



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heikki Saari

EPÄVAKAAN
PERSOONALLISUUSHÄIRIÖN
HOITOMENETELMÄT

Kartoittava kirjallisuuskatsaus

Sosiaali- ja terveysala
2023

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heikki Saari
Opinnäytetyön nimi	Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomenetelmät
Vuosi	2023
Kieli	suomi
Sivumäärä	27 + 3 liitettä
Ohjaaja	Johanna Latvala

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia jo valmiiksi tehtyjä tutkimuksia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen hoitomenetelmistä. Tarve opinnäytetyölle tuli työelämästä ja sen tavoitteena oli luoda helposti lähestyttävä kirjallinen työ, joka sisältää laadukasta tutkittua tietoa ja mahdollistaa omien tietojen syventämistä aiheesta.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, koska se vastasi eniten Vaasan keskussairaalan Akuuttipsykiatrisen osaston tarpeita. Teoreettinen viitekehys käsittelee epävakaata persoonallisuushäiriötä sekä sen hoitomenetelmiä, jotka ovat myös tämän kirjallisuuskatsauksen keskeiset käsitteet. Aineisto sekä tutkimukset opinnäytetyöhön on kerätty käyttämällä saatavilla olevia tietokantoja sekä kirjastoja.

Kirjallisuuskatsaukseen käytettyjen tutkimusten sekä hakutulosten mukaan tutkituin ja käytetyin hoitomenetelmä epävakaaseen persoonallisuushäiriöön on dialektinen käyttäytymisterapia. Vaikuttavin hoitomenetelmä tutkimusten mukaan oli skeematerapia, vaikka ero dialektiseen käyttäytymisterapiaan on minimaalinen. Lääkehoitoa ei voida pitää optimaalisena hoitomenetelmänä, koska suoraan epävakaalle persoonallisuushäiriölle ei ole parantavaa lääkehoitoa sekä laajan psyykkisen oheissairastavuuden vuoksi käytettyjen lääkkeiden määrä voi olla suuri.

ABSTRACT

Author	Heikki Saari
Title	Treatment Methods for Borderline Personality Disorder
Year	2023
Language	Finnish
Pages	27 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Johanna Latvala

The purpose of this bachelor's thesis was to examine studies that have already been done on borderline personality disorder and its treatment methods. The need for this bachelor's thesis came from working life and the goal was to produce an easily accessible written product that contains research information of high quality and thus enables deepening of one's own knowledge on the topic.

This bachelor's thesis was carried out as a scoping review because it best met the needs of the Acute Psychiatric Department of Vaasa Central Hospital. The theoretical basis includes borderline personality disorder and its treatment methods, which are also the key concepts of this literature review. The materials and studies for this bachelor's thesis have been collected using available databases and libraries.

According to the studies and search results used for the literature review, the most researched and used treatment method for borderline personality disorder was dialectical behaviour therapy. The most effective treatment method was schema therapy, although the difference in effectiveness is minimal compared to dialectical behaviour therapy. Pharmacotherapy cannot be considered as an optimal treatment method, because there is no pharmacological treatment that cures borderline personality disorder, and due to extensive psychiatric comorbidity, the number of pharmaceutical drugs used can be large.

Keywords borderline personality disorder, treatment methods, psychotherapy, pharmacotherapy, Vaasa Central Hospital

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	6
3	EPÄVAKAA PERSONALLISUUSHÄIRIÖ JA SEN HOITOMENETELMÄT.....	7
4	KARTOITTAVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	8
	4.1 Epävakaa persoonallisuushäiriö.....	8
	4.2 Hoitomenetelmät.....	13
	4.2.1 Psykoterapiat.....	13
	4.2.2 Lääkehoito.....	21
	4.3 Hoitomenetelmien vaikuttavuus ja vertailu	21
5	POHDINTA.....	24
	5.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	24
	5.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	25
	5.3 Protokollan onnistuminen	25
	5.4 Aikataulu.....	25
	LÄHTEET.....	26
	LIITTEET	28

1 JOHDANTO

Tämän kirjallisuuskatsauksen aiheena on epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomenetelmät. Työssä käydään läpi myös epävakaan persoonallisuushäiriön diagnostiikkaa sekä oireita. Myös hoitomenetelmistä käydään läpi perustiedot. Tässä työssä aihe on kaikista persoonallisuushäiriöistä rajattu vain epävakaaseen, koska muita häiriöitä on niin monta.

Tämän työn aihe on koettu tärkeäksi, koska epävakaata persoonallisuushäiriötä on hyvin yleinen diagnoosi potilailla, joita hoidetaan Vaasan keskussairaalan Akuuttipsykiatrian osastolla. Aihe koettiin myös tärkeäksi, koska tietoa tästä diagnoosista ei ole helposti saatavilla uusille työntekijöille tai opiskelijoille, jotka suorittavat harjoittelua.

Työn tarkoituksena on antaa mahdollisuus kehittää omia tietoja sekä omaa osaamista tarjoamalla tiivistettynä diagnoosiin liittyvät tiedot sekä antamalla tietoa ja tuloksia hoitomenetelmistä tehdyistä tutkimuksista, joita on aiheeseen liittyen suoritettu. Työssä tulee olemaan liitteenä taulukko, joka sisältää hoitomenetelmistä tehtyjä tutkimustuloksia (Liite 3).

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Työn tarkoituksena on luoda kirjallisuuskatsaustaulukko, josta olisi helppo lukea epävakaasta persoonallisuushäiriöstä diagnoosina, sekä syventää tietoa tarjolla olevista hoitomenetelmistä. Tämä taulukko tehdään tarkastelemalla aiheeseen liittyvää, mahdollisimman tuoretta tutkittua tietoa.

Tarkoituksena on löytää mahdollisimman uutta ja laadukasta tutkittua materiaalia, jonka avulla voidaan kehittää henkilökunnan sekä harjoittelussa olevien opiskelijoiden tietoa työn aiheena olevasta diagnoosista ja sen hoitomenetelmistä luomalla näistä materiaaleista taulukko, joka sisältää eri tietokannoista haettuja ja valittuja tutkimuksia.

Tämän työn tutkimuskysymyksinä on:

1. Mikä on epävakaata persoonallisuushäiriötä?
2. Mitä eri hoitomenetelmiä epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa voidaan käyttää?
3. Kuinka vaikuttavia käytetyt hoitomenetelmät ovat?
4. Onko jokin hoitokeino parempi, kuin muut?

3 EPÄVAKAA PERSOONALLISUUSHÄIRIÖ JA SEN HOITOMENETELMÄT

Tässä kappaleessa käydään läpi tämän työn keskeiset käsitteet, joita ovat epävakaan persoonallisuushäiriö sekä epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomenetelmät. Hoitomenetelmät rajoitetaan käsitteisiin psykoterapia sekä lääkehoito, koska nämä ovat epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito – suosituksen (2020) mukaiset hoitomenetelmät kyseiseen diagnoosiin.

Epävakaan persoonallisuushäiriö

Epävakaan persoonallisuushäiriö on psyykinen häiriö sekä yksi useista eri persoonallisuushäiriöistä. Siinä keskinäisinä oireina esiintyvät tunne-elämän säätelyn ongelmat, käyttäytymisen impulsiivisuus sekä ongelmat ihmissuhteissa. Näiden oireiden takia se myös heikentää huomattavasti epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan toimintakykyä. (Epävakaan persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2020.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitomenetelmät

Käypä hoito – suosituksen (2020) mukaan hoitomenetelminä epävakaaseen persoonallisuushäiriöön käytetään erilaisia psykoterapioita ja/tai lääkehoitoa vähentämään eri oireita.

Psykoterapia on psykologinen hoitomuoto ja sen tavoitteena on psyykkisten ongelmien ja kärsimyksen lieventäminen. Sillä voidaan tukea myös ihmisen kasvua ja valmiutta ongelmien ratkaisuun. Psykoterapiaa antaa psykoterapeutin koulutuksen saanut ammattilainen. Psykoterapia sisältää pääosin keskustelua, mutta myös erilaisia toiminnallisia menetelmiä voidaan käyttää, kuten askartelu tai taitteen eri muodot. Psykoterapian muotoja on monia, joista tiettyjä, kuten dialektinen käyttäytymisterapiaa tai skeematerapiaa, voidaan käyttää epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. (Eerola 2022.)

4 KARTOITTAVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tässä kappaleessa käydään läpi kirjallisuuskatsauksesta saadut tulokset.

