



Natalia Inalu ja Diana Raj

Epävakaan potilaan tukeminen hoitotyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

10.4.2024

Tiivistelmä

Tekijä(t):	Natalia Inalu, Diana Raj
Otsikko:	Epävakaan potilaan kohtaaminen hoitotyössä
Sivumäärä:	87 sivua + 3 liitettä
Aika:	10.4.2024
Tutkinto:	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma:	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaaja(t):	Lehtori Marika Lähdetniemi

Epävakaata persoonallisuushäiriötä on vakava mielenterveydellinen sairaus, josta aiheutuu runsaasti erilaisia haasteita sekä potilaalle itselleen että hänen lähiomaisilleen. Häiriössä on vahvasti ominaista itsesäätelyn, käyttäytymisen, itsensä kokemisen ja vuorovaikutuksen ongelmat. Häiriöön kuuluu yleensä muitakin psyykkisiä hankaluuksia, kuten ahdistusta ja päihdeongelmia. Yli puolella potilaista on osoitettu tutkimusten perusteella häiriön lievenemistä, vaikka häiriön kulku on muuttuvaa ja toimintakyky palautuu oireisiin nähden hiljalleen. Potilailla voi olla terveydenhuoltojärjestelmän leimaamisen vuoksi diagnoosin kanssa haasteita ja siksi muodostua vaikeutta sitoutua hoitoon, mikä vaikuttaa toipumisprosessiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa luotettavaa tutkimustietoa potilaiden kokemuksista epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta ja hoitoon sitoutumisesta. Tavoitteena oli syventää hoitoalan henkilökunnan omaa tietoa ja osaamista aiheesta, perustuen tutkittuun tietoon sekä auttaa sairaanhoitajia ohjaamaan potilaita sopivan hoidon piiriin. Opinnäytetyöstä hyötyvät terveydenhuollon ammattilaiset, terveysalan opiskelijat sekä muut aiheesta kiinnostuneet. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston haussa käytettiin sekä manuaalisesti että systemaattisesti neljää sähköistä tietokantaa. Tietokantojen kautta löytyi 20 tieteellistä ja kansainvälistä tutkimusartikkeliä, jotka analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Artikkelit olivat julkaistu vuosina 2013–2024. Analyysin tulosten pääluokiksi muodostuivat potilaiden kokemukset hoidosta ja potilaiden kokemukset hoitoon sitoutumisesta.

Tuloksista ilmenee, että epävakailla potilailla oli useita negatiivisia kokemuksia, jotka liittyivät hoidon saatavuuteen, avun hakemiseen, hoitohenkilökuntaan ja taustatukeen. Potilaat kuvailivat positiivisia kokemuksia hoidon onnistumisesta ja kykenivät havaitsemaan oman toipumisen kannalta oleellisia asioita. Tuloksista tulee esille, kuinka terapisuhteilla ja ajalla oli merkitystä potilaiden toipumisprosessissa. Terapeuteilla oli tärkeä rooli potilaiden opettellessa tiedostamaan tunnetilojaan ja luottamusta oli rakennettava vähitellen. Hoitoon sitoutumista edesauttoi lisäksi muilta potilailta saatu vertaistuki. Tutkimusten perusteella potilaat toivoivat, että hoitohenkilökunnat jatkokouluttautuisivat saadakseen ajankohtaisempaa tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen hoidosta.

Tulevaisuudessa on hyvä tehdä lisää tutkimuksia potilaiden kokemuksista liittyen hoitoon sitoutumiseen, jotta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät kokevat hyvää kohtaamista ja uskaltavat hakeutua hoidon piiriin parantaen samalla hoitomyöntyvyyttä.

Avainsanat: epävakaata persoonallisuushäiriötä, hoitotyö, kokemukset, sitoutuminen

Abstract

Author(s): Natalia Inalu, Diana Raj
Title: Encountering a borderline patient in nursing
Number of Pages: 87 pages + 3 appendices
Date: 10 April 2024
Degree: Bachelor of Health Care
Degree Programme: Degree Programme in Nursing
Instructor(s): Marika Lähdetniemi, Lecturer

Borderline personality disorder is a serious mental illness that causes a lot of different challenges for both the patient and their family. The disorder is strongly characterized by problems with self-regulation, behavior, self-perception, and interaction. The disorder usually includes other psychological difficulties, such as anxiety and substance abuse problems. Studies have shown that more than half of patients show a remission of the disorder, although the course of the disorder is variable, and the recovery of functioning is gradual in relation to the symptoms. Patients may face challenges with their diagnosis due to the stigma of the health system and may therefore have difficulty engaging with treatment, which affects the recovery process.

The purpose of the thesis was to survey reliable research data on patients' experiences of treatment for borderline personality disorder and adherence to treatment. The goal was to deepen the nursing staff's own knowledge and expertise on the subject, based on researched information, and to help nurses guide patients to appropriate treatment. Healthcare professionals, healthcare students and others interested in the subject will benefit from the thesis. The thesis was implemented as a descriptive literature review. In the data search, four electronic databases were used both manually and systematically. 20 scientific and international research articles were found through the databases. which were analyzed by inductive content analysis. The articles were published between 2013 and 2024. The main categories of the results of the analysis were patients' experiences of treatment and patients' experiences of adherence to treatment.

The results show that borderline patients had several negative experiences related to the availability of treatment, seeking help, nursing staff and background support. The patients described positive experiences of the success of the treatment and were able to notice things relevant to their own recovery. The results reveal how therapeutic relationships and time played a role in the patients' recovery process. Therapists played an important role when patients learned to become aware of their emotional states and trust had to be built gradually. Peer support from other patients also contributed to treatment adherence. Based on the research, patients hoped that the nursing staff would receive further training to get more up-to-date information about borderline personality disorder and its treatment.

In the future, more research on patients' experiences of treatment adherence would be useful to ensure that people with borderline personality disorder feel well treated and have the courage to seek treatment, thus improving treatment adherence.

Keywords: borderline personality disorder, treatment, experiences, adherence

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Keskeiset käsitteet	2
2.2	Epävakaata persoonallisuushäiriö	4
2.2.1	Epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistaminen	5
2.2.2	Häiriön oireet	9
2.3	Hoitomenetelmät	10
2.3.1	Dialektinen käyttäytymisterapia	11
2.3.2	Mentalisaatioterapia	12
2.3.3	Perheterapia	12
2.3.4	Psykoedukaatio	13
2.3.5	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	14
2.3.6	Skeematerapia	14
2.3.7	Transferenssifokusoitunut psykoterapia	15
2.3.8	STEPPS-ohjelma	15
2.4	Potilaiden kokemukset	16
2.5	Hoitoon sitoutuminen	17
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	18
4	Opinnäytetyön menetelmät	19
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	20
4.2	Aineiston haku ja valinta	21
4.3	Aineiston kuvaus	25
4.4	Aineiston sisällönanalyysi	25
5	Tulokset	29
5.1	Potilaiden kokemukset ja tuen merkitys	29
5.1.1	Palvelujen saatavuus	30
5.1.2	Ammattilaisten tuki	31
5.1.3	Dialektinen käyttäytymisterapia	33

5.1.4	Psykoterapia	33
5.1.5	Psykoedukaatio	34
5.1.6	Mentalisaatioterapia	35
5.1.7	Skeematerapia	36
5.1.8	Luottamus ja turvallisuus	38
5.1.9	Ryhmäterapia ja vertaistuki	38
5.1.10	Itsetietoisuus	39
5.2	Potilaiden sitoutuminen hoitoon	40
5.2.1	Diagnoosin vaikutus sitoutumiseen	41
5.2.2	Hoitosuunnitelman noudattaminen	42
5.2.3	Vanhempien läsnäolon vaikutus	42
5.2.4	Potilaiden sitouttaminen hoitoon	43
5.2.5	Ryhmäterapia	45
5.2.6	Potilaiden ehdotukset terveydenhuoltojärjestelmälle	45
5.2.7	Mentalisaatioryhmään sitoutuminen	46
6	Pohdinta	47
6.1	Tulosten tarkastelu	47
6.2	Eettisyys	49
6.3	Luotettavuus	51
6.4	Johtopäätökset	55
6.5	Kehittämissuhteet	56
	Lähteet	57
	Tiedonhakutaulukko	1
	Aineiston artikkelit	1
	Analyysitaulukko	1
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 2. Aineiston artikkelit	
	Liite 3. Analyysitaulukko	

1 Johdanto

Epävakaata persoonallisuushäiriötä on vakava mielenterveydellinen sairaus. Häiriö on pitkäaikainen, joustamaton ja vakiintunut kokemisen sekä käyttäytymisen malli. Se aiheuttaa runsaasti erilaisia haasteita potilaan ja hänen lähiomaisiensä elämässä. Epävakaan potilaan ajattelutapa itsestään on ristiriitaista ja ailahtelevaa. Ajattelutapaa ohjaa ahdasmielinen ja heikko itsetunto. Potilas kokee itsensä huonoksi, kelvottomaksi, kykenemättömäksi tai häpeää itseensä. Vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa on paljon haasteita ja negatiiviset tunteet nousevat helposti pinnalle verrattuna tasapainossa olevaan ihmiseen. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas reagoi kielteiseen ärsykkeeseen erittäin vahvasti. Tutkimusten mukaan tällä hetkellä Suomessa noin 1 % väkiluvusta kärsii epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. (Koivisto & Korkeila 2023; Tarnanen & Korkeila & Tuunainen 2020.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät voivat saada pysyviä jälkivaikutuksia, jos he ovat itsetuhoisia. Kyseisiä jälkivaikutuksia ovat ihmissuhteiden huonontunut laatu, vajavainen koulutus, työsuorituksen ja yleisen toimintakyvyn heikkeneminen, sekä alkoholin ja päihteiden käyttö. Terveystieteiden tutkimusten mukaan ja hoitoalan ammattilaisten leimaamisen takia henkilöillä voi olla vaikeuksia diagnoosinsa kanssa ja tämä puolestaan saattaa olla esteenä hoitoon sitoutumiselle. Epävakaan persoonallisuushäiriön vaikutus ja yleinen esiintyvyys korostavat hyvälaatuisten ja riittävien hoitomenetelmien kehittämisen tärkeyttä. (Drews-Windeck & Greenwood & Cavanagh 2023: 2156.) Ensisijainen ja yleinen hoitomuoto on tukipsykoterapia. Hyvät hoitomuodot ovat myös dialektinen käyttäytymisterapia, kognitiivisanalyttinen psykoterapia ja mentalisaatioon perustuva terapia. (Guilé & Boissel & Alaux-Cantin & Garny de la Rivière 2018: 199.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla luotettavaa tutkimustietoa potilaiden kokemuksista epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa ja hoitoon sitoutumisessa.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena syksyn 2023 ja kevään 2024 välillä. Kokemuksien kartoittamisella voidaan epävakaan persoonallisuushäiriön hoidon kehittämisen kannalta tuoda esiin potilaiden omia havaitsemia haasteita sekä kehitystarpeita. Tavoitteena oli syventää hoitoalan henkilökunnan omaa tietoa ja osaamista aiheesta perustuen tutkittuun tietoon sekä auttaa sairaanhoitajia ohjaamaan potilaita sopivan hoidon piiriin ja tukea heitä erilaisissa epävakaan persoonallisuushäiriön hoidoissa, jotka ovat lueteltuina opinnäytetyössämme.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Kirjallisuuskatsauksen teoriaosa sisältää tutkimusongelman kannalta tärkeimmät teoriat ja aiemmat tutkimukset tutkittavasta ilmiöstä. Teoriaosuudessa teimme rajauksia ja valintoja tärkeimpiin teorioihin esityksen kannalta, sillä muutoin teoriaosuus olisi venynyt liian laajaksi. Perustelimme tehdyt valinnat työssämme ja pyrimme yhdistämään teorian mahdollisimman hyvin työhömmä. Teorian ja saatujen tutkimusten pohjalta esitimme tutkimuskysymyksemme tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Saadaksemme tutkimukseen luotettavuutta käytimme aiempia tutkimuksia, jotka liittyivät meidän aiheeseemme. (Kananen 2014: 53–54.)

Teoreettinen viitekehys on ilmiötä säännönmukaisesti selittävä ajatus, laki tai lainalaisuus. Teoreettinen malli esittää eri osien suhteita käsitteellisestä rakennekokonaisuudesta. Kyseisen mallin tarkoituksena on korostaa tutkimuksessa käytettyä tietoisesti valittua teoreettista näkökulmaa ja määritellä, mikä on meidän oma tapamme tarkastella ja selittää empiiristä eli kokemuseräistä todellisuutta, jota tutkimuksessamme tutkitaan. (Vilka 2023: 153.) Teoreettinen viitekehys on auttanut meitä arvioimaan tuloksia, sekä ymmärtämään ja syventämään omaa aiempaa tietämystämme aiheesta. Teoreettisesta viitekehuksesta on ollut hyötyä tutkimuksen joka vaiheessa ja se on auttanut meitä tutkimuskysymysten asettelussa. (Vilka 2023: 35.)

2.1 Keskeiset käsitteet

Teoreettisilla käsitteillä kuvaamme ilmiön ydinajatusta ja luonnetta (Vilka 2023: 35). Teorian työkaluna ja rakennuspalikkana siis toimivat käsitteet. Teoriaa lähellä oleva käsite on laki, joka kuvaa mitä tapahtuu. Teoria selittää tapahtuman ja se on voimassa niin kauan, kunnes keksitään parempi tapa kumota laki tai teoria. (Kananen 2015: 96–98.)

Laadullisen aineiston analyysi perustuu käsitteisiin. Erilaisia tutkimuksia pystytään vertailemaan keskenään yhteisillä käsitteillä. Käsitteiden avulla asioita hallitaan, ja kommunikoidaan asiantuntijoiden kanssa niin, että kaikki ymmärtävät kyseisen asian. Ne mahdollistavat yksiselitteisen kommunikaation ja empirian eli kokemuserän ymmärtämisen. Lisäksi käsitteet ovat luokittelun ja yleistämisen keinoja sekä teorian perusta ja rakenneosia. Tutkimustuloksia voidaan vertailla keskenään helpommin myös, mikäli käsitteet ja mittarit ovat samanlaisia. (Kananen 2015: 102, 106.)

Opinnäytetyössä viittasimme käsitteissä muihin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Käsitteet ovat yleensä subjektiivisia eli ihmisten omia tulkintoja. Tästä syystä pyrimme määrittelemään käyttämiämme käsitteitä, jotta lukija ymmärtäisi rakennetta ja käsitteitä paremmin, sillä esittämämme informaatio eli tieto on hyvin laajaa. Käsitteiden avulla pyrimme tunnistamaan epävakaisten potilaiden hoidon ongelmakohtia ja ratkaisemaan niitä siten tehokkaammin. (Kananen 2015: 105–106.)

Käytimme teoriapohjaisia käsitteitä liittyen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja sen hoitomenetelmiin. Jaoimme työssämme käytettäviä keskeisimpiä käsitteitä (ks. taulukko 1) ja avasimme niitä helpommin ymmärrettäviksi.

Taulukko 1. Keskeiset käsitteet

Käsite	Merkitys
Epävakaata persoonallisuushäiriö	Keskeiset oireet ovat tunne-elämän epävakaas, taipumus ongelmiin vuorovaikutussuhteissa ja käyttäytymisen säätelyn häiriöt (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus. 2020).
Potilaiden sitoutuminen hoitoon	Asiakkaan vastuullista, tavoitteellista ja aktiivista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuollonhenkilöstön kanssa (Kurikkala & Kääriäinen & Kyngäs & Elo 2015: 5).
Psykoedukaatio ja psykoterapia	Psykoedukaatio on opetuksellinen ja psykoterapeuttinen hoitomenetelmä, jossa annetaan tietoa omasta tilasta (Kieseppä & Oksanen 2013). Psykoterapian tavoitteena on torjua tai vähentää psyykkisiä ongelmia ja niistä aiheutuvaa kärsimystä sekä voimistaa psyykkistä kasvua ja kehitystä lisäämällä ongelmien ratkaisutaitoja (Eerola 2022).
Potilaiden kokemukset hoidosta	Potilaskokemus tarkoittaa inhimillistä kokemusta terveydenhuoltopalveluista, jossa ammattilaiset tarjoavat turvaa, kunnioitusta, ymmärrystä ja luottamusta yhdistämällä aktiivisuutta ja strategioita (Oben 2020: 909; Lindeman 2020).
DKT, KKT ja STEPPS	Dialektisessa käyttäytymisterapiassa vähennetään itsetuhoista käyttäytymistä harjoittelemalla tietoisuus- ja tunnetaitoja (Kekkonen & Koivisto & Lindeman & Tolmunen 2022). Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa opitaan hallitsemaan omia tunteita sekä muotoilemaan ja hyväksymään omia ajatuksia (Kujanpää & Raaska 2023). System Training for Emotional Predictability and Problem Solving eli STEPPS varhaisen epätarkoituksenmukaisen skeeman tunnistamiseen ja tunnesäätelytaitojen opettelemiseen (Koivisto 2015a).
Mentalisaatio- ja skeematerapia	Mentalisaatioterapiassa vakautetaan epävakaan persoonallisuushäiriön ongelmia vahvistamalla potilaan ahdistuksensietotaitoja (Choi-Kain & Finch & Masland & Jenkins & Unruh 2017: 23). Skeematerapiassa autetaan potilasta tunnistamaan omia ajattelutapoja ja ymmärtämään mistä oireet johtuvat (Myllyviitta 2023).

2.2 Epävakaata persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriö on pysyvä malli sisäisestä kokemuksesta ja käyttäytymisestä, joka poikkeaa merkittävästi henkilön oman kulttuurin odotuksista ja on joustamatonta sekä läpitunkeilevaa. Persoonallisuushäiriö alkaa murrosiässä tai varhaisessa aikuisiässä, vakautuen ajan mittaan ja johtaen ahdistukseen tai vajavaisuuteen. (American Psychiatric Association 2013: 645.) Persoonallisuushäiriöksi luokitellussa epävakaassa persoonallisuushäiriössä on intensiivisemmät ja korostuneemmat persoonallisuuden piirteet. Epävakaata persoonallisuushäiriötä jaetaan keskeisten piirteiden mukaan neljään eri osa-alueeseen (ks. taulukko 2), kuten tunnesäätelyn ongelmat, impulssikontrolli, ihmissuhdeongelmat ja kognitiohäiriöt. (Tarnanen & Korkeila & Tuunainen 2020; American Psychiatric Association 2013: 663–664; National Institute of Mental Health 2022.)

Taulukko 2. Epävakaan persoonallisuushäiriön kliiniset erityispiirteet neljässä osa-alueessa (Tarnanen ym. 2020; American Psychiatric Association 2013: 663–664; National Institute of Mental Health 2022).

Osa-alue	Kliininen erityispiirre
Tunnesäätelyn ongelmat	Tunteiden ja ajatusten tunnistaminen sekä arvioiminen puutteellista. Mielialan voimakkaita ja nopeita vaihteluita, vihanhallintaongelmat. Krooninen tyhjyyden tunne.
Impulssikontrolli	Impulssikontrollin vaikeudet. Jatkuva itsetuhoisen käyttäytyminen.
Ihmissuhdeongelmat	Epävakaat ihmissuhteissa, epäluuloisuus. Voimakas hyläytyksi ja torjutuksi tuleminen pelko. Identiteetin epäjohdonmukaisuus.
Kognitiohäiriöt	Dissosiaatio. Depersonaatio, itsensä kokeminen epätodellisena.

Epävakaata persoonallisuushäiriö on heterogeeninen sairaus. Heterogeenisyys tarkoittaa sitä, että monimuotoisten oireiden perusteella joko osa diagnostisista kriteereistä täyttyy tai kaikki kriteerit täyttyvät. (Wendt & Pathak & Tylee & Goswami & Polimanti 2020: 2.) Epävakaassa persoonallisuushäiriössä potilaat eivät välttämättä täytä samanlaisia kriteerejä keskenään, koska he tulevat erilaisista taustoista (Gremaud-Heitz ym. 2013: 650; Leichsenring ym. 2024: 18). Epävakaata persoonallisuushäiriö sisällytettiin DSM-III-

luokitukseen vuonna 1980, josta se on edennyt edelleen viimeisimpään DSM-V-luokitukseen (Leichsenring 2024: 4).

Häiriöön kuuluu korkea komorbiditeetti eli monihäiriöisyys. Liitännäissairaudet ovat häiriössä yleisiä ja ne näyttävät ennakoivan ominaispiirteiden kehittymistä sekä häiriön kulkua. Lukuisten tutkimusten perusteella epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla diagnosoidaan usein akselin I häiriöitä, joihin kuuluvat esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöt ja päihteiden väärinkäyttö. Liitännäissairauksista yleisimpiä ovat kuitenkin affektiiviset häiriöt, erityisesti vakava-asteinen masennustila. (Gremaud-Heitz ym. 2013: 654.) Epävakaassa persoonallisuushäiriössä on korkeampi määrä itsemurhakuolemia verrattuna muihin persoonallisuushäiriöihin. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista ihmisistä yli 75 % on yrittänyt itsemurhaa. Lisäksi häiriötä sairastavilla ihmisillä esiintyy yleisemmin myös somaattisia sairauksia samaan aikaan, kuten hengitystie- ja verisuonisairauksia verrattuna ihmisiin, joilla ei ole epävakaata persoonallisuushäiriötä. (Leichsenring ym. 2024: 7.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön puhkeamisikä on yksilöllinen, mutta oireet ilmenevät yleensä varhaisella aikuisiällä. Häiriössä on sukupuolikohtaisia eroavaisuuksia monihäiriöisyyden osalta. Miehillä on epävakaan persoonallisuushäiriön ohella useammin päihdeongelmia ja antisosiaalista häiriötä. Naisilla taas on häiriön lisäksi enemmän mieliala-, ahdistus- ja syömishäiriötä sekä traumaperäistä stressihäiriötä. (Leichsenring ym. 2024: 7.)

2.2.1 Epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistaminen

Epävakaata persoonallisuushäiriötä jaetaan häiriön piirteiden mukaan kansainväliseen diagnostiseen luokittelujärjestelmään ICD-10:een ja uudempana tulleeseen psykiatristen häiriöiden DSM-V-diagnoosiluokitukseen, jotka poikkeavat hieman toisistaan. DSM-V:ssä esiintyvää termiä "rajatilapersonallisuushäiriö" ei käytetä ICD-10-luokittelussa vaan käytetään diagnoosia epävakaa persoonallisuus ja se jaetaan impulsiiviseen häiriötyyppiin ja rajatilatyyppeihin. (American Psychiatric Association 2013: 663; Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito -suositus. 2020.)

Kriteereitä rajatilapersonallisuushäiriössä voi DSM-V:ssä (ks. taulukko 3) saavuttaa 256:lla eri tavalla, vähintään viisi yhdeksästä kriteeristä on kuitenkin täytyttävä. Useimmiten varhaisessa aikuisiässä puhkeavassa rajatilapersonallisuushäiriössä on laaja-

alaista epävakautta ihmissuhteissa, itsensä käsityksessä ja tunteiden säätelyssä, mukaan lukien merkille pantavaa impulsiivisuutta. (Leichsenring ym. 2024: 18; American Psychiatric Association 2013: 663.) Epävakaata persoonallisuushäiriötä sisällytettiin DSM-III-luokitukseen vuonna 1980, josta se on edennyt edelleen viimeisimpään DSM-V-luokitukseen (Leichsenring 2024: 4).

Taulukko 3. Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnosointikriteerit DSM-V-luokituksessa (American Psychiatric Association 2013: 663).

DSM-V 301.83 Rajatilapersonallisuushäiriö
1. Kiihkeät yritykset välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta. (Huom. Ei koske itsetuhoista tai itsensä vahingoittavaa käyttäytymistä, kuten mainittu kriteerissä 5.)
2. Epävakaat ja intensiiviset ihmissuhteet, joita ilmenee vaihtelevasti suuren ihannoinnin ja väheksymisen välillä.
3. Identiteettihäiriö: merkittävästi ja leppymättömästi epävakaata minäkuva tai itsensä kokemus.
4. Impulsiivisuus vähintään kahdella itselleen vahingollisella ulottuvuudella (esim. tuhlaaminen, seksisuhteet, ahmiminen, päihteiden väärinkäyttö, piittaamaton liikennekäyttäytyminen). (Huom. Ei koske itsetuhoista tai itsensä vahingoittavaa käyttäytymistä, kuten mainittu kriteerissä 5.)
5. Toistuvaa itsetuhoista käyttäytymistä, siihen viittaavia eleitä tai uhkauksia tai itsensä vahingoittamista.
6. Tunteisiin liittyvää epävakautta, joka johtuu mielialan merkittävästä reaktiivisuudesta (esim. intensiivistä jaksoittaista dysforiaa, ärtyneisyyttä tai ahdistuneisuutta, joka on tavallisesti lyhytkestoista).
7. Krooniset tyhjyyden tunteet.
8. Intensiivistä, asiatonta raivoa tai suuttumuksen kontrolloimisen vaikeutta (esim. toistuvaa äkkipikaisuutta, jatkuvaa vihan tunnetta, toistuvaa fyysistä tappelemista).
9. Hetkellistä stressiin liittyvää paranoidista ajattelua tai vakavaa dissosiativista oireilua.

Impulsiivisessa häiriötyypissä (ICD-10) on tunne-elämän epävakautta ja hallinnan puutetta yllikkeiden suhteen (ks. taulukko 4). Uhkaileva ja väkivaltainen käytös on ominaista häiriössä, varsinkin kun on kritiikin kohteena. Rajatilatyypissä (ICD-10) on useampi määrä tunne-elämän epävakaisuuden piirteitä (ks. taulukko 4). Näihin kuuluvat häiriöt minäkuvassa, tavoitteiden määrittämisessä ja sisäisessä motivaatiossa sekä katkeamaton tyhjyyden tunne. Epävakaat ja intensiiviset ihmissuhteet voivat aiheuttaa yhä uudelleen kriisejä tunne-elämässä ja olla yhteyksissä hylätyksi tulemisen kiihkeään välttämiseen. Kyseiset kriisit voivat johtaa aktiivisiin itsetuhoisiin käyttäytymismalleihin. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito –suositus.2020.)

Taulukko 4. Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnosointikriteerit ICD-10-luokituksessa (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus. 2020).

F60.30 Impulsiivinen häiriötyyppi	F60.31 Rajatilatyypin
<p>A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.</p> <p>B. Kohta A ja vähintään kaksi seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taipumus toimia impulsiivisesti, seurauksia harkitsematta. 2. Taipumus epäsopeisuuteen, etenkin arvostelun kohteena ollessa. 3. Alttius vihan ja väkivallan purkauksille, hallinnankyvottomuutta. 4. Toiminnan ylläpidonvaikeus, jos siitä ei saa välitöntä palkintaa. 5. Mielialan epävakaus. 	<p>A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.</p> <p>B. Täyttää myös diagnoosin F60.30 osiosta vähintään kolme ja lisäksi kaksi seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Epävakaus minäkuvassa, sisäisissä pyrkimyksissä ja seksuaalisessa suuntautumisessa. 2. Taipumusta epävakaasiin ja intensiivisiin ihmissuhteisiin, johtaen tunne-elämän kriiseihin. 3. Hylätyksi tulemisen pelko ja sen vahva välttely. 4. Itsensä vahingoittamisen toistuvuus tai sillä uhkaaminen. 5. Hellimätön tyhjyyden tunne.

Epävakaata persoonallisuushäiriötä tunnustetaan nykyisin lailliseksi psykiatriseksi diagnoosiksi ja siihen on tarjolla tarkkoja toimivia psykoterapeuttisia hoitoja, mutta näin ei ole aina ollut. Kansainvälisesti ihmiset, joilla on kyseinen häiriö tuntevat vieläkin leimaantumista, heitä pidetään hyvinkin manipuloivina ja he joutuvat kokemaan negatiivista torjuntaa terveydenhuollon ammattilaisilta suhteutettuna henkilöihin, joilla on muita mielenterveysdiagnooseja. (Proctor & Lawn & McMahon 2020: 671.)

