



Narratiivinen kirjallisuuskatsaus itsetuhoisuudesta osana tunne-elämän epävakautta

Laura Mäntyranta, Jasmi Sormunen

Laurea-ammattikorkeakoulu

**Narratiivinen kirjallisuuskatsaus itsetuhoisuudesta osana tunne-
elämän epävakautta**

Laura Mäntyranta, Jasmi Sormunen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu 2021

Laura Mäntyranta, Jasmi Sormunen

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus itsetuhoisuudesta osana tunne-elämän epävakausta

Vuosi 2021

Sivumäärä 36

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla, millaista tietoa tunne-elämän epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvästä itsetuhoisuudesta on saatavilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda toimeksiantajalle, Helsingin kaupungin Auroran sairaalalle tiivis katsaus tunne-elämän epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siihen liittyvästä itsetuhoisuudesta. Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat: 1) Mitä tietoa tunne-elämältään epävakaiden potilaiden itsetuhoisuudesta on saatavilla? 2) Miten itsetuhoisuus ilmenee, miten sitä tunnistetaan, arvioidaan ja hoidetaan? Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu persoonallisuushäiriöstä, tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja itsetuhoisuudesta. Hoitomuodoista nostetaan esiin erityisesti dialektinen käyttäytymisterapia ja turvasuunnitelma.

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella tehtiin toimeksiantajalle ehdotelma, miten he voivat kehittää toimintaansa ja mitä asioita on olennaista huomioida tunne-elämältään epävakaiden potilaiden itsetuhoisuuteen ja kohtaamiseen liittyen. Lopullinen kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui viidestä englanninkielisestä aineistosta, joka analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön keskeisinä tuloksina nousi esiin hoitajan asenteen, kohtaamisen, stigman ja sairaalahoitojaksojen pituuden vaikutus itsetuhoisuuteen ja avun hakemiseen sekä varhaisen tunnistamisen tärkeys. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tutkimusta osastohoidon aikaisen itsetuhoisen käyttäytymisen yhteydestä potilaan aiempaan kohtaamiseen.

Asiasanat: persoonallisuushäiriö, tunne-elämän epävakaasta persoonallisuushäiriö, itsetuhoisuus, psykiatria, mielenterveyshoitotyö

Laurea University of Applied Sciences

Abstract

Degree Programme in Nursing

Registered nurse

Laura Mäntyranta, Jasmi Sormunen

Narrative literature review of self-harming in the context of borderline personality disorder

Year 2021

Pages 36

The purpose of this thesis was to find out with the help of a narrative literature review what kind of information is available about self-harming in the context of borderline personality disorder. The aim of this thesis was to provide the client, Aurora Hospital in the Helsinki area, with a concise overview of borderline personality disorder and self-harming related to it. The questions guiding the thesis were: 1) What kind of information is available of borderline personality disorder and self-harming? 2) How self-harming appears, how it is identified, assessed and treated? The theoretical framework of the thesis consisted of; personality disorder, border-line personality disorder and suicidal behaviour. Among the treatments, dialectical behavioural therapy and a safety plan are highlighted.

Based on the results of the narrative literature review, a suggestion was made to the client on how they can develop their activities and what kind of things are essential to consider in relation to an encounter with self-harming patients with a borderline personality disorder. The final material in the literature review consisted of five materials that were analyzed by theory-based content analysis. The results show that early identification is important and that the nurse's attitude, encounter with patients, stigma and the length of hospital stays has effect on suicidal behaviour and help-seeking. Based on the results of the thesis, further research of suicidal behaviour during ward care related to previous encounters with patients should be considered.

Keywords: personality disorder, borderline personality disorder, self-harming, psychiatry, mental health care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	7
3	Persoonallisuushäiriö	7
3.1	Tunne-elämän epävakaata persoonallisuushäiriötä	9
3.2	Tausta ja kehittyminen.....	11
3.3	Hoito	12
3.4	Dialektinen käyttäytymisterapia	13
4	Itsetuhoisuus	15
4.1	Itsetuhoisuuden tunnistaminen	15
4.2	Turvasuunnitelma	16
5	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	17
5.1	Aineiston valinta	18
5.2	Aineiston kuvaus.....	20
5.3	Aineiston analyysi	22
5.4	Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	23
5.4.1	Avun hakemiseen ja hoitoon vaikuttavat tekijät.....	23
5.4.2	Itsetuhoisuuteen vaikuttavat tekijät	24
6	Pohdinta	25
7	Etiikka ja luotettavuuspohdinta.....	27
	Lähteet.....	29
	Kuviot	32
	Taulukot	33
	Liitteet	34

1 Johdanto

Mielenterveyspalvelut koostuvat neuvonnasta ja ohjauksesta, psykososiaalisesta tuesta sekä kriisitilanteiden psykososiaalisesta tuesta sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimuksesta, kuntoutuksesta ja hoidosta. Mielenterveyspalveluiden keskeinen tavoite on mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, hoitaminen ja lievittäminen sekä seurauksien minimointi. Mielenterveyspalveluita ohjaavat lainsäädäntö, viranomaisohjeistukset ja hoitoa koskevat määräykset, joista vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö. Valvira ja aluehallintavirastot valvovat mielenterveyspalveluiden alaista toimintaa. (THL 2021.)

Persoonallisuushäiriöitä sairastaa aikuisista noin 5-15 %. Persoonallisuushäiriöiden synnyn taustalla on tutkimusten mukaan perinnöllisiä, sekä sikiövaiheen tekijöitä, lapsuusiän traumoja ja kokemuksia sekä vanhempien käytökseen samaistumista. (Huttunen, M. 2018.) Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan vakiintuneita käyttäytymismalleja, jotka ovat joustamattomia ja juurtuneita piirteitä henkilön persoonallisuudessa. Ne aiheuttavat haittaa sitä sairastavan henkilön elämään. Toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden ja ongelmien esiintyvyys ovat persoonallisuushäiriöille ominaista, eikä henkilö itse välttämättä tunnista piirteidensä ja käyttäytymisensä erikoisuutta ja poikkeavuutta. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011, 480.)

Tämä opinnäytetyö rajautuu tunne-elämältään epävakaaseen persoonallisuuteen. Tunne-elämän epävakaa persoonallisuus on merkittävästi potilaan toimintakykyä häiritsevää ja alentava häiriö. Lisäksi häiriöön liittyy runsasta psykiatrista oheissairastavuutta. Tässä persoonallisuushäiriössä minäkuva on epävakaa ja tunnetilojen heittäminen ja käytös on impulsiivista. (Käypähoito 2020a.)

Tämä opinnäytetyö on tehty Laurea ammattikorkeakoulun ja Auroran sairaalan kanssa yhteistyössä. Aihe valikoitui opinnäytetyön kirjoittajien psykiatristen harjoitteluiden myötä nousseen kiinnostuksen ja havaittujen haasteiden pohjalta liittyen tunne-elämän epävakaaseen persoonallisuuteen.

Opinnäytetyöllä haluttiin selvittää, millaista tutkimustietoa tunne-elämän epävakauteen liittyvästä itsetuhoisuudesta on saatavilla. Tässä työssä esitellään ensin persoonallisuushäiriöitä yleisellä tasolla ja sen jatkeeksi syvennytään tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden syntyyn, oirekuvaan sekä hoitomuotoihin. Työ painottuu tunne-elämän epävakauteen liittyvään itsetuhoisuuteen, sen tunnistamiseen ja hoitoon, joita käsitellään luvussa neljä. Opinnäytetyössä ei käsitellä lääkehoitoa. Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, josta kerrotaan lisää luvussa viisi. Tässä osiossa on esitelty tehty tiedonhaku taulukkona. Lopuksi esitellään löytämiemme tutkimusten

perusteella tehdyt tulokset. Työn lopussa on pohdinta työstä, työskentelystä ja saavutetuista tuloksista sekä jatkotutkimusehdotus.

2 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla, millaista tietoa tunne-elämän epävakauteen liittyvästä itsetuhoisuudesta on saatavilla. Tarkoituksena on kuvata, miten tunne-elämän epävakauteen liittyvä itsetuhoisuus ilmenee, miten sitä tunnistetaan ja hoidetaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda toimeksiantajalle tiivis katsaus tunne-elämän epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä ja siihen liittyvästä itsetuhoisuudesta. Tavoitteena on löytää luotettavaa tutkimuksellista tietoa tunne-elämältään epävakaiden potilaiden itsetuhoisuuden ilmenemisestä ja hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää itsetuhoisuuden tunnistamiseen ja ennakointiin liittyviä haasteita. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella tehtiin toimeksiantajalle ehdotelma, miten he voivat kehittää toimintaansa ja mitä asioita on olennaista huomioida tunne-elämältään epävakaiden potilaiden itsetuhoisuuteen ja kohtaamiseen liittyen. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa hyödynnetään toimeksiantajan näkökulmasta.

Tätä työtä ohjaavat tutkimuskysymykset:

- Mitä tietoa tunne-elämältään epävakaiden potilaiden itsetuhoisuudesta on saatavilla?
- Miten itsetuhoisuus ilmenee, miten sitä tunnistetaan, arvioidaan ja hoidetaan.