4.1 Epävakaata persoonallisuushäiriö

Epävakaata persoonallisuushäiriö on yksi useista eri persoonallisuushäiriöistä. Kyseistä häiriötä voidaan kutsua myös muilla nimillä, kuten tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriö, joka on WHO:n luomassa ICD-10-luokittelussa diagnoosin virallinen nimi koodilla F60.3. ICD-10-luokittelussa (International Classification of Diseases) tästä diagnoosista on lisäksi kaksi alamuotoa, F60.30 Impulsivinen häiriötyyppi sekä F60.31 Rajatilatyyppi. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä tehty tutkimustieto koskee pääosin rajatilatyyppiä. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020; Koivisto ym. 2020, 14–17.)

Toisen diagnostisen järjestelmän, Amerikan psykiatriyhdistyksen laatiman DSM-5:n (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition) mukaan diagnoosin nimi on Rajatilapersonallisuushäiriö, koodina 301.83. Tätä DSM-5:n nimitystä käytetään valtaosassa aiheessa tehdyistä kansainvälisistä tutkimuksista. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020; Koivisto ym. 2020, 14–21.)

Persoonallisuushäiriön diagnosoinnissa tulee kiinnittää huomiota oireilun kestoon, koska häiriöstä kärsivän oireiden pitäisi näkyä jo murrosiän loppupuolella tai nuorena aikuisena. Diagnosoinnissa tulisi ottaa myös huomioon eri taustatekijät, kuten potilaan etnisyys, ikä, persoonan muutokset sekä ajankohtaiset psykiatriset oireilut. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020.)

Persoonallisuushäiriötä voidaan diagnosoida erilaisilla puolistrukturoiduilla sekä strukturoiduilla haastatteluilla tai itsearviointimenetelmillä. Suomessa yleisessä käytössä persoonallisuushäiriöiden diagnosoinnissa on SCID-haastattelu ja varsinkin sen II-osa, joka on juuri persoonallisuushäiriötä varten luotu. SCID-haastattelu on DSM-luokittelun häiriöille suunniteltu puolistrukturoitu haastatte-

lumenetelmä. SCID-II taas on strukturoitu haastattelumenetelmä. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoito on todella vaativaa niin potilaalle kuin hoitajallekin. Haasteita tähän luo varsinkin potilaiden mahdollinen impulsiivisuus sekä vaikeudet sitoutua hoitoon. Hoitavan henkilön ongelmana voi yleisesti olla kokemattomuus tai työhönsävyksen puute, joka voi johtaa ongelmiin vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Henriksson ym. 2021, 567.)

Potilasta kohdatessa tulisi ottaa huomioon heidän ongelmansa ja herkkyys vuorovaikutuksessa sekä luoda potilaalle kokemus, että hänet kohdataan ja ymmärretään juuri sellaisena kuin hän on pelästymättä tai välttelemättä hänen tuskaansa ja haavoittuneisuutta. Pelko hylätyksi tai torjutuksi tulemisesta voi olla niin suuri, että potilaalla on epätoivoisia yrityksiä näiden estämiseksi. Näiden pelkojen taustalla voi olla kyvyttömyys olla tai vaikeus jäädä yksin. Tämä vaikuttaa myös negatiivisesti potilaan toipumiseen, koska yritykset voivat liittyä siihen, että potilaan tervehtyessä hoitosuhde päättyy ja näin potilas menettää hänelle tärkeän kontaktin. Yritykset voivat olla esimerkiksi itsetuhoinen tai haitallinen käyttäytyminen sekä vuorovaikutuksessa pienet muutokset, kuten joidenkin aiheiden välttely tai alistuminen. Tämänlaiset tunteet voi laukaista pienikin muutos olosuhteissa. (Koivisto ym. 2020, 29–30, 90.)

Oireet

Epävakaassa persoonallisuushäiriössä oireulottuvuus on erittäin laaja, jossa keskeisenä on tunne-elämän epävakaasus, impulsiivisuus ja vuorovaikutuksen ongelmat. Impulsiivisuuteen voidaan lukea mukaan esimerkiksi taipumus itsetuhoiseen käyttäytymiseen, toiminta hetken mielialojhteesta miettimättä seurauksia ja tunteiden purkaukset. Ongelmia esiintyy usein myös oman seksuaalisuuden kanssa sekä seksuaalikäyttäytymisessä. (Henriksson & Marttunen 2021, 565–567.)

Varsinkin rajatilatyypissä keskeytyy tunne-elämän epävakaus. Tähän lukeutuvat erilaiset häiriöt, kuten minäkuvan häiriintyminen, jatkuva tyhjyyden tunne, pelko hylätyksi tulemisesta sekä epärealististen päämäärien asettaminen. Nämä sekä niistä johtuvat mahdolliset epävakaat ihmissuhteet aiheuttavat kriisejä, jotka voivat lopulta johtaa jatkuviin itsetuhoisiin tekoihin tai ajatuksiin. (Henriksson ym. 2021, 565–566.)

Oheissairastavuus

Suurimmalla osalla epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneilla esiintyy myös muita psykiatrisia sairauksia, joista yleisimpiä ovat mielialahäiriöt sekä toiset persoonallisuushäiriöt. Yleisiin sairauksiin voi myös mukaan lukea ahdistuneisuushäiriöt, dissosiaatiohäiriö ja oireet, päihdehäiriöt sekä syömishäiriöt. Varsinkin epävakakailla persoonallisuushäiriöisillä naisilla syömishäiriöt ovat yleisempiä. (Koivisto ym. 2020, 48.)

Mahdollisia muita häiriöitä ovat psykoottiset häiriöt, joiden oireista yleisimpiä ovat paranoia sekä kuulohallusinaatiot (Koivisto ym. 2020, 48–49). Myös psykoottisilta vaikuttavia oireita voi ilmetä stressaavissa tilanteissa (Henriksson ym. 2021, 566).

Käypä hoito – suosituksen (2020) mukaan 70 %:lla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä esiintyy muitakin häiriöitä persoonallisuushäiriön lisäksi, sekä jopa 50 %:lla voi esiintyä jokin muu persoonallisuushäiriö epävakaan lisäksi. Näitä muita mahdollisia häiriöitä voivat olla muut psykiatriset häiriöt tai somaattiset sairaudet (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020).

Koiviston ym. (2020, 49) mukaan epävakakailla persoonallisuushäiriöisillä somaattisen sairastavuus on yleisempää verrattuna muuhun väestöön johtuen kyseessä olevan persoonallisuushäiriön yleisestä oireesta, impulsiivisesta käyttäytymisestä, joka voi johtaa mm. päihteidenkäytön somaattisiin sairauksiin tai sukupuoli-

tauteihin muuta väestöä useammin. Myös riski eri sydän- ja verenkiertosairauksille, diabetekselle ja obesiteetille on kohonnut (Koivisto ym. 2020, 49).

Somaattisesta sairastavuudesta on tehty myös vuonna 2021 tutkimus, jonka mukaan yleisin somaattinen vaiva on ICD-luokituksen mukaan muualla luokittamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset, joita tutkimuksessa mukana olleista 63:sta henkilöstä 51 koki ja näistä 51:stä 34:llä on epävakaata persoonallisuushäiriö-diagnosi. Toiseksi yleisimpänä vaivana epävakailta persoonallisuushäiriöisillä esiintyi hengityselinten sairaudet, joita oli kokenut otoskoon 61:stä 24 henkilöä. (Hakko, Kantojärvi, Koskelo, Riala & Riipinen, 2021.)

Häiriön synty

Epävakaan persoonallisuushäiriön synnylle ei voida nimetä tiettyä täsmällistä syytä, koska häiriöön kuuluvat riskitekijät ovat osana myös muissa psykiatrisissa sekä somaattisissa sairauksissa. Syntyyn liittyviä syntymälle on tällä hetkellä kaksi, joita ovat altistusmalli, jonka mukaan epävakaata persoonallisuus johtuu eri altistavista tekijöistä sekä niiden vuorovaikutuksista sekä komplikaatiomalli, jonka mukaan epävakaata persoonallisuus on seurausta jostain muusta psykiatrisesta häiriöstä. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020.)