Ennen 1970-lukua borderline- eli rajatila-termiä sovellettiin psykiatrien välillä kansainvälisesti potilaisiin, joilla oli parantumattomia neurooseja ja psykooseja, ja jotka eivät sopineet muihin diagnooseihin. Epävakaata persoonallisuushäiriötä ei tunnustettu virallisesti diagnoosiksi yhdysvaltalaisessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosijärjestelmässä, kuin vasta vuonna 1980 DSM-III:ssa. Sittemmin epävakaata persoonallisuushäiriötä on lähdetty tutkimaan sen ominaispiirteiden analysoimiseksi ja häiriötä sairastavien henkilöiden tarpeiden selvittämiseksi. Aiemmissä tutkimuksissa on käyty läpi stigman negatiivisia vaikutuksia epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastaviin henkilöihin, koska he ovat usein todella herkkiä torjutuksi ja hylätyksi tulemiselle. Mikäli he havaitsevat kyseistä ongelmaa terveydenhuollon ammattilaisten hoidossa, he saattavat vahingoittaa itseään ja vetäytyä hoidosta kokonaan. (Proctor ym. 2020: 671–672.)

Diagnoosin kriteerinä on oireiden kesto vähintään vuoden verran. Diagnoosin arvioimista voidaan ohjata Borderlines-Revisedin diagnostisen haastattelun ja DSM-IV-TR epävakaan persoonallisuushäiriön lapsuushaastattelun avulla. Arviointi sisältää myös itsemurhariskin arvioinnin. Erotusdiagnoosi tuottaa haasteita, koska siinä pitää ottaa huomioon sekamuotoinen esiintymistiheys ja muut samanaikaiset sairaudet. Kliinisten ja epidemiologisten tutkimusten perusteella lapsuudessa aiheutetut häiriöt muodostavat riskitekijöitä epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiselle varhaisessa murrosiässä, mutta nuorilla masennushäiriöt ennustavat epävakaata persoonallisuushäiriötä aikuisiässä. (Guilé ym. 2018: 199.)

Diagnoosi tehdään monien lähteiden perusteella, kuten haastattelemalla omaisia ja arvioimalla kokonaisuudessaan psyykkistä toimintaa. Tämän lisäksi hyödynnetään psykologisia testejä ja puolistrukturoituja menettelytapoja. (Rovasalo 2023.) Diagnoosin varmistamiseksi tarvitaan perusteellisen kattavaa informaatiota yksilön pitkäkestoisesta kokemuksesta, toimimistavoista ja tämänhetkisistä oireista. Diagnosointi tapahtuu erikoissairaanhoidossa tai kouliintuneen ammattilaisen tarkan arvioinnin pohjalta. (Mielen-terveystalo a.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä voidaan diagnosoida luotettavasti jo 11-vuotiaalla nuorella. Tutkimusten perusteella sitä esiintyy nuorten keskuudessa noin 3 %:lla. Poliklinikkalla konsultoitavien nuorten osuus verrattuna päivystyspoliklinikalla käyviin itsetuhoisiin nuoriin vaihtelee 11–78 %:n välillä epävakaan persoonallisuushäiriön kliinisessä esiintyvyydessä. (Guilé ym. 2018: 199.)

Lääkärit eivät ensisijaisesti kuitenkaan mielellään aseta epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosia alaikäiselle tai nuorelle. Tämä johtuu siitä, että alaikäisellä persoonallisuus jatkaa kehittymistä, vaikka osa piirteistä vakiintuu jo aiemmin. Toisaalta 15–17-vuotiailla epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi on yhtä lailla pitävä, kuin aikuisiässäkin. Pääpiirteet voivat tulla näkyviin jo ennen kouluikää. Mikäli diagnoosi ei ole asianmukainen leimautumisen pelon takia, se saattaa näkyä ongelmana kliinisessä työssä. Puutteellisen diagnoosin myötä voivat diagnosoimattomat persoonallisuuspiirteet jäädä ilman huomiota ja hoitoa. Identiteettihäiriön diagnoosia (F93.89) voidaan käyttää silloin, kun tunnusmerkit vaativat hoitoa, mutta diagnoosi ei ole aiheellinen. Varhaisessa elämässä kehittyneen persoonallisuushäiriön jälkiseuraukset ovat pitkäaikaisia. Myöhempää masennusta, ahdistuneisuutta ja pitkäkestoista ihmissuhteiden vähäisyyttä on ennustettavissa aiemmasta hyvinvoinnista riippumatta nuorilla aikuisilla persoonallisuusvaikeuksien sekä persoonallisuushäiriöiden kautta. (Karukivi & Koivisto 2018.)

2.2.2 Häiriön oireet

Häiriön ominaisiin piirteisiin kuuluvat tunneintensiteetti, impulsiivisuus, itsensä kokemisen vaikeudet ja epävakaat ihmissuhteet. Tunnesäätely on puutteellista, ja tunteet saattavat epävakailla ihmisillä vaihdella jopa useita kertoja päivässä epätoivon ja hallitsemattoman vihan välillä. Myös reagoiminen negatiivisiin ärsykkeisiin on herkempää ja sietämättömämpää. Käyttäytymisen säätelyn vaikeuksiin voi liittyä impulsiivisuutta, joka ilmenee esimerkiksi päihteiden käyttönä, ruoan ahmimisena tai itsensä vahingoittamisena. Kyseiset käyttäytymismallit ovat usein tapoja sietää psyykkistä kipua. (Koivisto & Korkeila 2023; Tarnanen & Korkeila & Tuunainen 2020.)

Käsitys itsestä on epävakaassa persoonallisuushäiriössä vaihtelevaa ja epäjohdonmukaista, ja sitä leimaa heikko itsearvostus. Itsensä kokeminen jatkuvana häiriintyy esimerkiksi dissosiaation vuoksi. Dissosiaatiossa ihmisellä on vaikeutta yhdistää tunteitaan ja ajatuksiaan kokonaisuudeksi. Ihmissuhteissa on korostunutta pelkoa hylätyksi tulemisesta, ja niitä sävyttävät epäluottamuksen sekä turvattomuuden tunteet. Häiriössä intensiivisesti koettu psyykinen kipu muovaa epätoivon kokemusta, kun ihmisellä ei ole merkityksellistä yhteyttä ja välittävää ihmissuhdetta kehenkään. (Koivisto & Korkeila 2023; Tarnanen & Korkeila & Tuunainen 2020.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas on toistuvasti itsetuhoinen ja noin 10 % häiriöstä kärsivistä päätyy itsemurhaan. Nuorilla on paljon suurempi itsemurhayrityksen vaara, jos heillä esiintyy muussa kuin itsemurhatarkoituksessa tehtyä itsensä vahingoittamista, ja he ovat sen takia erityishoidon tarpeessa. (Strandholm ym. 2016: 717.) Epävakaassa persoonallisuushäiriössä ilmenee usein muita psyykkisiä oireita, kuten ahdistusta ja mielialan ailahtelua. Epävakaa persoonallisuushäiriö saattaa vaikuttaa samankaltaisten oireiden takia aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöltä, traumaperäiseltä stressihäiriöltä tai kaksisuuntaiselta mielialahäiriöltä. Häiriöt voivat myös ilmetä samanaikaisesti. (Koivisto & Korkeila 2023.)

Affektiivinen epävakaas eli epävakaa persoonallisuushäiriö vastaa hypervigilanssia eli liiallista valppautta, johon kytkeytyy alttius olla valmiina estämässä vaaraa. Affektiivinen hyperaktiivisuus puolestaan esiintyy enemmänkin ADHD:ssä kuin epävakaassa persoonallisuushäiriössä. Tämä aiheuttaa epävakaata tunnetilaa, joka on sidoksissa ympäristöön, vuorovaikutukseen, käyttäytymiseen ja siihen miten henkilö vastaa pyyntöihin. Affektiivinen epävakaas saattaa olla avaintekijä avohoidossa, mutta identiteettihäi-

riö saattaa olla ydintekijä sairaalahoidossa oleville nuorille, eli niille, jotka kärsivät eniten vakavasta epävakasta persoonallisuushäiriöstä. Häiriön voimakkuus ja oireiden jatkuvuus ailahtelevat affektiiviseen kontekstiin ja siihen kuinka paljon nuori kokee tilanteen stressaavana. (Bilderbeck ym. 2014: 234.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön oireisiin kuuluvat myös vahvat hylkäämisen välttämisen pyrkimykset, epävakaat ihmissuhteet, identiteettihäiriöt, affektiivinen epävakaus, krooninen tyhjyyden tunne ja stressiin liittyvät vainoharhaiset ajatukset (Guilé ym. 2018). Lisäksi oirekuvaan kuuluvat intensiivisyys, jonka seurauksena tunnekokemukset tuntuvat pelottavilta, alentunut kykenevyys hyväksyä omia voimakkaita tunteita, vastapuolen käytöksen ylianalysointi, mielialan sensitiivisyys ympäristövaikutuksille, minäkokemuksen häiriintyneisyys, jatkuvuuden tunteen puutteellisuus, epäloogisuus, sitoutumiseen kykenemättömyys, päihteiden käyttö, ruoan liiallinen syönti, harkitsematon seksuaalisuus, heikko itsetunto ja ajattelu epäonnistuneena itsenä. (Tarnanen ym. 2020.)

Mikäli potilas kokee itsensä torjutuksi, hän suhtautuu siihen suurella häpeän tunteella. Silloin viha muihin henkilöihin ja muut oireet voivat voimistua. Toisten kanssa toimeen tuleminen tuottaa haasteita, ja ihmissuhteita varjostaa turvattomuus, epäluulo, epäluottamus ja vihamielisyys. Erilaisissa kriisitilanteissa potilas kokee tuskaisuutta, joka saattaa kestää lähes koko päivän. (Tarnanen ym. 2020.)

2.3 Hoitomenetelmät

Persoonallisuushäiriön hoito on pitkäaikaista työskentelyä ja se kohdistuu siihen, että potilas tulee toimeen elämässään luonteenlaatunsa kanssa. Pitkän prosessin kautta ja kehityksen karttuessa alttiudet yleensä lievittyvät. Hoito tapahtuu yleensä avohoidossa, mutta kriisitilanteet, vaikea-asteinen ahdistuneisuus ja akuutti itsemurhavaara hoidetaan päiväosastolla tai psykiatrisessa sairaalassa. Yhteisesti suunnitelluista hoitolinjoista pidetään kiinni avohoidossa. Hoito saattaa pitää sisällään myös lääkehoitoa, mutta lääkehoitoa ei käsitellä opinnäytetyössä enempää. Ihannetilanteessa potilas ja hoitava henkilökunta tekevät yhteisen hoitosopimuksen. Hoidossa laaditaan hoidon tavoite, sisältö ja ajanjakso hoidon kestolle. (Mielenterveystalo b.)

Hoidosta sovitaan yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalla voi olla haasteita ja vaikeutta noudattaa hoitoon liittyviä sopimuksia, vaikka hän käyttääkin erilaisia hoitopalveluja. Tämä puolestaan hankaloittaa somaattisten sairauksien hoitoa ja kestävästä psykoterapiasta. Terapiassa potilas saa apua käyttäytymisen seurausten hahmottamiseen lyhyeltä

ja pitkältä ajalta. Potilasta pyritään vastuuttamaan omasta hoidostaan ja motivoimaan ratkaisemaan itse ongelmiaan. Olennaista on harjoitella tunteiden tunnistamista, havainnointia, niiden merkitystä ja hallitsemista. (Tarnanen ym. 2020.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön pääasiallinen hoitokeino on psykoterapia, myös muiden psykoterapeuttisten hoitokeinojen on havaittu tuottavan hyviä tuloksia. Mikäli potilailla on muu psykiatrinen häiriö, kuten ahdistus, sen oireita voidaan hoitaa lääkkeillä. Tämän lisäksi myös päihdeongelmaa on hoidettava aktiivisesti. (Tarnanen ym. 2020.)

Oireiden hallinnassa auttavat esimerkiksi rentoutus ja erilaiset työvälineet, kuten turvapaikkamielikuvat, muistutuskortit ja oirepäiväkirja. Psykiatrasta hoitoa tehokkaammat hoitomuodot ovat yksilö- ja ryhmäpsykoterapiat tai niiden yhdistelmä. Tyypilliset perheen ongelmat ovat pelko epävakaan läheisen itsemurhasta, vaikeus suhtautua vihamieliseen reaktioon ja kommunikaatiovaikeus. Päämääränä on kehittää perheen kyvykkyyttä omaksua toistensa tuntemuksia vakavalla asenteella. (Tarnanen ym. 2020.)

2.3.1 Dialektinen käyttäytymisterapia

Dialektisen käyttäytymisterapian eli (DKT) tarkoituksena on vähentää itsetuhoista käyttäytymistä harjoittelemalla tietoisuutta ja tunnetaitoja. Terapia on "dialektinen" siinä mielessä, että sekä hyväksyntää ja muutosta pidetään välttämättöminä edistyksessä. Dialektinen käyttäytymisterapia opettaa myös taitoja, joilla voi helpottaa hallitsemaan intensiivisiä tunteita, vähentää itsetuhoisia käyttäytymismalleja ja parantaa ihmissuhteita. (Leichsenring ym. 2024: 13; National Institute of Mental Health 2022: 4.)

Tämä terapiamuoto muodostuu sekä yksilöterapiasta että taitovalmennusryhmän kohtaamisista, joissa lisätään potilaiden taitoja terapeutin tuntevalla ja empaattisella ymmärryksellä potilaiden vaikeita tuntemuksia kohtaan. Keskeisiä työvälineitä ajatusten ja tunteiden uudelleen muodostamiseen sekä toimivien selviytymiskeinojen harjoitteluun, ovat kriisisuunnitelman, ketjuanalyysin ja viikkosuunnitelman laatiminen. Dialektisen käyttäytymisterapian on todistettu vähentävän nuorten ja aikuisten itsetuhoisuutta. Sen toteuttaminen vaatii työryhmien kouluttamista, työnohjausta ja pitkäjänteisyyttä. (Leichsenring ym. 2024: 13; Kekkonen ym. 2022.)

2.3.2 Mentalisaatioterapia

Mentalisaatioterapiassa eli (MBT) ajatuksena on, että epävakaan persoonallisuushäiriön ongelmia vakautetaan vahvistamalla potilaan kykyä mentalisoida stressitilanteessa (Choi-Kain ym. 2017: 23). Terapiassa paneudutaan itsetuhoisuudesta puhumiseen, tunteiden käsittelyyn ja suhteelliseen epävakauteen keskittyen johdonmukaisesti sietokyvyn edistämiseen mentalisaatiossa ja sosiaalisessa oppimisessa. Mentalisaatioterapiassa yhdistyvät yksilö- ja ryhmäpsykoterapiat. Terapeutit omaksuvat uteliaan ja tietämättömän roolin auttaakseen potilaita itsenäisempään ja vakaampaan ajatteluun. (Leichsenring 2024: 13; Choi-Kain 2017: 23.) Mentalisaatioterapiassa on keskeistä, että terapeutti voi esittää millaisia tuntemuksia tai ajatuksia potilaan kertomus ja toiminta hänessä synnyttää (Koivisto 2015b).

Mentalisaatioterapia on yhtä tehokas hoitomuoto epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa niin avohoidossa kuin päiväsairaloissa. Se tehoaa hoitosuosituksia paremmin, mikäli potilaalla on muitakin persoonallisuushäiriöitä samaan aikaan. Nuorille suunnattu mentalisaatioterapia on mahdollisesti tavallista hoitoa menestyksellisempi epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. (Tarnanen ym. 2020.) Mentalisaatioterapian tavoitteena on edistää potilaiden mentalisaatiokykyä ja elvyttää sitä, silloin kun se on heikentynyt. Tällä terapiamuodolla on todettu olevan pitkäaikainen vaikutus epävakaan persoonallisuushäiriön potilaisiin kahdeksan vuoden seurannan kuluttua. Huono puoli hoidossa on, että jonotus hoitoon on todella pitkä häiriön suuren esiintyvyyden takia. Tämän vuoksi mentalisaatioterapiaa määrätään erilaisissa muodoissa ja eripituisissa hoidoissa. (Hestbæk & Hasselby-Andersen & Juul & Beier & Simonsen 2020: 2.)

2.3.3 Perheterapia

Hoitaessaan epävakaata persoonallisuushäiriötä, koko perhe täytyy ottaa huomioon. Omaisille on maailmanlaajuisesti kehitetty ryhmiä, jotka antavat helpotusta omaisten henkiselle kuormalle vähentämällä konflikteja perheen sisällä. Vanhemmat, jotka kärsivät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä tarvitsevat lastensa kanssa paljon tukea, koska häiriö saattaa vaarantaa vanhemmuutta. Vanhemmuutta tukevat hoito-ohjelmat tarjoavat paljon apua. Vanhemmuus voi toimia hyvin, kun epävakaaseen persoonallisuushäiriöön saa asianmukaista hoitoa. (Koivisto & Korkeila 2023.)

Perheterapia sisältää perheinterventioita, jotka voivat auttaa perheitä toimimaan omaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Se sisältää kasvatuksellisia ja taitopainotteisia ryhmiä.

Omaisten taakkaa saattaa keventää yhteiset tapaamiset perheiden kanssa, samalla vähentäen konfliktien määrää hoitoyksiköiden ja omaisten välillä. Psykoedukaation tärkeimmät piirteet ja perusteet perheiden sisällä ovat informaation antaminen ja sen käsittämisen vahvistaminen liittyen hoitoon ja sen prognoosiin. Perheessä tapahtuvaa vihamielisyyttä ja arvostelua saattaa vähentää psykoedukaatio. Perheeltä jää joskus huomaamatta, että kyseinen häiriö saattaa ajaa omaiset pois toisistaan ja saada aikaisekseen sosiaalista vetäytymistä. Perheterapian tarkoituksena on auttaa vastaanottaman muiden kokemuksia vilpittömästi ja se on tärkeää aloittaa jo hoidon alusta lähtien. (Tarnainen ym. 2020.)

2.3.4 Psykoedukaatio

Koulutuksellisesta terapiaa eli psykoedukaatiota pidetään perhetyöhön yhdistettynä merkittävänä psykososiaalisena hoitomuotona psykoosien hoidossa. Se lisää näyttävästi hoitomyönteisyyttä sekä ehkäisee psykoosi- ja sairaalajaksojen uusiutumista. Psykoedukaatio on erityisen tärkeä ensipsykoosiin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Psykooseja hoitavissa yksiköissä olisi hyvä olla selkeät suunnitelmat psykoedukaation toteuttamisesta. Sekä potilaan että omaisten kanssa on hyvä käsitellä haavoittuvuusstressimallia, perustietoa psykoosista ja sen hoidosta sekä varoitusmerkkien ja pitkäaikaisoireiden tunnistamista ja niiden hallitsemista. Psykoterapia ei ole kuitenkaan ainoastaan tiedon antamista, vaan siihen kuuluu olennaisena osana yhteistyösuhteiden luomista sekä tietojen jakamista ja kokemuksia ammattilaisten, potilaan ja hänen läheistensä välillä. Se on parhaimmillaan terapeutista hoitoa. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Kliinisissä ja empiirisissä eli kokemusperäisissä todisteissa osoitetaan, että persoonallisuushäiriöitä ymmärretään usein huonosti sekä potilaiden että heidän omaistensa toimesta. Potilaille ei usein anneta täsmällistä ja ajantasaista tietoa heidän diagnoosistaan. Vastaavasti on esitetty, ettei hoitajilla ja omaisilla ole riittävää tietoa ja tarvittavaa taitoa tukea potilasta. Satunnaisesti kontrolloiduissa tutkimuksissa on tuettu psykoedukaation hyötyjä potilaille. Hoitajille suunnattujen interventioiden vaikutusta on kuitenkin analysoitu niukasti. Kirjallisuudessa on tähän mennessä kuvattu viittä omaishoitajien tukiohjelmia, jotka koskevat persoonallisuushäiriöitä. Niiden arviointi on kuitenkin ollut vähäistä. (Grenyer & Bailey & Lewis & Matthias & Garretty 2019: 215.) Kliiniset asiantuntijat ovat yhtä mieltä siitä, että psykoedukaation ja tuen tarjonta on sekä hoitajille että perheille paras käytäntö (Grenyer ym. 2019: 216).

2.3.5 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan eli (KKT) kuuluu yksilö- tai ryhmähoitoa, joihin liittyy yhdistettynä kognitiivisen ja käyttäytymisterapian menetelmät. Näihin menetelmiin kuuluvat sosiaalisen fobian hoitomalli, pitkäaikaisen masennuksen hoitomalli CBASP, joka on vaikeisiin tunnesäätelyhäiriöihin laadittu dialektinen käyttäytymisterapia tai verkkopohjainen unettomuuden hoito. Terapiassa kartoitetaan tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen välisiä suhteita, ja tunnistetaan sekä muutetaan huonosti toimivia tai haitallisia käyttäytymisen ja ajattelun malleja. Näiden lisäksi opetellaan uusia, lähiympäristöön sopivampia käyttäytymisen ja ajattelun tapoja. Strukturoidut menetelmät muodostuvat yleensä 8–20 käynnistä, kerran viikossa. (THL 2024.)

2.3.6 Skeematerapia

Skeematerapia eli (ST) kehitettiin persoonallisuushäiriöiden ja muiden kroonisten oirehäiriöiden hoitoon. Se on integratiivinen psykoterapian muoto, joka sisältää käsitteitä ja lähestymistapoja kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. (Tan ym. 2018: 2.) Skeematerapiassa keskitytään muuttamaan potilaan negatiivisia ajattelu-, tunne- ja käyttäytymismalleja. Tarkoituksena on luoda terveempiä vaihtoehtoja korvaamaan negatiivisia, jotta kyseiset häiriintyneet skeemat eivät enää hallitsisi potilaan elämää. (Choi-Kain ym. 2017: 24.) Skeematerapia kannustaa terapeutin ja potilaan kiintymyssuhteeseen (Choi-Kain ym. 2017: 24).

Skeematerapiassa yhdistyvät kognitiivisten, käyttäytymisterapeuttisten, psykodynaamisten ja kokemuksellisten hoitomuotojen oivallukset. Se käsittää neljää häiriintynyttä elämänskeemaa: hylätty/hyväksikäytetty lapsi; vihainen/impulsiivinen lapsi; irtaantunut suojelija ja rankaiseva vanhempi. Terveen aikuisen kehittyminen on yksi skeematerapian tavoitteista, joka lähtee ensin terapeutista ja etenee lopulta potilaaseen. (Leichsenring ym. 2024: 15; Choi-Kain ym. 2017: 24.)

Monimutkaisten psykologisten ongelmien kohtaamisen keinona skeematerapiaa sovelletaan ensisijaisesti persoonallisuushäiriöiden hoitoon. Koska skeematerapia on onnistunutta persoonallisuushäiriöiden hoidossa, kiinnostus skeematerapian omaksuntaan erilaisissa muissa häiriöissä on kasvanut 2000-luvun alusta lähtien. (Bär & Bär & Rijkeboer & Lobbestael 2023: 717.)

2.3.7 Transferenssifokusoitunut psykoterapia

Transferenssifokusoitunut psykoterapia eli (TFP) on manuaalisoitu, psykoanalyttisesti painottunut psykoterapia. TFP keskittyy ihmissuhdedynamiikan ongelmallisuuteen ja siitä johtaviin intensiivisiin tunnetiloihin potilaan elämässä. Potilaan luontainen ihmissuhdedynamiikka ilmenee terapeutisissa vuorovaikutuksissa transferenssina eli tunteensiirtona. Tunnetiloja ja ihmissuhdedynamiikkaa tutkitaan yhteisesti. Tarkoituksena on selvittää pahan ja hyvän välisiä rajatiloja, jotka ovat johtaneet epävakauteen tunteissa ja ihmissuhteissa. Mentalisaatioterapian tavoin transferenssifokusoituneessa psykoterapiassa muutosta edistetään auttamalla potilaita saavuttamaan tasapainoisempia ja johdonmukaisempia ajattelutapoja itsestään ja muista. (Choi-Kain 2017: 23–24.)

Terapeutti edistää reflektiivistä toimintaa ja tunteisiin vaikuttuvaa säätelyä omaksumalla neutraalin asenteen, jossa hän aktiivisesti tiedustelee ja selventää potilaiden ajatusten, tunteiden ja käsitysten näkökohtia, ja sitten haastaa (kutsuu potilasta pohtimaan sisäisiin jakautumismekanismeihin liittyviä epäjohdonmukaisuuksia) potilaan ja tulkitsee ne mallit, joissa nämä liittyvät tunteensiirtosuhteeseen ja keskeisiin suhteisiin yksilön elämässä. (Martin & Lloyd, & Cammell & Yeomans 2017: 1.)

2.3.8 STEPPS-ohjelma

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving eli (STEPPS) on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva ryhmäohjelma, joka on suunnattu epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastaville potilaille. Sen tarkoituksena on parantaa potilaiden tunnesäätelytaitoja. Taustalla on oletus siitä, että epävakaassa persoonallisuushäiriössä on heikentynyt kyky säädellä tunnepohjaista intensiteettiä eli ääri rajoja, voimakkuutta tai syvällisyyttä. Tavoitteena on saada taitoja tunteiden ja käyttäytymisongelmien hallintaan. STEPPS-ohjelmaa vetää kaksi ohjaajaa 20 viikon ajan. Jokainen tapaaminen kestää 2,5 tuntia. STEPPS koostuu neljästä osasta: psykoedukaatiosta, tunnesäätelytaidoista, käyttäytymistaidoista ja tunteiden käsittelysuunnitelmasta. (Riemann & Chrispijn & Weisscher & Regeer & Kupka 2021: 3.) Se sisältää tiedonantoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, varhaisten epäyhtenäisten skeemojen tunnistamista sekä tunnesäätelytaitojen harjoittelua. Lisäksi STEPPS yhdistää hoitoon mukaan potilaan verkostoa. (Koivisto 2015a.)

STEPPS:n tehokkuutta on tarkasteltu viimeisten 12 vuoden ajalta ja on löydetty viisi satunnaisesti kontrolloituja tutkimusta. Näitä on verrattu potilasryhmiin, joilla on diagnosoitu epävakaata persoonallisuushäiriötä. (González-González ym. 2021: 2.)

2.4 Potilaiden kokemukset

Epävakaalle persoonallisuushäiriölle on ominaista raskaat kokemukset häpeästä, masennuksesta, tyhjyydestä, merkittömyydestä, haavoittuvuudesta ja arvottomuuden tunteesta. Kyseiset henkilöt ovat kohdanneet elämänsä aikana haastavia ja pulmallisia asioita, joihin on liittynyt kaltoinkohtelua ja tunteiden käsittelyttömyyttä. (Mielenterveystalo a.)

Potilaiden käsitykset itsestään ovat ailahtelevaisia, ajoittain epävakaata henkilö kokee itsensä epäonnistuneeksi, mitättömäksi ja hävettäväksi, ajoittain taas erittäin hyväksi ja pärjääväksi. He kokevat todellisuudentajun sumentumista, harhaluuloja ja kokemusten epätodellisuutta kriisitilanteissa. (Mielenterveystalo b.) Psykologinen kipu on potilailla yksilöllinen ja siihen voivat kuulua sietämättömänä koettu mielentila, johon liittyy negatiivinen minäkuva, kokemus neuvottomuudesta, psykologisten tarpeiden hylkääminen ja sosiaalisen yhteyden puuttuminen. Psykologinen kipu liittyy vahvasti epävakaan persoonallisuushäiriön oirekuvaan. Kyseiseen kipuun kuuluvat kokemukset siitä, että on epänormaali, särkynyt, arvoton ja stigmatisoitunut. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön kuuluu vahvasti kolme kokemusta, jotka ovat itsensä vahingoittamisen halu, petetyksi tulemisen kokemus ja itsensä kontrolloimisen mahdottomuus. (Koivisto & Lindeman 2023.)