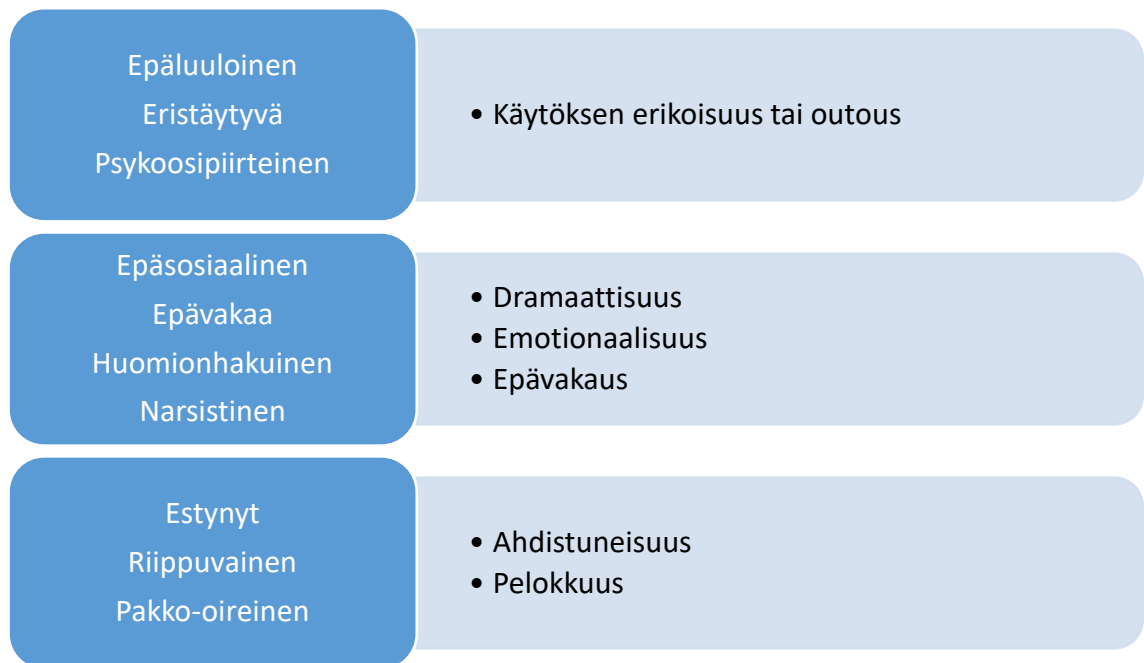
3 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan vakiintuneita käyttäytymismalleja, jotka aiheuttavat haittaa sitä sairastavan henkilön elämään. Nämä käyttäytymismallit ovat joustamattomia ja hyvinkin juurtuneita piirteitä ihmisen persoonallisuuteen. Henkilö itse ei välttämättä tunnista piirteidensä ja käyttäytymisensä erikoisuutta ja poikkeavuutta. Toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden ja ongelmien esiintyvyys ovat persoonallisuushäiriöille ominaisia.

Persoonallisuushäiriöt eivät ole seurausta mielenterveyteen tai aivoihin liittyvistä sairauksista, vaan ne ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat usein lapsuudessa tai nuoruudessa jatkuen aikuisuuteen. Persoonallisuushäiriöt luokitellaan käyttäytymismallin perusteella. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011, 480.)

Merkittävää persoonallisuushäiriön kehittämisessä on lapsuuden kasvuympäristön vaikutukset ja muut pitkäaikaiset epäsuotuisat ympäristötekijät, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö,

väkivalta, vanhempien päihdeongelmat ja lasta vahingoittavat psykososiaaliset häiritteijät. On myös jonkin verran tutkimusnäyttöä geneettisen perimän vaikutuksesta persoonallisuushäiriöiden syntyyn. Tunne-elämältään epävakaisten sukulaisilla on todettu olevan enemmän mielialahäiriöitä kuin vertailuryhmillä. Nämä esiintyvät yleensä samanaikaisesti. (Marttunen ym. 2011, 484-485.) Persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeen eri pääluokkaan, jotka on esitelty alla olevassa kuviossa 1. Kuviossa on myös häiriöiden keskeisimmät piirteet. Ihmisillä voi esiintyä samanaikaisesti useita eri persoonallisuushäiriöiden piirteitä. (Huttunen 2018). Taulukossa 1 on suora lainaus persoonallisuushäiriöiden yleisistä diagnostisista kriteereistä ICD-10-luokituksessa.



Kuvio 1: Persoonallisuushäiriöiden pääluokat ja niille ominaiset piirteet. (Huttunen 2018.)

1	<p>“Yksilön luonteenomaiset ja pysyvät sisäisen kokemisen tavat ja käytös kokonaisuudessaan poikkeavat merkittävästi kulttuurin sisäisistä normeista. Poikkeama ilmenee vähintään kahdella alla luetellulla alueella:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiedollinen toiminta (kuinka ihminen havaitsee ja tulkitsee asioita, ihmisiä ja tapahtumia miten hän asennoituu ihmisiin ja muodostaa mielikuvia itsestään ja muista) - Tunne-elämä (tunne-elämän kirjo, voimakkuus ja asianmukaisuus tilanteeseen nähden) - Impulssikontrolli ja tarpeiden tyydyttäminen - Ihmissuhteiden luonne ja toimintatapa muiden ihmisten kanssa.
2	<p>Poikkeama ilmenee pysyvänä käytösmallina, joka on joustamaton, sopeutumaton tai muutoin häiriintynyt laajalti eri henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa tilanteissa.</p>
3	<p>Kohdassa 2 kuvattu käytösmalli aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä tai vastoinkäymisiä sosiaalisessa selviytymisessä tai molempia.</p>
4	<p>Häiriö on pysyvä ja pitkäaikainen ja se on alkanut myöhäislapsuudessa tai nuoruusiässä</p>
5	<p>Häiriö ei ole muun aikuispsykiatrisen häiriön ilmenemismuoto tai sen seurausta</p>
6	<p>Elimellinen syy, aivosairaus, -vamma tai toimintahäiriö tulee sulkea pois.” (Marttunen & Henriksson 2021)</p>

Taulukko 1: Persoonallisuushäiriön yleiset diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksessa

3.1 Tunne-elämän epävakaata persoonallisuushäiriö

Tämä opinnäytetyö rajautuu tunne-elämältään epävakaaseen persoonallisuuteen. Tunne-elämän epävakaata persoonallisuutta voidaan kutsua myös rajatilapersonallisuudeksi tai borderline-persoonallisuushäiriöksi. Tunne-elämän epävakaata persoonallisuus on merkittävästi potilaan toimintakykyä häiritsevää ja alentava häiriö, jonka esiintyvyys on noin 0,7 % väestöstä. (Käypähoito 2020a). Psykiatrisen sairaalahoidon potilaista, jopa 20 % ja avohoidon potilaista 10 % saattavat kärsiä tunne-elämän epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Lisäksi häiriöön liittyy runsasta psykiatrista oheissairastavuutta. Mitä enemmän samanaikaisia oheissairauksia ja syntyä selittäviä tekijöitä esiintyy samaan aikaan, sen korkeampi riski häiriölle on. Häiriön taustalla vaikuttavaa perinnöllisyys, toistuvat ja vaikeat kokemukset

lapsuudessa ja kehitysympäristössä. Häiriötä edeltävänä taustatekijänä voi olla esimerkiksi lapsuusajan tarkkaavaisuuden häiriö, joka on ympäristötekijöiden vuoksi mutkistunut. (Korkeila 2021.)

Tässä persoonallisuushäiriössä minäkuva on epävakaa ja tunnetilojen heittely ja käytös on impulsiivista. Ihmissuhteet ovat epävakaita ja intensiivisiä vaihdellen ihannoinnista täydelliseen vähättelyyn. Tunne-elämältään epävakaa persoona pelkää hylätyksi tulemista ja on helposti ärtyvä vailla kontrollia suuttumiselleen. Itsetuhoinen käytös impulsiivisesti ja toistuvat itsemurhayritykset ovat tunne-elämältään epävakaille persoonallisuudelle ominaisia. (Huttunen 2018.)

Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö näyttäytyy mielialan vaihteluina. Mieliala vaihtelee ärtyneen, masentuneen, alakuloisen, ahdistuneen, vihaisen ja epätoivoisen välillä. Mielentilat näyttäytyvät usein suhteettomina ja kontrolloimattomina. Ne eivät kuitenkaan ole yleensä kovin pitkäkestoisia, joidenkin kohdalla kuitenkin muutamia päiviä. Kokemus hylätyksi tulemisesta, huolenpidon menettäminen, laiminlyönnit tai välinpitämättömyys voivat laukaista mielentilan heittelyitä. Poiketen monista muista persoonallisuushäiriöistä, tunne-elämän epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavat kokevat yleensä impulsiivisen käyttäytymisen jälkeen häpeää ja syyllisyyttä. Tämä vahvistaa entisestään jo kielteistä ja negatiivista minäkuvaa. Tunne-elämän haasteet voivat näyttäytyä myös päinvastaisena eli vaikeutena näyttää ja ilmaista negatiivisia tunteitaan, vaikka siihen olisikin aihetta. Tämä lisää vihaa, mutta henkilö ei itse välttämättä tunnista tunnetta vihaksi. (Koivisto & Korkeila 2020.)

Intensiiviset ihmissuhteet ovat tavanomaisia tunne-elämän epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavien elämässä. Tavallista suhteissa on suhtautumistavan vaihtelut, muuttuminen sekä voimakkaat tunteet. Ihmissuhteet voivat syventyä nopeasti ja tunne-elämältään epävakaa ihminen saattaa odottaa, että toinen osapuoli viettää äärimmäisen paljon aikaa yhdessä hänen kanssaan. Normaalia nopeampi tahti avautua toiselle hyvinkin henkilökohtaisista asioista varsin aikaisessa vaiheessa on melko tavallista. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivä kokee herkästi, ettei toinen osapuoli välitä tarpeeksi, anna suhteelle tarpeeksi tai ole läsnä. (Koivisto & Korkeila 2020.)