Altistusmalliin liittyvistä altistavista tekijöistä suuri osa on yhteydessä toisiin somaattisiin tai psyykkisiin häiriöihin. Näiden kasaantuminen merkitsee suurta todennäköisyyttä persoonallisuushäiriön kehittymiselle. Itse häiriö ei ole periytyvä, mutta periytyväksi voidaan lukea siihen liittyviä piirteitä, kuten temperamenttisuus. Muita altistavia tekijöitä ovat orgaaniset sekä neurokognitiiviset tekijät, kuten esimerkiksi ADHD, aivotulehdus tai epilepsia. Raskauden ajan komplikaatiot tai riskitekijät voivat suurentaa persoonallisuushäiriön syntymisen riskiä. Riskitekijöiksi voidaan lukea mm. äidin tupakointi raskauden aikana. Häiriön syntyyn voi vaikuttaa myös lapsuuden vaikeat kokemukset, traumat sekä emotionaalinen laiminlyönti, joiden taustatekijänä voi olla vanhempien psyykkiset häiriöt tai so-

sioekonomiset ongelmat. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä on pystytty toteamaan myös erilaisia muutoksia tai häiriöitä aivoissa, kuten eri aivojen osien, kuten hippokampuksen ja amygdalan, tilavuuden pientymistä sekä serotoniinijärjestelmän toiminnan häiriöitä. (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito

Epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan hoito tulisi toteuttaa pääsääntöisesti avohoidossa, koska kyseisten potilaiden hoitona toimii yleensä psykoterapia. Psykoterapian suhteet voivat kestää 1–4 vuotta riippuen käytetystä menettelmästä. (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020.)

Myös Henrikssonin ym. (2021) mukaan hoito tulisi toteuttaa pääosin avohoidossa, mutta jotkin kriisitilanteet, kuten akuutti itsetuhoisuus, psykoottiset oireet tai vakavat mielialaoireet, voivat vaatia sairaalajaksoa. Tärkeää on kuitenkin potilaan arvioinnissa ottaa huomioon tämän historia sekä oireilun kesto ja näiden perusteella päättää onko tarvetta sairaalajaksole, koska potilaan lähettämisestä sairaalahoitoon kroonisen itsetuhoisuuden jälkeisestä lievästä itsemurhayrityksestä voi olla potilaalle jopa enemmän haittaa kuin hyötyä (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020).

Kriisin sattuessa voi olla käytössä myös dialektisen käyttäytymisterapian periaatteisiin pohjautuva lyhyt kolmen päivän osastajakso. Tämän tehokkuutta tutkitaan vielä Ruotsissa, Skoonessa. (Koivisto ym. 2020, 291–292)

Tutkimustieto ympärivuorokautisen osastohoidon hyödyistä on vielä hyvin rajallista. Suositukset osastohoitoa vastaan ovatkin pitkälti asiantuntijamielipiteitä. Perusteluita osastohoidon haitoista voidaan selittää eri psykoterapian muotojen käsitteitä käyttämällä. Näistä käytetään nimiä kiintymyssuhdesysteemi, lapsimoodien aktivoituminen ja mentalisaatiokyvyn romahtaminen. (Koivisto ym. 2020, 288–290.)

4.2 Hoitomenetelmät

Hoitomenetelmät voidaan luokitella tiivistetysti kahteen aihealueeseen, jotka ovat psykoterapiat sekä lääkehoito. Tutkituista hoitomenetelmistä käydään läpi sen eri muodot, jotka ovat lueteltuna myös Käypä hoito – suunnitelmassa (2020).

4.2.1 Psykoterapiat

Työhön sisällytyt psykoterapian muodot ovat dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia, transferenssifokusoitunut terapia, STEPPS-ohjelma sekä GPM-terapia. Psykoterapian muodoista käydään läpi niiden perusteet.

Dialektinen käyttäytymisterapia

Dialektinen käyttäytymisterapia on Marsha Linehan kehittämä terapiamuoto 1970–1980-luvun taitteessa, alun perin itsetuhoisen käyttäytymisen hoitoon. Sitä kehittäessään hän huomasi myös suuren osan itsetuhoisten potilaidensa kärsivän epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Dialektisen käyttäytymisterapian tarkoituksena on auttaa hyväksymään itsensä, ja tunteensa sellaisena kuin ne ovat sekä oppimaan tunteiden säätelyä. Dialektinen käyttäytymisteoria perustuu pääosin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, mutta muita taustateorioita on emotioniteoria, dialektinen filosofia, tietoinen läsnäolo sekä biososiaalinen teoria. (Koi-visto ym. 2020, 168–169, 240.)

Dialektinen käyttäytymisterapiaan sisältyy yksilöpsykoterapia, ryhmämuodossa toteutettu taito- ja valmennus, mahdollisuus puhelintukeen terapeutin sekä potilaan välillä ja terapeuttien konsultaatiotiimistä. Kaikki näistä tapahtuvat kerran viikossa kestäen tunnin kahteen tuntiin, paitsi puhelintuki, joka on tarpeen mukaan terapiakäytön välissä. Taito- ja valmennus sisältää vuorovaikutustaitojen sekä tunteiden hallinnan jatkuvaa harjoittelua sekä niiden soveltamista tosielämässä

(Koivisto ym. 2020, 169). Terapeuttien konsultaatiotiimi tapaa toisiaan kerran viikossa ja sen tarkoituksena on auttaa terapeuttia pysymään empaattisena, säilyttämään dialektinen ajattelutapa, pitämään terapiaa tehokkaana ja jaksamaan stressin kanssa, jota akuutisti itsetuhoisen potilas saattaa aiheuttaa. (Koivisto & Lindeman 2021, 638–643.)

Dialektinen käyttäytymisterapia on vaativaa niin potilaan kuin terapeutinkin taholta. Terapiasuhteen tulisi olla vastavuoroinen, lämpöinen, intensiivinen ja tasavertainen. Terapeutilta vaaditaan taitoa osata muunnella omaa toimintaansa sekä tyyliään vastaamaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Terapeutin tulee olla myös sopivasti läpinäkyvä, koska kyseisessä terapiassa pyritään tasavertaiseen ihmissuhteeseen. Läpinäkyvyydellä voidaan tarkoittaa, että terapeutti kertoo potilaalle, mitä potilaan kertoma tai tekemä terapeutissa herättää. (Koivisto ym. 2021, 638–643.)

Potilaalle tämä terapia on vaativaa, koska potilaan aloittaessa terapian, hän yleensä on tilanteessa, ettei enää kestä omia tunteitaan ja yrittää joko tukahduttaa tunteensa tai helpottaa oloaan itsetuhoisella käyttäytymisellä. Potilas voi myös olla turvattomissa olosuhteissa. Terapiassa tullaan myös käsittelemään menneisyyden traumaattisia tapahtumia ja oppimaan uusia taitoja tunteiden käsittelyyn tai niiden validointiin, eli luottamaan niiden pätevyyteen. (Koivisto ym. 2020, 170–171.)

Terapian kulku voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Vaiheita ovat lähtötilanne, toinen vaihe ja loppuvaihe. Lähtötilanteen tärkein tavoite on luoda potilaalle turvallisuutta sekä vakautta nykyhetkeen. Tässä vaiheessa potilaalle opetetaan tapoja käsitellä hankalia tunteita tai oloa. (Koivisto ym. 2020, 169–171.)

Terapian toiseen vaiheeseen voidaan edetä, kun potilas on vakaantunut sen verran, ettei turvaudu ensimmäisenä itsetuhoiseen käytökseen. Toisessa vaiheessa voidaan käsitellä potilaan tarpeisiin liittyen traumaattisia kokemuksia, yhteyden lisäämistä tunteisiin ja käydään läpi suremista. On yleistä, että tässä vaiheessa

potilas ei vielä itse koe voivansa paremmin, vaikka onkin oppinut jo kykyjä selvittää kärsimyksen kanssa. (Koivisto ym. 2020, 171–172.)

Loppuvaiheessa potilas työskentelee kohti omia elämäntavoitteitaan, itsekunnioituksen lisääntymistä, onnistumisen kokemusten lisäämistä ja vähentää vieraantumista itsestään ja omista kokemuksista. Näiden tavoitteena on luoda elämisen arvoinen elämä, keskeneräisyyden hyväksyminen sekä kyky kokea niin onnellisuutta kuin onnettomuutta sekä tyytyväisyyttä ja läheisyyttä ihmissuhteissa. (Koivisto ym. 2020, 172.)

Käypä Hoito – suosituksen (2020) mukaan hoito kestää vuodesta kolmeen vuoteen.