Epävakaalla henkilöllä on luontaista taipumusta kokea ailahtelevaisia, negatiivisia tunteita, kuten ahdistuneisuutta, alakuloisuutta, mielipahaa ja loukkaantumisen tunteita, joiden kanssa hänen on vaikea tulla toimeen. Epävakaan persoonallisuushäiriön identiteettikokemuksen perusteella henkilöt ovat kokeneet itsensä ristiriitaisiksi, tuhoaviksi, rikkinäisiksi ja hukassa oleviksi. Kokemuksiin kuului myös psykologisia traumoja sekä altistusta läheisen ihmisen hallitsevuudelle ja kritiikille. Epävakaat henkilöt ovat kokeneet olevansa kyvyttömiä, ilman mahdollisuutta vaikuttaa jonkin vaikean asian ennaltaehkäisyyn ja ovat halunneet suojata tai kätkeä itseään kritiikiltä ja hyväksikäytöltä. Heidän kokemansa mukaan psykologiseen kipuun liittyvät aiemmat ihmissuhdekokemukset sekä itsensä kokeminen epänormaalina, rikkinäisenä, häpeällisenä ja arvottomana. (Koivisto & Lindeman 2023.)

2.5 Hoitoon sitoutuminen

Karpovin (2018) tutkimuksessa sairaalapotilaista yli puolet eivät halunneet osallistua avohoitokäynteihin, mutta avohoidossa luku ei kuitenkaan mennyt yli 11 %. Tässä oli huomioitava, että suurin osa potilaista oli hyödyntänyt psykiatrista sairaalahoitoa vuosien ajan, jonka vuoksi ei voitu olla varmoja hoitoon sitoutumisesta potilaan ollessa hoidossa ensimmäistä kertaa. Varmuutta ei ollut myöskään siitä, kuinka moni jää osallistumatta hoitoon, koska sairaalahoidossa olevien potilaiden tilanne on vakavampi, vaikuttaen huonoon hoitoon sitoutumiseen. Mielenterveyden hoito jää suppeaksi, mikäli potilas jää avohoidosta pois ja tämä puolestaan johtaa sairaalahoitoon. (Karpov 2018: 67.)

Tutkimusten mukaan päihteiden käyttö vaikuttaa suuresti hoitoon sitoutumiseen ja poliklinikkakäynneillä osallistumiseen. Päihdepotilaat kokevat usein stigmaa terveydenhuollon ammattilaisilta ja tämä puolestaan johtaa huonoon hoitoon sitoutumiseen ja hoitopolun rakentamiseen. (Karpov 2018: 68.)

Eniten avohoitoa laiminlyöviä ja psykiatrisia sairaalapalveluja käyttäviä ovat ne potilaat, jotka kuuluvat päihdehäiriöisten potilaiden ryhmään. Huono sitoutuminen hoitoon ja päihteiden käyttö huonontavat mielenterveyshäiriön ja itsetuhoisen käyttäytymisen kulkua, myötävaikuttaen ennenaikaista kuolleisuutta psykiatrisilla potilailla. Riittämätön avohoito lisää ongelmia terveys- ja sosiaalivaikutuksissa. Tämä johtaa puolestaan pitkittyneeseen sairaalahoitoon ja lisää terveydenhuollon kuluja. Kaikesta huolimatta häiriöstä kärsivillä potilailla on positiivinen asennoituminen hoitoon ja lääkitykseen sitoutumiseen. Pyrkimysten kuuluisi ohjata pitämään yllä potilaiden positiivisia osatekijöitä koko hoitoprosessin aikana. (Karpov 2018: 68–69.)

Toimiva liittouma on luotava jo varhaisessa vaiheessa terapiaa ja sitä on ylläpidettävä koko ajan (Clarke & Jinks & Huband & McMurrin 2013: 25). Hoitoon sitouttamiseen kuuluvat aktiivinen kuunteleminen sekä yksilön kulttuurin, elämäntavan ja näkökulman huomioon ottaminen arvioinnissa. Terapeuttisen kehyksen tarjoaminen, jonka avulla potilas ja terapeutti voivat kommunikoida avoimesti on tärkeää. (Stubbe 2013: 211.) Potilaan hoitokontaktin ensimmäisessä tapaamisessa on tärkeää pitää yllä tervetullutta, valaisevaa ja huomaavaista ilmapiiriä, joka huomioi potilaan näköalaa ja saa potilaan tuntemaan olonsa mukavaksi. Huono terapeuttinen suhde ja tunteisiin liittyvän kommunikation puute hoidon alussa ovat yhteyksissä hoidon keskeyttämiseen. (Clarke ym. 2013: 25.)

Helppoimmat lähestymistavat ovat erilaisten valinnanmahdollisuuksien esittäminen ajanvarauksien ajankohtaan ja muistutukset läsnäolo-oikeuden myöntämisestä. On tärkeää antaa selityksiä lähestymistavan perustelulle, kuten terapiasopimuksesta keskusteleminen. Asiakkaiden ja potilaiden mieltymykset on otettava aina huomioon mahdollisuuksien mukaan tehdessä työtä heidän kanssaan, koska siten tulee ilmi paras lähestymistapa hoitoon liittyen. Potilaalle annetaan tietoa terapian kestosta ja muutosten mallista, jolloin muodostuu realistinen kuva terapiaa kohtaan. Potilaalle kerrotaan, että asioiden läpikäyminen voi aiheuttaa tilapäistä heikkenemistä ja sitä voidaan ehkäistä keskeyttämättä hoitoa. (Clarke ym. 2013: 4.)

Potilaan tukemiseen kuuluu terapeutin sitoutuminen potilaan parhaaseen etuun. Tähän sisältyy jaetun näkemyksen kehittäminen hoitoprosessissa, kuten toivon herättäminen, taitojen opettaminen ja rakenteen tarjoaminen potilaan tukemiseksi emotionaalisten kriisien aikana. Empatia on keskeinen osa kaikkea lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Terapeutin empaattinen tuki on tärkeää, koska silloin voidaan parantaa potilaan sitoutumista hoitoon. Totuudenmukaisuuteen kuuluu rehellisyys kommunikoinnissa, joka on perusta luottamuksellisen suhteen rakentamiselle. Siihen kuuluvat myös realistiset odotukset, rajojen säilyttäminen terapeuttisen suhteen ylläpitämiseksi ja sitoutuminen tietojen jakamiseen ja avoimuuteen. (Stubbe 2013: 211–212.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa luotettavaa tutkimustietoa potilaiden kokemuksista epävakaa persoonallisuushäiriön hoidosta ja hoitoon sitoutumisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitoalan ammattilaisten omaa tietoa ja osaamista aiheesta perustuen tutkittuun tietoon sekä auttaa sairaanhoitajia ohjaamaan potilasta oikeanlaisen hoidon piiriin.

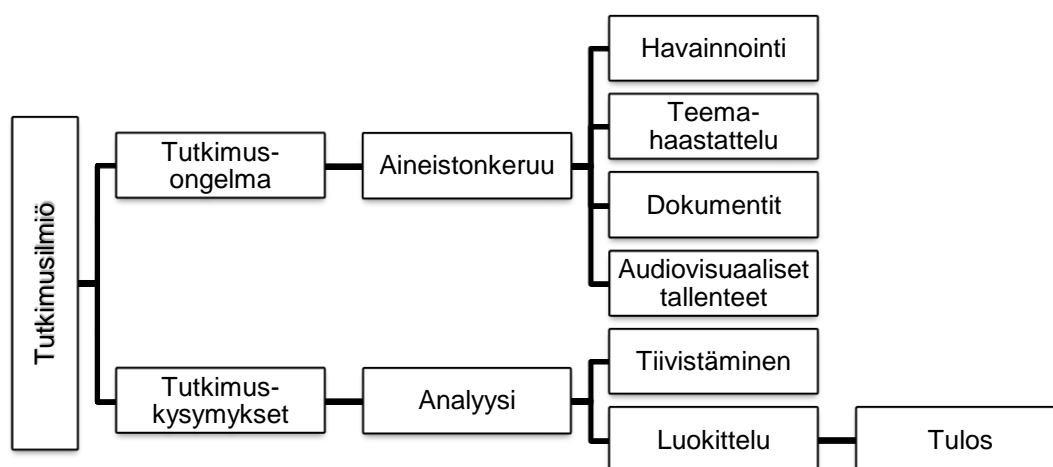
Tutkimuskysymykset ovat kysymyksiä, joihin kirjallisuuskatsauksessa etsitään vastauksia. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksiä on yleensä yhdestä kahteen kappaletta. (Vilkka 2013: 153.) Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia epävakaa potilaalla on erilaisista hoidoista?
2. Mitkä keinot edistävät epävakaa potilaan hoitoon sitoutumista?

4 Opinnäytetyön menetelmät

Laadullinen tutkimus kulkee yleisen tutkimusprosessin mukaan, mutta sellaisella erotuksella, että aineiston keruu ja analyysi vuorottelevat keskenään. Aineistoa analysoidaan ja sen jälkeen kerätään uutta aineistoa, joka myös analysoidaan. Laadullisessa tutkimuksessa ei voida etukäteen määritellä, mitä tietoa ja paljonko tietoa tarvitaan. Laadullisessa tutkimuksessa tulkinnassa ja ratkaisussa eroavat seuraavat vaiheet, kuten aineistonkeruu, aineiston yhteismitallistaminen, aineiston koodaaminen, luokittelu ja uusi aineistonkeruu. (Kananen 2017: 131–132.)

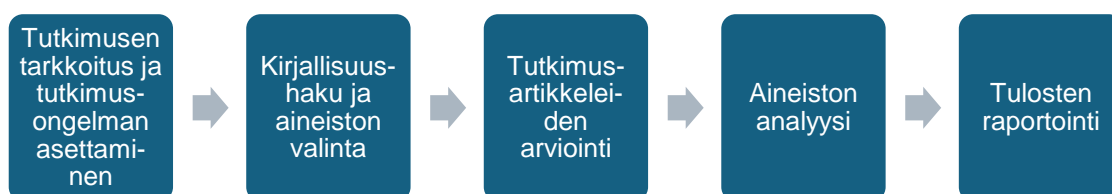
Aineistonkeruussa kerätään tutkimusongelmaan liittyvää aineistoa aineistonkeruumenetelmillä, kuten havainnoinnilla, teemahaastattelulla, haastattelulla, audiovisuaalisella menetelmällä ja dokumenteilla, ottaen huomioon tutkimusongelman. Monessa muodossa ollut kerätty aineisto litteroitiin eli kasattiin yhteen muotoon eli tekstimuotoon. Tämän jälkeen tekstiä tarkasteltiin tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten näkökannasta. Aineistolle laadittiin tutkimuskysymykset ja niiden pohjalta aineistosta etsittiin sellaiset tekstikokonaisuudet, jotka vastasivat tutkittavaan ilmiöön. Luokittelussa katsottiin, mitkä ilmaisut eli koodit muodostivat oman ryhmänsä. Ryhmälle annettiin oma nimensä, jossa luokittelu nosti abstrahointia. Luokittelussa otettiin huomioon tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Aineistonkeruussa analyysivaihetta seurasi uusi aineistonkeruuvaihe, jolloin analyysivaihe täydentyi ja löytyi vastauksia uusiin kysymyksiin. Alempana (ks. kuvio 1) on kuvattuna tutkimusprosessin vaiheet. (Kananen 2017: 132–133.)



Kuvio 1. Tutkimusprosessin vaiheet (Kananen 2017: 131).

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on metodi, jonka avulla tutkitaan alkuperäistutkimuksia (Vilkkä 2023: 152). Kyseisessä katsauksessa käytettäviin tutkimuskysymyksiin tarvitaan informaatiota eli tietoa. Asetetuille tutkimuskysymyksille koottiin tietoa aineistonkeruumenetelmillä, tutkimusmenetelmän avulla tutkimusongelma ratkaistiin. Ongelmaan perehdyttiin kunnolla, jonka jälkeen menetelmä valittiin. Ongelmanratkaisussa käytettiin hyväksi havaittuja keinoja, jotka ovat hyväksytyjä ja oikeiksi todettuja tiedemaailmassa. Tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa ratkaisun perustelulle. Alempana käsittelemme kirjallisuuskatsauksen vaiheita (ks. kuvio 2) aiempaan metodikirjallisuuteen perustuen. (Kananen 2015: 64–65; Stolt & Axelin & Suhonen 2016: 23.)



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen viisi vaihetta (Stolt ym. 2016: 23).

Tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tuoda uutta tietoa ja etsiä vastauksia jo aikaisemmin tutkitusta tutkimustiedosta (Kangasniemi ym. 2013: 294; Stolt & Axelin & Suhonen 2016: 23). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen ja kokonaisvaltainen tutkimusprosessia ohjaava osatekijä on tutkimuskysymys. Tutkimuskysymykset ovat kysymyksen muodossa ja kysymystä voidaan tarkastella yhdestä tai useammasta näkökohdasta. Teimme rajauksen, jotta asiaa on mahdollista tarkastaa syvällisesti. Jotta valittu tutkimuskysymys olisi hyvä, teimme aiheesta olennaisen ja riittävän kohdennetun, muttei kuitenkaan liian suppean. (Kangasniemi ym. 2013: 294–295; Stolt ym. 2016: 24.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli etsiä ratkaisuja kysymyksiin; mitä asioita aikaisemmasta tiedosta tiedetään, mitkä ovat tutkittujen asioiden merkittävimmät käsitteet ja mitkä niiden väliset samankaltaisuudet. Tarkoituksena oli tutkia sitä, millaista parhaillaan olevaa keskustelua asiasta on, ilmeneekö tietojen yhtäpitävyyttä ja mitä kehityssuuntia sekä teorioita tiedosta on. Sen jälkeen tähdättiin tunnistamaan, vahvistamaan tai asettamaan kyseenalaiseksi aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja niiden esiin tuomia kysymyksiä. Tuore tai erottuva näkökulma asiaan on usein saavutettavissa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. (Kangasniemi ym. 2013: 294.)

Kävimme kirjallisuuskatsauksen välttämättömiä vaiheita läpi, joissa ilmeni kirjallisuuskatsaukselle ominaisia päällekkäisyyksiä. Ensimmäisessä vaiheessa lähdimme muodostamaan tutkimuskysymyksiä, jotka ohjasivat koko tutkimusprosessia. Tutkimuskysymyksiä muotoiltiin sen mukaan, kuinka ne vastasivat aiheeseen. Niiden oli oltava tarpeeksi laajoja, jotta aihetta pystyttäisiin tarkastamaan eri näkökulmista, mutta kuitenkin tarpeeksi rajattuja ja täsmennettyjä tutkimuksen syvällisempää tarkastelua varten. Toisessa vaiheessa lähdimme valitsemaan tutkimuskysymyksiin vastaavia aineistoja, jotka olivat alkuperäistutkimuksia. (Kangasniemi ym. 2013: 294–295.)

Kolmannessa vaiheessa lähdimme rakentamaan tutkitun ilmiön kuvailua. Valikoituja aineistoja analysoitiin ja tietoa syntetisoitiin tutkimuskysymyksiin vastaavan kokonaisuuden luomiseksi, muuttamatta kuitenkaan alkuperäistä tietoa. Neljännessä vaiheessa tarkasteltiin tuloksia tiivistämällä ne yhteen. Työtä pohdittiin sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti, arvioiden eettisyyttä ja luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013: 296–297.)

4.2 Aineiston haku ja valinta

Aineiston haku aloitettiin tutkimuskysymykseen vastaavien hakusanojen määrittelyllä ensin manuaalisesti, sitten systemaattisesti. Ensin tehtiin kotimaisiin tietokantoihin hakuja, joista edettiin laajempaan aineistohakuun. Kotimaisista tietokannoista löytyi kaksi tutkimuskysymyksiin vastaavaa artikkelia, ja kansainvälisiä tutkimuksia kahdeksantoista. Aineistojen parempien hakutulosten vuoksi lähdimme muodostamaan sisäänotto- ja poissulkukriteerejä (taulukko 2). Aineistoa etsittiin myös verkkokirjoista.

Opinnäytetyön sisäänottokriteereihin valittiin englanninkieliset julkaisut, jotka sijoituivat vuosien 2013–2024 välille. Tutkimusta tehtiin potilaiden kokemuksista perustuen epävakaaan persoonallisuushäiriön hoitoon käyttäen alkuperäistutkimuksia. Otsikoiden perusteella valittiin tutkimukset, jotka liittyivät potilaiden kokemuksiin epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidosta tai hoitoon sitoutumisesta, myös muut tutkimukset epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidosta ja ammattihenkilöiden kokemuksista otettiin huomioon. Kohderyhmä viittaa siihen, ketä katsauksessa valikoidut alkuperäistutkimukset tutkivat. Alun perin kohderyhmänä olivat nuoret, mutta suppeiden hakutulosten takia päädyttiin laajentamaan kohderyhmää potilaisiin. (Vilka 2023: 152.)

Rajausta jatkettiin lukemalla tiivistelmät läpi ja siitä jatkettiin edelleen sisäänotto- ja poissulkukriteereihin (ks. taulukko 5). Sisäänotto- eli sisällyttämiskriteerejä käytetään

hakustrategiassa kriteereinä, joilla määritellään aineistoon mukaan otettavia alkuperäistutkimuksia. Poissulkukriteerejä käytetään sulkemaan pois alkuperäistutkimuksia aineistosta. (Vilkkä 2023: 153.)

Taulukko 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimukset julkaistu vuosina 2013–2024	Vuoden 2013 vanhemmat tutkimukset
Kuvaa potilaiden kokemuksia	Lapset ja ikääntyneet kohderyhmänä
Suomen- ja englanninkieliset	Ei englannin- ja suomenkieliset
Tutkimusta ja aineistoa käsitellään potilaan näkökulmasta	Käsitellään epävakaan persoonallisuushäiriön lääkettä
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Koko teksti on saatavilla	Koko tekstiä ei ole saatavilla

Systemaattista hakua toteutettiin tietokannoissa (kts. liite 1) PubMed (lääketieteellinen tietokanta), Medline (lääketieteellinen tietokanta), Cinahl (hoitotieteellinen tietokanta) ja Medic (kotimainen lääketieteen ja terveystieteen viitetietokanta). Hakusanoina- ja yhdistelminä käytettiin seuraavia: “borderline personality disorder” OR bpd OR “emotionally unstable personality disorder” OR eupd OR “emotional intensity disorder” OR eid OR “unstable personality disorder” AND experiences OR perceptions OR attitudes OR views OR feelings AND treatment OR intervention OR therapy OR management or rehabilitation and patient rajoittamalla haut vuosien 2013–2023 välille. Hakuteknikka, jota käytettiin näissä tietokannoissa, auttoi yhdistämään sanoja ja kaventamaan hakutuloksia. (Vilkkä 2023: 152.)

Pyrimme monipuolistamaan hakuamme saadaksemme enemmän opinnäytetyöhön sopivia tuloksia ja lisäsimme hakusanoja ja lausekkeita kuten; “mentalization based therapy” OR “mentalization based treatment” OR mbt AND STEPPS OR “STEPPS program” AND “dialectical behavior therapy” OR dbt OR “dialectical behaviour therapy” AND “cognitive behavioral therapy” OR cbt OR “cognitive behavioural therapy” AND “transference focused psychotherapy” AND “psychoeducational intervention” OR “psycho education” OR psycho-education AND “commitment*” OR “adherence*” AND “care*” OR “treatment*” OR “engagement*” OR “ministration*” OR “observation of*” OR “ordeal*” “awareness of*” OR “be faced with*” OR “perspicacity*” OR “live through*” AND “therapy*” OR “stewardship*” OR “nurture*” OR “trust*” AND “diagnostic*” OR

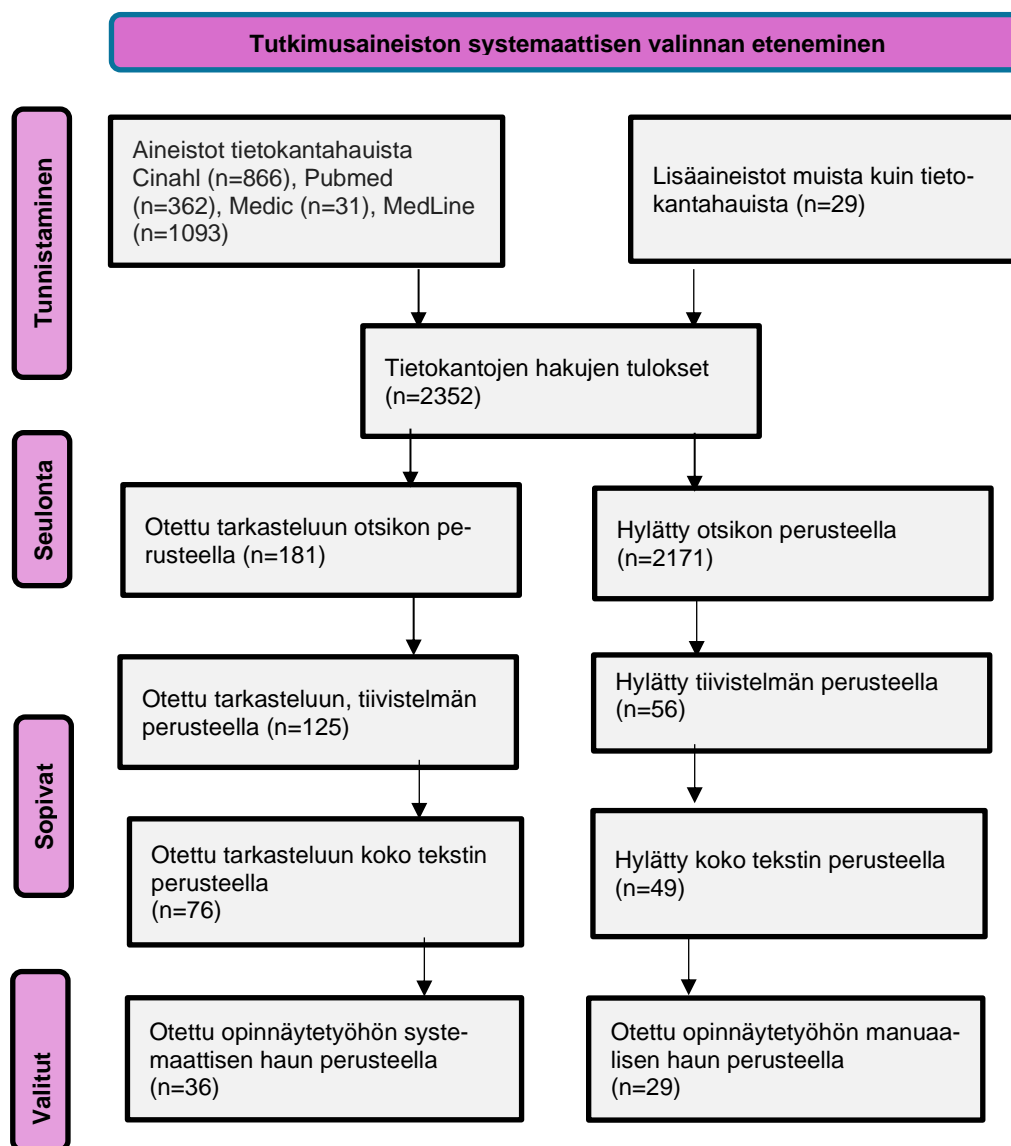
"characteristic*" OR "identifying*" AND "recognition*" OR "identification*" AND "transference focused psychotherapy" OR tfp AND "transference focused psychotherapy" OR tfp.

Neljän tietokannan kautta, käyttäen apuna erilaisia hakuja ja yhdistelmiä, saimme yhteensä 2352 hakutulosta. Artikkelit ja tutkimukset, jotka liittyivät johonkin somaattiseen sairauteen tai muihin persoonallisuushäiriöihin, eivät epävakaan persoonallisuushäiriöön tai sen hoitoon, jätettiin pois. Tässä huomiona kuitenkin se, että usein epävakaan persoonallisuushäiriön ohella potilaalla voi olla muitakin mielenterveyden häiriöitä.

Otsikot, jotka eivät vastanneet sisäänottokriteereihin jätettiin pois ja lähdettiin tutustumaan 181 tutkimuksen abstrakteihin. Abstraktin perusteella valittiin 125 tutkimusta, joihin lähdimme tutustumaan perusteellisesti. Perusteellisen tutustumisen kautta saimme yhteensä 37 artikkelia. Käytimme hyvin tarkkoja hakuja, jotta saisimme rajattuja aineistoja aiheeseemme sopiviksi, sillä tuloksia tuli satoja eivätkä niiden abstraktit liittyneet työhön.

Käytimme Prisma-kaaviota noudattaaksemme yksinkertaisesti kaikkia katsausprosesseja, erityisesti systemaattisen katsauksen aineiston haun ja valinnan prosessia. Hakuprosessia myös pyrittiin kuvaamaan konkreettisesti ja tarkasti läpi koko katsauksen (ks. kuvio 3). Hakuprosessi on yksi olennaisista osista tiedon luotettavuuden arvioinnissa, joten halusimme tuoda luotettavuutta paremmin esille kyseisen kuvion avulla. Teimme muistiinpanoja muutamaan erilliseen Word-asiakirjaan voidaksemme tarkistaa tarvittaessa erilaista tietoa. Tallensimme työpöytään tutkimuksia valmiiksi, jotta niitä ei tarvitsisi etsiä uudelleen tietokantojen kautta. (Vilka 2023: 67–68.)

Prisma-kaaviossa (ks. kuvio 3) eriteltyinä tarkemmin tehdyt valinnat. Tämän jälkeen kävimme vielä muutamaan otteeseen artikkelien tekstit läpi sisällön sopivuuden varmistamiseksi. Tiedonhakutaulukko on esitelty liitteessä 1.



Kuvio 3. Aineiston haku ja valinta.

Artikkelien kokotekstejä läpikäydessä oli tarpeellista lähteä mukailemaan tutkimuskysymyksiä kuvaamaan paremmin löydettyjä artikkeleita. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa työn tarkoituksena oli kartoittaa luotettavaa tutkimustietoa potilaiden kokemuksista epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta ja hoitoon sitoutumisesta. Emme löytäneet tutkimuksia potilaiden kokemuksista kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja STEPPS-ohjelmasta. Kyseiset terapiamuodot ovat kuitenkin yleisesti avattuna meidän opinnäytetyössämme.

Aiempien hakujen perusteella saimme vain kahdeksan sopivaa artikkelia, joten päätimme tehdä lisää hakuja käyttäen uusia hakusanoja ja lausekkeita. Kyseisten hakujen kautta löysimme uusia tutkimusartikkeleita ja jatkoimme siitä aineiston valintaan. Ai-

neistoa poissuljettiin kokotekstin perusteella väärän tuloksen, diagnoosin ja aiheen perusteella. Aineistot, joissa ei ollut potilaiden kokemuksia rajatiin pois. Jouduimme käyttämään myös muita potilaiden kokemuksiin liittyviä tutkimuksia, sillä muuten työstä olisi tullut liian suppea. Joitakin artikkeleita ei voitu ottaa työhön mukaan, koska kokotekstiä ei ollut saatavilla.

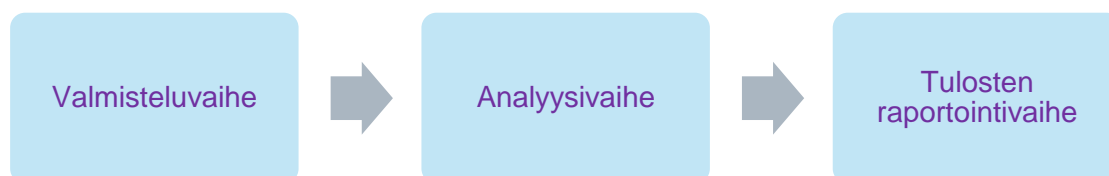
4.3 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsauksemme tulososion aineistoksi valittiin 20 tutkimusartikkelia, joissa on kuvattu epävakaan persoonallisuushäiriön keskeisiä käsitteitä, potilaiden kokemuksia hoidosta ja hoitoon sitoutumisesta. Näitä tutkimusartikkeleita löytyi Suomesta (Karpov 2018, Koivisto ym. 2021), Tanskasta (Andersen ym. 2020; Hestbæk ym. 2022), Yhdistyneistä kansakunnista (Bilderbeck ym. 2014; Barnicot ym. 2022; Gardner ym. 2019; Long ym. 2015; Lonargáin ym. 2017, Morris ym. 2014; Stapleton & Wright 2019), Kanadasta (Desrosiers ym. 2020; Vandyk ym. 2019), Australiasta (Lawn & McMahon 2015; Proctor ym. 2020; Mooney ym. 2023), Amerikasta (Tan ym. 2018; Ohlis ym. 2022), Norjasta (Moltu ym. 2023) ja Espanjasta (Romeu- Labayen ym. 2020). Opinnäytetyön liitteenä on taulukko (ks. liite 2) tutkimusartikkeleista, jotka avasimme tarkemmin otsikolla, tarkoituksella, tavoitteella ja aineiston keruu- ja analyysimenetelmällä, sisältäen keskeisimmät tulokset.

