hoitajien puhetta siitä, että esimerkiksi muu avohoito voisi toimia paremmin kuin sairaalahoito. Puhe ei siis tavoita potilasta ollenkaan ja hän kokee ettei tule kuulluksi tai ymmärretyksi. Tässä mielentilassa potilas kokee muut ihmiset pahantahotoisina, joka voi näkyä uhkailuna tai uhitteluna. (Koivisto ym. 2020, 289-290.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden kohdalla pyritään hyödyntämään lyhyttä, yleensä yhden-kolmen vuorokauden mittaista ennalta suunniteltua sairaalahoitoa, joka on osa kriisien hoitoa. Potilas laatii yhdessä avohoidon ja/tai sairaalaosaston henkilökunnan kanssa kriisienhoitosuunnitelman, johon voi yhtenä osatekijänä sisältyä muutaman vuorokauden sairaalahoitajakso. (Koivisto ym. 2020, 290.)

Lyhyen, ennalta suunnitellun sairaalajakson tavoitteena on ehkäistä itsemurhia, muuta tarkoituksellista itsensä vahingoittamista ja kriisien laajentumista. Tavoitteena on myös vähentää pitkiä sairaalahoitajaksoja, joihin pelätään liittyvän hoidon tarpeen ympärille liittyviä kiertyviä valtataisteluita ja konflikteja. Aktiivisen passiivisesti toimiessaan ihminen on hyvin aktiivinen pyrkimyksissään saada muut toimimaan hänen puolestaan mutta passiivinen omassa toiminnassaan. Monesti potilailla on suuria vaikeuksia pyytää apua ajoissa. Toivetta ikään kuin väkisin autetuksi tulemisesta voi selittää pelko siitä ettei tulisi kuulluksi, jos ilmaisisi tarpeitaan tai hätäänsä suuremmin. Tätä asiaa selittää myös se, että potilaalle on tuttua (ja näennäisesti turvallista), että avun saamiseen ja omaan tyyntymiseen liittyy vähintään jonkinlaista kajoamista toiselta taholta. Tällöin vanhemman sijasta hoitaja on sekä avun tarjoaja että kaltoinkohtelija. Mallin toistaminen tapahtuu yleensä tietoisuuden ulkopuolella. (Koivisto ym. 2020, 290-291.)

Toisaalta vastuun siirtyessä lähes kokonaan hoitavalle taholle, potilas menettää mahdollisuutensa oppia uudenlaisia selviytymiskeinoja ja kasvaa autonomisemmaksi. Kaikki epävakaan persoonallisuushäiriön hoitosuositukset ympäri maailmaa ovat sitä mieltä, että potilaan täytyy voida kasvattaa kokemuksia omasta osallisuudestaan aktiiviseen ongelmanratkaisun – nimenomaan haavoittuvuuden ollessa maksimaalista, juuri kriisin aikana. Tällainen voi osaltaan auttaa myös korjaamaan traumoja sekä niihin liittyviä skeemoja itsestä voimattomana ja muista kaltoinkohtelijana. (Koivisto ym. 2020, 291.)

Eriyksen tärkeä asia ajatellen potilaiden kohtaamista osastohoidossa on se, että jos yksilö on kasvanut ympäristössä, jossa hänen tunteitaan, ajatuksiaan ja tarpeitaan ei ole otettu todesta, hän on oppinut estämään negatiivisten tunteiden ilmaisua. Jos hänelle on kehittynyt kokemus, että hänen tunteensa eivät ole merkityksellisiä, päteviä tai sallittuja, hän on voinut oppia viestittämään tyyneyttä ulospäin vaikka kokisi sisäistä myrskyä. Sanallinen ja sanaton viestintä voivat olla ristiriidassa: ihminen voi kuvata kärsimystään verbaalisesti mutta non-verbaalinen viestintä ei tue tätä. Henkilö voi esimerkiksi kuvata syvää epätoivoaan pirteällä tyyllillä. Näennäinen pystyvyys voi hämätä muita ihmisiä. Ihminen ei aina ole itse tietoinen siitä, ettei hän viestitä haavoittuvuuttaan ulospäin tai että hänen verbaalinen ja non-verbaalinen viestintänsä ovat ristiriidassa. Tämän seurauksena