Mentalisaatioterapia

Mentalisaatioterapian on kehittänyt Anthony Bateman ja Peter Fonagy vuonna 2004, alun perin juuri epävakaan persoonallisuuden hoitoon. Sen tarkoituksena on kehittää potilaan mentalisaatiokykyä, lisätä mentalisoivaa suhtautumistapaa ihmissuhteisiin ja ongelmiin sekä opetella ratkomaan näitä ongelmia. Vaikka mentalisaatioterapiassa ei ole suoranaisesti hoitomenetelmiä traumojen hoitoon, niitä käsitellään, että voidaan oppia, miten menneisyyden tuskalliset kokemukset voidaan välttää nykyhetkessä sekä tulevaisuudessa. Mentalisaatioterapia perustuu kiintymyssuhde- ja kognitiiviseen teoriaan. (Koivisto ym. 2020, 191,196, 202.)

Koiviston ym. (2020, 192) mukaan mentaalisaatio on kyky ymmärtää itsensä ja toinen yksilöinä, joilla on omat halut, uskomukset ja päämäärät. Mentalisaatio on dyadinen prosessi, eli prosessi, jota sekä potilas että terapeutti yhdessä työستävät, eli se ei ole yksisuuntaista (Koivisto ym. 2020, 194).

Mentalisaatioterapia voidaan jakaa kolmeen päävaiheeseen, joita ovat alku-, keski- ja päätösvaihe. Alkuvaiheen päätavoitteena voidaan pitää potilaan sitouttamista terapiaan. Alkuvaiheeseen kuuluu myös mentalisaatiokyvyn sekä per-

soonallisuuden arviointi. Keskvaiheessa tavoitteena on mentalisaatiokyvyn jatkuvan kehittymisen tukeminen. Päätösvaiheen tavoitteena on intensiivisen terapian lopettaminen, eli käydään läpi luopumiseen liittyviä tunteita, ylläpidetään terapian avulla saavutettuja tuloksia ja luodaan potilaalle tämän tarpeita palveleva seurantasuunnitelma. (Bateman & Fonagy 2014, 51.)

Mentalisaatioterapia voidaan toteuttaa joko päiväosastolla tai avohoidon kautta. Kumpaankin toteutustapaan kuuluu yksilö- ja ryhmäterapia. (Bateman & Fonagy 2014, 51.)

Mentalisaation taso ei ole kenelläkään täysin vakaa, koska vahvat tunteet tai kiintymyssuhdesysteemin aktivoituminen häiritsevät sitä. Joku voi olla myös hyvä mentalisoimaan tietyissä tilanteissa tai ihmissuhteissa, esimerkiksi ihminen voi pystyä mentalisoimaan paremmin toisen vanhemman seurassa. Mentalisaatiokyvyn heikentyminen johtuu tunteiden kuumuudesta sekä kiintymyssuhdesysteemin aktivoitumisen voimakkuudesta ja heikentymisen määrä on sidoksissa näihin tekijöihin, esimerkiksi mitä kuumemmat tunteet, sitä heikompi kyky mentalisoida. (Koivisto ym. 2020, 194.)

Mentalisaatioterapian tavoitteita luonnehditaan kohtuullisiksi, koska tarkoituksena ei ole muokata persoonallisuuden rakennetta, vaan lisätä ja vakauttaa potilaan mentalisointikykyä, jotta tämä pystyisi ratkomaan ongelmia ja käsittelemään tunteitaan, tai edes luottamaan omaan kykyynsä käsitellä tunteita. Tavoitteena on harjoitella myös mentalisointia mahdollisimman monessa erilaisessa ihmissuhteessa, koska sen harjoittelu vahvistaa sitä. (Koivisto ym. 2020, 196.)

Koiviston ym. (2020, 206) mukaan hoito kestää yhdestä ja puolesta vuodesta neljään vuoteen.

Skeematerapia

Skeematerapia on Jeffrey Youngin kehittämä psykoterapian muoto persoonallisuushäiriöiden sekä muiden psyykkisten vaikeuksien hoitoon. Skeematerapiassa

työskennellään eri skeemojen sekä moodien kanssa. Terapia ei myöskään vaadi potilaalta monimutkaisia valmiuksia terapiaan, joten myös vaikeaoireiset potilaat voivat osallistua skeematerapiaan. (Koivisto ym. 2020, 205.)

Skeema voidaan luonnehtia pitkäkestoisena kokemisen tapana, jotka syntyvät jo lapsuuden aikana muodostaen ihmisen minäkäsityksen sekä maailmankuvan ytimen. Näitä nuoruudessa syntyneitä skeemoja kutsutaan varhaisiksi epätarkoituksenmukaisiksi skeemoiksi ja ne ovat joustamattomia ja tuntuvat oikeilta ja tosilta. Ne voidaan tuntea yleisemmin myös nimellä tunnelukko. Skeemat koostuvat eri tekijöistä, kuten muistoista, uskomuksista, tunteista ja kehoistimuksista. (Koivisto ym. 2020, 206.)

Skeemoja voidaan yhdistää isommiksi alueiksi, joita on viisi. Näitä ovat skeema-alue I: irrallisuus ja hylkääminen, skeema-alue II: epäitsenäisyys ja pystymättömyys, skeema-alue III: vaillinaiset rajat, skeema-alue IV: mukautuvuus/ muutosuntuneisuus, sekä skeema-alue V: ylikontrollointi ja estyneisyys. (Koivisto ym. 2020, 206.)

Epätarkoituksen mukaisen skeeman muodostumisen jälkeen kyseinen skeema pysyy yllä ja lujittuu, toimien kuin linssi, jonka läpi ihminen tarkastelee ympäristöään ja tulkitsee uudet havainnot sen mukaan. Se vaikuttaa myös siihen, kuinka ihminen orientoituu ympäristöön, mitä hän havainnoi ja mitä jättää havainnoimatta, kuinka hän tulkitsee näitä havaintoja, mitä hän painaa niistä mieleensä ja mitä hän kykenee palauttamaan mieleensä jälkikäteen. (Koivisto ym. 2020, 212.)

Skeemoja ei voi poistaa, mutta niitä voi korjata. Koska skeema syntyy monesta komponentista, voidaan ajatella, että sen korjaantuminen vaatii myös muutosta näissä kaikissa komponenteissa. Korjaantuminen edellyttää myös, että ihminen alkaa toimia toisin, kuin skeema ohjaa. Skeeman korjaantuessa siihen liittyvä tunne tai muisto, tulee lievempänä mieleen sekä pahin kärki taittuu. Toisia

skeemoja ei voi täysin korjata, mutta niiden aiheuttamia tuskia voidaan myös lievittää. (Koivisto ym. 2020, 213.)

Moodit ovat muuttuvia mielentiloja ja niiden kanssa työskennellään varsinkin epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Skeematerapiassa epävakaa persoonallisuus kuvataan moodimallina, joka koostuu nimetyistä moodeista. Perusmoodeina nähdään lapsimoodi, selviytymismoodi, haitallinen auktoriteettimoodi sekä toimiva aikuinen. Nämä perusmoodit sisältävät vielä moodeja, joilla voidaan tarkentaa perusmoodin tarkoitusta. Näitä moodeja voi hoidettavalla esiintyä useita samasta luokasta. Jokaiselle moodille on omat tavoitteensa hoidossa, niihin voidaan rohkaista, vahvistaa, selvittää, miksi kyseinen moodi on muodostunut sekä auttaa potilasta ottamaan etäisyyttä haitallisista moodeista. (Koivisto ym. 2020, 214, 225–226.)

Skeematerapian tarkoituksena on tunnistaa potilaan kanssa tämän skeemoja ja moodeja sekä selvittää, mikä ne aktivoi niin arkielämässä kuin terapiaistunnoilla. Terapian istunnoilla läpikäytävät asiat sovitetaan potilaan tämänhetkiseen emotionaaliseen tilaan, sillä se ei olisi mielekästä työstää skeemaa tai moodia, jos se ei ole tarpeeksi aktivoitunut juuri sillä hetkellä, koska ylimääräinen informaatio ei todennäköisesti tavoita potilasta. (Koivisto ym. 2020, 227.)

Myös skeematerapiassa terapisuhde on ratkaisevan keskeinen. Terapeutin tulisi pystyä olemaan terapeutin sijaan normaali ihminen ja miettimään, mitä juuri tietty potilas terapeutilta tarvitsee. (Koivisto ym. 2020, 227–228.)