Tunne-elämän epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastava henkilö kokee pelon tunteita hylätyksi ja torjutuksi tulemisesta. Hän ajattelee hylkäämisen johtuvan siitä, että olisi paha. Yksinoleminen on monelle erityisen vaikea ja haastavaa, tämän monet kokevat turvattomuuden tunteena. Estääkseen näitä tunteita, saattaa tunne-elämän epävakautta sairastava tarkistella asioita, anella olemaan jättämättä, lähtemättä tai takertua toiseen. Hylätyksi tulemisen tunteen yhteydessä itsetuhoinen käytös on tavallista. Minäkuvan epävakaus saattaa ilmetä esimerkiksi elämäntavoitteiden ja henkilökohtaisten arvojen

muutoksina ja vaihteluina liittyen esimerkiksi uraan ja työelämään, seksuaaliseen suuntautumiseen, ystäviin ja oman identiteetin ydinkuvaan. (Koivisto & Korkeila 2020.)

Tunne-elämältään epävakailta on haasteita noudattaa sopimuksia sekä negatiivisten tunteiden sietokyky on heikentynyt. Heillä esiintyy vaativaa käytöstä ja muiden ihmisten manipulointia. Käyttäytyminen on myös usein tunteisin vetoavaa ja konflikteja aiheuttavaa. Tunne-elämältään epävakaille ei suositella osastohoitoa. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä on taipumusta splittamiseen eli jakaa ihmiset hyviin ja pahoihin, sekä heijastavat omat ajatuksensa toisiin, jolloin puhutaan projektiosta. Tämä tarkoittaa sitä, että he näkevät pahan toisissa eivätkä itsessään. Käyttäytyminen on vastuutonta ja asioita ja tunteita kieltävää. (Väänänen 2020.)

3.2 Tausta ja kehittyminen

Epävakaan persoonallisuuden kehittymistä voidaan kuvata stressi-puheamismallilla. Se valaisee haavoittuvuuden vuorovaikutusta ympäristötekijöiden kanssa. Mitä enemmän potilaalla on taustalla haavoittavia riskitekijöitä, sitä vähemmän stressaavia tekijöitä tarvitaan häiriön puhkeamiseen. Tunne-elämän epävakaa persoonallisuushäiriön taustalla on monitekijäisyys sairausmallin mukaan viisi merkittävintä tekijää, jotka ovat lapsuusajan traumat ja kärsiminen, ongelmallinen vanhemmuus, vihamieliset ihmissuhteet, kiintymyssuhdehäiriöt ja heikko symbolisaatio-reflektiokyky eli tunteiden ja ajatusten puutteellinen tunnistamisen ja arvioinnin kyky. (Keinänen 2013.)

Selittävimminä tekijöinä lapsuuden traumaista esille nousevat seksuaalinen - ja fyysinen hyväksikäyttö, psyykkisesti sairaat vanhemmat sekä negatiiviset ja impulsiiviset persoonallisuuden piirteet. Ei voida kuitenkaan täysin luottaa lapsuudentrauman tekijöihin, koska häiriö voi syntyä myös ilman traumakokemuksia. Tulee myös huomioida, että selvittäessä lapsuudenaikaisia tapahtumia jälkikäteen on virheiden mahdollisuus olemassa. Ihmisillä on taipumusta etsiä selitystä kärsimyksilleen, muistiharhat ovat mahdollisia sekä potilaiden kertomukset sosiaalisten suhteiden osalta voivat muuttua ajan saatossa ja hoidon myötä. (Keinänen 2013.)

Vanhemmuuden puutteet ovat yhteydessä epävakaiseen persoonallisuuteen. Ei voida kuitenkaan nimetä yhtä vanhemmuuden selittävää tekijää, mutta on havaittu, että hellyyden ja turvan puute, kasvatustyyli ja inhoten suhtautuminen lapsiin ovat keskeisiä ongelmia. Usein lapsilta on myös kielletty tunteiden näyttäminen ja oikeus ajatuksiin. Lapsia lisäksi kohdellaan epäjohdonmukaisesti. (Keinänen 2013.)

Tutkimuksissa on osoitettu yhteys epävakauden ja vihamielisten ihmissuhteiden yhteydestä. Ihmissuhteet ovat emotionaalisesti vihamielisiä ja suhteet pysyviä epävakasta käyttäytymisestä huolimatta. Myös tunne-elämän epävakautta sairastavat ajattelevat myös

itse toisista ihmisistä negatiivisesti. He tuntevat vähemmän onnea ja näkevät maailman pahana. Tämä on kuitenkin suhteessa häiriön vakavuuteen. (Keinänen 2013.)

Sosiaalisten suhteiden häiriöt ovat liitoksissa turvattomaan kiintymyssuhteeseen. Kiintymyssuhteen vaikeudet ovat yhteydessä ratkaisemattomiin lapsuudenaikaisiin hyväksikäyttötraumoihin ja näin ollen mentalisaatiokyky on heikentynyt. (Keinänen 2013.)

Symbolisaatio-reflektiokyky on tunne-elämältään epävakailla potilailla normaalia heikompaa. Ajatusten tukahtuminen liittyy negatiiviseen affektiivisuuteen ja edustaa heikkoa reflektiokykyä. Affektiivisuus tarkoittaa tunneherkkyyttä, tunteellisuutta ja tunnepitoisuutta. Vaikeus seurata ja huomioida tunteita sekä todellisuuden erottaminen on häiriintynyttä. Tunne-elämän epävakailla potilailla esiintyy hypo- ja hyperreflektiivisyyttä eli he saattavat tehdä muista ihmisistä psykologisia tulkintoja hyvinkin vähäisen tiedon varassa. On kuitenkin huomioitavaa, että itsereflektointi voi onnistua normaalisti joillakin osa-alueilla. (Keinänen 2013.)

3.3 Hoito

Koska persoonallisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia ja joustamattomia sekä itsepintaisia ajatellaan niiden olevan vaikeahoitaisia tai jopa mahdottomia hoitaa. Monet persoonallisuushäiriöisistä pitävät käyttäytymistään ja vuorovaikutustapojaan osana itseään eivätkä ole valmiita niistä luopumaan, vaikka ymmärtäisivät käytöksen tuoman haitan. (Marttunen ym. 2011, 485-486.)

Tunne-elämältään epävakaa hakeutuu harvoin hoitoon pelkästään persoonallisuushäiriön vuoksi, vaan syitä hoitoon hakeutumiselle ovat usein akuutti itsetuhoisuus, ahdistavat ihmissuhdeongelmat, psykoottisuus tai päihteiden liikkakäyttö. (Väänänen 2020) Tunne-elämältään epävakaan potilaan hoito on haastavaa sekä hoitavalle taholle, että potilaalle itselleen. Potilasta tulisi hoitaa mahdollisimman pitkälle avohoidossa ja pitkiä sairaalahoitajaksoja tulisi välttää. Sairaalahoito on tarpeen, jos potilaalla on akuuttia itsetuhoista käyttäytymistä, samanaikaisesti psykoottistasoista käyttäytymistä tai vakavia mielialaoireita. (Marttunen ym. 2011, 492.)

Keskeistä persoonallisuushäiriöiden hoidossa ovat erilaiset psykoterapeuttiset hoitomuodot, kuten kognitiivis-behavioraalinen- ja psykodynaaminen psykoterapia. Lääkehoidon osalta persoonallisuushäiriöihin ei ole vakiintunutta käytäntöä. Jos persoonallisuushäiriötä sairastavalla on lisäksi jokin muu mielenterveyden häiriö, hoidetaan sitä asianmukaisesti siihen kuuluvalla lääkehoidolla. Neuroleptilääkitys voi tulla kyseeseen, mikäli potilaalla on psykoottisia oireita. Impulsiivisen ja itsetuhoisen henkilön lääkehoitoa on tärkeää arvioida, koska erityisesti persoonallisuushäiriötä sairastavilla on taipumusta käyttää lääkkeitä epäsäännöllisesti tai toisin kuin ohjeistettu. (Marttunen ym. 2011, 486.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon suositellaan ensisijaisesti psykososiaalisia hoitomuotoja. Psykoterapiat, kuten transferenssikeskeinen psykoterapia, dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia ja STEPPS-ohjelma on todettu toimiviksi hoitokeinoiksi. (Koivisto & Korkeila 2020.)