muut eivät ymmärrä heidän todellista tilaansa, jolloin aiemmat kokemukset todesta otetuksi tulemisen puutteesta ja tarpeiden vaille jäämisestä toistuvat traagisella tavalla. Ympäristö ei ymmärrä tarjota henkilölle hänen tarvitsemaansa tukea vaan voi asettaa liian korkeita vaatimuksia. Näennäisen pystyvässä tilassa henkilö voi kokea itsetuhoisuuden ainoana tapana viestiä, että ympäristön tavoitteet ovat liian korkealla tai että hän tarvitsee apua. (Karlsson ym. 2009, 60.)

7 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN VAIHEET

7.1 Opas opinnäytetyön tuotoksena

Opinnäytetyö voi olla joko toiminnallinen tai tutkimuksellinen, ja tutkimusmenetelmiä on määrällisiä sekä laadullisia. Tekemäni opinnäytetyö on toiminnallinen, ja se eroaa tutkimuksellisista opinnäytetöistä siten, että lopullinen tuotos on konkreettinen. Opinnäytetyöni tuotos on opas epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Tilaaja on Lapin sairaanhoitopiiriin kuuluvan Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osasto. Opinnäytetyöni ollessa valmis toimeksiantajalle jää siis konkreettinen tuotos eli opas. Toiminnalliseksi opinnäytetyöksi lasketaan myös kirja, ohjeistus, portfolio tai tapahtuma. Toiminnallisten opinnäytetöiden yhteisinä piirteinä korostuu Vilkka & Airaksisen (2004, 51) mukaan tavoitteeksi asetetut päämäärät ja niihin pyrkiminen. (Airaksinen ym. 2004, 51.)

Ensisijaisia kriteerejä opinnäytetyössä on muoto, lisäksi on huomioitava, että tuote soveltuu kohderyhmälle. Tuotteen on oltava sisällöltään ohjeistava, lisäksi sen on oltava johdonmukaisesti jäsenneily ja selkeästi luettava (Airaksinen ym. 2004, 53). Oppaassa erityisen tärkeää on lähteiden luotettavuus, joten kriittisyys lähteitä kohtaan on tärkeää. Tulee pohtia sitä, onko löytämäni tieto relevanssia eli sopiiko se aiheeseeni. Oleellista on, että löydetty tieto vastaa tarpeisiini ja on oikean tasoista, eli esimerkiksi tutkittua tietoa. Lisäksi tärkeää on tiedon ajantasaisuus ja totuudenmukaisuus. Opinnäytetyössäni olen hyödyntänyt viimeisintä näyttöön perustuvaa tietoa. Osa lähteistä on muulla tiedolla, esimerkiksi lähdeviitauksilla perusteltua eli sekundaarilähteitä. Sekundaarilähteitä käyttäessäni olen tarkastellut lähteitä kriittisesti. (Centria kirjasto- ja tietopalvelu.)

Oppaani ollessa toiminnallinen opinnäytetyö se noudattaa lineaarisen työn mallia. Oppaan tuottamiselle on määritelty tavoite ja tarve tilaajan kautta. Tavoitteet löytyvät tästä opinnäytetyön raportista. Työ etenee vaiheittain toteutukseen, joka sisältää opinnäytetyön suunnitelman, teoriaosuuden ja oppaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnalle. Toteutusvaiheen jälkeen työ arvioidaan. Työn arvioivat opinnäytetyöni ohjaava opettaja Tiina Pekkala sekä opponoivat opiskelijat. Työn arvioi

myös toimeksiantajan edustaja eli Muurolan sairaalan osastonhoitaja Ari Jauhojärvi. (Salonen 2013, 14.)