Skeematerapia yleinen kesto on puolestatoista vuodesta neljään vuoteen, mutta ihannetilanteessa terapia kestää niin kauan, kun potilas sitä tarvitsee. (Koivisto ym. 2020, 206.)

Transferenssifokusoitunut psykoterapia

Transferenssifokusoitunut psykoterapia on John Clarkinin, Otto Kernbergin sekä Frank Yeomansin kehittämä psykodynaaminen terapia epävakaan persoonalli-

suushäiriön hoitoon, joka perustuu Kernbergin kehittämään objektisuhteeseen. Tässä objektisuhteessa ihmisen persoonallisuus jaetaan neuroottiseen, rajatilataisoiseen ja psykoottiseen tasoon. (Koivisto ym. 2020, 232.)

Transferenssi eli tunteensiirto tarkoittaa tunteiden, toiveiden ja asenteiden tiedostamatonta siirtämistä terapiasuhteeseen todellisuutta vääristävällä tavalla ja liittyvät aikaisempiin vuorovaikutussuhteisiin huolta pitävistä ihmisistä, kuten vanhempiin. Vastatransferenssi on terapeutin tiedostomaton reaktio hoidettavan transferenssiin. Tässä terapeutin kokemukset, asenteet, tunteet ja odotukset siirtyvät hoidettavaan. (Koivisto ym. 2020, 234.)

Transferenssifokusoituneessa psykoterapiassa käsitellään potilaan ja terapeutin suhdetta sekä potilaan sillä hetkellä ilmenevää transferenssia. Potilas voi tiedostomatta kohdistaa aiemmin jotakin muuta ihmistä kohtaan kokemiaan tunteitaan terapeuttiin. Usein nämä muihin kohdistuneet tunteet voivat olla alun perin kohdistuneet vanhempiin. Esimerkkinä tässä tapauksessa voidaan käyttää rakkautta tai pelkoa vanhempia kohtaan, jotka voivat ilmentyä rakkautena tai pelkona terapeuttia kohtaan. Terapeutin työnä on hallitusti hyväksyä rooli, johon potilas hänet asettaa. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole, että terapeutti suhtautuisi potilaaseen hänelle annetun roolin tavalla, vaan terapeutti havainnoi häneen kohdistetut tunteet ja ne käsitellään terapian aikana. Esimerkiksi potilas voi asettaa terapeutille idealistisen isän tai äidin roolin, mutta terapeutin ei ole tarkoitus suhtautua potilaaseen kuin kyseessä oleva isä tai äiti. (Koivisto ym. 2020, 234.)

Käypä hoito – suosituksen (2020) mukaan hoidon kesto on 1–4 vuotta.

STEPPS- ohjelma

STEPPS- ohjelma (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) on ryhmäinterventio, mikä perustuu kognitiivis-behavioraaliseen teoriaan, systeemiteoriaan sekä osittain skeematerapiaan. Siinä saadaan psykoedukaatiota

epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sekä opetellaan erilaisia taitoja, kuten tunteiden säätelyä. Tässä ohjelmassa on myös mukana joku potilaan verkostoon kuuluva ihminen, kuten vaikka joku perheenjäsen tai puoliso. Sen tarkoituksena on olla käytössä samaan aikaan, kuin jokin muu hoito- tai terapiamuoto. (Koivisto, 2015.)

Hoito toteutetaan viikoittaisissa ryhmissä 20 kertaa. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020.)

GPM-terapia

GPM-terapia (Good Psychiatric Management) eli hyvä yleispsykiatrinen hoito on John Gundersonin luoma tapa hoitaa epävakaata persoonallisuushäiriötä. Sen tarkoituksena ei ole korvata muita psykoterapian muotoja, vaan olla ”tarpeeksi hyvä” ja helpompi epävakaan persoonallisuuden hoitomuoto. Sitä voidaan kutsua helpommaksi, sekä ”aloitustason” hoitomuodoksi, koska se on tarkoitettu kaikille psykiatrisen hoitotyön ammattilaisille, jotka hoitavat epävakaita potilaita, eikä se vaadi yhtä pitkää koulutusta, kuin muut näyttöön perustuvat psykoterapiat, kuten esimerkiksi dialektinen käyttäytymisterapia. (Gunderson 2014, 3–5.)

GPM-terapiassa on käytössä toimintatapoja muista näyttöön perustuvista psykoterapioista, kuten transferenssifokusoituneesta terapiasta, dialektisesta käyttäytymisterapiasta sekä mentalisaatioon perustuvasta terapiasta. GPM-terapia kuitenkin eroaa näistä terapioista sillä, kuinka paljon se perustuu psykoedukatioon sekä palveluohjaukseen. Palveluohjauksessa keskitytään parantamaan hoidettavan elämää terapian ulkopuolella. Tämän terapian monimuotoisuus toimii sen vahvuutena. (Gunderson 2014, 6–8.)

Koiviston (2020, 241) sekä Gundersonin (2014, 9) mukaan GPM-terapialla ei suoraan ole kestoja, mutta ihanteellisesti se kestäisi niin kauan kuin potilas sitä tarvitsee.

4.2.2 Lääkehoito

Epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoito on usein haastavaa, koska sen oireet ovat monimuotoisia ja psyykkinen oheissairastavuus ei ole harvinaista, Koiviston ym. (2020, 247) mukaan jopa 70 %:lla epävakaasta persoonallisuudesta kärsivällä esiintyy rinnakkaishäiriöitä. Tämän vaarana on myös polyfarmasia, eli jokaiselle oireelle on määrätty oma lääkkeensä. Haasteita epävakaan persoonallisuushäiriöisen lääkeshoidolle luo impulsiivisuus ja akuutti itsetuhoisuus, joka voi aiheuttaa lääkkeiden yliannostuksen ottamisen. Haasteena on myös ihmisten yksilöllinen ja epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvä tavanomaisesta poikkeava vaste lääkkeille, jotka voivat vaikuttaa jopa täysin päinvastoin. (Koivisto ym. 2020, 246–248.)

Koska psyykkisen oheissairastavuuden kirjo on suuri, epävakailla persoonallisuushäiriöisillä voidaan käyttää useita eri lääkeaineryhmiä, kuten antipsykootteja, mielialaa tasaavia lääkkeitä ja tapauskohtaisesti bentsodiatsepiinejä (Koivisto ym. 2020, 251–255). Bentsodiatsepiinien käyttöä tulisi kuitenkin pääosin välttää, koska riski riippuvuuden kehittymiseen on suuri sekä ne voivat lisätä impulsiivista käyttäytymistä (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2020).

4.3 Hoitomenetelmien vaikuttavuus ja vertailu

Hakutulosten määrien perusteella tutkituin psykoterapia epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa on dialektinen käyttäytymisterapia. Täten myös lähes joka psykoterapian muodosta löytyi tutkimuksia, joissa verrataan niiden tehokkuutta dialektiseen käyttäytymisterapiaan. Myös dialektisestä käyttäytymisterapiasta löytyi 2015 tehty tutkimus (Linehan, Korslund, Harned, Gallop, Lungu, Neascsiu, McDavid, Comtois & Murray-Gregory), jossa tutkitaan dialektisen käyttäytymisterapian taitoalennus – komponentin tärkeyttä terapiassa.

Tämän tutkimuksen (Linehan ym. 2015) mukaan taitoalennusta sisältävä terapiamuoto oli tehokkaampi varsinkin masennuksen sekä ahdistuksen vähentämi-

sessä. Tässä ryhmässä olleet käyttivät myös sairaanhoidon muita palveluita muita ryhmiä vähemmän.

Vuonna 2019 tehdyssä tutkimuksessa (Barnicot & Kirsten) verrattiin dialektista käyttäytymisterapiaa mentalisaatioterapiaan ja tämän tutkimuksen lopputuloksena oli, että kummatkin toimivat epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon, mutta dialektista käyttäytymisterapiaa pidetään tehokkaampana, kun suhteutetaan potilaiden oireiden lähtötilanne.