Käytimme erilaisia tutkimusartikkeleita saadaksemme monipuolista tietoa liittyen potilaiden kokemuksiin epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta. Kyseisissä artikkeleissa oli laadullisia tutkimuksia, semistrukturoituja haastatteluja, semistrukturoituja laadullisia haastatteluja, puolistrukturoituja haastatteluja, poikkileikkaustutkimuksia, verkkokyselyitä, fenomenologisia analyysejä ja temaattisia analyysejä. Tutkimukset oli toteutettu potilaiden näkemyksistä. Pyrimme jättämään pois ammattihenkilöiden ja vanhempien näkökulmat, koska tarkoituksena on tukea potilaita hoitoon sitoutumisessa.

4.4 Aineiston sisällönanalyysi

Analysoinnin tarkoituksena on lisätä informaatioarvoa ja tuoda sisältöä mielekkäästi, selkeästi ja yhtenäisesti tutkittavasta aiheesta. Analyysillä tuodaan selkeyttä ja luotettavuutta tehdyistä johtopäätöksistä aiheeseen liittyen. Analyysiprosessin (ks. kuvio 4) vaiheita on kolme. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122.)



Kuvio 4. Sisällönanalyysin päävaiheet (Elo ym. 2022: 5).

Valmisteluvaiheeseen kuuluu analyysiyksikön eli lauseen, ajatuksen tai episodin valinta ja aineistoon perehtyminen. Lähdimme siis valitsemaan episoddia ja perehtymään aineistoon. Analyysivaiheen induktiivisessa eli aineistoon pohjautuvassa osiossa asensimme tutkimuskysymykset vastaamaan alkuperäislähteiden valitsemista, pelkistämistä ja koodausta. Poimimme ja toimme esille käsitteet, aiheet ja ajatukset, joissa merkittiin tutkimuksen ja kysymysten osalta tärkeimpiä asioita. Aineiston sisältöä selkeytettiin numeroilla, kirjaimilla tai muilla merkeillä sekä ryhmiteltiin, luokiteltiin ja abstrahoitettiin eli muodostettiin yleiskäsitteeksi. Analyysivaiheen deduktiivisessa eli teoriaan pohjautuvassa osiossa kehitimme analyysijärjestyksen, pelkistämisen ja koodauksen, valitsimme aineiston analyysijärjestyksessä, muodostimme uusia luokkia ja nimesimme ne (ks. taulukko 6). Viimeisessä vaiheessa eli tulosten raportoinnissa, toimme esille käsittejärjestelmän, luokat, kategoriat ja asetimme tulokset vastakkain aikaisempiin tutkimuksiin. (Kangasniemi ym. 2013: 294; Elo & Kajula & Tohmola & Kääriäinen 2022: 219.) Analyysin teknisessä osuudessa aloitimme aineiston alkuperäisilmauksien pelkistämistä (Tuomi & Sarajärvi 2018: 114).

Aineiston redusoiminen tarkoittaa pelkistämistä, siinä analysoimme informaatiota eli tietoa. Lähdimme pelkistämään alkuperäisdataa karsimalla tutkimukselle epäoleelliset asiat pois. Etsimme tutkimuksista alkuperäisilmaukset (ks. taulukko 6) ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Listasimme pelkistetyt ilmaukset allekkain. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–123.)

Taulukko 6. Esimerkki pelkistetyistä ilmauksista ja alaluokista.

Alkuperäinen ilmaus	Käännös	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
"Fifty-two per cent of respondents (n=55/105) reported problems accessing services, most noting problems with waiting lists, services being too far away or having their concerns dismissed as not important or severe enough." (7: 514)	Yli puolet potilaista (52 %) ilmoittivat ongelmista palvelujen saatavuudessa, useimmat huomauttivat jonotuslistojen, kaukaisen sijainnin tai huolten siivuttamisten ongelmista.	Palveluissa koettiin ongelmia jonotuslistojen, pitkän matkavälin tai huolien siivuttamisen kanssa.	Palveluiden käytämisen haasteet
"Moreover, the participants experienced lengthy waitlists." (12: 760)	Lisäksi potilaat kokivat pitkiä jonotuslistoja.	Koettiin pitkiä jonotuslistoja.	

Valmisteluvaiheessa päätettiin analyysiyksikkö, joka on ajatuskokonaisuus, erillinen sana tai lause, joita erillisistä aineistoista valittiin. Työssämme analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus tai lause. Ajatuskokonaisuus muodostui useista lauseista ja vastasi mainittuihin tutkimuskysymyksiin. Yksi ajatuskokonaisuus saattaa tarkoittaa eri asioita, jotka antavat vastauksen tutkimuskysymykseen. (Elo ym. 2022: 219.) Ensimmäisessä vaiheessa tuotiin esille kirjoittajat, julkaisuvuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, kokoonpano, aineistonkeruumenetelmät, kohderyhmä, kuvaus, päätulokset sekä hyvät ja huonot puolet (Stolt ym. 2016: 30).

Pyrimme tekemään tarkan aukikirjoittamisen, joka on olennainen osa analyysin luotavuutta ja hahmottamista. Ennen kuin aloitimme aineiston analysointia, perehdyimme aineistoon tutustumalla siihen ja lukemalla se tarkasti läpi. Tämän perusteella tuli täysi kuva aineistosta ja se edesauttoi meitä analyysin aloittamisessa. Tässä vaiheessa tarkistimme ja korjasimme tutkimuskysymyksiä moneen kertaan ja pohdimme, pystyikö niihin vastaamaan aineiston perusteella. (Elo ym. 2022: 220.) Halusimme etsiä ja poimia tarkkoja tutkimusartikkeleita, jotka liittyivät potilaiden kokemuksiin epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta ja hoitoon sitoutumisesta. Lähdimme tutkimaan erilaisia tietolähteitä ja tietokantoja, kuten Duodecimia, Terveystietoa, Cinahlia, Medicia, Medlinea ja PubMedia. Käytimme tiedostoja, artikkeleita, tutkimuksia ja asiantuntijoiden lausuntoja tietokantoja. Analyysimenetelmänä käytimme induktiivista eli teorialähtöistä toimintatapaa, koska tarkoituksena oli perehtyä potilaiden kokemuksiin ja mielikuvaan määrittämättä ennakkoluuloja kokemuksiin ja mielleyhtymiin liittyen. (Kananen 2017: 69.)

Toisessa vaiheessa luimme ja perehdyimme aineistoon, teimme merkintöjä eli koodausta ja muodostimme luokkia sekä kategorioita. Tarkoituksena oli löytää tutkimuksista samankaltaisuuksia ja poikkeavuuksia, ryhmitellä ja vertailla niitä keskenään ja lopuksi tehdä tulkintaa. Perehdyimme tarkasti tuloksiin ja johtopäätöksiin tiivistämällä pääasiat. (Stolt ym. 2016: 31.) Aineistolle esitettiin tutkimuskysymykset ja valittiin aineistosta analyysiyksikköön sopivat ilmaisut, jotka antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Laatiessamme pelkistettyjä ilmaisuja tutkimusten sisällöstä pyrimme olemaan tekemättä omia muutoksiamme ja tulkintojamme. Varmistimme, että kaikki ilmaisut tulevat mukaan analysointiin ja kävimme aineistoa läpi useampaan kertaan. Koodauksessa tehtiin jäsenteleviä merkintöjä ydinasioita kuvaamaan. Koodaus on auttanut saamaan tuntuman aineistoon ja tuottamaan kokonaisuuden analyysin alkuvaiheessa. Työssä lähdettiin jäsentelemään aineistojen ydinasioita yliviivaamalla kaikki tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut ja hylkäämällä kaikki epäolennaiset ilmaisut ja tiedot, jotka menivät tutkimuskysymysten ohi. (Elo 2020: 220.)

Kolmannessa vaiheessa muodostettiin iteratiivisesti eli toistuvan vertailun avulla löytyneistä poikkeavuuksista ja samankaltaisuuksista johdonmukaista lopputulosta eli synteesiä. Tutkimustuloksista koostettiin esittäen kokonaiskuvaa ja tuotiin esille poikkeavat tulokset. (Stolt ym. 2016: 31.) Aineistoa ryhmiteltiin eri aihepiirien mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2018: 105). Luokittelussa ja ryhmittelyssä vertailtiin pelkistettyjä ilmaisuja ja etsittiin eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Alaluokkien nimet kuvattiin tarkasti ja konkreettisesti. Mahdolliset päällekkäisyydet tarkistettiin, jotta alaluokissa olisi samaa tarkoittavat asiat, eikä toiseen alaluokkaan kuuluvat. Alaluokkia vertailtiin keskenään ja yhdistettiin muihin alaluokkiin, joissa oli samoja asioita sisältäviä tekstejä. Ne yhdistettiin edelleen keskenään yläluokkiin. Yläluokille annettiin omat nimet ja analyysin etene mistä tarkasteltiin eri vaiheissa palaamalla alkuperäiseen aineistoon (ks. taulukko 7). Analyysin tiivistä kokonaisuutta tuotiin esille kuviodien ja taulukoiden avuin. Tutkimuskysymysten perusteella tuloksista muodostettiin kaksi pääluokkaa, liittyen potilaiden kokemuksiin hoidosta ja hoitoon sitoutumisesta. (Elo 2020: 220–221.)

Taulukko 7. Analyysin pääluokkien, yläluokkien ja alaluokkien esimerkki.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Oireet Altistavat tekijät Elämänlaatua heikentävät tekijät	Epävakaan persoonallisuushäiriön oirekuva Epävakaalle persoonallisuushäiriölle altistavat tekijät Epävakaan persoonallisuushäiriön käsitteet	Epävakaata persoonallisuushäiriötä
Palvelujen käyttämisen haasteet Hyvät ja huonot kokemukset terapeutin tapaamisista	Palvelujen saatavuus Hoitotyön ammattilaiset	Potilaan kokemuksia epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta
Hoitoon sitoutumiseen ja lopettamiseen vaikuttavat tekijät Diagnoosin tunnistamisen hyödyt ja haitat	Hoidon noudattaminen Epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistamisen vaikutus sitoutumiseen	Potilaiden sitoutuminen hoitoon

Pelkistettyjen ilmaisujen (n = 56) ryhmittely kokonaisuudessaan alaluokkien (n = 21), yläluokkien (n = 14) ja pääluokkien (n = 2) alle on esitetty opinnäytetyön liitteessä (liite 3).

5 Tulokset

Tulokset ovat kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimuksista systemaattisella analyysillä löydetyt vastaukset (Vilka 2023: 153). Tuloksista tuli esille kaksi pääluokkaa: potilaiden kokemuksia hoidosta ja potilaiden kokemuksia hoitoon sitoutumisesta. Esittelemme alempana tuloksia pääluokittain, yläluokittain ja alaluokittain. Opinnäytetyöhön poimitut tutkimusartikkelit on numeroitu (liite 2) taulukossa ja saatuja tuloksia esittelemme viitaten näihin numeroihin.

5.1 Potilaiden kokemukset ja tuen merkitys

Useimmat potilaat kokivat enemmän negatiivisia kuin positiivisia kokemuksia hoitoon ja hoitavaan henkilökuntaan liittyen. Potilaat toivat esille hoitohenkilökunnassa esiintyvää stigmaa epävakaista henkilöitä kohtaan, liian pitkiä jonotusaikoja, epäjohdonmukaisuutta hoitopolussa, tyyliä kohtaamista ja vanhempien tuen puuttumista hoidossa. Hyviä kokemuksia tuotiin esille arvostavasta ja empaattisesta kohtaamisesta, vertaisten

tuesta, hoitokontaktin sujuvuudesta, toivon antamisesta ja rauhallisesta esivalmistelusta ennen hoidon aloittamista edesauttaen kokonaisvaltaisen hoidon tukemista. Alempana avattuna pääluokat, yläluokat ja alaluokat (ks. kuvio 5).

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
<ul style="list-style-type: none"> • Palveluiden käyttämisen haasteet • Hyvät ja huonot kokemukset terapeutin tapaamisista • Hoitajien epäkunnioittava asenne • Psykoedukation hyödyt • Mentalisaatioterapiasta saadut hyödyt • Skeematerapiasta saadut hyödyt • Luottamuksen merkitys • Turvallisen olon muodostaminen • Vertaistuen hyödyt • Itsetietoisuuden kokeminen ja sisäistäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Palvelujen saatavuus • Ammattilaisten tuki • Dialektinen käyttäytymisterapia • Psykoterapia • Psykoedukaatio • Mentalisaatioterapia • Skeematerapia • Luottamus ja turvallisuus • Ryhmäterapia ja vertaistuki • Itsetietoisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden kokemuksia epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta

Kuvio 5. Potilaiden kokemukset hoitoon ja hoitohenkilökuntaan liittyen.

5.1.1 Palvelujen saatavuus

Tutkimuksissa tuli esille palvelujen huono saatavuus, mikä aiheutti tyytymättömyyttä potilaissa (16: 677; 20: 760–761). Tutkimuksissa palvelujen saatavuuteen vaikuttivat liian kaukainen sijainti, hintavuus ja pitkät jonotuslistat. Lisäksi saatavuuteen vaikuttivat potilaiden merkityksettömien tai ei-tarpeeksi vakavien huolten tyrmääminen. (9: 514.) Potilaat kokivat väsymystä hoitohenkilökunnan vaihtuvuudessa ja uuden terapeutin etsimiseen. Maaseutualueille toivottiin kokeneempaa ja koulutettua henkilökuntaa sekä psykiatristen sairaanhoitajien parempaa perehdyttämistä epävakaan persoonallisuushäiriön välittömästä hoidosta. Potilaat kokivat elämänlaadun paranemista ja sairaalahoitolta välttymistä, kun heillä oli saatavuutta psykiatreihin, varaa lääkkeisiin ja hyvät yhteydet hoitajiin. (16: 677.)

Hoidon saatavuuden vaikeus vahvistui osastohoidon kohdalla. Lawnin ja McMahonin (2015) tutkimuksessa potilaista 57,4 % ei saanut hoitoa tilojen niukkuuden vuoksi ja koska potilaiden vointi ei ollut tarpeeksi paha. Hoidotta jäänti sairaalassa aiheutti potilaissa muun muassa ahdistusta, turhautumista, masennusta ja itsetuhoisuutta. (9: 514–

515.) Itsensä vahingoittamisen jälkeen potilaista 48,3 % haki apua lääkäriltä ja noin 40 % potilaista haki apua psykiatrilta, psykologilta tai hoitajalta (9: 517).

Potilaat ilmaisivat helpotusta päästessään itsetuhoisena sairaalan osastolle. Tämä edesauttoi sitä, että itselleen haitalliset välineet, kuten taskuveitsi ja ylimääräiset pillerit vietiin pois. Potilaiden parempaan elämänhallintaan vaikutti, jos osasto oli rakennettu siten, että siellä oli kahvitaukoja ja ruokailuaikoja. Tieto siitä, että osastolle pääsi tarvittaessa uudestaan muutamaksi viikoksi, auttoi potilaita selviytymään kriisistä kotona. (18: 453.)

Potilaiden kertoman mukaan johdonmukaisuutta ei ole juuri koskaan ja lääkärit vaihtuvat jokaisella kerralla. Tämä toi potilaille tunnetta siitä, että menisi ikään kuin vieraan ihmisen luokse eikä se edesauttanut ollenkaan toipumista. Potilaat olisivat halunneet nähdä saman lääkärin jokaisella kerralla, koska heitä uuvutti samojen asioiden toistuva selittäminen. Koettiin, että lääkäreiden pitäisi nähdä potilaita 1–2 viikon välein nähdäkseen onko lääkkeitä ollut apua ja antaa numeroita, joihin potilaat voivat soittaa, jos he haluavat puhua jonkun kanssa. Näin eivät lääkärit kuitenkaan tehneet. (2: 236.)

5.1.2 Ammattilaisten tuki

Hoitohenkilökunnan kanssa koettiin niin negatiivisia kuin positiivisia hetkiä. Proctorin ja muiden (2020: 675) tutkimuksessa potilaat nostivat esiin koettuja negatiivisia vaikutuksia itsessään epäkunnioittavan kohtelun myötä. Potilaat kokivat syrjintää ja hoidotta jäämistä hoitohenkilökunnan toimesta epävakaadiagnoosin vuoksi ja kokivat, ettei heitä otettu vakavasti heidän hakiessa apua (9: 513; 20: 761). Potilaiden kertoman mukaan useiden ongelmien esittämisen yhteydessä eivät hoitoammattilaiset ole tienneet mitä tehdä, joten loppujen lopuksi kriisissä olevia potilaita oli jätetty oman onnensa nojaan. Eräs potilas oli kertonut olleensa epäasiallinen yhteen otteeseen. Tämän jälkeen hoitaja oli sanonut, ettei aio enää työskennellä kyseisen potilaan kanssa. (13: 253.)

Potilaita mitätöitiin heidän ehdottaessaan epävakaata persoonallisuushäiriötä diagnosikseen. Sitä ei pidetty ”oikeana” mielenterveyshäiriönä. Hoitohenkilökunnan asenne fyysisten terveysoireiden huomioimisessa jäi halveksuvaksi, kun päästiin käsiksi mielenterveysdiagnoosiin. Myös nuorempia potilaita ei otettu vakavasti heidän ikänsä vuoksi. (16: 675.) Keskustelutilanteissa potilaat kokivat, että hoitajilta puuttui herkkyyttä ja potilasohjausta heidän altistuessaan traumalle. Potilaiden olotilaa huononsi, kun puhuttiin vaikeista asioista ilman kunnollista asiantuntijuutta aiheesta. (16: 675–676.)

Potilailla oli kokemuksia siitä, etteivät hoitajat ottaneet heitä tarpeeksi huomioon, jos heillä oli turhautuneisuuden ja yksinäisyyden tunnetiloja. Paniikin lisääntyessä koettiin, ettei saatu tukea ja palautetta. Itsetuhoisten ajatusten keskellä toivottiin välittävää ihmistä lähelle, joka kuuntelee, eikä välitetty siinä vaiheessa, että oliko kuuntelija koke-maton vai ei. Mielenterveyden ammattilaisten koettiin olevan kiinnostuneempia itsetuhoisen käyttäytymisen suojelemisesta, kuin kiinnittämään huomiota siihen mikä seikka on aiheuttanut itsetuhoisuuden. Tunneongelma-asioissa potilaat kokivat, että hoitajat ohjasivat heitä hakemaan asiantuntijan apua psykologilta. (18: 452.)

Terapeuttien kanssa potilaat kokivat, ettei heidän hoitoonsa liittyviä huolia kuunneltu eikä hyväksytty, kun potilaat halusivat keskeyttää hoidon heille pätevistä syistä. Terapiatilanteissa terapeuttien usein käyttämiä reflektioivia kysymyksiä pidettiin teeskentelevinä ja toivottiin lisäkysymysten esittämisen lopettamista. (1: 624.) Ryhmätapaamisissa koettiin, etteivät terapeutit kunnioittaneet potilaiden rajoja ja potilaita usein keskeytettiin kesken puheen (6: 7). Toisaalta terapeutteja kuvailtiin muun muassa empaattisiksi, johdonmukaisiksi, älykkäiksi ja kannustaviksi. Hyvässä terapiasuhteessa potilaat tunsivat emotionaalista yhteyttä terapeuttiin ja kokivat saavansa tukea. Ryhmäterapeutteja kuvailtiin myös avuliaiksi, tuomitsemattomiksi ja asiallisiksi. (19: 12; 5: 577.)

Potilaat kokivat terapeutissa erinomaisuutta, jos hän ei kaunistellut asioita ja kertoi kuinka asiat ovat. Terapeutti auttoi ymmärtämään, miksei potilas halunnut tulla terapiaan ja mistä kyseinen tunne johtui. (3: 217.) Potilaat kokivat toisaalta, että heille kerrottiin jatkuvasti siitä, kuinka epävakaa persoonallisuushäiriön vuoksi heidän tulkintansa olivat aina väärinä. Potilaat kuvailivat rajoitteisuuden tunnetta, joka pahensi entisestään itsensä vahingoittamista. Koettiin myös, että terapeutit eivät ymmärtäneet potilaita, ja toivottiin, että dialektinen käyttäytymisterapia olisi auttanut potilaita, eikä terapeutti olisi noudattanut pelkästään oppikirjan tietoa. (3: 221.) Eräs potilas oli kertonut, että vaihtaessaan psykiatria toiseen, oli uusi psykiatri kertonut, ettei potilaalla ollutkaan psykoosia. Psykiatri oli myös mitätöinyt muiden mahdollisten diagnoosien olemassaolon ja potilaan mielestä psykiatri keksi kuin tyhjästä sen, että hänellä oli epävakaa persoonallisuushäiriö. (13: 252.)

Potilaat kokivat psykologien ja psykiatrien auttavan eniten heitä ymmärtämään tunteitaan (9: 515). Psykiatria suosittiin lääkärin sijaan, koska tapaamisiin mahtui enemmän aikaa ja keskustelua (16: 675). Vandykin ja muiden (2019: 761) tutkimuksessa potilaat ehdottivat terveydenhuollon parantamiseksi hoitohenkilökunnan sivistämisen jatkamista epävakaa persoonallisuushäiriöön ja sen hoitoon liittyen.

5.1.3 Dialektinen käyttäytymisterapia

Eräs potilas koki dialektisen terapian olevan ainoa paikka maailmassa, jossa hän tunsi tulleensa ymmärretyksi. Hänen ei tarvinnut selittää asioita sellaisille ihmisille, jotka eivät häntä ymmärtäneet. Terapiassa potilas loi suhteen psykologiin ja koki psykologin tuntevan potilaan paremmin kuin potilas itse itsensä. Potilas koki myös terapeutin sopivan hänelle täydellisesti, koska terapeutti oli jämäkkä potilaan kanssa, eikä tarjonnut oikoteitä, mikä tuntui potilaasta hyvältä. (15: 417.)

Potilas ajatteli voivansa olla ylpeä itsestään, jos hän jaksaisi käsitellä itsetuhoisuutensa pahimpia hetkiä 10–20 minuutin ajan vahingoittamatta itseään. Potilas ei halunnut tuottaa terapeutilleen pettymystä, vaan halusi kehua itseään seuraavalla tapaamisella. Muiden ikätoverien tapailu vahvisti toisen potilaan kohdalla tunnetta siitä, ettei ole yksin ja on muitakin, jotka tuntevat samalla tavalla. Terapiassa potilaat antoivat toisilleen vinkkejä ja vaihtoivat keskenään ajatuksia. (15: 418.)

Dialektinen käyttäytymisterapia auttoi potilaita olla tuomitsematta itseään. Nähdessään maailman synkkänä ja ollessaan täynnä vihaa oli potilaiden vaikeaa olla tuomitsematta itseään. Tuomitsemattomuuden kautta he kokivat pystyvänsä hengittämään jälleen ja tuomitsemattomuuden käsite muutti monen potilaan elämän. He tunsivat ikään kuin opettelevansa ajamaan autolla. Potilaat kokivat saavansa runsaasti apua, siitä lähtien kun hoito alkoi. Kaikki tuntui menevän heidän elämässään paljon paremmin, mutta potilaat kokivat romahdusta, kun he eivät kyenneet enää jatkamaa hoitoa. Potilaat toivoivat, että hoito olisi jatkunut siihen saakka, kunnes vointi olisi ollut vakaa. (15: 419.)

5.1.4 Psykoterapia

Potilaat kokivat, että hoitajan näyttämät tekniikat itsensä vahingoittamisen estämiseksi eivät aluksi toimineet kovinkaan hyvin. Myöhemmin kuitenkin huomattiin, että tekniikat toimivatkin, ja estivät pitkäaikaisesti itsensä vahingoittamista, vaikka prosessi olikin vaikea. Ryhmässä olemista koettiin alussa vaikeiksi, mutta mukavuuden tunne lisääntyi ajan saatossa. Mukavuuden tunnetta edesauttoi samojen kokemusten jakaminen potilaiden kesken. Ryhmäterapiassa oleminen koettiin työskentelyä sen parissa, mitä tällä hetkellä tapahtuu. (17: 872.)

Psykoterapian loppumisen jälkeen sen koettiin antavan potilaille useita työkaluja ja oikeaa suuntaa valmiimpaan asenteeseen elämää kohtaan. Potilaita hämmästytti psykoterapeuteilta saatu huolenpito, tietoisuus ja kouluttautuneisuus, jotka mahdollistivat toimimisen tapahtumista. Perheille annettu seminaari koettiin hyödyllisenä ja auttavan omaisia puhumaan erilaisemmista näkökulmista potilaiden kanssa. Esimerkiksi dissosiativisessa kriisissä, johon liittyi itsensä vahingoittamista, omaiset kykenivät hoitamaan tapahtuman tehokkaasti. Psykoterapian vahvuutena koettiin potilaita kohtaan osoitettua kiinnostusta. (17: 873.)

Psykoterapeuteissa arvostettiin sitä, että he muistivat potilaiden kertomia asioita usean kuukauden takaa. Potilaat kokivat, että he saivat psykoterapeuteilta empatiaa, eivätkä psykoterapeutit olleet tuomitsevia ja että heitä kohtaan osoitettiin ymmärrystä. Myös kuunnelluksi ja huomioiduksi tulemistä arvostettiin. Patoutuneiden ajatusten kohtamista kuvailtiin helpommaksi niiden sanoittamisen jälkeen, koska siten ne menettivät tehoansa. Tämän jälkeen psykoterapeutin kanssa etsittiin yhdessä ratkaisua murheisiin. (17: 873.)

5.1.5 Psykoedukaatio

Potilaat kuvailivat tulleen tarkoiksi siitä, mitä he tuntevat ja miksi he tuntevat niin. Itseensä suhtautumista auttoi, kun kuvitteli itsensä suhtautuvan pieneen lapseen tai vauvaan. Tämän kautta potilaat kysyivät itseltään, miksi heillä oli huono olo, oliko heillä nähläntunnetta, tuntuiko jokin asia epämuikavalta, tunsivatko he kipua ja niin edelleen. Kyseisistä asioista tietoiseksi tuleminen koettiin hyvin hyödyllisenä. (8: 1040.) Psykoedukaatioryhmässä olemisen kautta saatiin erilaisempia näkemyksiä, joiden kautta korjattiin niistä vääristyneempiä versioita. Potilaat kokivat oivalluksia havaitessaan, että samankaltaisia skeemoja ja selviytymisstrategioita voitiin hyödyntää itsensä lisäksi myös muiden potilaiden kohdalla. Muutoksena koettiin suhteiden paranemista muihin. (8: 1041.)

Psykoedukaation kautta potilaat kokivat, että ahdistusta pystyi analysoimaan paremmin, eikä tullut tunnetta siitä, että olisi tarve tehdä jotain. Koettiin myös, ettei ahdistus ollut enää niin lamauttavaa. Asioiden tekeminen onnistui ahdistuneenakin, eikä potilaille tullut koko maailman kaatumisen tunnetta. (8: 1041.) Anteeksipyyttämisen koettiin helpottuneen ja potilaat saivat enemmän rohkeutta anteeksipyyttämiseen sekä omien virheiden myöntämiseen (8: 1042).