7.2 Oppaan tavoite

Opinnäytetyön lineaarisen rakenteen mukaan työlle määritellään ensimmäisenä tavoite. Tämän jälkeen selkeästä tavoitteesta lähdetään työstämään opinnäytetyön suunnitelmaa. (Salonen 2013, 15.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä käsittelevän oppaan tavoitteena on lisätä Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnan tietoa sekä ymmärrystä sairautta kohtaan. Opas sisältää tietoa epävakaan persoonallisuushäiriön syntymekanismeista, sekä siitä miten sairaus tutkitusti aivoissa näkyy. Lisäksi oppaasta tulee ilmi sairauden oireet ja hoitomuodot. Opas tuo käytäntöön lisäarvoa siten, että sen avulla hoitohenkilökunta ymmärtää konkreettisesti kyseessä olevan sairaus. Hankalana näyttäytyvää käyttäytymistä on tällöin helpompi ymmärtää sekä kohdata ja tällöin voidaan välttää hoitoon mahdollisesti negatiivisesti vaikuttavia vastareaktioita. Potilaiden kohtaaminen ja hoitaminen vaatii empaattisuutta ja kärsivällisyyttä, jota oppaan avulla voidaan lisätä.

7.3 Oppaan suunnittelu

Alun perin aiheen opinnäytetyölleni sain syksyllä 2020 Minna Salmelalta, joka on Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston apulaisosastonhoitaja. Aiheesta olin tätä ennen keskustellut sairaanhoitaja Mervi Hyypän kanssa, joka oli toinen ohjaajani tehdessäni mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelua kyseisellä osastolla. Mervin mielestä tiedon lisääminen sairautta kohtaan oli tärkeää nimenomaan sen herättämien ristiriitaisten tunteiden ja suhtautumisen vuoksi. Hänen mielestään olisi tärkeää tuoda konkreettisesti esille esim. sairauden näkyminen aivoissa. Aihe kiinnosti myös minua itseäni kovasti ja sen käsittelystä tulee olemaan minulle hyötyä suuntautuessani mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön.

Työskentely etenee tavoitteen määrittelystä suunnitteluun. Suunnittelu sisältää kirjallisen opinnäytetyösuunnitelman, jossa on jo teorian tietoa opinnäytetyön lopullista teoriaosuutta varten. Lineaarisen toteutusmallin mukaisesti suunnitelma on esitetty opinnäytetöiden suunnitelmaseminaarissa ohjaavalle opettajalle sekä henkilöille, jotka opponoivat sekä suunnitelman, että valmiin työn. Esityksen jälkeen suunnitelman sisältöä vielä muokattiin opponijien sekä ohjaavan opettajan palautteen perusteella. Suunnitelmavaiheen alkuperäinen ajatus oli tuottaa opas koko osaston käyttöön, mutta ymmärrettävästi kohderyhmää tuli tiivistää. Projektin suunnitelma laadittiin ja se hyväksyttiin tammikuussa 2021. Toimeksiantosopimus opinnäytetyölle kirjoitettiin Muurolan sairaalan osastonhoitaja Ari Jauhojärven kanssa tammikuussa 2021. Myös hänen mielestään kohderyhmää tuli vielä rajata. Lopulliseksi kohderyhmäksi valikoitui siis osaston hoitohenkilökunta. (Salonen 2013, 15.)

7.4 Oppaan toteutus

Suunnitteluvaiheesta siirrytään opinnäytetyön toteutusvaiheeseen. Toteutus sisältää lineaarisen mallin mukaan kenttätyön tuotoksen, joka pannaan täytäntöön opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti ja tieto siihen kirjoitetaan opinnäytetyön teoreettisen tuotoksen pohjalta. (Salonen 2013, 15.)

Opinnäytetyö on teorialähtöinen ja siinä käytettiin aikaisemmin tutkittua tietoa. Tietoperusta työssä koostuu useista eri kirjoista, hoitotieteen artikkeleista ja tutkimusartikkeleista. En siis ole luonut uutta tietoa, vaan olen käyttänyt jo aiemmin tutkittua, toiseksi varmennettua tietoa. Olen siis koonnut aiemmin tutkitusta tiedosta olennaisimmat asiat, ja koonnut ne oppaaksi, joka vastaa Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnan tarpeisiin. Materiaali on analysoitu ja tiivistetty sekä etukäteen hankittu ennen oppaan tekemistä. Lopullinen opas tulee olemaan pdf-tiedosto, jonka tarvittaessa voi tulostaa.