Transferenssikeskeinen terapia nojaa objektisuhteiden teoriaan. Keskeisenä tavoitteena terapiassa on asteittainen siirtyminen vakaisiin ihmissuhteisiin sekä osaobjektisuhteiden integraatio. Itse ja toinen jaetaan mielessä pahoihin ja hyviin osaobjektisuhteisiin, jotka potilas transferoi hoitosuhteeseen. Terapia kestää 1-4 vuotta ja sisältää tapaamisen kahdesti viikossa yksilöpsykoterapiana. Mentalisaatioterapia nojaa psykodynaamiseen kehitysteoriaan, kiintymys- ja objektisuhdeteoriaan ja kognitiiviseen teoriaan. Keskeisenä tavoitteena on potilaan mentalisaatiokyvyn edistäminen, vuorovaikutuksen ja henkilökohtaisen vastuunoton vahvistaminen sekä tunteiden tunnistamisen ja ilmaisun vahvistaminen. (Käypähoito 2020a.) Skeematerapian taustalla vaikuttavat kognitiivis-behavioraalinen teoria, kiintymyssuhdeteoria, konstruktivistinen teoria, hahmopsykoterapia eli Gestalt-terapia ja objektisuhdeteoria. Keskeisenä tavoitteena terapiassa on emotionaalisten tarpeiden tunnistaminen, hyväksyminen ja ilmaiseminen. Skeemoja ja moodeja pyritään tunnistamaan ja ymmärtämään sekä asteittain korjaamaan. Siinä pyritään vähitellen selviytymismoodien tarpeettomaksi tekemiseen. Terapia pyrkii myös vähentämään haitallisia auktoriteettivoimien ja moodien vaikutuksia. Tavoitteena on terveen moodin kehityksen tukeminen. STEPPS-ohjelma (Systems Training For Emotional Predictability and Problem Solving) nojaa taustateoriassa kognitiivis-behavioraaliseen teoriaan, skeematerapiaan sekä systeemitapiaan. Keskeisenä tavoitteena terapiassa on potilaan itseymmärryksen lisääntyminen, tunnesäätelytaitojen harjoittelu, skeemojen, käyttäytymisen ja tunteita laukaisevan tekijöiden tunnistaminen. STEPPS-ohjelmaan kuuluu myös potilaan verkoston kuuluvan henkilön mukaan ottaminen hoitoon. Terapia on psykoedukatiivista. Ryhmä tapaa viikoittain yhteensä 20 kertaa. STEPPS-ohjelma on lisänä olevaa hoitoa jo olemassa olevan hoidon rinnalle. (Käypähoito 2020a.)

3.4 Dialektinen käyttäytymisterapia

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on useasta menetelmästä koostuva psykoterapeuttinen hoitomalli. Sen on kehittänyt yhdysvaltalainen Marsha Linehan ja se on kohdennettu tunne-elämän epävakaudesta kärsiville. Dialektisesta käyttäytymisterapiasta on kehitetty myös samanaikaisen päihdeongelman sekä nuorten hoitoon soveltuva malli. Tässä tekstissä käsitellään vain alkuperäistä hoitomallia. (Koivisto & Lindeman 2021, Koivisto, Keinänen, Isometsä 2007.)

Dialektisen käyttäytymisterapian hoitomalli koostuu viikoittaisesta yksilöterapiasta, ryhmämuotoisesta taitovalmennuksesta, terapeuttien konsultaatiotiimistä sekä

mahdollisuudesta puhelinyhteyteen terapeutin kanssa kriisitilanteissa. Tavoitteena on, että opetellut taidot yleistyisivät moniin eri konteksteihin potilaan arjessa. Taidoilla tarkoitetaan uudenlaisen kyvykkyyden omaksumista. Taitovalmennusryhmässä opitaan ja harjoitellaan taitoja ja yksilöterapiassa autetaan potilasta hyödyntämään oppimaansa omaan arkeen ja elämän todellisiin tilanteisiin. Terapian kesto on kokonaisuudessaan usein vähintään kaksi vuotta. (Koivisto & Lindeman 2021, Kampman 2017.)

Kun tunne-elämän epävakaudesta kärsivä aloittaa dialektisen käyttäytymisterapian, hän on usein sellaisessa vaiheessa, jossa hänen on vaikea kestää ja käsitellä tunteitaan. Tämä johtaa herkästi itsensä vahingoittamiseen, dissosiativisiin tiloihin tai esimerkiksi päihteiden käyttöön. Tästä johtuen dialektisen käyttäytymisterapian ensimmäisen vaiheen tavoitteena on luoda turvallisuutta ja vakautta nykyhetkeen. Toisessa vaiheessa hoidetaan potilaan traumoja. Toiseen vaiheeseen siirrytään, kun potilas on oppinut selviytymään tunteiden kanssa ilman, että ne johtavat ongelmalliseen toimintaan. (Kampman 2017.)

Tunne-elämän epävakaudesta kärsivät ovat usein oppineet pelkäämään voimakkaita tunteita ja pyrkivät siksi joko välttelemään niitä tai keskeyttämään ne esimerkiksi vahingoittamalla itseään. Terapian tarkoituksena on auttaa potilasta kohtaamaan omat tunteensa ja samanaikaisesti oppia taitoja, joiden avulla tunteet on helpompi kestää ja käsitellä. Monet DKT-taidot perustuvat tietoiseen läsnäoloon, jonka oppiminen voi hidastaa tunteiden ja impulssien kanavoitumista ongelmalliseksi käyttäytymiseksi. (Koivisto & Lindeman 2021.)

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa keskeisiä dialektisia hoitostrategioita ovat validointi ja muutosstrategiat. Dialektisuudella tarkoitetaan ilmiöiden monitahoisuuden ymmärtämistä ja ristiriitaisten puolien kokonaisuuksien näkemistä. Validointi tarkoittaa hyväksyntää ja kokemuksen vahvistamista. (Koivisto ym. 2007.) Dialektisessa käyttäytymisterapiassa terapisuhdetta ilmentää vastavuoroisuus, tasavertaisuus, lämpö, intensiivisyys ja terapeutin vahva sitoutuneisuus potilaaseen ja hänen hoitoonsa. Terapeutti havainnoi ja mukauttaa oman toimintansa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin sopivaksi. Terapeutin on tärkeää huomioida ja vahvistaa kaikkea taidokasta ja toimivaa, mitä potilas tekee, sanoo tai ilmentää olemisessaan. Tällä tavoin edistetään potilaan tunnetta siitä, että hän pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan elämäänsä ja luodaan vastapainoa voimattomuuden ja lannistumisen kokemuksille. (Koivisto & Lindeman 2021.) Potilasta rohkaistaan pyytämään apua tarpeeksi ajoissa ja hänellä on mahdollisuus soittaa kriisitilanteissa omalle terapeutilleen. Jos potilas on vahingoittanut itseään, hän ei saa vuorokautteen soittaa terapeutille, jotta itsetuhoista käyttäytymistä ei vahvistettaisi. (Koivisto ym. 2007.)

4 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus tarkoittaa käyttäytymistä, joka sisältää itsensä vahingoittamista tai henkeä vaarantavan riskin ottamista. Itsetuhoisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Suora itsetuhoisuus näyttäytyy itsemurha-ajatuksina, -yrityksinä, siitä puhumisena tai itsemurhana. Epäsuora itsetuhoisuus on käyttäytymistä, jossa otetaan henkeä uhkaavia riskejä ilman, että tarkoituksena on itsensä vahingoittaminen tai kuolema. Tämä voi ilmetä esimerkiksi runsaana päihteidenkäyttönä, fyysisten sairauksien laiminlyömisellä, holtittomana seksuaalikäyttäytymisenä tai riskien ottona liikenteessä. Itsemurha-ajaukset voivat vaihdella hetkellisistä mielikuvista yksityiskohtaisiin itsemurhasuunnitelmiin. Mitä yksityiskohtaisempi suunnitelma, sitä suurempi riski itsetuhoiselle teolle. (Käypähoito 2020b, Mielenterveystalo.)

Itsetuhoisen käyttäytyminen on usein jonkin mielenterveydenhäiriön oire ja se muodostuu yleensä monien ongelmien summasta. Monesti itsetuhoisissa ajatuksissa on kyse jonkin tunnetilan, kuten pettymyksen, häpeän tai surun sietämättömyydestä. Yksittäinen elämäntapahtuma saattaa toimia laukaisevana tekijänä itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Itsetuhoiset ajaukset voivat liittyä myös johonkin sairauteen, kuten masennukseen tai syömishäiriöön. Erityisesti nuorten itsetuhoajaukusten tavoitteena on usein halu päästä eroon sietämättömästä olotilasta, ei niinkään kuolla. (Mielenterveystalo.)

Itsetuhoiselle käyttäytymiselle altistaa muun muassa kokemukset fyysisestä tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä, koetusta tai todistetusta väkivallasta, lapsuusajan laiminlyönti ja pitkäkestoinen koulukiusaaminen. Myös sosiaalinen eristäytyminen tai eristetyksi joutuminen aiheuttaa muutoksia aivoissa, joka näyttäytyy lisäten kuoleman ajatuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä. (Myllyviita 2020)

Tunne-elämän epävakautteen liittyy taipumus vahingoittaa itseään ilman kuolemanaietta. Itsetuhoisen käyttäytyminen voi olla toistuvaa ja sen voi laukaista esimerkiksi kokemus torjunnasta tai pelko erosta. Yleensä itsetuhoisen käyttäytymisen tarkoituksena on lievittää ahdistusta tai epätodellista oloa. Tunne-elämän epävakaudessa itsemurhan riski on merkittävä ja itsemurhayritykset yleisiä. Itsemurhayritysten vaaraa lisää sairauteen liittyvä muuta väestöä suurempi somaattinen sairastavuus. Itsetuhoisuus lievittyy usein iän myötä. (Koivisto & Korkeila 2020, Käypähoito 2020a.)

4.1 Itsetuhoisuuden tunnistaminen

Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen on haastavaa, jos potilas ei ilmaise itsetuhoisuuttaan millään tavoin. Tällöin hoitohenkilökunnan on otettava asia puheeksi ja esitettävä suoria kysymyksiä. Itsetuhoisista ajatuksista kysyminen ei lisää toteuttamisen riskiä, vaan voi päinvastoin jopa vähentää ahdistusta, kun henkilö kokee tullessa ymmärretyksi. Tunnistamista helpottavat hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot,

kokemus ja ymmärrys mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tunnistamista vaikeuttavat henkilön päihtymystila, vaikeus ottaa apua vastaan sekä syyllisyyden ja häpeän tunteet. Myös hoitohenkilökunnan vastatunteet, kuten toivottomuus, kontaktittomuus ja itsemurhayritysten vähättely vaikeuttavat tunnistamista. Empaattinen kuuntelu vähentää toivottomuutta ja voi siten estää itsemurha-aikeita. Keskustelulle on varattava riittävästi aikaa. Kiirehtimistä, johdattelua ja tilanteen vähättelyä on vältettävä. Kun epäillään itsemurhamahdollisuutta, on sen selvittämisen aikana ja tukitoimia järjestettäessä otettava aktiivinen rooli itsemurhavaaran arvioimiseksi ja avun tarjoamiseksi. (Pulkkinen & Vesanen 2014, Solin & Partonen 2017.)