Psykoedukaation koettiin avaavaan ja uudelleen herättävän suljettuja ja unohdettuja lapsuuden muistoja (8:1042). Potilaat sisäistivät paremmin sitä, ettei epävakaan persoonallisuushäiriön puhkeaminen ollut heidän syytänsä ja sille oli olemassa looginen syy. Potilaat havaitsivat, että tietynlaiset käyttäytymismallit olivat muodostuneet lapsuuden aikana, kun he yrittivät kompensoida kokemiaan asioita. Itselle anteeksiantaminen oli helpompaa, kun tietoisuus omista käyttäytymismalleista lisääntyi. (8: 1042.)

Psykoedukaation kautta havainnoitiin, että potilaat näkivät itseään ensimmäistä kertaa peilissä sellaisena kuin he olivat. Tämä lisäsi kasvavaa tunnetta siitä, että itsestään oli pidettävä parempaa huolta, esimerkiksi lopettamalla tupakoinnin. (Koivisto ym. 2021: 1042.) Potilaat kokivat, että psykoedukaatio auttoi heitä ymmärtämään itsessään kulkevia ajatusmalleja. Asioiden järjesteleminen mielessä oli helpompaa. Kun havainnoitiin erilaisia "minätiloja", ymmärrettiin, etteivät rankaisevan vanhemman äänet olleetkaan potilaiden omia ääniä. Potilaat totesivat, ettei kyseisiä ääniä tarvitse kuunnella enää ja tähän auttoi se, että potilaille tuli enemmän tietoisuutta. Muutosta edisti se, kun otti etäisyyttä itselleen kuulumattomaan osaan. (8: 1043.)

Kokemusten validoimisen tunnetta eli hyväksyntää tai todesta ottamista lisäsi se, jos potilailla oli samanlaisia kokemuksia keskenään. Potilaat eivät enää uskoneet, että omat kokemukset olivat kuviteltuja, vaan aitoja elettyjä kokemuksia. Muiden potilaiden kanssa jaetut kokemukset antoivat potilaille enemmän motivaatiota tehdä asioita, jotka olivat aiemmin jääneet tauolle. Toisaalta koettiin, että itselleen vaikeiden asioiden esilletuominen ei edistä paranemista vaan tekee päinvastaista vaikutusta ja saa vain vetäytymään enemmän. (8: 1044.) Koettiin myös, että ryhmässä läpikäydyt asiat estivät potilaita olemaan omia itsejään, ja näin ollen potilaat toivat esille muokattua versiota itsestään. He turvautuvat vanhoihin selviytymisstrategioihin, koska kokivat, että oli helpointa olla olematta oma itsensä. (8: 1045.)

5.1.6 Mentalisaatioterapia

Mentalisaatioterapia koettiin pääosin haastavana, ennakoimattomana ja aikaa vievänä, mutta myös positiivisena ja auttavana kokemuksena (10: 16; 1: 619; 6: 1–5). Potilaat oppivat näkemään maailmaa positiivisemmassa valossa mentalisaatioterapian kautta (10: 16).

Mentalisaatioterapiaryhmää pidettiin intensiivisenä ja vaikeana, kokemus jatkui lähes koko terapian ajan. Mentalisaatioterapian tarkoitusta ei ymmärretty ja suosittiin mieluummin yksilötapaamisia. (10: 19.) Ryhmätapaamisissa koettiin vaikeutta avautua, ja epäiltiin, joutuvatko potilaiden jakamat kokemukset ulkopuolisten kuuloille (10: 19–20). Potilaat kokivat, että ryhmätapaamisissa aiheet vaihtuivat liian nopeasti, ja tämän vuoksi potilaiden ongelmia ei otettu vakavasti. Epämukavuutta ja paineita aiheutui, kun potilailta kysyttiin samoja kysymyksiä useaan otteeseen ja vastauksia pyydettiin avaamaan enemmän. (1: 624.)

Gardnerin ja muiden (2019: 577) tutkimuksessa potilaat kokivat saavansa diagnoosiaan paremmin hallintaan. He tunsivat samaistuvansa epävakaa persoonallisuushäiriön termistöön, kuten “kaikki tai ei mitään” ja “älä koske minuun, pidä minua lähellä”. Potilaat alkoivat myös käyttämään mentalisaatioterapian sanastoa, kuten “validointi” eli todesta ottaminen ja “tunteensiirto” eli siirretään ikävät tunteet hetkellisesti taka-alalle. Terapeuttisuhdetta pidettiin tärkeänä niin yksilö- kuin ryhmätapaamisissa. Terapeutissa pidettiin tärkeinä piirteinä empaattisuutta, luotettavuutta ja johdonmukaisuutta. (5: 577.) Myös luottamuksen kasvattaminen ja turvallisen olon luominen ryhmän jäsenten kanssa oli potilaille välttämätöntä (10: 20).

Lyhytkestoisessa mentalisaatioterapiassa potilaat olivat lähtökohtaisesti suosineet pidempää terapiahoitoa, mutta huomasivat hoidon loputtua, että heillä oli erinomaista kehittymistä lyhyemmälläkin hoidon kestolla. Potilailla tuli silti huolta tulevaisuudesta ja omillaan pärjäämisestä. Koettiin, että lyhyessä mentalisaatioterapiassa ei riittänyt aika trauman kunnolliseen käsittelyyn. Luottamusta terapeutteihin ehti muodostumaan tarpeeksi vasta hoidon loppupäässä. Potilaat toivoivatkin enemmän yksilötapaamisia pidennettyjen ryhmätapaamisten sijasta, koska he kokivat, että heillä oli enemmän mahdollisuuksia yksilötapaamisissa avata pitkiä kertomuksia historiastaan. Potilaat olivat tyytyväisiä kuitenkin suljettuun terapiaryhmään. Ryhmän jäsenet pysyivät samoina koko terapian ajan, eikä ryhmän keskeyttäneitä korvattu uusilla potilailla. Tämä mahdollisti sen, että potilaiden oli helpompi tuntea olonsa turvalliseksi ja sitä kautta avautua paremmin. (6: 4–5.)

5.1.7 Skeematerapia

Tanin ja muiden (2018: 1–8) tutkimuksessa skeematerapia auttoi potilaita ymmärtämään itseään sekä tunnistamaan ja hallitsemaan tunteitaan paremmin. Potilaat kokivat, että skeematerapia helpotti ymmärtämään heidän sisäisiä prosessejaan samalla kun

potilaat yrittivät ymmärtää ongelmiaan ja reaktioitaan tietynlaisiin tilanteisiin. Ennen skeematerapiaa potilaat reagoivat eri tilanteisiin esimerkiksi impulsiivisesti ja aggressiivisesti. Omien triggereiden tunnistaminen helpottui, itsetuhoisuus väheni ja epävaakaasta tilasta saatiin enemmän vastauksia. Potilaat saivat luotua uudestaan yhteyttä aiemmin suljettuihin tunteisiinsa ja pystyivät kohtaamaan tunteensa paremmin väistämisen sijaan. Lisäksi potilaat kokivat, että he pystyivät saamaan parempaa kontrollia lapsuudessa koettuihin, mieleen jääneisiin vaikeisiin tilanteisiin. Vaikka potilaat kokivat skeematerapian vaikeana, sisältäen traumojen uudelleen läpikäymistä ja omiin haavoittuviin puoliin tutustumista, potilaat kokivat tämän kaiken siitä huolimatta välttämättömänä ja hyödyllisenä.

Potilaista 61 % koki skeematerapian tehokkaammaksi kuin muut terapiamuodot. Potilaat kokivat, että skeematerapia menee syvemmälle tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen kuin esimerkiksi dialektinen käyttäytymisterapia. Skeematerapiaa pidettiin uhkaavana ja pelottavampana, enimmäkseen siksi, että potilaiden piti käydä läpi aiempia traumojaan ja olla haavoittuvaisia ryhmässä. Muiden terapiamuotojen sijasta skeematerapian koettiin parempana harjoitella terapiassa opittuja taitoja, tutkien ongelmien syytä ja selvittäen kuinka jatkaa eteenpäin. Potilaat kokivat, että skeematerapia ottaa jokaisen potilaan ainutlaatuiset tarpeet huomioon. (19: 8–9.)

Vaikka potilaat kokivat ryhmässä ulkopuolelle jäämistä ja turhautumista muiden edenneisiin prosesseihin, samanlaisten kokemusten jakaminen muiden potilaiden kanssa koettiin positiiviseksi aspektiksi. Potilaat uskoivat, että samanlaisten ihmisten seurassa oleminen loi sidettä ja ymmärrystä siitä, etteivät potilaat olleet yksin kokemiensa ongelmien kanssa. Silti 17 % potilaista koki jääneensä ulkopuolelle ja ettei heillä ollut mitään yhteistä muiden potilaiden kanssa. Potilailla tuli turhautumista ja ärsyyntymistä, kun he vertasivat omaa prosessiaan muihin. Toisaalta potilaita lohdutti, kun he kuulivat muiden potilaiden huonoista kokemuksista tai ponnisteluista. Naispotilaat kokivat epämiellyttäväksi miespotilaiden seurassa olemisen. Samaan aikaan miespotilaat kokivat vaikeuksia osallistua keskusteluihin, koska he pelkäsivät nöyryytetyksi tuloa ja vastakkaisen sukupuolen loukkaamista. Pidemmällä aikavälillä kuitenkin eri sukupuolten oleminen ryhmässä oli hyödyllistä, koska potilaat oppivat, että heillä voi olla sukupuolesta riippumatta samoja ongelmia. (19: 8–9.)

Potilaista 75 % koki, että niin yksilö- kuin ryhmäskeematerapia olivat välttämättömiä eriävyyksistään huolimatta. Ryhmäterapiassa kyettiin harjoittelemaan skeematerapiassa opittuja taitoja muiden potilaiden kanssa ennen kuin niitä kokeiltiin terapian ulkopuolella. Yksilöterapiassa oli taas mahdollista jakaa mielteitään ryhmässä koetuista

konflikteista ja keskustella arkaluontoisista aiheista syvällisemmin. Yksilöterapiaa suositettiin ja kysyttiin enemmän kuin ryhmäterapiaa. Terapiaharjoitukset koettiin tehokkaampana verrattuna vain aiheista puhumiseen. Potilaat pitivät mielikuvitusharjoituksesta, vaikka he kokivat ne aluksi vaikeiksi. Potilaista 61 % koki skeematerapian 2-vuotisen pituuden liian lyhyenä. Lisäksi potilaat kokivat, että tapaamiset kaksi kertaa viikossa olivat liian tiheällä aikavälillä. (19: 11–12.)

5.1.8 Luottamus ja turvallisuus

Terapiaryhmissä luottamusta muihin potilaisiin koettiin oleelliseksi osaksi hoitoa ja turvallisuuden tunne oli myös välttämätöntä. Potilaiden antama tuki antoi rohkeutta luottaa ryhmään ja jaettu kokemus epävakasta persoonallisuushäiriöstä auttoi potilaita myös kasvattamaan luottamusta. Keskusteleminen avoimesti omista ongelmista asetti potilaita haavoittuvaan asemaan. (10: 20–21; 19: 9.)

Tanin ja muiden (2018: 9–10) tutkimuksessa ryhmässä koetun luottamuksen ja turvallisuuden tunteen syntymiseen vaikuttivat ryhmässä olevien sukupuoli ja potilaiden välinen kemia. Muiden ryhmän jäsenten negatiiviset reaktiot potilaan jaetuista rehellisistä mielipiteistä aiheuttivat keskusteluista vetäytymistä ja rohkeuden menettämistä. Stereotyytit ja luottamuksen puute vastakkaiseen sukupuoleen aiheuttivat epämukavuutta ja vaikeutta keskustella herkistä, kuten seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista, kun ryhmässä oli sekä naisia että miehiä. Toisaalta pidemmällä aikavälillä potilaat huomasivat kokemusten yhteyden ja saivat vähennettyä epäluottamuksen ja stereotypian kitkaa, pitäen molempien sukupuolten läsnäoloa hyödyllisenä.

Lonargáin ja muiden (2017: 19–21) tutkimuksessa potilaiden luottamukseen ja turvallisuuden tunteeseen vaikuttivat ryhmän jäsenten vaihtumiset. Tämä hidasti potilaiden sopeutumista ryhmään. Luottamuksen rakentaminen ryhmässä oli hidaskäyttöprosessi, joka saattoi kestää kuukausia. Ryhmän jäsenten vaihtuvuus oli potilaiden mielestä häiritsevää ja rikkoi jo luotua luottamusta. Pienessä ryhmässä koettiin turvallisuutta enemmän, koska kyettiin puhumaan vapaammin (1: 626).

5.1.9 Ryhmäterapia ja vertaistuki

Potilailla oli enimmäkseen positiivisia kokemuksia muilta saadusta vertaistuesta. Tanin ja muiden (2018: 9) tutkimuksessa potilaat kokivat, että muiden epävakasta persoo-

nallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden seurassa oleminen mahdollisti potilaita ymmärtämään, etteivät he olleet yksin ongelmiansa äärellä. Positiivista kokemusta loi se, jos ryhmäterapiassa ryhmästrukturi pysyi samana koko hoidon ajan, eli ryhmän jäsenet eivät vaihtuneet kesken kaiken. Jaetut kokemukset toisten potilaiden kanssa toivat potilaille helpotusta. (6: 6; 5: 578.) Kun potilaat tunsivat olevansa psykiatrin, sosiaalipalvelujen ja vanhempien hyökkäyksen kohteena, he kokivat todella hyödylliseksi ryhmiin tulemisen ja erilaisten näkökulmien saamisen huolenaiheeseen, edesauttaen asioiden näkemistä realistisesti. Potilaat kokivat muiden antamat palautteet hyödyllisiksi, vaikka palautteet tuntuivat ajoittain epämukavilta. (3: 218.) Yhteys muihin epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastaviin potilaisiin antoi sellaista tukea, jota oli vaikeaa löytää muista ihmisistä (18: 452).

Potilaista osa koki oman tilanteensa olevan parempi muiden potilaiden tilanteeseen nähden. Heistä tuntui, ettei heidän tilanteensa ollutkaan yhtä huono, kuin miltä se oli vaikuttanut. Toisaalta potilaat kokivat, että heidän tilanteensa sai heidät tuntemaan itsensä huonommaksi ja heikommaksi. Potilaat pohtivat, että heidän tapoihinsa kuuluu sulkeutua ja olla puhumatta. (3: 222.) Potilaat kokivat helposti ulkopuolisuuden tunnetta ja yhteyden puuttumista muihin, jos potilaat olivat keskenään eri elämänvaiheissa. Vertaessaan omaa prosessiaan muiden edenneihin prosesseihin, potilaat kokivat turhautumista ja ärsyyntymistä. Potilaat kokivat ryhmäterapiassa myös, etteivät muut voineet samaistua vaikeisiin teemoihin, mikä loi ulkopuolisuuden tunnetta. (19: 9–10; 1: 625.)

5.1.10 Itsetietoisuus

Itsetietoisemmaksi (kykenee tunnistamaan itsensä yksilönä, joka on irrallaan ympäristöstä ja muista yksilöistä) tuleminen sai potilaat kiinnittämään huomiota omiin tunteisiinsa ja hidastamaan sekä ajatuksia että käyttäytymistä. Tunteen alkuperän ymmärtäminen auttoi potilaita muuttamaan tunnetta paremmin. (3: 220.) Potilaat kokivat, että heidän päänsä ja kehonsa olivat irrallaan toisistaan, eivätkä he löytäneet tunteilleen sopivia sanoja. Tuskan kokeminen todettiin niin sietämättömänä, että oli herkästi halua vahingoittaa itseään. Vihan tunnetta tunnistettiin, jos oltiin vihaisia. (12: 5.) Positiivista näkemystä itsestään oli vaikea hyväksyä, jos oli tottunut epävarmuuteen. Runsaan itsensä arvostelun yhteydessä koettiin, että muilta tarvittiin varmistusta useita kertoja päivän aikana. (12: 6.)

Tapaamisissa koettiin, että huonoja muistoja tuli mieleen, kun puhuttiin itseään läheltä menevistä asioista. Tämä saattoi johtaa dissosiaatio-oireiluun. Huonoista muistoista

puhuminen johti mahdolliseen häpeän tunteeseen, joka edelleen laukaisi halua vahingoittaa itseään. (3: 222.) Helpotuksen tunnetta oli esillä, kun häiriön ei koettu olevan yhtä paha kuin skitsofrenia. Potilaat ilmaisivat, että useat ihmiset eivät välttämättä ymmärrä epävakaata persoonallisuushäiriötä, vaan mitätöivät sitä ja ajattelevat sen olevan vitsi. (18: 452.)

Bilderbeckin ja muiden (2014: 236) tutkimuksessa potilaat kertoivat vain sanoneensa mieleen juolahtaneita asioita, luullen antaneensa mahdollisesti jossain vaiheessa väärää vastauksia. Kysyttäessä potilailta ajanjaksoista, jolloin heidän olonsa on ollut tavallista parempi, eivät potilaat ole käsittäneet mitä kyseisellä kysymyksellä haetaan. Potilaiden mielestä jokaisen elämässä on ollut aikoja, jolloin he ovat tunteneet olonsa paremmaksi tavalliseen verrattuna. Eräs potilas koki, että lääkäri syytti pelkästään vanhempia potilaan persoonallisuushäiriöstä. Toinen lääkäri oli taas avannut potilaalle merkityksellisempiä asioita itsensä ja käyttäytymisensä hahmottamiseen. (2: 236.)

Potilaat kuvailivat muutosta hitaana avautumisprosessina sitoutuessaan häiriönsä parantamiseen. Tietoisuutta harjoiteltiin omista toiminnoista ja omaa vauhtia hidastettiin. Vauhtia hidastamalla eli rentoutumalla ja tilanteita tiedostamalla kyettiin sitoutumaan uusiin taitoihin, jotka auttoivat irtautumaan triggeröivistä tilanteista. (14: 389.)

Koiviston ja muiden (2021) tutkimuksessa potilaat olivat kertoneet pystyvänsä nyt kuvailemaan kokemuksiaan paremmalla tarkkuudella ja tekemään niistä selkoa. Tapahtumaa kuvailtiin mentalisaatioksi. (8: 1040.) Tietoisuuden lisääminen nykyhetkeen oli auttanut erästä potilasta pitkäaikaisten itsemurha-ajatusten kanssa (8: 1041).

5.2 Potilaiden sitoutuminen hoitoon

Avasimme alempana (ks. kuvio 6) pääluokat, yläluokat ja alaluokat potilaiden kokemuksista hoitoon sitoutumiseen liittyen. Näillä luokilla pyrimme selkeyttämään ja helpottamaan asian ydintä ja auttamaan hahmottamaan mitkä pääseikat tutkimuksista tulivat esille.

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<ul style="list-style-type: none"> •Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät •Hoidon lopettamisen ennaltaehkäisyyn vaikuttavat tekijät •Diagnoosin saamisen hyödyt •Väärän diagnoosin saamisen haitat •Kokemukset hoitoon sitoutumisesta •Kokemukset hoidon tehottomuudesta ja hoidon lopettamiseen johtaneista syistä •Ehdotukset, joita mahdollista tarjota nykyisten resurssien puitteissa •Ehdotukset, jotka vaativat lain muuttamista, lisää resursseja ja kouluttautumista •Mentalisaatio terapian hyvät ja huonot puolet 	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnoosin vaikutus sitoutumiseen •Hoidon noudattaminen •Potilaiden sitouttaminen hoitoon •Potilaiden ehdotukset terveydenhuoltojärjestelmälle •Mentalisaatioryhmään sitouttaminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Potilaiden sitoutuminen hoitoon

Kuvio 6. Potilaiden kokemuksia hoitoon sitoutumisesta.

5.2.1 Diagnoosin vaikutus sitoutumiseen

Mooneyn ja muiden tutkimuksessa potilaiden oli vaikea uskoa diagnoosiaan ja olla samaa mieltä siitä. Tämän vuoksi hoidon hakeminen oli haastavampaa, ei haluttu uskoa omaan henkiseen sairauteen. Eräs potilas turvautui ongelmiansa salailuun, mikä viivästytti oikea-aikaisen avun saantia. Osa potilaista koki sisäistä kamppailua toipumisen suhteen. Heidän oli vaikea kuvitella elämää ilman intensiivisiä tunteita ja käyttäytymismalleja, joilla he ovat selvinneet vaikeista ajoista, heikentäen näin sitoutumista muutokseen. (14: 384.) Väärän diagnoosin saaminen vahvisti potilaiden uskon ja luottamuksen puutetta mielenterveyteen liittyvissä asioissa (14: 386).

Toisaalta epävakaa persoonallisuushäiriön diagnoosin saaminen loi potilaissa oivalluksen kokemusta ja lisäsi potilaiden tietoisuutta, rohkaisten heitä sitoutumaan erityishoitopalveluihin. Potilaat kokivat helpotusta ja saivat järkevämmän selityksen omille tunteilleen. (14: 386.)

5.2.2 Hoitosuunnitelman noudattaminen

Laajat tiedot osoittavat, että korkeampi ikä, naissukupuoli, naimisissa oleminen ja korkeampi koulutus lisäävät hoitomyöntyvyyttä. Mielensterveystpotilaiden huonolla hoitoon sitoutumisella on merkittävä vaikutus epäsuotuisiin hoitotuloksiin, kuten remission puutteeseen, lisääntyneeseen uusiutumisiin ja itsemurhakäyttäytymiseen. Lisäksi häiriintynyt ja epäsäännöllinen psykiatrinen hoito lisää osaltaan terveydenhuollon kustannuksia ja mielensterveysthäiriöiden maailmanlaajuista taakkaa. (7: 39.)

Mikä tahansa rakenteellinen ryhmä- tai yksilöohjelma, joka käy läpi sairauden moniulotteista näkökulmaa ja tarjoaa palvelua käyttäjille sekä hoitajille, tuki- ja hallintastrategioissa on avainroolissa hoitoon sitoutumisessa (11: 19).

Hoitoon sitoutumista määriteltiin läsnäololla ja aktiivisella osallistumisella sovittuun tapaamiseen. Henkilöiden riittävällä valmistumisella hoitoon on koettu apua hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon valmistautumista voidaan parantaa kehittämällä psykoedukaation intervention taitoja ja auttamalla potilasta käyttämään terapiaa parhaimmalla tavalla. (11: 20.) Implisiittisesti ryhmän toimivuudessa oli toivoa siitä, että psykoedukaatio persoonallisuuden häiriöstä auttaisi terapeuttista suhdetta ja hoitoon sitoutumista. Lisäksi vanhempien positiivinen käsitys hoidosta havaittiin vahvasti kävijämäärän ennusteseen. Longin ja muiden tutkimuksen mukaan aikuiset sitoutuvat hoitoon huonommin kuin nuoret. (11: 23.)

Analyysin perusteella eri tapahtumien tunnistaminen ennen hoidon keskeyttämistä ehkäisee komplikaatioiden syntymistä keskeyttämisprosessissa. Näitä sitoutumiskomplikaatioita tapahtuu hoidon aikana ja ne kehittyvät tietynlaiseen kolmivaiheiseen järjestykseen. Negatiiviset tunteet saattavat ilmestyä nuorilla ja vanhemmilla turbulenssi-vyöhykkeellä, jossa hoitoradat muokkautuvat epävakaisiksi. Tämä pistää ihmiset pohtimaan hoidosta vetäytymistä. (4: 8.)

5.2.3 Vanhempien läsnäolon vaikutus

Joillakin nuorilla ei ollut tarpeeksi taustatukea ja he joutuivat käymään hoidoissa yksin, koska heidän vanhempansa eivät antaneet tukea, eivätkä olleet sitoutuneita hoitoon. Eräälle nuorelle oli tämän seurauksena aiheutunut masennuksen ja avuttomuuden tunnetta, joka sai hänet lopettamaan hoidon, vaikka hän koki, että hoidosta olisi ollut apua ja se oli tärkeä ja tehokas toipumisen kannalta. Nuori koki olevansa hyvin pettynyt,

koska hänen äitinsä ei kysynyt miten terapiassa meni ja tokaisi, että hän on tarpeeksi vanha menemään hoitoon yksin. Nuori uskoi, että hoito olisi auttanut häntä paremmin, jos hänen äitinsä olisi osallistunut siihen enemmän. Näin sitoutuminen ja jatkohoito olisivat olleet varmempaa. Nuori tuli ryhmäterapiaan ilman äitinsä tukea, tämän seurauksena sitoutuminen hoitoon alkoi murentua, koska hän koki, ettei äiti halunnut tehdä enempää hänen hyväksi. Tämä johti hoidon lopettamiseen. (4: 10.)

Nuoren hoitoon sitoutumisen heiketessä oli joillakin vanhemmilla taipumusta syyttää asiasta ammattilaisia sen sijaan, että he olisivat tehneet yhteistyötä. Eräessä tapauksessa nuorelle oli annettu kuukauden koeaika, koska hän oli jättänyt tapaamisia välistä useita kertoja. Tämä oli ollut rajua hänelle. Vanhemmat ilmaisivat, että he luulivat ammattilaisten ymmärtävän tämän johtuvan mahdollisesti nuoren epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Vanhemmat kertoivat, etteivät uudet käyttäytymistavat kehity yhdessä yössä. Vastaavanlaisesti, jos vanhemmilla on heikko motivaatio, he saattavat vahvistaa nuoren häiritsevää asennetta, tullen näin kyseisen asenteen avunantajiksi terapeutin observoinnin mukaan. (4: 10.)

Nuorten käyttäytymismallit, kuten lääkeannoksen muuttamiset, asioista kertominen ystäville ammattilaisten sijaan tai ongelman piilottaminen totaalaisesti ovat lähestyviä merkkejä hoitoon sitoutumattomuudesta. Joskus huolissaan olevat vanhemmat käsittävät näitä käyttäytymismalleja merkkeinä itsenäistymisestä, mikä vääränlaisesti tasaa vanhempien huolta. (4: 10.)

5.2.4 Potilaiden sitouttaminen hoitoon

Alempana on esitetty konkreettisia esimerkkejä ihmisten kokemuksista sitoutumisen onnistumisesta aiemmin tehtyjen tutkimuksien ja haastattelujen mukaan. Käsitellään, mitkä keinot tai tavat ovat potilaille toimineet ja mitkä puolestaan saivat harkitsemaan hoidon lopettamista.

Eräs potilas myönsi itselleen, että terapeuteilla oli enemmän tietoa ja että hänen pitäisi sitoutua tähän prosessiin. Joustavuutta ja saavutettavuutta nähtiin tärkeinä asioina. Psykiatrin tai psykologin toimistossa istumisen sijaan esimerkiksi kotona tai kahviloissa tapaamista pidettiin rennompana vaihtoehtona. Lisäksi viikoittaiset terapiatapaamiset auttoivat potilaita keskittymään paremmin ja rakentamaan päivärutiinia. (14: 385–387.) Osallistujat totesivat myös, miten tärkeää on, että elämään kuuluu terve ja rohkaiseva

ihmissuhde, joka on merkittävä hyvinvoinnin edistämässä ja ylläpitämisessä (14: 391).

Eräs nuori koki, että se mikä sai hänet jatkamaan hoitoa, oli tunne siitä, että hänestä pidetään hyvää huolta. Hoito alkoi pyöriä heti ja asiat toimivat. Hän kokeili itsensä vahingoittamisen korvikkeena käyttää jäätä mieluummin ammattilaisten neuvojen mukaan. Kannustaminen oli auttanut motivoitumaan hoitoon ja saamaan hoitoa oikealle polulle. Silloin, kun ammattilainen sanoi, että ”Hienoa työtä! Kuusi kuukautta sitten et olisi reagoinut noin”, auttoi jatkamaan eteenpäin. Nuoret eivät välttämättä näe itse omaa edistymistään. (4: 8.)

Se, että ammattilainen ei ole tietoinen oman potilaan negatiivisista tunteista ja kokeemuksesta, liittyy heidän erilaisiin tulkintoihinsa ja näkemyksiin terapeuttisesta suhteesta, mikä puolestaan vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Nuoren kertoman mukaan hänen luottamuksensa ja suhteensa terapeuttiin horjui jo kuukausia sitten. Terapeutti itse taas kuvitteli suhteen olevaan hyvällä mallilla. (4: 8.)