Projektityön tuotoksena syntyi opas epävakaa persoonallisuushäiriöstä Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osaston hoitohenkilökunnalle. Oppaassa johdatellaan lukija ensin sen sisältöön. Tämän jälkeen kerrotaan, mitkä ovat epävakaa persoonallisuushäiriön syntymekanismit, oireet sekä muutokset aivoissa,

sekä hoitomuodot. Opas on selkeä, tiivis ja helppolukuinen kokonaisuus. Oppaassa on yksinkertainen sisällysluettelo, jotta siitä olisi helppo etsiä halua maansa tietoa.

7.5 Oppaan arviointi

Lineaarisen opinnäytetyömallin mukaan toteutusvaiheen jälkeen seuraa arviointivaihe. Opinnäytetyöprosessin kaikkia osioita eli suunnitelmaa, teoriaosuutta ja opasta arvioidaan usealta eri taholta, eri näkökulmista. Työtä arvioivat ohjaava opettaja Tiina Pekkala, opponoivat opiskelutoverit Kiia Mehtälä & Ronja Tervo, toimeksiantajan edustaja eli Muurolan sairaalan osastonhoitaja Ari Jauhojärvi sekä osaston hoitohenkilökunta. Työtä on arvioitu koko ajan kirjoittamisvaiheesta saakka. (Salonen 2013, 15.)

Olen useaan kertaan lähettänyt opinnäytetyöni arvioitavaksi ohjaavalle opettajalle Tiina Pekkalalle, joka on ohjannut sitä kommenteilla. Marraskuussa 2020 sain suunnitelman valmiiksi ja aloin työstämään raporttiosuutta enemmän. Kohderyhmän rajausta pohdittiin vielä alkutalven 2021 aikana. Oppaan suunnittelu on jäänyt viime metreille, mutta mielessäni on koko ajan ollut siihen tuleva selkeä ja tiivis sisältö. Toimeksiantajana edustajan kanssa opinnäytetyön arviointi ei ole toteutunut pääasiassa kiireellisen aikataulun vuoksi. Olen kuitenkin arvioinut sisältöä kohderyhmään kuuluvien osaston hoitotyöntekijöiden kanssa.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyydellä tarkoitetaan eroa oikean ja väärän välillä. Oikean ja väärän erottamista ohjaa omatunto, joka kehittyy meistä jokaisella yksilöllisesti syntymästä alkaen. Käsitys siitä, ovatko asiat hyviä vai pahoja, vaihtelevat myös yksilön mukaan. Opinnäytetyötä tehtäessä tällä tarkoitetaan sitä, että toisen tekstiä ei plagioida, eikä jonkun muun tuottamaa aineistoa käytetä ilmoittamatta alkuperäistä tekijää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-26.)

Etiikkaa ohjaavia periaatteita ovat kollegiaalinen toiminta ja lojaalisuus, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimukset, sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Tein toimeksiantosopimuksen opinnäytetyön tilaajan kanssa. Opinnäytetyön tuotosta eli opasta arvioi Muurolan sairaalan vastaanotto-osaston osastonhoitaja, hoitohenkilökunta, opponijjat sekä ohjaava opettaja.

Opinnäytetyön teossa noudatin hyvää tieteellistä käytäntöä, tarkoittaen sitä, etten ole käyttänyt luvottomasti jonkun toisen tuottamaa tietoa, ilmoittamatta alkuperäistä tekijää. Opinnäytetyöni on teoretietoon pohjautuva. Olen ollut kriittinen etsiessäni lähteitä ja tarkastellessani niiden luotettavuutta.