Itsemurhaa yrittänyt tulee arvioida psykiatrian erikoislääkärin tai psykiatriaan perehtyneen lääkärin johdolla somaattisen akuuttihoiton jälkeen. Itsemurhaa yrittäneen ajankohtainen itsetuhoisuus arvioidaan. Hoidon tulee olla aktiivista ja viiveetöntä. Itsemurhaa yrittäneen henkilön kanssa tulee yrittää käydä läpi koko tapahtumaketju, joka on johtanut itsemurhayritykseen. (Käypähoito 2020b.)

4.2 Turvasuunnitelma

Turvasuunnitelman toteuttamisen on huomattu vähentävän itsemurhayrityksen uusiutumista puolen vuoden ajan. Sen ovat kehittäneet psykologit Barbara Stanley ja Gregory Brown. (Jylhä 2020.) Turvasuunnitelmaa käytetään potilailla, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa, joilla on itsetuhoisia ajatuksia tai joilla on arvioitu olevan kohonnut itsemurhariski. Sen tavoitteena on löytää itsemurha-ajattelua laukaisevat tekijät ja tehdä suunnitelma, miten toimia tulevissa kriisitilanteissa ja hallita itsemurhaimpulseja vahingoittamatta itseään. Turvasuunnitelman avulla tuetaan potilaan ongelmanratkaisua ja voimavarojen käyttöönottoa tulevissa kriisitilanteissa. Turvasuunnitelmaa tehdessä potilas nähdään yhteistyökumppanina omassa hoidossaan, joka auttaa vahvistamaan hänen kykyjään ja ylläpitämään toivoa. (Jylhä & Isometsä 2020.)

Turvasuunnitelma lomakkeessa on seitsemän askelta, joihin listataan järjestyksessä varomerkit, selviytymisstrategiat ja tuen lähteet itsetuhoisen kriisin ajalle. Terveystieteiden ammattilainen auttaa potilasta täyttämään kohdat. Jokaista kohtaa ei ole välttämätöntä täyttää, vaan turvasuunnitelmaa voidaan muokata potilaalle sopivaksi. Ammattilainen arvioi onko turvasuunnitelman rakenne tarkoituksenmukainen kyseisen potilaan kyvyt sekä olosuhteet huomioon ottaen ja muokkaa turvasuunnitelmaa tarvittaessa. Lomakkeesta voidaan jättää jokin kohta pois tai askelten kohdalle voi kirjata vaihtelevan määrän asioita. Käytettyjä termejä voidaan muuttaa helpommin ymmärrettäväksi. Tärkeintä on, että turvasuunnitelma on helposti saatavilla, helppo käyttää ja potilas on hyväksynyt suunnitelman. Jokaisen askeleen kohdalla ammattilainen arvioi kunkin strategian toimivuuden ja selvittää esteet niiden käytölle yhdessä potilaan kanssa. Ammattilainen myös arvioi kuinka

todennäköisesti potilas ottaa suunnitelman käyttöön ja pyrkii ratkaisemaan siihen liittyvät ongelmat. Seurantakäynneillä ammattilainen selvittää onko potilas käyttänyt turvasuunnitelmaa, onko siitä ollut apua ja tarvitseeko sitä muokata toimivammaksi. (Jylhä 2020, Jylhä & Isometsä 2020.)

5 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa tutkittavan asian olemassa olevan tiedon yhteen keräämistä ja sen laadun arvioimista. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan löytää uutta tutkimustarvetta sekä välttää tarpeettomien tutkimusten tekemistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin ja siksi niitä on erityyppisiä. Kirjallisuuskatsaustyyppit voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin, jotka ovat kuvailevat katsaukset, systemaattiset katsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi. Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset kuvaavat tutkimuksen aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta ja kirjallisuutta sekä sen laajuutta ja määrää. Kuvailevia kirjallisuuskatsauksia ovat narratiivinen ja perinteinen kirjallisuuskatsaus, kriittinen, kartoittava, scoping, nopea ja yleiskatsaus sekä state-of-the-art review. (Stolt ym. 2015, 23.) Tämä opinnäytetyö on narratiivinen kirjallisuuskatsaus.

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja sopivan aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi. Soveltuvan kirjallisuuden hakuun ja aineiston valintaan tarvitaan järjestelmällinen strategia, jotta löydetään parhaat ja soveltuvimmat aineistot aiheeseen liittyen. Tähän hakuun tulisi käyttää aikaa, sillä se on tutkimuksen luotettavuuden kannalta yksi keskeisimpiä vaiheita. Tutkijan tulee määritellä keskeiset käsitteet aiheen kannalta, joita voi käyttää hakusanoina. Yksi osa hakustrategiaa on sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Kun kriteerit on huolella mietitty, se helpottaa sopivan ja luotettavan kirjallisuuden tunnistamista. (Stolt ym. 2015, 23-26.)

Aineiston analysoinnin ensimmäinen vaihe on kuvata tutkimuksen tärkeä sisältö eli kirjoittajat, julkaisutiedot, tutkimuksen tarkoitus, sen asetelma, aineistonkeruumenetelmät, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet sekä kuvata siinä mahdollisesti käytetyt interventiot. Toinen vaihe on aineistoa lukemalla tutkimuksen yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien etsiminen, ryhmittely, vertailu ja tulkinta. Kolmannessa vaiheessa analyysistä muodostetaan looginen kokonaisuus eli synteesi, jossa esitetään yleinen kuva ja löydetyt ristiriitaiset tulokset. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan eli katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Siinä raportoidaan myös kaikki analysoinnin vaiheet tarkasti. (Stolt ym. 2015, 31-32.)

5.1 Aineiston valinta

Tämän narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin luotettavista sähköisistä tietokannoista. Käytetyt tietokannat olivat PubMed, Medic, CINAHL, ProQuest Central, Laurea Finna. Aineistoksi haluttiin korkeintaan 10 vuotta vanhoja tutkimuksia, joten haku rajattiin vuosina 2011-2021 ilmestyneisiin suomen- ja englanninkielisiin aineistoihin. Aineistoiksi valikoitui tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleja. Opinnäytetyön tekijät saivat tiedonhakuun apua Laurean tiedonhakupajasta.

Hakusanoina käytettiin sekä englanninkielisiä, että suomenkielisiä termejä. Sopivien hakusanojen löytäminen oli haastavaa ja hakuja tehdessä kokeiltiin useita eri hakusanoja ja niiden yhdistelmiä, kunnes löydettiin sopivimmat hakusanat, joilla löytyi osuvimpia tuloksia. Parhaimmiksi hakusanoiksi osoittautuivat *borderline personality disorder*, *self-harming* ja *self-injurious behaviour*.

Taulukossa 3 on listattu käytetyt tietokannat sekä hakusanat, kuinka monta osumaa hakusanoilla ja rajauksilla saatiin sekä kuinka monta tutkimusta valittiin analysoitavaksi ja kuinka monta niistä valittiin mukaan katsaukseen tarkasteltavaksi. Eri tietokannoista saatiin paljon samoja aineistoja, jotka jätettiin suoraan pois laskuista. Tästä syystä esimerkiksi PubMedin tuloksissa on eniten analysoituja tutkimuksia. Suomalaisia tutkimuksia aiheesta löytyi melko vähän.

Aineistoja tuli valituilla hakusanoilla yhteensä 213 kappaletta kaikista tietokannoista. Aineistojen alkukarsinta tehtiin otsikon ja tiivistelmän perusteella sisäänotto- ja poissulkukriteerit mielessä pitäen. Osa aineistoista karsiutui pois pelkän otsikon perusteella. Pois jätettiin myös aineistot, joita ei päässyt kokonaisuudessaan lukemaan edes Laurean lisenssillä. Alkukarsinnan jälkeen jäljelle jäi 40 aineistoa, jotka jaettiin puoliksi opinnäytetyön tekijöiden kesken tarkempaa tarkastelua varten. Aineistot käytiin ensin silmämääräisesti läpi, jolloin niistä karsiutuivat vielä aineistot, joissa oli lisänä muita diagnooseja kuin tunne-elämän epävakaus, olivat vertailututkimuksia tai käsitteivät esimerkiksi hoidon kustannustehokkuutta tai uusien hoitomallien kehittämistä eivätkä siten vastanneet tutkimuskysymykseen. Jäljelle jääneet aineistot (n=9) suomennettiin kokonaisuudessaan ja tässä vaiheessa niistä karsiutui vielä neljä pois, sillä ne eivät lopulta vastanneet tutkimuskysymykseen.