Nuori ja hänen vanhempansa kuvailivat kuinka tuskallisten tunteiden ja muistojen jälleen kokeminen häiritsevät hoitoon sitoutumista, vaikka nämä ovat välttämätön osa terapiaa. Nuorta häiritsi mennä puhumaan omista ongelmistaan, koska se ei saanut häntä tuntemaan oloa hyväksi. Hän koki sen turhana, eikä halunnut mennä terapiaan. Vanhempien kertomaan mukaan tytär ei ollut valmis käymään kipeitä asioita läpi ja se sai hänet luopumaan hoidosta. On hyvinkin tavallista, että joillakin ihmisillä kestää jopa 50 vuotta avautua läpikäymistään asioista ja on vaikeaa myöntää, jos jokin asia ei toimi. (4: 9–10.)

Epäsäännöllinen osallistuminen hoitoon ja terapiaoihin johti hoidon keskeyttämiseen erään nuoren potilaan kohdalla. Potilas kertoi kaipaavansa ryhmiä ja hoitoja jo ennen, kuin hän lopetti tapaamiset terapeutin kanssa. Hoitoon sitoutumiseen ja hoidosta poistumiseen vaikutti se, kun potilaan äiti ei voinut viedä potilasta hoitoon, vaan potilaan oli kuljettava sen sijaan bussilla. Tämän lisäksi potilaalla oli kaksi vapaata päivää viikossa ja nämä vapaat päivät eivät sopineet terapeutin aikatauluun. Tämän komplikaation takia hoidosta tuli enemmänkin muodollisuus ja todellinen sitoutuminen jäi siihen. Tämän seurauksena nuoren hoito jatkui vain toissijaisten hyötyjen takia, kuten koulusta poistumisen vuoksi tai osoittaakseen vanhemmille tai viranomaisille osallistuvansa hoitoon. Lääkäri ja hoito olivat tämän takia hyödyttömiä sekä arvottomia ja lopulta johtivat hoidon lopettamiseen. (4: 10.)

5.2.5 Ryhmäterapia

Potilaiden keskuudessa todettiin, että tarjottu ryhmätyöskentelyn ohjelma on erittäin hyödyllinen, sillä se edistää yhteenkuuluvuuden tunnetta ja luottamusta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, sekä mahdollistaa vastaopittujen asioiden harjoittelua (14: 391).

Näin ollen Mooneyn (2023) tutkimuksen tulokset korostavat, että on yhtä tärkeää samanaikaisesti käsitellä sekä keskeisiä emotionaalisia kysymyksiä terapiassa että helpottaa sosiaalista yhteyden ja tuen luomista, kun pohditaan hoito- ja toipumisvaihtoehtoja ihmisille, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriötä ja samanaikaisia impulssitautihäiriöitä. (14: 391.)

5.2.6 Potilaiden ehdotukset terveydenhuoltojärjestelmälle

Potilaat esittivät useita konkreettisia ehdotuksia, sekä päivystyskäytön, että terveydenhuollon parantamiseksi yleisesti. Näihin ehdotuksiin sisältyivät terveydenhuollon ammattilaisten jatkuvaa koulutusta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siihen liittyvästä hoidosta, lisääntyneitä sosiaalista vuorovaikutusta ikätovereiden kanssa, jotka ymmärtävät heidän diagnoosinsa, käytettävissä olevien resurssien parempaa saatavuutta silloin, kun niitä eniten tarvitaan – erityisesti yön aikana; pääsyä itseohjautuvaan niin sanottuun "turvapaikkaan", jos on itsemurha-ajatuksia, ilman mahdollisuutta sairaalahoitoon tai poliisin osallistumiseen, mahdollisuuksia oppia ja harjoitella sosiaalisia taitoja, päivitettyä ja yhdistettyä luetteloa paikallisyhteisön resursseista sekä empaattista, tuomitsematonta hoitoa, joka tarjoaa vahvistusta ja ymmärrystä. (20: 5.)

Samanaikainen päihdehäiriö oli este palveluiden ja asianmukaisen terveydenhuollon saamiselle Vandykin ja muiden (2018) tutkimuksen osallistujilla. He halusivat hoitoa, joka vastasi sekä heidän mielenterveyteensä, että päihteidenkäytön huolenaiheisiinsa. He totesivat kuitenkin, että olemassa olevat palvelut olivat toisiansa poissulkevia, eivätkä pystyneet vastaamaan heidän tarpeisiinsa edistämällä näin heidän päivystyskäyttöään. Osallistujat kuvailivat vahvan yhteyden päihteiden väärinkäytön ja päihdehoitoon hakemisen välillä. Tämän vuoksi he kokivat tarvitsevansa palveluita, jotka olisivat joustavia ja yhteensopivia näiden toisiinsa liittyvien monimutkaisten ongelmien hoidossa. (20: 6–7.)

Myös tähän Vandykin ja muiden (2018) tutkimukseen osallistuneet kohtasivat pitkiä odotusaikoja palveluihin. Vaikka arvioidut odotusajat vaihtelevat lainkäyttöalueen mukaan, henkilöt, joilla on kiireettömiä mielenterveystarpeita, odottavat palveluita jopa kuukausia, eikä vain päiviä tai viikkoja. (20: 7.)

5.2.7 Mentalisaatioryhmään sitoutuminen

Lonargáinin ja muiden (2017) tutkimuksessa kuusi potilasta osallistui mentalisaatioon pohjautuvaan terapiaryhmään, johon jäseniä liittyi ja lähti jatkuvasti pois. Kaikki paitsi yksi henkilö kuvaili ryhmään liittymistä vaikeaksi ja häneltä kului runsaasti aikaa ryhmään asettautumiseen. Aluksi potilas piti oloansa hieman etäämmällä koska ryhmässä oli muita ihmisiä. Hänellä kesti noin kaksi kuukautta sitoutua ryhmään. Potilas oli kokenut tämän erittäin haastavana, koska hän tunsi "tunkeutuvansa" ryhmään. Hän kuitenkin tunsi toisaalta pystyvänsä sulautumaan yhteen muiden potilaiden kanssa salaamalla epävarmuutensa. Hän koki, että on helpompi kävellä ympäriinsä ajattelemalla ja toimimalla, kuin päästää jatkuvasti epävarmuutta ulos. (10: 7.)

Osallistujat olivat aluksi epävarmoja yksilöterapeuteistaan, mutta luottamusta syntyi hyvinkin nopeasti terapeuttien toimesta. Potilaat kuvailivat yksilöterapeuttiaan välittäväksi, sekä erityisen mukavaksi sen jälkeen, kun ensimmäiset tapaamiset oli pidetty ja potilaat olivat pystyneet avautumaan sekä keskustelemaan henkilökohtaisista vaikeuksistaan. Potilaat kamppailivat luottamuksen kanssa ja kokivat, että sitä oli rakennettava vähitellen ja ajan myötä. He kuitenkin kuvailivat henkilökohtaiselta terapeutiltaan oppimaansa keskinäisen luottamuksen tärkeyttä ja viittasivat siihen, että avoimuuden ja rehellisyyden edut olivat valaisevia terapian aikana. (10: 8.)

Potilaat pitivät yksilötapaamisia myös erittäin tukea antavina ja pystyivät ilmaisemaan henkilökohtaisia vaikeuksiaan siellä. Tämä puolestaan viittasi siihen, että heillä oli tarpeeksi luottamusta tehdä kyseisellä tavalla: "Tämä on paljon parempaa minulle, koska jos minulla on ongelma, voin vain tuoda sen puheeksi". Osallistujat pystyivät rakentamaan luottamusta yksilöterapeutteihinsa ja näin ollen tuntea hyötyvänsä yksilötapaamisista. (10: 8.)

6 Pohdinta

Seuraavassa luvussa käydään läpi tuloksia liittyen tutkimuskysymyksiin, opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Työn lopussa tuodaan esille tekemämme johtopäätökset opinnäytetyöstä ja esitetään kehittämissuhteita jatkotutkimuksia varten.

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, millaisia kokemuksia potilaille on aikaisempien tutkimusten perusteella epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta ja millaisten kokemusten mukaan potilaat sitoutuvat paremmin hoitoon tutkimusten perusteella. Analyysin tuloksia ilmaisevat pääluokat olivat potilaiden kokemuksia epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta ja potilaiden kokemuksia hoitoon sitoutumisesta.

Tuloksissa ilmeni, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilaille oli negatiivisia kokemuksia liittyen avun hakemiseen, hoidon saatavuuteen, hoitohenkilökuntaan ja taustatukeen. Kyseisiin kokemuksiin liittyi myös tyytymättömyyden, väsymyksen, ahdistuksen, turhautumisen, masennuksen ja itsetuhoisuuden tunteita. Toisaalta potilaat kuvailivat myös positiivisia kokemuksia hoidon onnistumisesta ja kykenivät havaitsemaan oman toipumisen kannalta oleellisia asioita.

Tuloksien perusteella hoitajien asenteet, vertaistuki, omaisten läsnäolo ja hoidon saatavuus vaikuttivat siihen, millaisena potilaat kokivat epävakaan persoonallisuushäiriön hoidon ja hoitoon sitoutumisen. Potilaille oli tärkeää tuomitsematon ja ymmärtäväinen vastaanotto hoidon aikana, joka lisäsi luottamusta ja tuetuksi tulemisen tunnetta. Tulokset viittaavat siihen, että potilaat kokivat päivystyksessä avohoitoa enemmän stigmaa eli syrjintää diagnoosin vuoksi ja avun saamisen haasteita, kuten hoidotta jäämistä. Avohoidossa potilaat kokivat saavansa tukea ja empaattisempaa vuorovaikutusta sekä vertaisilta, että hoitajilta. Tuloksista nousikin esille, että potilaat toivoisivat hoitohenkilökunnan sivistämisen jatkamista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siihen kuuluvasta hoidosta. (Proctor ym. 2020: 677; Lawn & McMahon 2015: 513–515; Vandyk ym. 2019: 761.)

Tuloksissa tuli esiin terapiasuhteiden ja ajan merkitys toipumisprosessissa. Terapeutissa johdonmukaista ja välittävää aspektia pidettiin tärkeänä ja luottamusta oli rakennettava vähitellen (Gardner ym. 2019: 577; Lonergain ym. 2017: 8). Potilaat kokivat

luottamuksen terapeutteihin yleensä kehittyvän tarpeeksi vasta hoidon loppupäässä (Hestbæk ym. 2022: 4–5). Terapeutit olivat avainroolissa, kun potilaat opettelivat tiedostamaan tunteitaan ja ajatuksiaan (Barnicot ym. 2022: 217). Potilailla oli haasteita esimerkiksi avautumisen suhteen ja epämurkkuuden tunnetta lisäksi hetket, jolloin omia vastauksia oli avattava enemmän (Lonargáin ym. 2017: 19–20; Andersen ym. 2020: 624). Ryhmätapaamisissa potilaille tuli herkästi ulkopuolisuuden tunnetta, jos elämäntilanteet olivat erilaiset muiden potilaiden kanssa. Lisäksi nuoremmilla potilailla oli haasteita tuskallisten tunteiden ja muistojen jälleen kokemisen kanssa, jotka häiritsivät hoitoon sitoutumista. (Tan ym. 2018: 8–9; Desrosiers ym. 2020: 9–10.) Tuloksien perusteella potilailla oli kuitenkin myös hoidon ansiosta kehittynyt parempaa taitoa siirtää ikäviä tunteita hetkellisesti pois ja ymmärrystä samanlaisten kokemusten jakamisen eduista (Gardner ym. 2019: 577; Tan ym. 2018: 9).

Tuloksissa näkyy eri terapiamuotojen vahva rooli potilaan kuntouttamisessa. Ryhmäterapioissa oli onnistunutta samojen kokemusten jakaminen toisten potilaiden kanssa, mikä mahdollisti potilaiden sitoutumista hoitoon. Toisaalta ulkopuolisuuden kokemukset aiheuttivat herkästi potilaissa syrjäytyneisyyden ja väärinymmärretyksi tulemisen tunteita supistaen omana itsenään olemista. Yksilötapaamisissa terapeuttien koettiin antavan potilaille enemmän vastauksia itsestään sekä opettavan luottamuksen tärkeyttä. Psykoterapian kuvattiin antavan apukeinoja elämään sekä ohjaavan potilaita valmiimpaan elämän suuntaan. Psykoedukaation taas koettiin auttavan analysoimaan ahdistusta paremmin, helpottavan anteeksipyytämistä ja lisäävän tietoisuutta sekä ymmärrystä omista käyttäytymis- ja ajatusmalleista. Mentalisaatioterapian kuvailtiin opettavan potilaita näkemään maailmaa optimistisemmin ja auttavan potilaita saamaan elämää paremmin hallintaan. Potilailla mahdollistui itsensä parempi ymmärtäminen ja tunteiden hallinta skeematerapian avulla. Lisäksi potilaat kokivat saavansa paremmin yhteyttä aiemmin suljettuihin tunteisiinsa ja kohtaamaan niitä tehokkaammin väistämisen sijaan. (Tan ym. 2018: 8–9; Barnicot ym. 2022: 217; Lonargáin ym. 2017: 8; Koivisto & Melartin & Lindeman 2021: 1041–1042, 1045; Romeu-Labayen ym. 2020: 873; Lonargáin ym. 2017: 16; Gardner ym. 2019: 577.)

Tuloksia tarkastelemalla voidaan todeta, että potilaiden hoitoon sitoutumiseen ja hoidon kokemukseen vaikuttivat saadut edut hoitomuodoista sekä hoitoammattilaisten asenteet (Proctor 2020: 675; Long & Fulton & Dolley 2015: 19). Katsauksen tuloksissa esiin tulleet negatiiviset tunteet voivat liittyä hoitoa haittaaviin aspekteihin sekä epäsuotuisiin hoitotuloksiin (Karpov 2018: 39). Tuloksissa tulikin esiin, että pelon ja rajoitteisuuden tunteet vaikuttivat siihen, kuinka potilaat kykenivät olemaan ryhmätapaamisissa

ja vuorovaikutuksessa hoitajien kanssa. Tulosten perusteella negatiivisia tunteita nostatti hoitajien ymmärtämättömät näkökulmat ja syrjintä. Lisäksi negatiivisia tunteita tuli omaisten tuen puutteesta ja kuulumattomuudesta toisten potilaiden keskuudessa. (Lonargáin ym. 2017: 19–20; Barnicot ym. 2022: 221; Lawn & McMahon 2015: 513; Vandyk ym. 2019: 761; Desrosiers ym. 2020: 10; Tan ym. 2018: 9.) Terveystieteiden ammattilaisten jatkuvalla koulutuksella epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siihen liittyvästä hoidosta voitaisiin mahdollisesti vähentää kyseisiä tunnereaktioita ja tarjota enemmän vahvistusta sekä ymmärrystä (Vandyk ym. 2018: 5).

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyössämme olemme sitoutuneet noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön perusaatteita eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan, joihin kuuluvat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (TENK 2023: 11). Suomessa eettisiin periaatteisiin kuuluu se, että tutkijan pitää kunnioittaa tutkittavan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Perustuslain (1999/731, 6–23 §) mukaan jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, uskonnonvapauteen, liikkumisvapauteen, sananvapauteen, oikeus yksityisyyteen ja omaisuuden suojaan. Suomen perustuslain 16 § varmistaa tieteen vapauden, mutta vapautta kuitenkin pitää käyttää vastuullisesti. (TENK 2019.) Tämän perusteella olemme kunnioittaneet työssämme ihmisarvoa ja arvostaneet tutkittavia henkilöitä, koska halusimme tehdä opinnäytetyön potilaiden, eikä hoitajien kokemusten perusteella. Näin potilaat kokevat, että heitä on kuultu siitä, mikä hoito on auttanut heitä eniten ja mitä haasteita hoitoon sitoutumisesta on tullut eteen. (TENK 2023: 13.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan perusteella hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat seuraavat menettelytavat, kuten rehellisyys, tarkkuus, objektiivisyys, tieteellisten menetelmien käyttö, tulosten avoimuus ja vastuullisuus, tutkimusluvut, oikeudet, vastuut, velvollisuudet, mahdolliset sidonnaisuudet, lähdeviittaukset. Muita asioita ovat tutkimuksen eettinen suunnittelu, toteuttaminen ja tallentaminen, sekä henkilöstö- ja taloushallinto ja tietosuojajärjestelmien käyttö. (Kananen 2017: 190.)

Tieteellistä toimintaa suoritetaan oman tieteenalan ohjeistusten ja sääntöjen mukaan pitäytyen lisäksi HTK-ohjeessa. Toiminnassa on turvattava, ettei tutkijoiden ja tutkittavien terveys sekä turvallisuus vaarannu tieteellisen toiminnan seurauksena. Tieteellisen toiminnan asianosaisia ja kollegoita sekä tutkittavia henkilöitä kohtaan osoitetaan

arvostusta. Rahoituslähteistä ja muista sidonnaisuuksista ilmoitetaan tieteellisen toiminnan kohteille ja kumppaneille. Olemme tutustuneet HTK-ohjeisiin ja saaneet luvan opinnäytetyön tekemiseen ohjaavalta opettajalta. Olemme varmistaneet, ettei tutkittavien terveys ja turvallisuus vaarannu, vaan ihmiset saavat tästä työstä motivaatiota tuoda jatkossakin omia kokemuksia hoidostaan ja hoidon tukemisen keinoista. Haluamme näin auttaa potilaita sitoutumaan paremmin hoitoon. Tähän opinnäytetyöhön ei tarvinnut rahallista tukea, eikä meillä ollut muita yhteistyökumppaneita. (Keiski & Hämmäläinen & Karhunen & Löfström 2023: 13.)

Aineiston valinnassa, käsittelyssä ja käytössä on painotettu tutkimusetiikan noudattamista yhteenvedon vilpittömyyden, oikeuden, tasa-arvoisuuden ja todenmukaisuuden kannalta (Kangasniemi ym. 2013: 297). Hyvän tutkimusetiikan mukaisesti olemme sitoutuneet noudattamaan huolellisuutta ja tarkkuutta lähdeviittauksissa sekä lähteiden merkitsemisessä, jotta varmistaisimme muiden tekijöiden kunnioittamisen (TENK 2023: 14).

Tutkimuksessa täytyy noudattaa EU:n tietosuojasetuksia, jotka liittyvät tietosuojalakiin, mikäli aineistossa löytyy henkilötietoja. Henkilötiedot voivat olla suoria, kuten henkilötunnus, nimi, sähköpostiosoite tai puhelinnumero tai epäsuoria, kuten ääni, kuva, erikoinen harrastus tai erikoispiirre. (Arene 2020: 5.) Perehdyimme tutkimusetiikkaan ja sen opastukseen, jotta emme rikkoisi lakia tätä työtä tehdessämme. Kävimme pajoissa, joita koulu järjesti, jotta osaisimme edistyä työssämme oikein. Otimme vastuun kysymällä ohjaavalta opettajalta ovatko löytämämme lähteet hyviä ja luotettavia. Viitatessa potilaiden kokemuksiin, jätimme kaikki henkilötiedot pois noudattaaksemme EU:n tietosuojalakeja. Emme halua aiheuttaa enempää kärsimystä tutkittaville, vaan haluamme parantaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden elämänlaatua.

Arkaluonteisia henkilötietoja pitää käsitellä erittäin huolellisesti. Arkaluonteisista tiedoista käy ilmi henkilön etninen alkuperä, rotu, uskonnollinen vakaumus, poliittinen mielipide, geneettinen tai fyysisen ominaispiirteen tieto, terveydentila, seksuaalinen käyttäytyminen ja suuntautuminen sekä rikostuomioon ja rikkomukseen liittyvä tieto. (Arene 2020: 5.) Tästä syystä opinnäytetyössämme emme ole käyttäneet edellä mainittuja arkaluonteisia henkilötietoja. Tutkimuksissamme ei voida myöskään tunnistaa yksittäisiä henkilöitä iän, kuvan, asuinpaikkakunnan, ammatin, äänen tai sukupuolen perusteella.

Avoimen tieteenperiaatteita noudattaen olemme käyneet läpi opinnäytetyössämme eri vaiheita ilmaisten niitä sanallisesti, kuvioilla sekä taulukoilla, jotta kaikki vaiheet olisivat

opinnäytetyössämme esillä (TENK 2023: 13). Ohjaava opettaja ja opinnäytetyön opponijjat ovat myös käsitelleet eri vaiheita. Tämä on muodostanut avoimuutta palautteelle ja mahdollistanut sitä, että tieto on kaikkien saatavilla ja helposti löydettävissä.

Eettinen arviointi tehtiin jo aihetta päättäessä. Noudatamme opinnäytetyössämme Suomen lainsäädäntöä ja käsittelemme tutkimusaineistoa tutkimussuunnitelman mukaan. Opinnäytetyössämme sovelletaan Suomen perustuslakia, TENKin, Metropolian ja Arenen eettisiä ohjeita. Tavoitteenamme on turvata hyvän tieteellisen opinnäytetyöprosessin toteuttamista eri vaiheissa. Noudatamme opinnäytetyön ohjeistusta, työjärjestystä sekä oikeaa tutkimustapaa. Eettisen toimikunnan mukaan arvioimme työn eettisyyttä opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta.

Tutkimuskysymystä muodostaessa tehtiin eettisyyden kannalta huolellista ja tunnistavaa ennakointia mahdollisen subjektiivisuuden eli omien mielipiteiden poissuodattamisella. Aineiston poiminnassa ja tutkimisessa painotimme tutkimuseettistä lähestymistapaa raportin. Aineiston valinnassa ja käsittelyssä korostui tutkimuseettikan noudattaminen raportoinnin oikeudenmukaisuuden, tasa-arvoisuuden ja luotettavuuden kannalta. Eettisyys ja luotettavuus pyrittiin parantamaan koko prosessin läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan tutkimuskysymysten selkeyttämisellä ja teoreettisella perustelulla tutkimusten ja artikkelien avuin. (Kangasniemi ym. 2013: 297.)

6.3 Luotettavuus

Opinnäytetyötä tehtiin rehellisesti ja huolellisesti saadun opinnäytetyöhön liittyvän ohjauksen, opponoinnin ja työpajojen mukaan. Tulosten alkuperää tarkistettiin koulusta vastaanotetun ohjeen mukaan, käyttäen myös kirjoista saatuja ohjeita. Lähteinä käytettiin erilaisia tutkimusartikkeleita, hoitosuosituksia ja muuta kirjallisuutta. Opinnäytetyöhön merkittiin viittaukset ja lähteet tutkimustekstien kohdalle Metropolian kirjallisen työn ohjeistuksen mukaisesti. Lähteitä etsittiin sekä suomen että englannin kielellä, mutta työmme aiheeseen liittyviä tutkimusartikkeleita löytyi vain englannin kielellä. Englanninkielisten artikkelien ja tutkimusten suomen kielelle kääntäminen opinnäytetyöhön saattaa laskea luotettavuutta, koska englannin kieli ei ole meidän äidinkiellemme. Kääntäessämme tekstiä käytimme apuna DeepL-kääntäjää ja muokkasimme kirjoitusta johdonmukaiseksi. Luotettavuuden osalta on merkittävää, että tutkimuskysymys on muodostettu ytimekkäästi ja sen teoreettinen selitys on analysoitu. (Kangasniemi ym. 2013: 297.)

Tiedonhaku rajattiin vuosiin 2013–2023, jotta tieto olisi mahdollisimman tuoretta. Jo-kaista lähdettä tarkasteltiin kriittisesti ja niiden saavutettavuus vaikutti poimintaan. Tie-donhausta valikoidut tutkimukset ovat olleet luonteenlaadultaan samanlaisia, mutta eroavaisuutta kuitenkin löytyi. Olemme huomioineet opinnäytetyössä objektiivisuuden, emmekä ole tuoneet työn vastauksissa omia mielipiteitämme esille.

Tulosten vaihtelevuuteen voivat vaikuttaa epävakaa persoonallisuushäiriön kehitty-miselle löytyneet altistavat ympäristö- ja perintötekijät. Tämän vuoksi myös kulttuuriero-avaisuudet sekä geenitekijät voivat vaikuttaa tuloksissa. Osassa lähteistä on suppea va-likoima aineistoa, jonka vuoksi tuloksissakin esiintyy pienimääräisesti ajatuksia. Laa-jemman tietoperustan saamiseksi kuitenkin kyseiset tulokset valikoituivat mukaan osaksi kirjallisuuskatsausta. Käytettyjen lähteiden tutkimuksia verrattiin laajempiin sa-mankaltaisiin tutkimuksiin ja tulosten ajankohtaisuutta puntaroitiin. Suotuisa perehtymi-nen aiheeseen mahdollisti laajempia tiedonhakuja tehtyihin tutkimuksiin ja tämän kautta pystyttiin parantamaan opinnäytetyön luotettavuutta.

Perehtyneisyyttä aiheeseen voidaan havainnoida, kun nähdään artikkeleista esitettyjä mielipiteitä, jotka ovat perusteltavissa lähteiden turvin. On otettava kuitenkin huomioon väärinymmärrysten mahdollisuudet. Plagioinnilla, joka kielletään tekijänoikeuslaissa, tarkoitetaan toisen henkilön tekemän teoksen lainausta tai väärinkäyttöä antamatta tun-nustusta alkuperäisen tiedon lähteestä. Ennen opinnäytetyön julkaisemista on se tar-kistutettava plagiaatintunnistusjärjestelmässä. (Arene 2019: 7.)

Luotettavuuden varmistamiseksi ja plagioinnin estämiseksi opinnäytetyö tarkistettiin Turnitin plagioinnin tunnistusjärjestelmässä ja saimme 16 % yhtäläisyys indeksin lähteiden kanssa. Prosenttitulosta voi nostaa lähdeluettelo, yleisesti käytetyt ilmaukset ja ot-sikot, lainatut tekstit, ja samankaltaiset sanat. Tulokseen voivat myös vaikuttaa raken-teelliset samankaltaisuudet muiden opinnäytetöiden kanssa. Kirjallisten lähteiden tie-doista kerrotaan omin sanoin ja sitä yhdistetään muiden lähteiden tiedon kanssa asian-mukaiseksi kokonaisuudeksi. Opinnäytetyön luotettavuus perustuu lähteiden luotetta-vuuteen. Käyttäessämme lähteitä olemme antaneet tekijöille tunnustusta käyttämällä teksteissä lähdeviittauksia.

Tutkimuksen ja opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää se seikka, että teimme ensimmäistä kertaa tieteellistä tutkimusta ja opinnäytetyötä. Perehdyimme moneen kertaan laadullisen tutkimuksen menetelmään luotettavuutta arvioidessa. Opinnäyte-

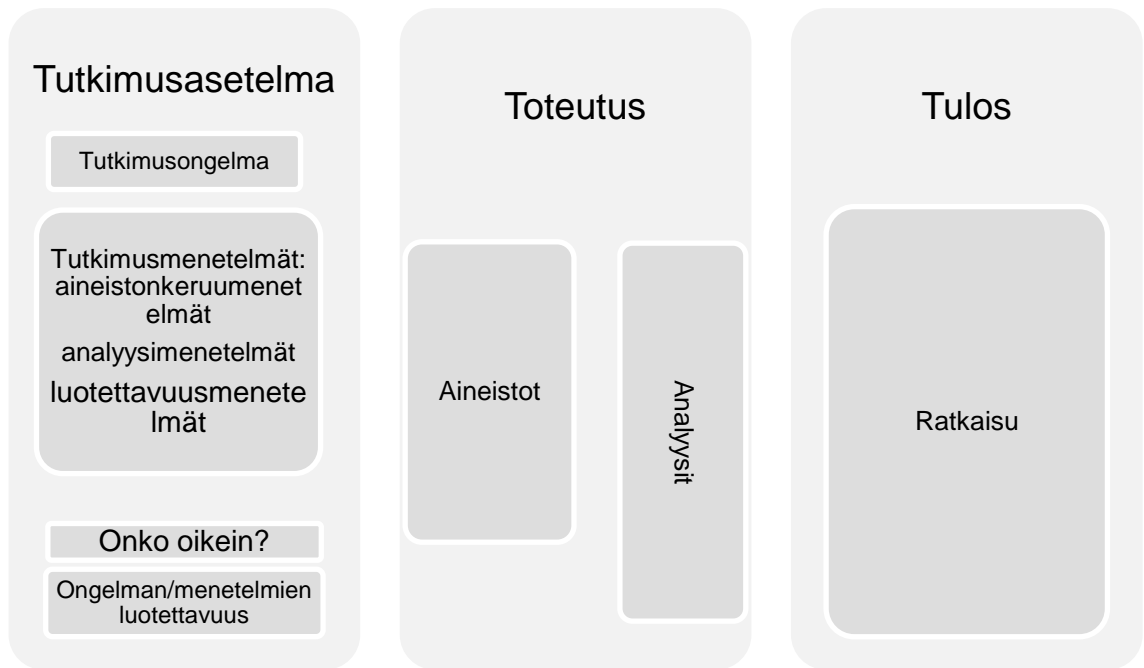
työn ohjaajasta ja työpajoista oli suurta apua työtä tehdessä. Saadun palautteen ja op-
ponoinnin avulla pääsimme etenemään työssämme. Parityöskentely auttoi tuomaan eri
näkökantoja opinnäytetyön eri vaiheissa ja ratkomaan ongelmakohtia yhdessä.