8.2 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut paljon persoonallisuushäiriöistä, joista erityisesti epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Myös kiintymyssuhdeteoria, sekä kiintymyssuhteiden merkitys avautui minulle kokonaisvaltaisesti. Ammatillinen kasvu sairaanhoidon asiantuntijuutta kohtaan on ollut suuri. Olen aiemmalta ammatiltani merkonomi, mutta olen aina ollut kiinnostunut ihmismielestä ja psykologiasta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä tuli minulle tutuksi tehdessäni mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelun Muurolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-osastolla. Tietämys sairaudesta on kuitenkin syventynyt opinnäytetyöprojektin myötä suuresti ja kykenen jatkossa kohtaamaan sekä ymmärtämään

sairaudesta kärsiviä potilaita paremmin. Osaan myös jatkossa perustella esimerkiksi osastohoidossa oleville epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville potilaille kriisijakson merkitystä paremmin.

Tärkeimpänä kompetenssina tässä opinnäytetyöprojektissa pidän terveyden edistämistä. Opinnäytetyöni tuotoksen eli oppaan avulla sekä minulla että kohderyhmällä on paremmat valmiudet tukea ja aktivoida epävakaata potilasta ottamaan vastuuta terveytensä, voimavarojensa sekä toimintakykynsä ylläpitämisestä ilman, että potilas kokee, ettei olisi tullut ymmärretyksi tai kuulluksi. Tämä on tärkeää luottamussuhteen ja yhteistyön onnistumisen kannalta, joka taas tukee kriisisuunnitelmissa pysymistä. Oppaan avulla minä ja muu hoitohenkilökunta pystymme antamaan potilaalle paremmin työkaluja heidän ottaessaan vastuuta hyvinvoinnistaan, mikä puolestaan mahdollistaa kriisijaksojen ennaltaehkäisyä, joka on potilaan sekä yhteiskunnan kannalta taloudellisempaa ja inhimillisempää.

Opinnäytetyöprosessin olen kokenut haastavana suurimmaksi osaksi sen takia, että aikatauluni on ollut niin tiukka. Myös tietoperustan jäsentely ja tiivistäminen on ollut haastavaa, koska olen etsinyt tietoa useista eri lähteistä. Tärkeimpien ja oleellisimpien asioiden poimiminen tuotti myös haasteita, koska tietoa aiheesta löytyy yllättävän paljon ja laajasti. Prosessi on kuitenkin tuonut varmuutta tiedonhakuun, joka auttaa jatkossakin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kanssa työskennellessäni siten, että tiedän jo valmiiksi mistä löydän luotettavaa tietoa aiheesta.

8.3 Johtopäätökset

Keskustelin toimeksiantajani kanssa ja tuli esille, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kaivattaisiin lisää tietoa. Tarkoituksena oli tehdä aiheesta opas osaston käyttöön, alkuun tarkennettua kohderyhmää pohdittiin melko pitkään. Aluksi kohderyhmänä oli potilaat sekä heidän omaisensa, joka tuntui liian laajalta kohderyhmältä. Asiaa pohdittiin ja lopulta tärkeimpänä pidettiin tiedon lisäämistä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Olin kerennyt jo aloittaa raporttiosuuden kirjoittamisen, joten sen sisältö muuttui prosessin aikana hieman. Olen työstänyt

opinnäytetyötä viime syksystä saakka. Olen keskustellut oppaan sisällön toiveista osaston hoitohenkilökunnan kanssa ja kerännyt tietoa saamieni näkökulmien perusteella. Opasta on myös mahdollista muokata tulevaisuudessa siten, että se palvelisi tarvetta vielä paremmin.