Dialektisesta käyttäytymisterapiasta sekä skeematerapiasta tehdyn tutkimuksen (Arntz, Jacob, Lee, Brand-de Wilde, Fassbinder, Harper, Lavender, Lockwood, Malogiannis, Ruths, Scweiger, Shaw, Zarbock & Farrell, 2022) aiheena oli tutkia, onko skeematerapian eri toteutusmenetelmät tehokkaampia kuin standardi dialektinen käyttäytymisterapia. Skeematerapian toteutusmuotoja olivat ryhmä- ja yksittäisterapiaa saava ryhmä sekä vain ryhmäterapiaa saava tyhmä. Tulosten perusteella parhaaksi muodoksi osoittautui skeematerapian ryhmä- ja yksilöterapiaa saanut ryhmä. Vain ryhmäterapiaa saaneen skeematerapia ryhmän sekä dialektisen käyttäytymisterapian tulokset olivat lähestulkoon samat, skeematerapian ollessa minimaalisesti tehokkaampi. (Arntz ym. 2022.)

Myös STEPPS- ohjelmaa on verrattu dialektiseen käyttäytymisterapiaan vuonna 2021 tehdyssä tutkimuksessa (Guillén Botella, García-Palacios, Bolo Miñana, Baños, Botella & Marco). Tulosten mukaan dialektinen käyttäytymisterapia osoittautui tehokkaammaksi kaikkien oireiden hoidossa. Dialektiseen käyttäytymisterapiaan osallistuneilla oli myös tulokset suhtauttaen vakavammat oireet. STEPPS-ohjelman hyödyksi lasketaan kuitenkin sen tehokkuus verrattuna hintaan, koska se on huomattavasti halvempi toteuttaa, kuin dialektinen käyttäytymisterapia. (Guillén Botella ym. 2021.)

Dialektista käyttäytymisterapian tuloksia on verrattu myös vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa (McMain, Guimond, Streiner, Cardish & Links) GPM- terapiaan kaksi vuotta terapioiden jälkeen. Alkuperäisessä vuonna 2009 tehdyssä tutki-

muksessa tuloksena oli, että kummassakin terapiassa havaittiin huomattavia parannuksia epävakaa persoonallisuushäiriön oireissa, eikä terapiamuotojen välillä ollut eroja. Myöskään kahden vuoden seurantajakson aikana kumpikaan terapiamuoto ei osoittautunut toista tehokkaammaksi. (McMain ym. 2012.)

Lääkehoidosta ei ollut saatavilla tuoretta tutkimusta, jossa olisi vertailussa useampi lääke. Täten työhön on otettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuodelta 2017 (Hancock-Johnson, Griffiths & Picchioni), jossa on käyty läpi useita tutkimuksia erilaisista lääkehoidoista.

Tulosten mukaan yleisesti epävakaa persoonallisuushäiriön lääkehoitoon ei ole löytynyt todisteita optimaaliselle lääkehoidolle. Kirjallisuuskatsauksessa käytiin läpi useita eri lääkkeitä eri lääkeryhmistä, kuten toisen polven antipsykooteista, joista mukana oli olantsapiini, aripipratsoli, haloperidoli sekä ketiapiini, joista tutkimuksen mukaan paras vaste on saatu olantsapiinilla, jolla ei kuitenkaan saatu vähennettyä suoraan epävakaa persoonallisuushäiriön oireita tai masennusta. Sillä saatiin kuitenkin vähennettyä vihaa, aggressiota sekä ahdistusta. Myös ketiapiinilla on saatu vastetta näihin oireisiin pienillä annoksilla, mutta ketiapiinista saatu vaste laski tutkimuksen puolivälin jälkeen. (Hancock-Johnson ym. 2017.)

Mielialaa tasaavista lääkkeistä mukana oli valproiinihappo sekä valproiinihapon ja omega-3-rasvahapon yhteisvaikutus. Yhteisvaikutuksella huomattiin aiheuttavan parannusta liittyen impulsiivisuuteen, itsetuhoisuuteen sekä vihaan. (Hancock-Johnson ym. 2017.)

Masennuslääkkeistä mukana oli fluoksetiini sekä duloksetiini. Duloksetiinista huomattiin hyötyä tietyillä alueilla, kuten masennus, viha, impulsiivisuus ja affektiivinen epävakaus. (Hancock-Johnson ym. 2017.)

Opioidoantagonisteista mukana oli naltreksoni sekä nalmefaani. Naltreksonista huomattiin parannusta liittyen dissosiointiin. (Hancock-Johnson ym. 2017.)

5 POHDINTA

Työ on toteutettu yhteistyössä Vaasan keskussairaalan Akuuttipsykiatrian osaston henkilökunnan kanssa palvelemaan heidän tarpeitaan tiiviistä tuotoksesta, jota voi käyttää mahdollisesti myös perehdytykseen.

Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin persoonallisuushäiriöistä vain epävakaata persoonallisuushäiriötä, koska tämä kattaa suurimman osan osastolla hoidettavista jonkin persoonallisuushäiriö-diagnoosin saaneista potilaista.

Kirjallisuuskatsauksesta syntynyt kirjallisuuskatsaustaulukko (Liite 3) sekä työssä oleva teoreettinen viitekehys on raportoitu sekä hyväksytetty Akuuttipsykiatrian osaston osastonhoitajalla.

5.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusten sekä niiden määrän perusteella toistaiseksi käytetyin hoitomenetelmä epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa on dialektinen käyttäytymisterapia, joka on myös tarjolla Vaasan keskussairaalan psykiatrisessa hoidossa epävakaan persoonallisuus – diagnoosin saaneelle potilaalle. Dialektinen käyttäytymisterapia ei silti tulosten perusteella ollut vaikuttavin psykoterapian muoto, vaikka ero skeematerapiaan olikin minimaalinen. Toisaalta haasteita muiden hoitomuotojen käyttöön luo vaadittavat resurssit psykoterapeuttien koulutukseen, jotta muita psykoterapian muotoja voitaisiin paremmin hyödyntää.

Mahdollisina jatkotutkimusaiheina voisi olla syventyminen yhteen tai kahteen tiettyyn hoitomenetelmään ja kerätä näistä kattavammat tiedot ja/tai vertailla näiden menetelmien vaikuttavuuksia.

5.2 Luotettavuus ja eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa tiettyjä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta itse työssä, sen tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tutkimusta varten haetaan asianmukaiset tutkimusluvut. Muiden tutkijoiden työtä kunnioitetaan viittaamalla asianmukaisesti heidän tutkimuksiinsa eikä työssä plagioida muiden tutkijoiden tutkimuksia. (Tutkimuseettinen lautakunta 2023.)

Tälle kirjallisuuskatsaukselle on haettu tutkimuslupa, joka on myönnetty kesäkuussa 2022. Suunnitelmaa ei tarvinnut hyväksyttää Vaasan keskussairaalan eettisessä lautakunnassa, koska työssä ei esiinny henkilötietoja tai muuta arkaluontoista materiaalia (Tutkimuseettinen lautakunta 2019).

5.3 Protokollan onnistuminen

Kirjallisuuskatsauksen protokollan eli suunnitelman seuraaminen onnistui työn tekijän mielestä hyvin, koska suunnitelma oli kattava ja sen myötä helppo seurata.

Epäonnistuminen suunnitelman seuraamisessa oli aikataulu ja sen arvio.

Suunnitelmassa käytiin läpi mitä tietokantoja työn tiedonhaussa tullaan käyttämään ja kuinka mahdolliset lähteet joko otetaan työhön tai suljetaan pois.

5.4 Aikataulu

Työn alkuperäisen aikataulun mukaan työn olisi pitänyt valmistua jo 2021 talvella, mutta tekijän aikarajoitteiden takia työn aikataulua jouduttiin muuttamaan valmistumaan syksyllä 2022. Tämäkin arvio jouduttiin myöhemmin siirtämään, että työ olisi valmis joulukuussa 2022. Arvio meni uudelleen pieleen, joten työn valmistuminen siirrettiin keväälle 2023.

LÄHTEET

Arntz, A., Jacob, G., Lee, C., Brand-de Wilde, O., Fassbinder, E., Harper, R., Laverder, A., Lockwood, G., Malogiannis, I., Ruths, F., Schweiger, U., Shaw, I., Zarbock, G. & Farrell, J. 2022. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 79, 4, 287–299. Viitattu 6.9.2022

Bales, D., Timman, R., Andrea, H., Busschbach, J., Verheul, R. & Kamphuis, J. 2015. Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 22, 5, 409–417. Viitattu 4.9.2022

Barnicot, K & Crawford, M. 2019. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine* 49, 12, 2060–2068. Viitattu 3.9.2022

Bateman, A. & Fonagy, P., 2014. Mentalisaatioon perustuva hoito. Epävakaan persoonallisuushäiriön käytännön hoito-opas. Tampere. Tammerprint.