Tietokanta	Hakusanat	Osumia yhteensä	Analysoituja aineistoja	Katsaukseen hyväksytyt aineistot
------------	-----------	-----------------	-------------------------	----------------------------------

PubMed	Borderline AND self-harming	77	17	3
PubMed	Borderline* AND NSSI* AND prevention	23	3	0
Medic	Borderline AND self-harming AND NSSI AND suicide	4	0	0
CINAHL	Borderline AND self-harming	11	2	0
ProQuest Central	Borderline personality disorder AND self-harming behaviour	48	10	2
Laurea Finna	Borderline AND self-harming	50	8	0

Taulukko 2: Tietokantojen hakutulokset

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
- Julkaistu vuonna 2011-2021	- Julkaistu ennen vuotta 2011
- Tieteelliset tutkimukset ja artikkelit	- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt
- Suomen- ja englanninkieliset aineistot	- Vieraskieliset aineistot (pois lukien englanti)

- Julkaisu saatavilla kokonaisuudessaan sähköisessä muodossa Laurean ammattikorkeakoulun lisensoiduista tietokannoista	- Painetut aineistot sekä aineistot, jotka ei ole saatavilla Laurean ammattikorkeakoulun lisensoiduista tietokannoista
- Koko teksti saatavilla	- Ei koko tekstiä saatavilla
- Aineistot, joissa kohteena aikuiset ja vain tunne-elämän epävakaussdiagnoosi	- Aineistot, joissa kohteena on lapset, nuoret tai muut diagnoosit

Taulukko 3: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

5.2 Aineiston kuvaus

Alla olevassa taulukossa on lyhyt kuvaus valituista aineistoista. Taulukosta ilmenee aineiston nimi, tekijät ja tietokanta. Keskeisessä sisällössä on lyhyesti esitetty aineiston tarkoitus, keskeinen sisältö ja tulos sekä tutkimusten osalta vahvuudet ja heikkoudet.

Julkaisu ja tietokanta	Keskeinen sisältö
<p>Hospital staff at most psychiatric clinics in Stockholm experience that patients who self-harm have too long hospital stays, with ensuing detrimental effects</p> <p>Lundahl, A., Helgesson, G. & Juth, N. 2021</p> <p>PubMed</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin, miten Tukholman itsetuhoisia potilaita hoitava henkilökunta kokee sairaalahoidon keston vaikuttavan itsetuhoisiin potilaisiin. Tutkimus toteutettiin kyselynä. Enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, että sairaalajakso ovat liian pitkiä ja että sairaalajaksoa voisi lyhentää, ilman että se vaikuttaa negatiivisesti hoidon laatuun. Lisäksi tunnistettiin, että potilaan käyttäytyminen ja olemus vaikuttavat hoidon määrään; vaativien ja hauraalta vaikuttavien potilaiden ajateltiin saavan enemmän hoitoa kuin muiden. Tutkimuksen vahvuutena oli sen korkea vastausprosentti ja heikkoutena sen rajautuminen vain Tukholman alueelle.</p>

<p>Self-harm in the context of borderline personality disorder</p> <p>Kaess, M. & Reichl, C. 2021</p> <p>PubMed</p>	<p>Yleiskatsaus, jossa tarkastellaan aiempien tutkimusten perusteella itsetuhoisen käyttäytymisen yhteyttä epävakaiseen persoonallisuushäiriöön. Katsauksessa todetaan, että NSSI:n (nonsuicidal self-injury) havaitseminen on tärkeää jo varhaisessa vaiheessa, sillä NSSI saattaa ajan myötä kehittyä SB:ksi (suicidal behaviour) ja epävakaksi persoonallisuushäiriöksi. Erityisesti DKT:llä ja mentalisaatioterapialla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia itsetuhoisen käyttäytymisen vähenemiseen tunne-elämältään epävakailta.</p>
<p>Digital comparison of healthy young adults and borderline patients engaged in non-suicidal self-injury</p> <p>Stroehmer, R., Edel, M., Pott, S., Juckel, G. & Haussleiter, I. 2015</p> <p>PubMed</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla NSSI-käyttäytymisen eroja epävakaita persoonallisuushäiriötä sairastavilla, jotka vahingoittivat itseään ja terveillä nuorilla aikuisilla, jotka vahingoittavat itseään. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena poikkileikkauksena. Osallistujat täyttivät avoimen 75-kohdan kyselyn. Tutkimuksen tuloksena löydettiin eroavaisuuksia terveiden ja tunne-elämän epävakaita sairastavien itsetuhoisuudessa. Eroa oli muun muassa hoitoon hakeutumisessa ja siinä, mihin kehonosaan itsetuhoisuus kohdistui. Kysely toteutettiin anonyymisti verkossa, joka mahdollisti avoimuuden ja suuremman osallistumisasteen, sillä aihe on arka. Tutkimuksen heikkoutena oli suhteellisen pieni osallistujamäärä (50 kummassakin ryhmässä).</p>
<p>Self-harm: from risk management to relational and recovery-oriented care</p> <p>Morrissey, J., Doyle, L. & Higgins, A. 2018</p> <p>ProQuest</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena oli selvittää diskursseja, jotka muovaavat hoitajien ymmärrystä itsensä vahingoittamisesta. Lisäksi siinä tutkittiin tapoja työskennellä itseään vahingoittavien kanssa. Artikkelista selviää, että mielenterveyshoitajilla on keskeinen rooli itsetuhoisuuden vähentämisessä ja haittojen minimoimisessa. Kohtaaminen ja hoitajien oma asenne on yhteydessä itsetuhoisesti käyttäytyviin potilaisiin ja hoidon tuloksiin, jos potilaat koetaan huomionhakuisina ja avun ulkopuolisina.</p>

<p>Stigma towards individuals who self harm: impact of gender and disclosure</p> <p>Lloyd, B., Blazely, A. & Phillips, L. 2018</p> <p>ProQuest</p>	<p>Artikkelin keskeisenä sisältönä oli selvittää stigmaa ja leimaavia asenteita itseään vahingoittavia kohtaan, huomioiden sukupuoli ja itsetuhoisuuden kanssa “julkitulon” vaikutus. Tutkimukseen osallistui 384 henkilöä, joista 77,4 % oli naisia. Miehet raportoivat enemmän stigmatisoivia asenteita ja käyttäytymistä kuin naiset. Artikkelissa selviää, että stigman vaikutus on merkittävä tekijä itsetuhoisten henkilöiden avunhakemattomuuteen. Heikkoutena artikkelissa mainituissa tuloksissa oli suhteellisen pieni osallistujamäärä ja tutkittujen koulutustausta. Näin ollen lisätutkimusta tarvittaisiin korkea-asteisen koulutuksen ulkopuolelta.</p>
---	--

Taulukko 4: Aineiston lyhyt kuvaus

5.3 Aineiston analyysi

Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä on kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.3.) Aineistohaussa jäljelle jääneet viisi aineistoa suomennettiin ja luettiin huolellisesti läpi. Sen jälkeen alleviivattiin tutkimuskysymysten kannalta oleellisia asiakokonaisuuksia, josta jatkettiin alleviivaamalla tärkeimpiä ilmaisuja. Tämän jälkeen luetteloiitiin valitut tärkeimmät alkuperäiset ilmaukset, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Tässä vaiheessa huomattiin, että toisiaan vastaavia ilmauksia oli paljon, joten karsimme esimerkkitaulukosta (Liite 1.) toisiaan vastaavat ilmaisut.

Kun pelkistetyt ilmaukset oli saatu vastaamaan asiasisältöä, tehtiin pelkistetyn ilmauksen pohjalta alaluokat tutkimuskysymys mielessä pitäen. Alaluokkia saatiin 10 kappaletta ja ne vastasivat tutkimuksen sisältöä. Alaluokat olivat: stigman vaikutus avun hakemiseen, stigman vaikutus kohtaamiseen, hoitajien asenne, hoitajien rooli, hoitomuodot, liian pitkät sairaalajaksot, varhainen tunnistaminen, itsetuhoisuuden ilmeneminen, potilaan olemus ja riskitekijät. Alaluokista muodostettiin tutkimuskysymyksen kannalta merkittävimmät yläluokat, jotka olivat: avun hakemiseen ja hoitoon vaikuttavat tekijät sekä itsetuhoisuuteen vaikuttavat tekijät. Yläluokkien muodostaminen helpotti kokonaiskäsitteiden luomista.

5.4 Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista tutkimustietoa tunne-elämältään epävakaiden potilaiden itsetuhoisuudesta on saatavilla ja miten itsetuhoisuus ilmenee, miten sitä tunnustetaan, arvioidaan ja hoidetaan. Tutkimustuloksia verrataan työn teoriaosuuteen. Lopuksi esitetään itsetuhoisuuden ja hoidon keskeiset tekijät, joita hyödynnetään itsetuhoisia potilaita kohdatessa.