HTK:n ohjenuora määrittää tutkimuksen harjoittajille mallin laadullisesta tieteellisestä
prosessista, jota käytetään Suomessa kaikissa tutkimusaloissa. Päämääränä on laa-
dukkaan tieteellisen prosessin edistäminen ja tieteellisen valheellisuuden ehkäisemi-
nen tutkimusta toteuttavissa ammattikorkeakouluissa ja muissa organisaatioissa. Vas-
tuuvelvollisuus laadukkaan tieteelliseen toiminnan kiinnipysymisestä on tutkijalla, oh-
jaajalla ja korkeakoulun johdolla. Opinnäytetyötä tehdessä olimme rehellisiä, avoimia,
huolellisia ja kunnioitimme tutkijoiden töitä. Tutkimus on toteutettu suunnitelmallisesti,
mutta työssämme ei ollut rahoituslähteitä. (Arene 2018: 8–9.)

Tutkimusprosessiin saattaa tulla erilaisia virheitä johtuen tutkittavasta aineistosta tai
tutkijasta itsestään. Virheet saattavat olla joko tiedostamattomia tai tietoisia. Osa vir-
heistä voidaan poistaa tutkimuksen luotettavuustarkastuksella. Näin työ saattaa täyttää
luotettavuusarvioinnin, mutta se ei ole luotettavuustarkastelun tavoite. Tutkimuksen
laadusta varmistuimme jo työn alussa ja näin varmistettiin työn luotettavuutta. Edellä
mainittu kuuluu riskienhallintaan. (Kananen 2015: 338.) Aineiston valinnan luotettavuus
ja osuvuus tuodaan esille raportin tekstissä, niin sanotussa siihen rakentuvassa vasta-
väitteen vakuuttavuudessa (Kangasniemi ym. 2013: 295).

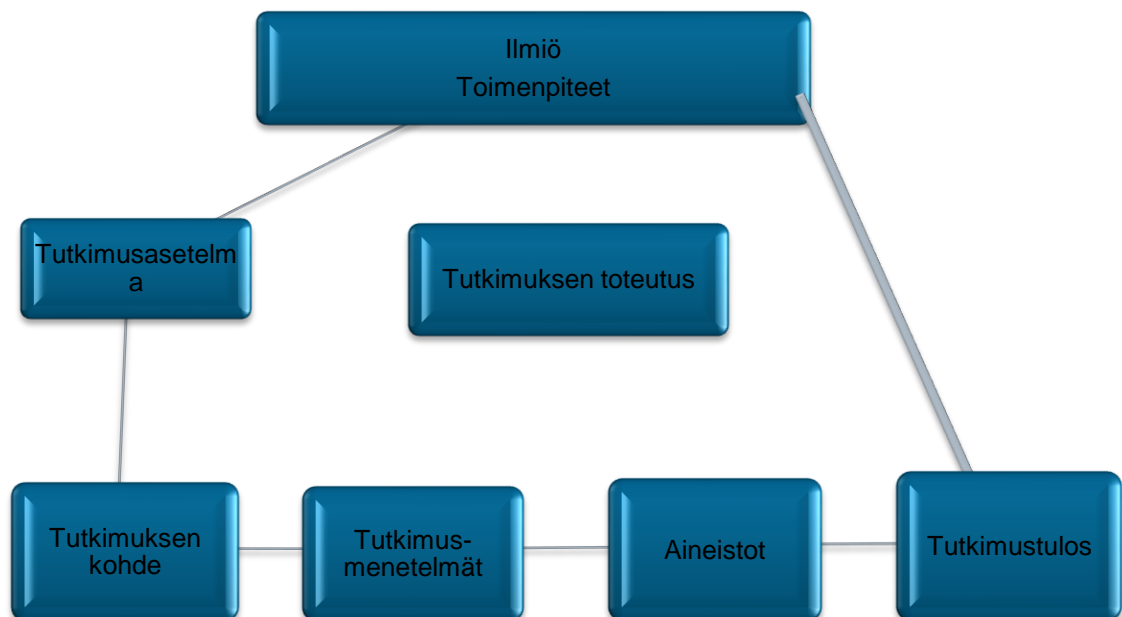
Luotettavuus huomioidaan jo alkuvaiheessa, koska jos tutkimusmenetelmät, joihin luo-
tettavuusmenetelmät kuuluvat, on valittu ilman, että valideetti eli onko tutkimus pätevä
ja reabiliteetti eli miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua il-
miötä on otettu huomioon, työn luotettavuus on silloin riittämätön. Tutkimusasetel-
massa tehdään suunnitelma luotettavan tieteellisen aineen saamiseksi, ja pohdinnassa
palataan siihen uudemman kerran ja mietitään, onko siinä onnistuttu. (Kananen 2017:
174.) Reliabiliteetissa tutkimustuloksia toistetaan käsitteiden avulla. Validiteetissa tutki-
muksissa on tutkittu luvattua aihetta (Tuomi & Sarajärvi 2018: 160).

Luotettavuusmittarit on luotu opinnäytetyön prosessin eri vaiheisiin tarkistamaan sitä,
että tehdyt ratkaisut ovat oikeita ja että siinä on luotettavaa tietoa (Kananen 2015: 356).
Alempana (ks. kuvio 7) on tarkennettu selkeämmin visuaalisesti luotettavuustarkistelu-
prosessia.



Kuvio 7. Luotettavuustarkastelun prosessi (Kananen 2017: 174).

Luotettavuusmittarit ovat niin sanottuja tarkistuspisteitä tutkijan siirtyessä eteenpäin tutkimuspolullaan. Tutkimusprosessin luotettavuusmittarin avulla voidaan tehdä oikeita päätöksiä, ettei jotakin jää tekemättä, valittuja ratkaisuja toteutetaan oikein tai esitetyt tulokset ovat viitattu oikein aineistosta. Alempana (ks. kuvio 8) on esimerkki luotettavuusmittarista. (Kananen 2017: 175.)



Kuvio 8. Tieteellisen työn luotettavuusmittari (Kananen 2017: 175).

Tutkimusasetelman täytyy olla kunnossa, ongelma määritetty oikein, tutkimusmenetelmät valittu oikein ja tutkimusprosessi täytyy toteuttaa tieteen sääntöjen mukaisesti. Kaiken luotettavuustarkastelun edellytys on työn riittävä dokumentaatio. Laadullisen tutkimuksen yleisinä luotettavuuskriteereinä käytetään informaation vahvistusta, vahvistettavuutta, arvioitavuutta/dokumentaatiota, tulkinnan ristiriidattomuutta, saturaatiota eli kylläntymistä ja aikaisempia tutkimuksia. (Kananen 2017: 176.) Pyrimme tekemään näkyväksi koko opinnäytetyössä tutkimuksen aiheen, aineiston, aineiston keräämismenetelmät, tulokset ja päätelmät (Vilka 2023: 93).

6.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tulosten pohjalta teimme alla mainittuja johtopäätöksiä:

1. Potilaiden kokema stigma, leimaamisen tunne, ammattilaisten negatiivinen ja kielteinen asenne sekä ajankohtaisen tiedon puute epävakaasta persoonallisuushäiriöstä huonontavat hoidon piiriin tukeutumista ja hoitoon sitoutumista.
2. Potilaat kaipaavat empaattisia, toivoa antavia, kannustavia ja positiivisia ammattilaisia, jotka kysyvät potilailta palautetta, toiveita ja tarpeita sekä sanoittavat potilaan edistymistä ja jaksavat jatkokouluttautua saadakseen ajankohtaista tietoa häiriöstä tukeakseen potilaita paremmin hoidossa.
3. Vanhempien ja läheisten positiivinen asenne, kannustus, tukeminen ja motivointi auttavat potilaita hakeutumaan hoidon piiriin ja sitoutumaan hoitoon.
4. Negatiivisten, tuskallisten ja hankalien asioiden yhä uudelleen läpikäynti heikentävät hoitoon sitoutumista.
5. Erilaiset terapiamuodot ja ryhmät antavat tukea, toivoa ja auttavat sitoutumaan hoitoon.
6. Ammattilaisten antamat erilaiset apukeinot ja ohjeet, kuten jäällä itsensä satuttaminen, ovat saaneet potilaat kokemaan hoidon tehokkaaksi, ja tämän myötä auttaneet sitoutumaan hoitoon.

6.5 Kehittämisehdotukset

Potilaiden kokemuksista löytyi muutamia hyviä tutkimusartikkeleita, mutta hoitoon sitoutumiseen tutkimuksia löytyi vain muutamia. Näiden tutkimusten pohjalta olisi hyvä tehdä lisää tutkimuksia potilaiden kokemuksista hoitoon sitoutumiseen liittyen. Olisi hyvä tutkia enemmän mitkä keinot auttavat henkilöitä sitoutumaan hoitoon, mitä apua he toivovat, miten henkilökunta voisi parhaiten auttaa. Lisää tutkimusta ja selvittelyä olisi hyvä tehdä, mitkä keinot ovat auttanut itsetuhoisuuden ennaltaehkäisyssä ja mitä keinoja ovat kokeilleet viiltelyn sijasta.

Tutkimusten perusteella henkilökunnalla on edelleen huono asenne epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia kohtaan. Toivomme, että opinnäytetyön ja potilaiden kokemusten lukemisen jälkeen asenne häiriötä ja sitä sairastavia henkilöitä kohtaan muuttuisi. Ammattilaisten pitää opiskella ja ottaa selvää enemmän siitä, mikä tämä kyseinen häiriö on ja mitä häiriön oirekuvaan liittyy. Mistä häiriö mahdollisesti on voinut saada alkunsa ja miten ammattilaiset voivat tukea ja auttaa hoitoon pääsemisessä ja avun hakemisessa osoittaen samalla empatiaa ja ymmärrystä. Tutkimuksissa on tullut ilmi myös, että suurimmaksi osaksi se, että henkilöt eivät sitoudu hoitoon, ei olekaan heistä johtuvista syistä, vaan syyt ovat moninaisia. Meidän koko terveysjärjestelmän ja ammattilaisten pitää miettiä, mitkä ovat ne meistä johtuvat syyt, että henkilöt eivät sitoudu hoitoon ja pyrkiä korjaamaan ne asiat. Asiaa kannattaa tarkistella ja tutkia potilaiden näkökulmasta, jotta hoitoon sitoutuminen onnistuisi parhaiten.

Lähteet

Andersen, Christian Fjellerad & Poulsen, Stig & Fog-Petersen, Cecilie & Jørgensen, Mie Sedoc & Simonsen, Erik 2020. Dropout from mentalization-based group treatment for adolescents with borderline personality features: A qualitative study. *Psychotherapy Research*. 31 (3). 1–13.

Arene ry= Ammattikoulujen rehtorineuvosto ry

Arene 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382>. Viitattu 23.3.2024.

Arene 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382>. Viitattu 23.3.2024.

Arene 2020. Aineistonhallintasuunnitelman ohjeet. <https://arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2023/Aineistonhallintasuunnitelman%20ohjeet%28ONT%29_V2.pdf?_t=1693220410>. Viitattu 1.2.2024.

Barnicot, Kirsten & Redknap, Caio & Coath, Florence & Hommel, Jeantique & Couldrey, Laura & Crawford, Mike 2022. Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 95. 212–233. <<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/papt.12362>>. Viitattu 7.4.2024.

Bilderbeck, Amy C. & Saunders, Kate E. A. & Price, Jonathan & Goodwin, Guy M. 2014. Psychiatric assessment of mood instability: qualitative study of patient experience. *The British Journal of Psychiatry* 204 (3). 234–239. <<https://www.cam->

bridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/83575746CE-BCCA7B401C7B83EBBDF2/S0007125000275818a.pdf/psychiatric-assessment-of-mood-instability-qualitative-study-of-patient-experience.pdf>. Viitattu 6.4.2023.

Bär, Andreas & Bär, Hannah E. & Rijkeboer, Marleen M. & Lobbestael, Jill 2023. Early Maladaptive Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 96. 716–747. <<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/papt.12465>>. Viitattu 7.4.2024.

Clarke, Martin & Jinks, Mary & Huband, Nick & McMurrin, Mary 2013. Strategies for engaging people with personality disorder in treatment. *Mental Health Practice* 17 (8). 23–27. <<https://www.proquest.com/docview/1784829541/fulltextPDF/BBCE425683BB4668PQ/1?accountid=11363&sourcetype=Scholarly%20Journals>>. Viitattu 7.4.2024.

Choi-Kain, Lois W. & Finch, Ellen F. & Masland, Sara R. & Jenkins, James A. & Unruh, Brandon T. 2017. What works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 4. 21–30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340835/pdf/40473_2017_Article_103.pdf>. Viitattu 7.4.2024.

Desrosiers, Lyne & Saint-Jean, Micheline & Laporte, Lise & Lord, Marie-Michèle 2020. Engagement complications of adolescents with borderline personality disorder: navigating through a zone of turbulence. *Desrosiers et al. borderline personality disorder and Emotion Dysregulation* 7 (18). 1–15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7460802/pdf/40479_2020_Article_134.pdf>. Viitattu 7.4.2024.

Drews-Windeck, Elea & Greenwood, Kathryn & Cavanagh, Kate 2023. A systematic review and meta-analysis of digital interventions targeted at individuals with borderline personality disorder (BPD), emotionally unstable personality disorder (EUPD), and related symptoms. *Journal of Clinical Psychology* 79. 2155–2185. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jclp.23523>>. Viitattu 7.4.2024.

Eerola, Hannaleena 2022. Psykoterapian aloittaminen ja psykoterapian muodot. Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01311>>. Viitattu 21.3.2024.

Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34 (4). 215–225.

Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50064>>. Viitattu 2.2.2024.

Gardner, Kathryn Jane & Wright, Karen M. & Elliott, Alison & Graham, Simon & Fonagy, Peter 2019. The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 93 (3). 572–586.

Grenyer, Brin F. S. & Bayley, Rachel C. & Lewis, Kate L. & Matthias, Michael & Garretty, Toni 2019. A Random Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorder* 33 (2). 214–228. <<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2430&context=ihmri>>. Viitattu 7.4.2024.

González-González, Sara & Marañón-González, Rosa & Hoyuela-Zatón, Fernando & Gómez-Carazo, Nerea & Hernández-Abellán, Aida & Pérez-Poo, Teresa & Umaran-Alfageme, Olga & Cordero-Andrés, Patricia & López-Sánchez, Victoria & W. Black, Donald & S. Blum, Nancee & Artal-Simón, Jesús & Ayesa-Arriola, Rosa 2021. Steps for Borderline Personality Disorder: A Pragmatic Trial and Naturalistic Comparison with Moncompleters. *Journal of Personality Disorder* 35 (512). 1–16.

Gremaud-Heitz, Daniela & Riemenschneider, Anke & Walter, Marc & Sollberger, Daniel & Küchenhoff, Joachim & Dammann, Gerhard 2013. Comorbid atypical depression in borderline personality disorder is common and correlated with anxiety-related psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 1–18.

Guilé, Jean Marc & Boissel, Laure & Alaux-Cantin, Stéphanie & Garny de la Rivière, Sébastien 2018. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine, and Therapeutics* 9. 199–210. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257363/pdf/ahmt-9-199.pdf>>. Viitattu 7.4.2024.

Hestbæk, Emilie & Hasselby-Andersen, Mathilde & Juul, Sophie & Beier, Nynne & Simonsen, Sebastian 2022. Mentalizing the patient-Patient experiences with short-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study. *Psychiatry* 13. 2–12. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9815536/pdf/fpsy-13-1088872.pdf>>. Viitattu 7.4.2024.

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja* 176. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja* 202. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja* 234. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääskeläinen, Petri & Liikainen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301. <<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>>. Viitattu 27.3.2024.

Karpov, Boris 2018. Anxiety, substance use, adherence to treatment and level of functioning in specialized psychiatric care patients. Department of Psychiatry University of Helsinki Finland. 67–69. <<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/6852ab07-2f32-402f-a3fa-c06c0034d730/content>>. Viitattu 21.1.2024.

Karukivi, Max & Koivisto, Maaria 2018. Personallisuuspiirteistä häiriöksi – klinikon näkökulma. *Potilaan Lääkärilehti* 73 (4). 208–214. <<https://www.potilaanlaakari-lehti.fi/site/assets/files/0/31/12/129/sll42018-208.pdf>>. Viitattu 25.1.2024.

Kekkonen, Virve & Koivisto, Maaria & Lindeman, Sari & Tolmunen, Tommi 2022. Dialektinen käyttäytymisterapia on tehokas ja käytännönläheinen hoitomenetelmä tunne-elämän epävakauteen liittyvän itsetuhoisuuden vähentämisessä. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 138 (21).1951–8. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo17090>>. Viitattu 25.2.2024.

Kieseppä, Tuula & Oksanen, Jorma 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129 (20). 2133–9. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo11273>>. Viitattu 25.3.2024.

Koivisto, Maaria 2015a. Stepps-ohjelma epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta. Käypä hoito.fi. <<https://www.kaypahoito.fi/nak08405>>. Viitattu 25.2.2024.

Koivisto, Maaria 2015b. Epävakaan persoonallisuushäiriön psykoterapeuttisen hoidon keskeisiä piirteitä. Käypä hoito.fi. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02196>>. Viitattu 10.3.2024.

Koivisto, Maaria & Korkeila, Jyrki 2023. Epävakaata persoonallisuus. Duodecim. Terveyskirjasto. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00994>>. Viitattu 13.1.2024.

Koivisto, Maaria & Lindeman, Sari M. 2023. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvän psykologisen kivun ymmärtämisestä ja kohtaamisesta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 139 (5): 376–383. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo17582>>. Viitattu 30.3.2024.

Koivisto, Maaria & Melartin, Tarja & Lindeman, Sari 2021. ”If you don’t have a word for something, you may doubt whether it’s even real”- how individuals with borderline personality disorder experience change. Psychotherapy Research 31 (8). 1036–1050. <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10503307.2021.1883763>>. Viitattu 7.4.2024.

Kujanpää, Sari & Raaska Hanna 2023. Kognitiivisen käyttäytymisterapian mukauttaminen autismikirjon häiriössä. Käypä hoito. <<https://www.kaypahoito.fi/nix03175>>. Viitattu 21.3.2024.

Kurikkala, Piia & Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi & Elo, Satu 2015 27 (1). 3–17. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä- integroitu katsaus. <<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128319/77442>>. Viitattu 10.4.2024.

Larmo, Anneli 2010. Mentalisaatio- kyky pitää mieli mielessä. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 126 (6). 616–22. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo98674>>. Viitattu 8.4.2024.

Lawn, Sharon & McMahon, Janne 2015. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22 (7). 510–521. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755162/pdf/JPM-22-510.pdf>>. Viitattu 7.4.2024.

Leichsenring, Falk & Fonagy, Peter & Heim, Nikolas & Kernberg, Otto F. & Leweke, Frank & Luyten, Patrick & Salzer, Simone & Spitzer, Carsten & Steinert, Christiane 2024. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry* 23 (1). 1–172. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10786009/pdf/WPS-23-4.pdf>>. Viitattu 9.4.2024.

Lindeman, Sari 2020. Mikä potilaiden mielestä auttaa epävakaasta persoonallisuudesta toipumisessa? Käypä hoito. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02821>>. Viitattu 5.3.2024.

Lonargáin, Diarmaid Ó. & Hodge, Suzanne & Line, Rachael 2017. Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal* 22 (1). 16–27.

Long, Clive G. & Fulton, Barbara & Dolley, Olga 2015. Using psychoeducation to motivate engagement for women with personality disorder in secure settings. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 11 (1). 18–26.

Martin, Louise & Lloyd, Bonita & Cammell, Paul & Yeomans, Frank 2017. Transference-Focused Psychotherapy in Australian Psychiatric training and Practice. *Australian Psychiatry* 25 (3). 233–235.

Mielenterveystalo a. Tunne-elämän epävakauden omahoito-ohjelma. Mitä epävakaudesta on? <<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/tunne-elaman-epavakauden-omahoito-ohjelma/mita-epavakaus>>. Viitattu 21.3.2024.

Mielenterveystalo b. F60.3 Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus.
<<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f603-tunne-elamaltaan-epavakaa-persoonallisuus>>.
Viitattu 25.3.2024.

Moltu, Christian & Kverme, Britt & Veseth, Marius & Natvik, Eli 2023. How people diagnosed with borderline personality disorder experience relationship to oneself and to others. A qualitative in-depth study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 18 (1). 1–12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9721408/pdf/ZQHW_18_2152220.pdf>. Viitattu 7.4.2024.

Mooney, Anna & Crafti, Naomi & Broadbear, Jillian 2023. Borderline personality disorder, substance abuse and disordered eating: perceptions of treatment and recovery with-in community mental health. *The Journal of mental Health Training, Education and Practice* 18 (6). 377–396.

Myllyviita, Katja 2023. Viiltely. *Lääkärikirja Duodecim*. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01262>>. Viitattu 8.4.2024.

Morris, Charlotte & Smith, Ian & Alwin, Nic 2014. Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK. *Journal of Mental Health* 23 (5). 251–255.

National Institute of Mental Health 2022. Borderline personality disorder. No. 22. <<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/borderline-personality-disorder/borderline-personality-disorder.pdf>>. Viitattu 17.3.2024.

Oben, Patrick 2020. Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *Journal of Patient Experience* 7 (6). 906–910. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7786717/pdf/10.1177_2374373520951672.pdf>. Viitattu 7.4.2024.

Ohlis, Anna & Bjureberg, Johan & Ojala, Olivia & Kerj, Emme & Hallek, Camilla & Fruzzetti, Alan E & Hellner, Clara 2022. Experiences of dialectical behaviour therapy for adolescents: A qualitative analysis. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 96. 410–425. <<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/papt.12447>>. Viitattu 7.4.2024.

Proctor, Jessica Margot & Lawn, Sharon & McMahon, Janne 2020. Consumer perspective from people with a diagnosis of borderline personality disorder (BPD) on BPD management – How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *J Psychiatric Health Nurs* 28. 670–681. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8359473/pdf/JPM-28-670.pdf>>. 7.4.2024.

Riemann, Georg & Chrispijn, Melissa & Weisscher, Nadine & Regeer, Eline & Kupka, Ralph W. 2021. A Feasibility Study of the Addition of STEPPS in Outpatients with Bipolar Disorder and Comorbid Borderline Personality Features: Promises and Pitfalls. *Frontiers in Psychiatry* 12. 1–8.

Rovasalo, Aki 2023. *Personallisuushäiriöt. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>>. Viitattu 25.1.2024.

Romeu-Labayen, Maria & Cuadra, Maria Assumpta Rigol & Galbany-Estragues, Paola & Corbal, Serafin Blanco & Palou, Rosa Maria Giralt & Tort-Nasarre, Gloria 2020. Borderline personality disorder in a community setting: Service users experience of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental health Nursing* 29 (5). 868–877.

Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2016. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteestä. Turku. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73*.

Stapleton, Anna & Wright, Nicola 2019. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *J Ment Health* 28 (4). 443–457.

Strandholm, Thea & Ranta, Klaus & Gergov, Vera & Tainio, Veli-Matti & Lindberg, Nina & Ehrling, Leena & Marttunen, Mauri 2016. Nuorten itsetuhoisuuden ja epävakaisten piirteiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus. *Suomen lääkirlehti, Vuosikerta*. 71 (10). 717–723. <<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/e2f6d236-3342-443d-b267-e662cbae4400/content>>. Viitattu 7.4.2024.

Stubbe, Dorothy E. 2013. Effective Communication Under Stress: Personality Disorder and Treatment Engagement. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 11 (2).

210–212. <<https://focus.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.focus.11.2.210>>. Viitattu 7.4.2024.

Tan, Yeow May & Lee, Christopher W. & Averbeck, Lynn E. & Brand-de Wilde, Odette & Farrell, Joan & Fassbinder, Eva & Jacob, Gitta A. & Martius, Desiree & Wastiaux, Sophie & Zarbock, Gerhard & Arntz, Arnoud 2018. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions 13 (11). 1–20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6248917/pdf/pone.0206039.pdf>>. Viitattu 7.4.2024.

Tarnanen, Kirsi & Korkeila, Jyrki & Tuunainen Arja 2020. Epävakaa persoonallisuus. Käyvän hoidon potilasversiot. Käypä hoito. <<https://www.kaypahoito.fi/khp00074>>. Viitattu 21.3.2024.

TENK= Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

TENK 2019a. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. 2 uudistettu painos. <<https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje#top>>. Viitattu 20.1.2024.

TENK 2019b. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019 (3). <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf>. Viitattu 20.3.2024.

TENK 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2/2023. 1. painos. 33. <https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf>. Viitattu 27.3.2024.

THL = Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

THL 2024. Aikuisten ja ikääntyneiden hoitoon soveltuvat menetelmät. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT). <<https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut/nayttoon-perustuvat-tuki-ja-hoitomenetelmat/aikuisten-ja-ikaantyneiden-hoitoon-soveltuvat-menetelmat>>. Viitattu 21.3.2024.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vandyk, Amanda & Bentz, Andrea & Bissonette, Sarah & Cater, Caitlyn 2019. Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder 28 (3). 757–765. <https://www.researchgate.net/publication/331202392_Why_go_to_the_emergency_department_Perspectives_from_persons_with_borderline_personality_disorder>. Viitattu 6.4.2024.

Vilka, Hanna 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House.