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. & Buchheim, P. 2010. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 196, 5, 389–395. Viitattu 8.9.2022

Eerola, H. 2022. Psykoterapian aloittaminen ja psykoterapian muodot. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 23.2.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 24.10.2021 <https://www.kaypahoito.fi>

Guillén Botella, V., Garcia-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C. & Marco, J. 2021. Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 35, 21–38. Viitattu 10.9.2022

Gunderson, J. G. 2014. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. 1. painos. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing. Viitattu 18.11.2021

Hakko, H., Kantojärvi, L., Kokselo, A-M., Riala, K. & Riipinen, P. 2021. Somatic morbidity among borderline and other personality disordered young adults - a register-based follow-up study of former adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatria Fennica*. 76-87. Viitattu 2.5.2022

Hancock-Johnson, E., Griffiths, C. & Picchioni, M. 2017. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs* 31, 5, 345-356. Viitattu 11.9.2022

Koivisto, M. 2015. Stepps-ohjelma epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.11.2021 <https://www.kaypahoito.fi>

Koivisto, M., Korkeila, J., Stenberg, J-H. & Taiminen, T. 2020. Epävaka persoonallisuus. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.10.2021

Koivisto, M. & Lindeman, S. 2021. Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden hoidossa. *Lääkärilehti*. 76,10, 638–643. Viitattu 27.10.2021

Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O. & Stenius, J. 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde, 12. 1. painos. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.11.2021

Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Neacsiu, A., McDavid, J., Comtois, K. A. & Murray-Gregory, A. 2015. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 72, 5, 475–482. Viitattu 3.9.2022

Henriksson, M. & Marttunen, M. 2021. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa *Psykiatria*, 554–572. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 15. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.10.2021

McMain, S., Guimond, T., Streiner, D., Cardish, R. & Links, P. 2012. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry* 169, 6, 650–661. Viitattu 10.9.2022

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 23.2.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 23.2.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

LIITTEET

LIITE 1

Hakustrategia

Aihealue	Hakutermit
Epävakaa persoonallisuus AND	"Borderline personality disorder" OR "Borderline" OR "bpd"
Hoitomenetelmät AND	"treatment methods" OR "treatment"
Psykoterapia AND	"psychotherapy" OR "dialectical behavior therapy" OR "dialectical behaviour therapy" OR "mentalization based therapy" OR "mentalization-based therapy" OR "schema therapy" OR "transference focused therapy" OR "stepps" or "stepps program"
Lääkehoito AND	"drug therapy" OR "medication"

LIITE 2

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat, Rajoitukset	Tulokset	Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt
Cinahl	"dialectical behaviour therapy" AND "borderline personality disorder"	110	2
	"psychotherapy" AND "borderline personality disorder"	351	1

	"mentalization based therapy" AND "borderline personality disorder"	40	1
Cinahl	"schema therapy" AND "borderline personality disorder"	39	1
	"transference focused psychotherapy" AND "borderline personality disorder"	11	0
	"drug therapy" AND "borderline personality disorder"	107	1
	"stepps" AND "borderline personality disorder"	12	1
	"stepps program" AND "borderline personality disorder"	5	0
	2012- Englanti		
Medline	"dialectical behaviour therapy" AND "borderline personality disorder",	226	0
	"mentalization based therapy" AND "borderline personality disorder"	28	0
	"schema therapy" AND "borderline personality disorder"	49	0
	2012- Englanti		

	"transference focused psychotherapy" AND "borderline personality disorder"	45	1
	2010-2022, Englanti		
Medic	"Borderline Personality Disorder"	17	1
	2012- Suomi, Englanti		

LIITE 3

Tiedon uuttamistaulukko

Tutkimuksen nimi, Tekijät, Vuosi	Tutkittu hoitomenetelmä	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset
<p>Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis.</p> <p>Linehan, Marsha M.; Korslund, Kathryn E.; Harned, Melanie S.; Gallop, Robert J.; Lungu, Anita; Neascsiu, Andrada D.; McDavid, Joshua; Comtois, Katherine Anne; Murray-Gregory, Angela M.</p> <p>2015</p>	Dialektinen käyttäytymisterapia	<p>Arvioida dialektisen käyttäytymisterapian taitovalmennus - komponentin tärkeyttä vertaamalla eri DKT:n toteutusmuotoja, jotka tässä tutkimuksessa ovat standardi DKT (DKT), DKT vain taitovalmennuksella (DKT-S) sekä DKT vain yksilöterapialla (DKT-I).</p> <p>Standardi DKT sisältää kaikki DKT:n komponentit, DKT vain taitovalmennuksella sisältää muut komponentit paitsi yksilöterapian.</p>	<p>Taitovalmennusta sisältävät toteutusmuodot (DKT sekä DKT-S) olivat parempia, kuin DKT-I vuoden kestäneen hoitojakson aikana varsinkin masennuksen sekä ahdistuksen vähenemisessä. Myös itsetuhoiset teot vähenivät taitovalmennusta saaneilla. Taitovalmennusta saaneet potilaat käyttivät myös sairaanhoidon muita palveluita vähemmän.</p> <p>DKT-I pääsi lähes samoihin tuloksiin vuoden seuranta-ajan jälkeen, mutta tässä toteutusmuodossa oli myös suurin keskeyttäjäien määrä. Seuranta-ajalla standardi DKT pystyi säilyttämään tuloksensa parhaiten verrattuna muihin toteutustapoihin.</p>

<p>Dialectical behaviour therapy versus mentalisation-based therapy for borderline personality disorder</p> <p>Barnicot, Kirsten; Crawford, Mike</p> <p>2019</p>	<p>Dialektinen käyttäytymisterapia</p> <p>Mentalisaatiooterapia</p>	<p>Verrata dialektista käyttäytymisterapiaa ja mentalisaatiooterapiaa keskenään epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidossa.</p>	<p>Kummatkin terapiamenetelmät toimivat epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Tutkimuksen mukaan kuitenkin DKT voidaan pitää tehokkaampana hoitomenetelmänä, kun suhteutetaan hoidettavien lähtötilanneoireiden, kuten itsensä vahingoittamisen sekä emotionaalinen säätelyhäiriön, vakavuuden kannalta, koska nämä olleet vakavammat DKT:n aloittaneilla. Tuloksiin vaikuttaa myös, että DKT:ssä tarkoitus on tehokkaammin vähentää itsensä vahingoittamista ja opettaa tunteiden säätelyä, toisin kuin mentalisaatioterapiassa, jossa näiden vähentämistä harjoitellaan mentalisaation kautta, eikä suoraan opettamalla taitoja.</p>
<p>Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study.</p> <p>Bales, Dawn L.; Timman, Reinier; Andrea, Helene; Busschbach, Jan J. V; Verheul, Roel; Kamphuis, Jan H.;</p> <p>2015</p>	<p>Mentalisaatiooterapia</p>	<p>Tutkia mentalisaatiooterapian tehokkuutta vertaamalla sitä toiseen ryhmään, jossa olevat saavat jotain toista erikoistunutta psykoterapeuttista hoitoa, joka tässä tutkimuksessa sisälsi eri keinoja, joita pidetään edustavina persoonallisuushäiriöiden hoidosta Alankomaissa. Kaikkien hoitokeinojen tarkoituksena on hoitaa potilaan taustalla olevia haavoittuvuuksia ja parantaa elämänlaatua.</p>	<p>Kummankin ryhmän 18 kuukautta kestäneen hoidon jälkeen, sekä hoidon jälkeisen 18 kuukauden pituisen ylläpito-hoidon jälkeen huomattiin parannusta kaikilla osa-alueilla, kuten psyykkisten oireiden väheneminen sekä parannuksia persoonallisuuden eri alueilla. Mentalisaatiooterapiaa saaneella ryhmällä nämä muutokset olivat kuitenkin huomattavasti nopeampia ja tehokkaampia.</p>
<p>Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clin-</p>	<p>Skeematerapia</p> <p>Dialektinen käyttäytymisterapia</p>	<p>Arvioida, onko skeematerapian toteutus tehokkaampi epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidossa vertailemalla kolmea eri ryhmää, joista yksi saa pelkästään ryhmäte-</p>	<p>Kun näitä kolmea ryhmää vertailtiin keskenään, parhaat tulokset olivat ryhmä- sekä yksittäisterapiaa saaneella ryhmällä (IGST). Tämän ryhmän tulokset olivat</p>