5.4.1 Avun hakemiseen ja hoitoon vaikuttavat tekijät

Stigma tarkoittaa vahingollista, leimaavaa asennetta. Stigma on vahvasti liitoksissa kohtaamiseen. Stigma voi pahimmillaan johtaa hylkäämiseen, eristäytymiseen ja huonompiin hoitotuloksiin. (Lloyd, Blazely & Phillips 2018, 185.) Saatujen tutkimustulosten perusteella havaittiin, että itsetuhoisten potilaiden kohtaaminen vaikuttaa merkittävästi hoitoon ja avun hakemiseen sekä hoitotuloksiin. Mielenterveyshoitotyössä kliininen ajattelutapa muovaa hoitajien asennoitumista ja työskentelytapaa itsetuhoisten potilaiden kanssa työskennellessä. Hoitajien reagointi itsetuhoisia potilaita kohdatessa luo mielikuvan itsensä vahingoittamisesta oireena diagnosoidusta mielisairaudesta. Tämä johtaa tutkimusten mukaan lähes hyödyttömiin tapoihin yrittää auttaa itsetuhoisesti käyttäytyviä potilaita. Ongelmalliseksi hoitajien suhtautuminen itseään vahingoittaviin potilaisiin muodostuu silloin, kun potilaat nähdään huomionhakuksina ja avun ulkopuolisina. Tämän puolestaan on havaittu vaikuttavan negatiivisesti hoitotuloksiin sekä avun piiriin hakeutumiseen. Hoitajien omien kokemusten sekä ulosannin tunnustaminen sekä positiivinen ja avoin asenne ovat tärkeässä asemassa potilaan toipumisen ja turvallisuuden edistämiseksi. Hoitajien kokemukset ja se miten he ajattelevat itsetuhoisista potilaista, vaikuttavat voimakkaasti heidän toimintaansa, vuorovaikutukseensa ja toimintatapoihinsa. Vastataksaan potilaiden tarpeisiin herkemmin ja yksilöllisemmin, tulee potilaan hoitoa suunnata riskitekijöiden lähtökohdista turvallisuuden suunnitteluun. Huolimatta hoitajien suhtautumisesta itsetuhoisiin potilaisiin, on kuitenkin todettu hoitajien roolin olevan tärkeä itsetuhoisuuden ehkäisyssä ja seurauksien minimoinnissa. (Morrissey, Doyle & Higgins 2018, 34-36.)

On todettu, että itsetuhoisesti käyttäytyvät kokevat usein hoitajien kohtaamisen hyvinkin vaihtelevana. Tämä johtuu hoitajien stereotyyppisistä asenteista potilaita kohtaan. Stereotyyppiset hoitajat koetaan tutkimusten mukaan usein syyttelevinä, kritisoivina tai itsetuhoisuutta välttelevinä. Erityisen halventavina ja leimaavina koetaan esimerkiksi termien ”huomionhakuinen”, ”manipuloiva”, ”persoonallisuushäiriö” ja ”viiltelijä” käyttäminen vuorovaikutuksessa. Hoitajien negatiivinen, kielteinen, välittämätön ja epäsympaattinen asenne leimaa potilaita ja näin hoitaja syrjii potilasta toiminnallaan. Tämä vaikuttaa potilaan kynnökseen hakea apua tai kertoa hoitajalle todellisista tunteistaan. (Morrissey ym. 2018, 36.)

Jotta potilaan uskoa mielekkääseen elämään voitaisiin tukea haasteista huolimatta sekä tukea omien voimavarojen löytymistä ja elpymistä, tulisi kiinnittää huomiota herkkään, luovaan ja terapeuttiseen kohtaamiseen riskikäyttäytymisen objekteina tarkastelun sijaan. Potilasta tulisi kuunnella itsetuhoisuutensa syistä ja itsetuhoisuuden antamasta tunteesta. Potilasta tulisi osallistaa. Asiantuntijaroolin sijaan hoitajan tulisi toimia potilaan yhteistyökumppanina ja tutkia yhdessä potilaan kanssa toimivia tapoja potilaan avun tueksi sekä turvallisuuden lisäämiseksi. Tällöin puhutaan positiivisten riskien ottamisesta ja haittojen minimoinnista riskikäyttäytymisen sijasta. Näin tuetaan potilaan henkilökohtaista kasvua ja kehitystä. (Morrissey ym. 2018, 37.)

Itsensä vahingoittaminen on merkittävä tunne-elämän epävakauden oire ja riski. NSSI:n tunnistaminen varhaisessa vaiheessa voi auttaa tunnistamaan henkilöt, jotka kärsivät tunne-elämän epävakaudesta. Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavilla on todettu olevan suurentunut itsemurhariski. On tärkeää tunnistaa itsetuhoisuus jo varhaisessa vaiheessa ja helpottaa mielenterveyspalveluiden saatavuutta. On todettu, että erityisesti dialektisella käyttäytymisterapialla ja mentalisaatioterapialla on myönteisiä vaikutuksia itsetuhoisen käyttäytymisen vähenemiseen tunne-elämältään epävakailla. (Kaess, Reichl 2021.)

Vuonna 2021 julkaistussa tutkimuksessa todettiin, että kyselyyn osallistuneista Tukholman itsetuhoisia potilaita hoitavasta henkilökunnasta 57 % kokee, että yli viikon mittaisilla sairaalajaksoilla oli haitallisia vaikutuksia potilaisiin. Enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, että sairaalajaksot ovat liian pitkiä ja että sairaalajaksoa voisi lyhentää, ilman että se vaikuttaa negatiivisesti hoidon laatuun. Vastajat tunnistivat useita syitä liian pitkäaikaiseen sairaalahoitoon; pelko itsetuhoisesta käyttäytymisestä kotiutumisen jälkeen, lääkäreiden pelko valituksista sekä sosiaaliset tekijät kuten asunnottomuus. Lisäksi tunnistettiin, että potilaan käyttäytyminen ja olemus vaikuttavat hoidon määrään; vaativien ja hauraalta vaikuttavien potilaiden ajateltiin saavan enemmän hoitoa kuin muiden. (Lundahl, Helgesson, Juth 2021.)

5.4.2 Itsetuhoisuuteen vaikuttavat tekijät

Itsetuhoisen käyttäytymisen on todettu olevan tunteiden säätelyn ja ilmaisemisen keino. Haitallinen käyttäytyminen antaa helpotuksen tai vapautuksen tunteen ylitsepääsemättömistä tai hallitsemattomista tunteista. Fyysisellä kivulla pyritään tunteiden säätelyyn ahdistuneisuudesta, tunnekipusta tai tunnottomuudesta. Usein taustalla on esimerkiksi ihmissuhdesyyt. Joillekin itsetuhoisen käytös on keino selviytyä dissosiaatioista, tunnottomuuden, tyhjyyden ja vieraantumisen tunteista. Joillekin itsetuhoisen käytöksen tuoma fyysinen kipu antaa tunteen elossa olemisesta. Lisäksi veren valuminen kehosta voi antaa henkilölle puhdistautumisen ja rauhallisuuden tunteen. Itsensä vahingoittamisella on

siis monia erilaisia syitä ja se on tapa selviytyä voimakkaista tunteista ja tunnottomuudesta. (Morrissey ym. 2018, 37.)

Itsetuhoisuuden riskitekijöiksi on tunnistettu masentunut mieliala, lisääntynyt ahdistuneisuus, huono itsetunto ja epäonnistumiseen keskittyvät kognitiot. Nuoruusiän masennus ja ahdistuneisuus liittyvät lisääntyneeseen itsensä vahingoittamiseen nuorella aikuisiällä. Viimeaikaiset tutkimukset viittaavat siihen, että sosiaaliset olosuhteet ja kokemukset ovat ratkaisevampia tekijöitä kuin itse diagnoosi selitettäessä, mikä johtaa itsensä vahingoittamiseen. On myös todettu, että NSSI saattaa olla reaktio emotionaaliseen ahdinkoon eikä välttämättä ilmennä itse sairautta. (Stroehmer, Edel, Pott, Juckel, Hausleiter 2015.)

2015 julkaistussa tutkimuksessa, jossa verrattiin itsetuhoista käyttäytymistä terveillä, jotka vahingoittavat itseään ja tunne-elämältään epävakaisten välillä huomattiin, että itsetuhoisuus eroaa muun muassa määrässä, vahingoitettavan kehonosan valinnassa ja avun hakemisessa. Terveet vahingoittivat itseään useammalta alueelta ja alueet olivat helposti piilotettavissa, kun taas tunne-elämältään epävakaat valitsivat alueita, jotka ovat näkyvämmillä paikoilla. Terveet hakivat apua tilanteeseensa harvemmin kuin tunne-elämältään epävakaat, mutta he ilmoittivat peloistaan ja pettymyksistään useammin ennen itsetuhoista käyttäytymistä. Terveillä oli myös alhaisemmat masennustemperamentti-pisteet. Tunne-elämältään epävakaat raportoivat vakavampia masennusoireita ja itsemurha-ajatuksia kuin terveet osallistujat. Tutkimuksessa huomattiin, että kuormitus, sisäinen tyhjyys, aggressiivisuus ja pelko johtivat itsetuhoisuuteen. (Stroehmer ym. 2015.)

6 Pohdinta

Lopputulemana voidaan todeta, että hoitoon negatiivisesti ja positiivisesti vaikuttavia tekijöitä on monia. Hoitoon vaikuttavat niin hoitajasta kuin potilaasta lähtöisin olevat tekijät. Teoreettisen viitekehyksen ja kirjallisuuskatsauksen perusteella saadut tulokset tukevat toisiaan siitä, että hoitajan on tärkeää kuunnella potilasta itsetuhoisuuden syistä ja sen tuomasta tunteesta. Sen sijaan negatiivisesti hoitoon ja avunpiiriin hakeutumiseen vaikuttaa, jos hoitaja näkee potilaan avun ulkopuolisena ja huomionhakuksena. Potilaat kokevat syyttelevät, kritisoivat ja itsetuhoisuutta välttelevät hoitajat leimaavina. Kuten myös hoitajat, jotka käyttävät epäasiallista termistöä, kuten "huomionhakuinen", "manipuloiva", "persoonallisuushäiriö" sekä "viiltelijä". (Morrissey ym. 2018, 34-36.)