Wendt, Frank R. & Pathak, Gita A. & Tylee, Daniel S. & Goswami, Aranyak & Polimanti, Renato 2020. Heterogeneity and Polygenicity in Psychiatric Disorders: A Genome-Wide Perspective. *Chronic Stress* 6 (1). 1–15. <<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2470547020924844>>. Viitattu 4.4.2024.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Hyväksytty otsikon perusteella	Hyväksytty tiivistelmän perusteella	Hyväksytty koko tekstin perusteella
CINAHL	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" and experiences or perceptions or attitudes or views or feelings and treatment or intervention or therapy or management or rehabilitation and patient	2013-2023 Abstract available/English/Europe	344	22	14	3
CINAHL	"borderline personality disorder" OR bpd OR "emotionally unstable personality disorder" OR eupd OR "emotional intensity disorder" OR eid OR "unstable personality disorder" AND experiences OR perceptions OR attitudes OR views OR feelings AND "mentalization based therapy" OR "mentalization based treatment" or mbt	2015-2023	20	6	3	3
CINAHL	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND STEPPS or "STEPPS program"	2013-2023	5	0	0	0
CINAHL	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "dialectical behavior therapy" or dbt or "dialectical behaviour therapy"	2013-2023	33	7	7	0

CINAHL	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "cognitive behavioral therapy" or cbt or "cognitive behavioural therapy"	2013–2023	20	1	1	0
CINAHL	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "transference focused psychotherapy"	2015–2023	6	0	0	0
CINAHL	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "psychoeducational intervention" or "psycho education" or psycho-education	2015–2023 Full Text/English/Europe	11	0	0	0
CINAHL	unstable personality disorder and "commitment*" or "adherence*" and "care*" or "treatment*"	2013–2023 English	7	0	1	0
CINAHL	unstable personal disorder and "commitment*" or "adherence*" or "engagement*" and "care*" or "treatment*" or "ministration*"	2013–2023 English	23	3	2	2
CINAHL	"emotionally unstable personality disorder*" or "eupd*" or "borderline personality disorder*" or "bpd*" AND "experience*" or "observation of*" or "ordeal*" "awareness of*" or "be faced with*" or "perspicacity*" or "live through*" AND "care*" or "treatment*" or "therapy*" or "stewardship*" or "nurture*" or "trust*"	2013-2023 English	341	34	17	6
CINAHL	"unstable personality disorder*" or "emotionally unstable personality disorder*" and "diagnostic*" or "characteristic*" or "identifying*" and "recognition*" or "identification*"	2013-2023 English	27	15	6	0

CINAHL	"dialectical behavior therapy*" or "dbt*" or "dialectical behaviour therapy*" AND "experiences*" or "perceptions*" or "attitudes*" or "views*" AND "unstable personality disorder*" or "Borderline personality disorder*"	2013-2023 English	29	14	12	3
Medline	"borderline personality disorder" OR bpd AND experiences AND treatment	2013–2023 English/Abstract available	407	17	13	3
Medline	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "mentalization based therapy" or "mentalization based treatment" OR mbt	2013–2023	36	7	5	3
Medline	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND STEPPS or "STEPPS program"	2013–2023	29	0	0	0
Medline	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "dialectical behavior therapy" or dbt or "dialectical behaviour therapy"	2013–2023	104	3	3	0
Medline	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "cognitive behavioral therapy" or cbt or "cognitive behavioural therapy"	2013–2023	36	1	1	0
Medline	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "transference focused psychotherapy" or tfp	2013–2023	12	0	0	0

Medline	"borderline personality disorder" or bpd or "emotionally unstable personality disorder" or eupd or "emotional intensity disorder" or eid or "unstable personality disorder" AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings AND "psychoeducational intervention" or "psycho education" or psychoeducation	2015–2023 English	18	0	0	0
Medline	unstable personal disorder and "commitment*" or "adherence*" or "engagement*" and "care*" or "treatment*" or "ministration*".	2013–2023 English	57	5	4	2
Medline	"borderline personality disorder" OR bpd AND experiences AND treatment	2013–2023 English	392	17	13	3
Medline	adherence and treatment and unstable personality disorder	2013–2023 English	2	0	1	0
Medic	Epävaka persoonallisuushäiriö JA kokemu*JA hoito	2013–2023	3	0	0	0
Medic	AND "transference focused psychotherapy" or tfp	2013–2023	2	0	0	0
Medic	unstable personal disorder and "commitment*" or "adherence*" or "engagement*" and "care*" or "treatment*" or "ministration*"	2013–2023 English	18	2	1	1
Medic	adherence and treatment and unstable personality disorder	2013–2023 English	8	4	2	1
Pub-Med	"borderline personality disorder" OR bpd AND experiences AND treatment	10years/free full text Free full text English	224	11	9	3
Pub-Med	"borderline personality disorder" or bpd AND experiences AND "mentalization based therapy" or mentalization based treatment" or mbt	10 years English	20	8	7	3

Pub-Med	"borderline personality disorder" or bpd AND experiences AND STEPPS or STEPPS program	10 years English	8	0	0	0
Pub-Med	"borderline personality disorder" or bpd AND experiences AND "dialectical behavior therapy" or dbt or "dialectical behaviour therapy"	10 years English	62	4	2	0
Pub-Med	"borderline personality disorder" or bpd AND experiences AND "cognitive behavioral therapy" or cbt or "cognitive behavioural therapy"	10 years English	40	0	0	0
Pub-Med	"borderline personality disorder" or bpd AND "experiences" AND "transference focused psychotherapy" or tfp	10 years English	3	0	0	0
Pub-Med	"borderline personality disorder" or bpd AND experiences AND "psychoeducational intervention" or "psycho education" or psycho-education	10 years English	2	0	0	0
Pub-Med	adherence and treatment and unstable personality disorder	2013–2023 English	3	0	1	0

Aineiston artikkelit

	Kirjoittaja(t) vuosi, maa	Otsikko	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruumenetelmä	Päätulokset
1	Andersen, Christian Fjellerad & Poulsen, Stig & Fog-Petersen, Cecilie & Jørgensen, Mie Sedoc & Simonsen, Erik 2020, Tanska	Dropout from mentalization-based group treatment for adolescents with borderline personality features: A qualitative study.	Tutkia epävakaiden nuorten syitä ryhmäpohjaisen mentalisaatioterapian keskeyttämiseen.	Laadullinen tutkimus, n=111	Nuoret eivät kokeneet hoitoa hyödyllisenä tai kannattavana sisältäen epämurkavia kokemuksia. Hyötyhaita-suhdetta punnittiin hoitoon jäämisen kautta.
2	Bilderbeck, Amy C. & Saunders, Kate E. A. & Price, Jonathan & Goodwin, Guy M. 2014, Yhdistyneet kansakunnat	Psychiatric assessment of mood instability: qualitative study of patient experience.	Tutkia mielialan epävakautta kärsivien potilaiden arvioinnin ja diagnoosin kokemuksia ja ehdottaa prosessiin parannuksia.	Laadullinen tutkimus, n=28 Kvalitatiivinen analyysi	Potilaat kokivat sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia, liittyen stigmaan, henkilökohtaiseen ymmärrykseen ja vastuuseen sekä ennusteeseen ja hoitoon.
3	Barnicot, Kirsten & Redknapp, Caio & Coath, Florence & Hommel, Jeantique & Couldrey, Laura & Crawford, Mike 2022, UK	Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes	Tavoitteena oli saada näyttöä yleisistä ja ainutlaatuisista ja hyödyllisistä ja hyödyttömistä hoitoprosesseista	Laadullinen haastattelu, n=73 Temaattinen analyysi	Sekä DBT:ssä että MBT:ssä opitaan olla reagoimatta impulsiivisesti, kyseenalaistamaan ajatuksiaan ja oletuksiaan, opitaan kommunikoidaan tehokkaammin ja altistumaan tuskallisille tunteille, joita aiemmin on vältetty. Hoidon lopussa itSENSÄ vahingoittamista oli vähemmän
4	Desrosiers, Lyne & Saint-Jean, Micheline & Laporte, Lise & Lord, Marie-Michèle 2020, Kanada	Engagement complications of adolescents with borderline personality disorder: navigating through a zone of turbulence.	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata hoidon keskeyttämisprosessia ja tunnistaa ennakoivia va-	Semistrukturoitu haastattelu, n=33	Ennen hoidon keskeytystä ilmenee sitoutumiskomplika-

			roitusmerkkejä epävakaiden nuorten hoidon keskeyttämiseen.	Vertaileva analyysi	tioilmiötä, joka huomaamattomana katkaisee hoitoon sitoutumisen.
5	Gardner, Kathryn Jane & Wright, Karen M. & Elliott, Alison & Graham, Simon & Fonagy, Peter 2019, Yhdistyneet kansakunnat	The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder.	Ymmärtää potilaiden kokemuksia mentalisaatioterapiasta, mukaan lukien heidän kokemuksensa muutoksesta.	Puolistrukturoitu haastattelu, n=8	Kokemukset diagnoosista ja ryhmästä olivat keskeisinä aiheina potilaiden mentalisaatioterapian aikana.
6	Hestbæk, Emilie & Hasselby-Andersen, Mathilde & Juul, Sophie & Beier, Nynne & Simonsen Sebastian 2022, Tanska	Mentalizing the patient-Patient experiences with short-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study.	Tutkia potilaiden kokemuksia lyhytaikaisesta mentalisaatioterapiasta tanskalaisissa terveyspalveluissa.	Semistrukturoitu laadullinen haastattelu, n=12	Potilaat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä lyhytaikaiseen mentalisaatioterapiaan, kuitenkin lisäterapiasta koettiin tarvetta.
7	Karpov, Boris 2018, Helsinki. Suomi	Anxiety, substance use, adherence to treatment and level of functioning in specialized psychiatric care patients.	Tutkia potilaiden sitoutumista lääkehoidon lisäksi avohoitokäynteihin.	Poikkileikkaustutkimus, n=447	Sitoutuminen avohoitoon oli vahvempaa avohoitokäynteihin kuin osastohoidossa olevilla potilailla ja hoitoon sitoutumattomuus oli yhteydessä päihdehäiriöön ja ajankohtaiseen sairaalahoitojaksoon. Enemmistö potilaista käytti säännöllistä psykiatriakäyntiä.

8	Koivisto, Maaria & Melartin, Tarja & Lindeman, Sari 2021, Finland	"If you don't have a word for something, you may doubt whether it's even real" – how individuals with borderline personality disorder experience change	Selvittää, miten psykologinen muutos koettiin ja mitä hoitoon liittyviä tekojäitä tai tapahtumia persoonallisuushäiriöstä kärsivät henkilöt pitivät heidän prosessiaan tukevana tai estävänä.	Prosessitulos tutkimus n=8 Laadullinen sisällönanalyysi	Oppiminen ja normalisoituminen nousivat tärkeimmiksi, hyödyllisiksi hoitokeinoiksi.
9	Lawn, Sharon & McMahon, Janne 2015, Australia	Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder.	Ymmärtää epävakaan persoonallisuushäiriödiagnoosin saaneiden australialaisten avun hakemisen ja saannin kokemuksia julkisista ja yksityisistä terveydenhuoltojärjestelmistä.	Verkkokysely, n=153	Potilaat kohtasivat merkittäviä haasteita ja syrjintää hakiesaan hoitoa julkisista ja yksityisistä terveyspalveluista. Haasteita ilmeni myös avun saamisesta ensiavusta akuuteissa kriiseissä. Julkisen terveydenhuollon tarjoama tuki ei vastannut potilaiden tarpeisiin.
10	Lonergáin, Diarmaid Ó. & Hodge, Suzanne & Line, Rachael 2017, Yhdistyneet kansakunnat	Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder.	Tutkia potilaiden kokemuksia mentalisaatioterapiassa.	Fenomenologinen analyysi, n=7	Potilaat kokivat mentalisaatioterapian ryhmärakenteen haastavana ja ennakoimattomana. Luottamusta korostettiin tärkeänä osana terapiaa, jota on vaikeampaa muodostaa ryhmässä kuin yksilöllisessä muodossa.
11	Long, Clive G. & Fulton, Barbara & Dolley, Olga 2015, Yhdistyneet kansakunnat	Using psychoeducation to motivate engagement for women with personality disorder in secure settings.	Lisätä potilaiden tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, vähentää leimautumisen tunteita, lisätä toivoa ja motivoida hoitoon sitoutumista.	N=36	Hoidon päättäneet potilaat osoittivat merkittävää edistystä hoidon keskeyttäneisiin verrattuna.

12	Moltu, Christian & Kverme, Britt & Veseth, Marius & Natvik, Eli 2023 Norway	How people diagnosed with borderline personality disorder experience relationships to oneself and to others. A qualitative in-depth study	Tutkimuksessa pyritään muodostamaan tietoa, miten epävakaaseen persoonallisuushäiriön diagnosoidut henkilöt kokevat suhteensa itseensä ja muihin ihmisiin.	Elämän-maailmanhaastattelu n=12 refleksiiviseen temaattiseen analyysiin	Tulosten perusteella, kokemus itsestään ja muista ihmisistä, joilla juuri diagnosoitu epävakaata persoonallisuushäiriötä, aiheuttavat epävarmuutta, turvattomuutta ja pelkoa. Tutkimuksesta ilmeni, että itsensä vahingoittaminen, itsemurhayritykset ja riippuvuus olivat keinoja käsitellä ja sietää kaoottisia ja pelottavia tunteita.
13	Morris, Charlotte & Smith, Ian & Alwin, Nic 2014, UK	Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK	Selvittää epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneiden henkilöiden kokemuksia heidän lähestyessään aikuisten mielenterveyspalveluita ja ymmärtää paremmin erilaisten palveluiden yhteydenpidon hyödyllisyyttä ja hyödyttömyyttä.	Puolistrukturoitu haastattelu n=9 Induktiivinen temaattinen analyysi	Diagnostiikkaprosessi vaikuttaa siihen, kuinka palvelun käyttäjät suhtautuvat epävakaan persoonallisuushäiriön välittömään hoitoon ja hoitosuhteeseen.
14	Mooney Anna & Crafti Naomi & Broadbear Jillian 2023, Australia	Borderline personality disorder, substance abuse and disordered eating: perceptions of treatment and recovery within community mental health	Tutkimuksessa pyritään tunnistamaan samankaltaisuuksia toipumisprosessin eri vaiheissa, sekä tuoda esiin tärkeitä tekijöitä, jotka voivat estää ja/tai edistää toipumista.	Semistrukturoitu haastattelu n=12 Temaattinen analyysi	Tutkimuksen perusteella tärkeintä toipumisen kannalta on alla mainitut teemat, sopeutumista estävien tekijöiden muuttuminen, mukautuvaa muutosta edistävät tekijät ja muutosta muodostavat tekijät. Kyvyttömyys kielteisten vaikutusten säätelyyn on tärkein mekanismi.

15	Ohlis, Anna & Bjureberg, Johan & Ojala, Olivia & Kerj, Emme & Hal- lek, Camilla & Fruzzetti, Alan E. & Hellner, Clara 2022, USA	Experiences of dialectical be- haviour therapy for adolescents: A qualitative analysis	Tarkoituksena tutkia, mi- ten potilaat kokevat dia- lektisen käyttäytymiste- rapian hoidon ja onko hoidossa jotain erityisen merkityksellistä, hyödyllistä tai hyödyttöä.	Laadullinen puo- listrukturoitu haastattelu (n=19) Refektiivinen te- maattinen ana- lyysi	Tutkimuksessa nousi esiin, että potilaat halusivat tulla näh- dyksi, kuulluksi ja uskotuksi. Potilan ja terapeutin välinen tii- mityö on tärkeää, ryhmätyös- kentelyn ja rakenteen arvok- kuus, terapia elämänpelasta- jana ja muuttajana sekä tera- pian äkillisen lopettamisen ris- kit.
16	Proctor, Jessica Margot & Lawn, Sharon & McMahon, Janne 2020, Australia	Consumer perspective from people with a diagnosis of Bor- derline Personality Disorder (BPD) on BPD management— How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in prac- tice?	Ymmärtää australialais- ten potilaiden näkökul- mia epävakaan persoo- nallisuushäiriön hoidossa vuosien 2011 ja 2017 vä- lillä.	Verkkokysely, (2011) n=153) (2017) n=424)	Monet potilaat kokevat avun pyytämisen vaikeutta, stigmaa terveyspalveluissa ja esteitä hoidossa. Oli havaittavissa yleistä tietämystä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä.
17	Romeu-Labayen, Maria & Cuadra, Maria Assumpta Rigol & Calbany-Estragues, Paola & Corbal, Serafin Blanco & Palou Giralt, Rosa Maria & Tort- Nasarre, Gloria 2020 Spain	Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the thera- peutic relationship with mental health nurses	Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa terapeutti- sen hoidon toimet ja psy- koterapeuttiset tekijät, jotka epävakaata persoo- nallisuushäiriötä sairastavat henkilöt katsoi- vat hyödyllisiksi toipumi- sensa kannalta.	Semi-strukturoitu kysely n=12 Kvalitatiivinen lä- hestymistapa Temaattinen analyysi	Tutkimuksessa osallistujat piti- vät seuraavia psykoterapeutti- sia toimia hyödyllisinä toipumi- sen kannalta: häiriöstä oppi- mista, luottamuksen rakenta- mista ja voimaantumista vali- doinnin kautta.
18	Stapleton, Anna & Wright, Nicola 2019, UK	The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric in- patient wards: a meta-synthesis	Tutkia epävakaiden ih- misten kokemuksia akuuttien psykiatrien vastaanotolla.	Laadullinen tutki- mus (n= 8 perustutki- musta ja kolme omakohtaista kertomusta)	Kaikissa tutkimuksissa nousi esille; mahdollisuudet tulla kuulluksi ja keskustella henki- lökunnan ja muiden potilaiden kanssa, tauko arjesta sekä tur- vallisuuden ja hallinnan tunteet koettiin positiivisiksi.

19	Tan, Yeow May & Lee, Christopher W. & Averbeck, Lynn E. & Brand-de Wilde, Odette & Farrell, Joan & Fassbinder, Eva & Jacob, Gitta A. & Martius, Desiree & Wastiaux, Sophie & Zarbock, Zerrhard & Arntz, Arnoud 2018, Amerikka	Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions.	Tutkia epävakaiden potilaiden kokemuksia skeematerapiasta intensiivisessä tai yhdistetyssä ryhmäyksilömuodossa.	Puolistrukturoitu haastattelu, n=36 Laadullinen sisällönanalyysi	Potilaat ovat kokeneet skeematerapian kautta parantunutta itseymmärrystä ja tunteiden hallintaa. Joitakin skeematerapian tekniikka-aspekteja pidettiin hyökkävinä, mutta välttämättöminä.
20	Vandyk, Amanda & Bentz, Andrea & Bissonette, Sarah & Cater, Caitlyn 2019, Kanada	Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder.	Tutkimuksessa pyritään selventämään potilaiden kokemuksia kahden laajan teeman kautta: päivystyksen käytön sykli- sen luonne ja selviytymistaidot sekä strategiat.	Temaattinen analyysi, n=6	Potilaat tunnistivat yksinäisyyden tunteet, epäonnistuneiden palvelujen resurssit sekä turvallisuuden huolet pääselittäjinä päivystykseen päätymiseen.

Analyysitaulukko

Pelkistäminen	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Palveluissa koettiin ongelmia jonotuslistojen, pitkän matkavälin tai huolien sivuuttamisen kanssa (7: 514)</p> <p>Koettiin pitkiä jonotuslistoja (12: 760)</p> <p>Pitkän matkavälin, hintavuuden tai liian pitkien jonotuslistojen koettiin vaikuttavan palveluiden käyttämiseen (7: 677)</p> <p>Pitkäaikaista saatavuutta psykiatrin tapaamiseen pidettiin liian kalliina (10: 677)</p>	Palveluiden käyttämisen haasteet	Palvelujen saatavuus	Potilaan kokemuksia epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidosta
<p>Potilaat puhuivat terapeuttisen suhteen ja terapeutin ominaisuuksien, kuten empatian, tärkeydestä yksilö- ja ryhmätapaamisissa (4: 577)</p> <p>Yksilöterapeutin koettiin auttavan antamaan potilaille rohkeutta olemaan aktiivisempia ryhmätapaamisissa (5: 6)</p> <p>Terapeutin toistuvat kysymykset ja syvempiin tunteisiin keskittyminen auttoivat kontrolloimaan vaikeasti hallittavia impulsseja paremmin (5: 8)</p> <p>Osa potilaista arvosti ryhmätapaamisissa yksilöterapeutin läsnäoloa ja se lisäsi mukavuuden tunnetta (8: 21)</p>	Hyvät kokemukset terapeutin tapaamisista	Ammattilaisten tuki	
<p>Koettiin, että terapeutit painostivat potilaita puhumaan ongelmistaan tarkemmin, aiheuttaen omien rajojen rikkoutumisen tunnetta (1: 624)</p> <p>Ajanpuutteen vuoksi koettiin, että terapeutit keskeyttivät potilaiden puhetta (1: 626)</p>	Huonot kokemukset terapeutin tapaamisista		

<p>Potilaat kokivat syrjintää ja epäkunnioittavaa kohtelua hoitajien toimesta (7: 513)</p> <p>Potilaat kokivat apua hakiessaan, että heitä kohdellaan epäkunnioittavasti (7: 513)</p> <p>Potilaat kokivat päivystyksessä negatiivisia reaktioita hoitajilta (12: 761)</p>	<p>Hoitajien epäkunnioittava asenne</p>		
<p>Lisääntynyt tietoisuus omista käyttäytymismalleista helpotti itselleen anteeksiantamista (8: 1042)</p> <p>Psykoedukaatio auttoi potilaita ymmärtämään itsessään kulkevia ajatusmalleja (8: 1043)</p> <p>Erilaisten "minätilojen" havainnointiin auttoi lisääntynyt tietoisuus (8: 1043)</p>	<p>Psykoedukaation hyödyt</p>	<p>Psykoedukaatio</p>	
<p>Tunteiden koettiin olevan tasapainoisempia ja paremmin hallinnassa mentalisaatioterapian jälkeen (5: 8)</p> <p>Tunteiden ja ajatusten jakaminen muille ihmisille helpottui mentalisaatioryhmän kautta (5: 8)</p> <p>Mentalisaatioterapiaryhmä koettiin intensiivisenä ja vaikeana (8: 19)</p> <p>Mentalisaatioterapia tuki potilaita vähentämään taipumusta tehdä oletuksia muiden ihmisten motiiveista (8: 22)</p> <p>Mentalisaatioterapiassa opittiin näkemään tulevaisuuden näkymiä positiivisemmin (8: 22)</p>	<p>Mentalisaatioterapiasta saadut hyödyt</p>	<p>Mentalisaatioterapia</p>	
<p>Skeematerapia auttoi potilaita saamaan uudestaan yhteyttä tunteisiinsa (11: 7)</p> <p>Skeematerapia paransi potilaiden itseluottamusta (11: 8)</p> <p>Skeematerapia koettiin tarpeellisena ja hyödyllisenä (11: 8)</p>	<p>Skeematerapiasta saadut hyödyt</p>	<p>Skeematerapia</p>	
<p>Ryhmässä potilailla saattoi mennä avautumiseen kuukausia, mikä korostaa ajan tärkeyttä luottamuksen rakentamisessa (8: 21)</p> <p>Vaikka mentalisaatioterapiaryhmässä olo koettiin vaikeana, ryhmän arvoa nähtiin ja luottamus oli avainasemassa siinä (8: 21)</p> <p>Luottamuksen rakentamiseen auttoi vertaisten kanssa oleminen (8: 20–21)</p> <p>Molemminpuolista luottamusta pidettiin tärkeänä ja avoimuutta sekä rehellisyyttä valaisevana kokemuksena (8: 20)</p> <p>Avautuminen ryhmässä mahdollistui usean kuukauden luottamuksen rakentamisen jälkeen, johon vaikutti myös ryhmäläisten kannustus (8: 20)</p>	<p>Luottamuksen merkitys</p>	<p>Luottamus ja turvallisuus</p>	

<p>Luottamuksen koettiin olevan välttämätöntä ryhmässä, jotta kyettiin avautumaan (8: 20)</p> <p>Luottamuksen rakentamisen koettiin olevan asteittaista ja vaikeaa (8: 20)</p> <p>Luottamuksen rakentamisen koettiin muodostuvan vähitellen (8: 20)</p>			
<p>Turvallisuuden tunne koettiin merkittävänä skeematerapiassa (11: 9)</p> <p>Potilaat kertoivat ryhmässä olemisen oppimisesta, johon kuuluivat turvallisessa ilmapiirissä puhuminen ja yhteyden tunteminen muihin (4: 577)</p> <p>Potilaat kokivat luottamuksen rakentamisen ja turvallisuuden tuntemisen terapeuttien ja ryhmäläisten kanssa välttämättömäksi osaksi mentalisaatioterapiaa, mikä onnistui helpommin yksilötapaamisissa (8: 20)</p>	Turvallisen olon muodostaminen		
<p>Potilaat kokivat oppivansa ja oivaltavansa asioita muiden potilaiden samanlaisten kokemusten kautta, antaen helpotusta ja vähentäen eristäytymistä (4: 578)</p> <p>Huolimatta koetusta hankalasta olostä keskustelujen yhteydessä mentalisaatioterapiaryhmää ja vertaistensa läsnäoloa pidettiin hyödyllisenä (4: 578)</p> <p>Odotukset mentalisaatioterapian suhteen muuttuivat, kun tutustuttiin samaistuttaviin potilaisiin (4: 579)</p>	Vertaistuen hyödyt	Ryhmäterapia ja vertaistuki	
<p>Tunteen alkuperän ymmärtäminen auttoi potilaita muuttamaan tunnetta paremmin (3: 220.)</p> <p>Potilaat toivat esille, että ihmiset eivät ymmärrä epävakaa persoonallisuushäiriötä (18: 452.)</p> <p>lääkäri oli avannut potilaalle tärkeitä asioita itsensä ja käyttäytymisensä hahmottamiseen (2: 236.)</p>	Itsetietoisuuden kokeminen ja sisäistäminen	Itsetietoisuus	

Väärän diagnoosin saaminen vahvisti potilaiden uskon ja luottamuksen puutetta mielenterveyteen liittyvissä asioissa (14: 386).	Väärän diagnoosin saamisen haitat	Diagnoosin vaikutus sitoutumiseen	Potilaiden sitoutuminen hoitoon
diagnoosin saaminen loi potilaissa oivalluksen kokemusta ja lisäsi potilaiden tietoisuutta, rohkaisten heitä sitoutumaan erityishoitopalveluihin (14: 386.)	Diagnoosin saamisen hyödyt		
Hoitomyöntyvyys näkyy korkeammassa iässä, naisissa, naimisissa olevissa ja korkeampi koulutetuissa (6: 39) Erilaiset ryhmä- tai yksilöohjelmat, joissa käydään läpi erilaisia näkökulmia ja tarjoavat palveluja ovat avain asemassa hoitoon sitoutumiseen (9: 19). Hoitoon sitoutumiseen auttaa ennakoiva riittävä valmistautuminen (9: 20)	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	Hoidon noudattaminen	
Ajoissa huomattut erilaiset merkit ehkäisevät hoidon lopettamisen (3: 8)	Hoidon lopettamisen ennaltaehkäisyyn vaikuttavat tekijät		
Hoidon nopea aloittaminen, hyvien neuvojen saaminen, kannustaminen ammattilaisten neuvojen mukaan tuo hyviä kokemuksia hoitoon liittyen (3: 8)	Kokemukset hoitoon sitoutumisesta	Potilaiden sitoutuminen hoitoon	
Erilaiset tulkinnat potilaan ja ammattilaisen välillä, kuten negatiiviset tunteet potilaalla ammattilainen tulkitsee positiiviseksi (3: 8) Tuskallisten tunteiden ja muistojen jälleen kokeminen heikentävät hoitoon sitoutumista (3: 9–10) Vanhempien tuen puuttuminen ja liian kovat vaatimukset voivat aiheuttaa hoidon lopettamisen (3: 10)	Kokemukset hoidon tehottomuudesta ja hoidon lopettamisen johtaneista syistä		

<p>Ammattilaisten jatkuva koulutus, lisääntynyt sosiaalinen vuorovaikutus samankaltaisten ikätovereiden kanssa, käytettävissä olevien resurssien parempi saatavuus silloin, kun niitä eniten tarvitaan – erityisesti yön aikana, mahdollisuudet oppia ja harjoitella sosiaalisia taitoja ja empaattinen, tuomitsematon hoito, joka tarjoaa vahvistusta ja ymmärrystä (12: 5)</p>	<p>Ehdotukset, joita mahdollista tarjota nykyisten resurssien puitteissa</p>	<p>Potilaiden ehdotukset terveydenhuoltojärjestelmälle</p>	
<p>Mielenterveyshäiriön ja päihdehäiriön palvelut eivät ole yhtenäisiä ja liian pitkät odotusajat (12: 7)</p>	<p>Ehdotukset, jotka vaativat lain muuttamista, lisää resursseja ja kouluttautumista</p>		
<p>Välittävä terapeutti, joka opetti keskinäisen luottamuksen, ja avoimuuden ja rehellisyyden edut (8: 8) Yksilötapaamiset olivat tukevia ja mahdollistivat henkilökohtaisten vaikeuksien ilmaisemisen (8: 8)</p>	<p>Mentalisatioryhmän hyvät puolet</p>	<p>Mentalisatioryhmään sitouttaminen</p>	
<p>Ryhmään liittyi ja ryhmästä lähti jäseniä, mikä hidasti luottamuksen syntymistä (8:7)</p>	<p>Mentalisatioryhmän huonot puolet</p>		