<p>ical Trial.</p> <p>Arntz, Arnoud; Jacob, Gitta A.; Lee, Christopher W.; Brand- de Wilde, Odette Manon; Fassbinder, Eva; Harper, R. Patrick; Lavender, Anna; Lockwood, George; Malogiannis, Ioannis A.; Ruths, Florian A.; Schweiger, Ulrich; Shaw, Ida A.; Zarbock, Gerhard; Farrell, Joan M.</p> <p>2022</p>		<p>rapiaa (PGST), toinen ryhmä saa ryhmä- sekä yksittäisterapiaa (IGST) sekä kolmas ryhmä, joka saa tutkimuksessa mukana olleiden maiden sopiman yleisen hoitolinjauksen mukaista hoitoa (TAU), joka suurimmassa osassa maista oli dialektinen käyttäytymisterapia.</p>	<p>parhaat koko tutkimuksen 3 vuoden keston ajan. Vain ryhmäterapiaa saaneen ryhmän (PGST) sekä hoitolinjauksen mukaista hoitoa saaneen ryhmän (TAU) tulokset olivat lähes samat, ryhmäterapian ollessa hie- man tehokkaampi.</p>
<p>Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial</p> <p>Doering, Stephan; Hörz, Suzanne; Rentrop, Michael; Fischer-Kern, Melitta; Schuster, Peter; Benecke, Cord; Buchheim, Anna; Martius, Philipp; Buchheim, Peter</p> <p>2010</p>	<p>Transferenssifokusoitunut psykoterapia</p>	<p>Transferenssifokusoituneen psykoterapian vertaaminen muihin yhteisön kokoneiden psykoterapeuttien tarjoamiin hoitoihin Saksassa sekä Itä- vallassa.</p>	<p>Transferenssifokusoitunutta psykoterapiaa saaneen ryhmän (TFP) tulokset olivat paremmat kuin muita psykoterapeuttien tarjoamia hoitoja saaneen ryhmän. Tutkimuksessa TFP-ryhmässä oli vähemmän keskeyttäneitä osallistujia sekä vähemmän itsemurhayrityksiä. TFP-ryhmässä myös tulokset olivat parempia epävakaa persoonallisuuden oireiden, psykososiaalisen toiminnan, persoonallisuuden organisoimisen sekä psykiatriselle osastolle sisäänkirjoituksen määrän alueilla. Itsetuhoista käyttäytymistä ei kummankaan ryhmän saamat hoidot vähentäneet.</p>

<p>Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of Patients With Borderline Personality Disorder</p> <p>Guillén Botella, Verónica; García-Palacios, Azucena; Bolo Miñana, Sara; Baños, Rosa; Botella, Cristina; Marco, José Heliodoro</p> <p>2021</p>	<p>STEPPS- ohjelma</p> <p>Dialektinen käyttäytymisterapia</p>	<p>Tutkia Stepps- ohjelman sekä DKT:n tehokkuutta ja verrata näiden tuloksia keskenään. Tarkoituksena on selvittää, eroavatko lopputulokset hoitokeinojen välillä.</p>	<p>Kummankin hoitokeinon tuloksissa oli huomattavia parannuksia epävakaan persoonallisuushäiriön oireiden vakavuuden, tunteiden säätelyn sekä dissosiativisten kokemusten kanssa. Kumpikin keino vähensi myös ahdistusta, itsemurhariskiä sekä vihaa. DKT oli kuitenkin tehokkaampi epävakaan persoonallisuushäiriön käyttäytymisoireiden, kuten itsemurhan yritysten tai itsensä vahingoittamisen, hoidossa. Tutkimuksessa mukana olleiden DKT- ryhmän potilailla oireet olivat vakavampia, kuin toisessa ryhmässä. Täten tutkimuksen mukaan DKT on tehokkaampi hoitokeino oireiden vähentämisen suhteen, mutta kalliimpi ja vaikeampi toteuttaa, kuin STEPPS- ohjelma.</p>
---	---	--	--

<p>Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up.</p> <p>McMain, Shelley F.; Guimond, Tim; Streiner, David L.; Cardish, Robert J.; Links, Paul S.</p> <p>2012</p>	<p>GPM- terapia</p> <p>Dialektinen käyttäytymisterapia</p>	<p>Arvioida GPM- terapian sekä dialektisen käyttäytymisterapian tuloksia kaksi vuotta alkuperäisen tutkimuksen jälkeen, joka kesti yhden vuoden.</p>	<p>Vuonna 2009 tehdyssä alkuperäisessä tutkimuksessa tuloksena oli, että kummasakin hoitomuodossa havaittiin huomattavia parannuksia hoitotuloksissa useilla eri alueilla. Näitä alueita olivat itsetuhoinen käyttäytyminen, terveydenhuollon palveluiden käyttö, epävakaan persoonallisuushäiriön psykopatologia, oireiden taso, ihmissuhteiden toiminnassa sekä viha. Kummankin terapiamuodon hoitotulosten välillä ei ollut eroja.</p> <p>Kaksi vuotta kestäneen seurantajakson aikana, edellä mainitut vuoden hoitajakson jälkeen saavutetut, hoitotulokset säilyivät hyödyllisinä molemmissa hoitomuodoissa. Vuoden jälkeisiin tuloksiin verrattuna nähtiin myös parannuksia alueilla, joita olivat ihmissuhteiden toiminta, viha, masennus sekä elämänlaatu. Vaikka elämänlaadussa oli parannusta, osallistuneiden toiminnallisessa vajakuntoisuudessa ei havaittu parannusta, osoituksena tästä alhainen kokoaikaistyytyisyys sekä jatkuva riippuvuus työttömyysetuuksista.</p>
--	--	--	--

<p>A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder</p> <p>Hancock-Johnson, Ella; Griffiths, Chris; Picchioni, Marco</p> <p>2017</p>	<p>Lääkehoito</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liittyen epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoitoon, jossa käydään läpi tutkimuksia toisen sukupolven antipsykoottisista lääkkeitä, mielialaa tasaavista lääkkeitä, masennuslääkkeitä sekä opioidiantagonisteista.</p>	<p>Epävakaan persoonallisuushäiriön optimaaliseen lääkehoitoon ei tutkimusten perusteella ole löytynyt uusia todisteita.</p> <p>Antipsykoottisista lääkityksistä olantsapiini on saanut eniten todisteita epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Katsauksessa mukana olleiden tutkimusten mukaan se ei kuitenkaan 12 viikon seurannan jälkeen ollut plaseboa tehokkaampi epävakaan persoonallisuushäiriön yleisemmissä oireissa tai masennuksen hoidossa. Samanlaisia tuloksia on saatu tutkimuksista liittyen haloperidoliin sekä aripipratsoliin. Olantsapiini kuitenkin vähensi vihaa, aggressiota sekä ahdistusta.</p> <p>Ketiapiinista on tutkimusten mukaan ollut hyötyä epävakaan persoonallisuuden oireiden hoidossa. Ketapiinista saatiin parempi vaste oireisiin pienemmillä annoksilla. Vaste ketapiinista lähti kuitenkin laskemaan hoidon puolivälin jälkeen.</p> <p>Mielialaa tasaavista lääkkeitä katsauksessa oli mukana valproiinihappo sekä valproiinihapon ja omega-3-rasvahapon yhteisvaikutus. Yhtesivaikutuksesta huomattiin parannusta impulsiivisuudessa, itsetuhoisuudessa sekä vihassa. Muilla osaluilla ei tutkimuksen aikana huomattu parannuksia.</p>
--	-------------------	---	---

			<p>Masennuslääkkeistä mukana katsauksessa oli tutkimukset fluoksetiinistä sekä duloksetiinista. Fluoksetiinin tutkimuksessa oli kaksi ryhmää, josta toinen sai fluoksetiinia sekä interpersonaalista terapiaa ja toinen ryhmä fluoksetiinia sekä tutkimuksen aikana rutiinina ollutta hoitoa. Terapiaa saaneella ryhmällä huomattiin lievää parannusta oireisiin. Duloksetiinista saatiin hyötyjä tietyillä alueilla, kuten masennus, viha, impulsiivisuus ja affektiivinen epävakaus. Muilla alueilla ei muutosta huomattu.</p> <p>Opioidiantagonisteista mukana oli naltreksoni sekä nalmefeeni. Naltreksonista ainut parannus huomattiin liittyen dissosiaatioon. Nalmefeenistä ei huomattu olevan hyötyjä.</p>
--	--	--	--