LÄHTEET

- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Latvia: Livonia Print. Viitattu 25.4.2021
- Bateman, A. & Fonafy, P. 2006. Mentalisaatioon perustuva hoito. Epävakaan persoonallisuushäiriön käytännön hoito-opas. Tampere: Tammerprint. Viitattu 24.4.2021
- Karlsson, H., Koivisto, M., Nikkilä, H. & Stenberg, J-H. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. 1. Painos. Keuruu: Otavan kirjapaino. Viitattu 25.4.2021
- Koivisto, M. & Korkeila, J. 2020. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Viitattu 24.4.2021
- Korkeila, J., Tarnainen, K. & Tuunainen, A. Epävakaa persoonallisuus. Käyvän hoidon potilasversiot. Terveyskirjasto 8.6.2020. Viitattu 5.4.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00074>
- Koivisto, M. & Melartin, T. 2010. Persoonallisuushäiriöinen potilas vastaanotolla. Katsaus. Aikakauskirja Duodecim <https://www.duodecimlehti.fi/duo99142>
- Käypähoito-suositus: Epävakaa persoonallisuus 8.6.2020. Viitattu 24.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50064>
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. Hyväksymisestä muutokseen – dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Duodecimlehti. Viitattu 5.4.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo96324.pdf>
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön, opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.4.2021
- Nurmento, R. & Turpeinen, P. 2019. Terapiasuhteessa olemisen taito. 1.-2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino. Viitattu 5.4.2021
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi Viitattu 24.4.2021
- Skeematerapia: Etusivu. Viitattu 5.4.2021 <https://www.skeematerapia.fi/index.htm>
- Centria kirjasto- ja tietopalvelut: Centrian opinnäytetyö- ja kirjoitusohjeet. Opin- näytetyön eettiset ohjeet. Viitattu 5.4.2021 <https://libguides.centria.fi/c.php?g=677248&p=4825672>
- Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Duodecim terveyskirjasto <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407> Viitattu 24.4.2021

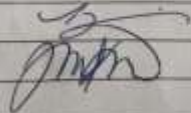
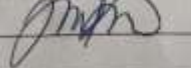
Mannerheimin lastensuojeluliitto: Varhaisten kokemusten vaikutus aivojen kehitykseen. 2019. Viitattu 5.4.2021 <https://www.mll.fi/vanhemmille/tietoa-lapsiperheen-elamasta/vanhemmuus-ja-kasvatus/lapsen-ja-vanhemman-varhainen-vuorovaikutus/varhaisen-kokemusten-vaikutus-aivojen-kehitykseen/>

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Opas – sisällysluettelo ja kansi

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Ari Jauhójarvi, 0400 850644, ari.jauhójarvi@lshp.fi	
	Työn aihe Opas - Epävakaat persoonallisuushäiriöt	
Tekijä	Nimi	Jessika Konttila
	Katuosoite	XXXXXXXXXX
	Puhelin	XXXXXXXXXX
	Suoritettava tutkinto	
	Opiskelijanumero	A1800061
	Postinumero	52100
	Postitoimipaikka	Rovaniemi
	Sähköpostiosoite	jessika.konttila@hotmail.com
	Ryhmittänyt	KA72H18KA
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja)	Tina Pekkala
	Toimipaikka ja osoite	
	Puhelin	
	Sähköpostiosoite	tina.pekkala@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmalilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välttämistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tuleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymiin opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	1. 12. 2020 Rovaniemi	
Tekijä	3. 12. 2020 Rovaniemellä	
Lapin AMK		

SISÄLLYS

1 MIKÄ PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ?.. Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Määritelmä Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Epävakaata persoonallisuushäiriötä ... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Epävakaan persoonallisuushäiriön ominaispiirteet Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

2 MITEN EPÄVAKAATA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ SAA ALKUNSA?..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Perintötekijät ja komorbiditeetti Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Kiintymyssuhteiden vaikutus Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

3 EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN OIREET Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Tunne-elämän epävakaas..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Käyttäytymisen säätelyn häiriöt Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Ihmissuhteiden vaikeudet Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

4 EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN HOITO Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Psykoterapia Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Dialektinen käyttäytymisterapia Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Mentalisaatioterapia..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Skeematerapia..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Transferenssikeskeinen psykoterapia Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Lääkehoito Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Sairaalahoido Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

5 EPÄVAKAA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ AIVOISSA Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

6 TÄRKEÄ YMMÄRTÄÄ Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Epävakaat persoonallisuushäiriöt

Opas Murolan sairaalan akuutti- ja vastaanotto-
osaston hoitohenkilökunnalle

SAIRAAKHOITAJAOPISKELIJA (AMK)
JESSIKA KONTTILA



LAPIN AMK⁷
Lapland University of Applied Sciences