Katsauksen perusteella vahvistuu ajatus siitä, että hoitajan itsereflektiotaidot ovat keskeisessä osassa potilasta kohdatessa. Ne myös muovaavat hoitajan toimintatapoja ja potilaisiin suhtautumista. Negatiivinen suhtautuminen on leimaavaa ja stigmatisoivaa ja se

vaikuttaa luottamussuhteen luomiseen. Hyvän luottamussuhteen edellytyksiä ovat sekä teoreettisen viitekehyksen että katsauksen tulosten perusteella hoitajan positiivinen ja avoin asenne, hyvät vuorovaikutustaidot sekä herkkä ja luova kohtaaminen. Lisäksi hoitajan tulee olla aidosti läsnä, kuunnella potilaan kertomaa sekä osallistaa potilasta. Näin potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen on katsauksen mukaan eräs keino ahdistuksen lievittämiseen ja sitä kautta se voi ehkäistä itsetuhoista käyttäytymistä. (Pulkkinen & Vesanen 2014, Solin & Partonen 2017, Morrissey ym. 2018, 34-36.)

Katsauksessa saaduissa tuloksissa todettiin, että hoitajan tulisi siirtyä asiantuntijaroolistaan potilaan yhteistyökumppaniksi. (Morrissey ym. 2018). Tämä on kuitenkin hieman ristiriidassa teoriaosuuteen, jossa kerrotaan potilasaineiston olevan profiililtaan haastava sekä hoitajien mielipiteitä voimakkaastikin jakava, joten välttyäkseen usein havaittavissa olevasta splittaus-ilmiöstä, tulee potilaan ja hoitajan välisen luottamussuhteen pysyä ammatillisena ja huolehtia riittävästä distanssista. Opinnäytetyön tekijät ymmärtävät yhteistyökumppanuuden tärkeyden ja kohtaamisen taitojen merkityksen, mutta omien työelämässä saatujen kokemusten pohjalta herää ajatus siitä, että yhteistyökumppanuuden ja ammattimaisen lähestymistavan ero on hiuksenhieno. (Marttunen ym. 2011, 492, Väänänen 2020).

Itsetuhoisuuden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää, koska näin voidaan jo alkuvaiheessa havaita mahdollinen tunne-elämän epävakauteen. (Kaess, Reichl 2021.) Tämä herätti opinnäytetyön tekijöissä ajatuksen siitä, että mielenterveyspalveluiden tulisi olla helpommin ja nopeammin saatavilla sekä matalan kynnyksen palveluita tulisi lisätä etenkin, kun itsetuhoisen käyttäytymisen riskitekijät ovat tiedossa. Näin potilaat, jotka ovat ajautumassa itsetuhoiseen käyttäytymiseen, saisivat ennen haitallisen käyttäytymisen aktivoitumista parempia keinoja pahan olon lieventämiseen. Näin voitaisiin ennakoida tilanteen kärjistymistä ja välttää kallista ja raskasta erikoissairaanhoidoa osastolla. Toisaalta tämä voi olla haastavaa, koska tunne-elämän epävakauteen liittyy haasteita noudattaa sopimuksia ja syvään juurtuneista käyttäytymismalleista ei välttämättä olla valmiita luopumaan, vaikka niiden haitallisuus tiedostetaan. (Väänänen 2020, Marttunen ym. 2018)

Tunne-elämältään epävakaita tulisi hoitaa mahdollisimman pitkälle avohoidossa ja sairaalajaksoja tulisi välttää. Sairaalajaksojen pituuteen olisi hyvä kiinnittää huomiota ja pohtia voisiko niitä vielä lyhentää. Sairaalaan tulevien potilaiden kohdalla on syytä pitää mielessä sairaalajakson syy. Tämä on kuitenkin ristiriidassa siihen, että tutkimuksessa havaittiin esimerkiksi hauraiden, asunnottomien ja vaativien potilaiden saavan usein pidempiä sairaalahoitojaksoja kuin olisi tarve. (Lundahl, Helgesson, Juth 2021, Marttunen ym. 2011, 492.)

Katsauksesta saatujen tulosten sekä teoriaosuuden perusteella on ilmeistä esittää kehittämisehdotukseksi, että erityisesti potilaan kohtaamiseen kiinnitetään huomiota, sillä se

on merkittävä osa hoidon onnistumisesta. Kohtaamiseen tulee varata riittävästi aikaa. Työtä tehdessä kohtaaminen tapahtuu osittain tiedostamatta. Tämän opinnäytetyön myötä kohtaamiseen kiinnittää eri tavalla huomiota. Vaikka opinnäytetyöstä ei saatu uusia mullistavia tuloksia, toimii se hyvänä kertauksena siitä, mihin tulee kiinnittää huomiota potilaita kohdatessa ja miten jokainen hoitaja voi omalla asenteellaan ja ulosannillaan vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja hoitotuloksiin. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tuntea potilasmateriaali ja siihen liittyvät erityispiirteet, jotta kohtaamisella ei vaikuteta hoitoon negatiivisesti. Tukena ovat työnohjaus, esimiehen tuki, toimiva tiimityö kollegoiden kesken sekä lisäkoulutus. Lisäksi sairaalajaksojen tarpeeseen ja pituuteen tulee kiinnittää huomiota. Jatkotutkimukseksi ehdotetaan tutkimusta osastohoidon aikaisen itsetuhoisen käyttäytymisen yhteydestä potilaan ja hoitajan väliseen itsetuhoisuutta edeltävään kohtaamiseen.

7 Etiikka ja luotettavuuspohdinta

Jotta opinnäytetyöstä saadaan uskottava ja luotettava, tulee sitä tehdessä pitää mielessä hyvän tieteellisen käytännön ohjeet. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus tehdään rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti työn alusta loppuun saakka. Saadut tutkimustulokset tulee tallentaa, avata ja esittää totuudenmukaisesti omassa kontekstissään tietoa muuttamatta tai vääristelemättä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan saatua tietoa tulee myös arvioida kriittisesti. Tiedonhaku, esittäminen ja arviointi tulee suorittaa avoimesti. Aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja niiden tuloksia tulee kunnioittaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 5.3.) Opinnäytetyön tekijöille haasteena tiedonhaussa olivat englanninkieliset tutkimukset ja niiden suomentaminen. Suomentamisen haasteelliseksi teki osittain vaikeasti suomennettava tieteellinen aineisto ja termistö.

Hyvään tieteelliseen tutkimukseen kuuluu aikaisempien tutkimusten täsmällinen viittaaminen. Lähdeviitteet merkittiin opinnäytetyöhön asianmukaisesti. On myös huomioitavaa, että samojen tutkimusten julkaiseminen uusina ei ole hyväksyttävää. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 5.3.) Tässä opinnäytetyössä kerrotaan rehellisesti, ettei uusia merkittäviä tutkimustuloksia syntynyt. Koska opinnäytetyössä ei tutkittu tai haastateltu ihmisiä, ei työstä aiheutunut vahinkoa kenellekään, eikä tutkimuslupaa tarvittu.

Tutkimuksen luotettavuus koostuu monista eri tekijöistä. Jotta tutkimus on luotettava, tulee sen tekemiseen varata riittävästi aikaa. Tiiviistä aikataulusta huolimatta tätä opinnäytetyötä tehdessä ei tyydytty ensimmäisiin tai toisiin hakutuloksiin, vaan saadut aineistot käytiin huolella läpi niin yksin kuin yhdessäkin. Tämä mahdollisti luotettavuusarvon lisäämistä, kun saatua aineistoa oli arviomassa yhden henkilön sijaan kaksi. Tutkimusprosessin julkisuus tarkoittaa, että tutkija raportoi yksityiskohtaisesti tutkimusprosessista ja että työtä annetaan arvioitavaksi myös kollegoille. Lisäksi tuloksia ja johtopäätöksiä tulee arvioida.

Opinnäytetyötä tehdessä tekijät osallistuivat ryhmä- ja yksilöohjauksiin, opinnäytetyön tekemistä tukeviin työpajoihin sekä saatua palautetta ja ohjausta hyödynnettiin aktiivisesti. Tutkimuskysymys pidettiin mielessä työn edetessä ja se helpotti saadun aineiston arviointia suhteessa asetettuun tutkimuskysymykseen. Luotettavuutta lisää myös julkaisuseminaarissa saatava opponenttien arvio työstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 6.4.)

Lähteet

Painetut

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma pro.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 480-485.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.

Sähköiset

Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.9.2021
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>

Itsetuhoisuus. Mielenterveystalo. Viitattu 15.09.2021
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveyso ngelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx

Jylhä, P. & Isometsä, E. 2020. Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelma. Duodecim. Viitattu 9.5.2021
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15944>

Jylhä, P. 2020. Turvasuunnitelma ja itsemurhayritysten uusiutuminen. Käypä hoito. Viitattu 9.5.2021

<https://www.kaypahoito.fi/nak09385>

Jylhä, P., Pirkola, S., Turunen, H. 2020. Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelman laatiminen. Oppiportti, verkkokurssi. Viitattu 9.5.2021

<https://www.oppiportti.fi/op/dvk00198>

Kaess, M. & Reichl, C. 2021. Self-harm in the context of borderline personality disorder. Current opinion in psychology. Viitattu 9.11.2021 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X21000014?via%3Dihub>

Kampman O. 2017. Dialektinen käyttäytymisterapia persoonallisuushäiriön hoidossa. Oppiportti. Viitattu 11.9.2021

https://www.oppiportti.fi/op/msn00179/do?p_haku=dkt#q=dkt

Keinänen, M. 2013. Epävakaan persoonallisuuden psykososiaaliset riskitekijät. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 12.11.2021

<https://www.duodecimlehti.fi/duo11011>

Koivisto, M., Keinänen, M. & Isometsä E. 2007. Epävakaan persoonallisuuden hoito. Duodecim. Viitattu 27.9.2021

<https://www.duodecimlehti.fi/duo96561>

Koivisto M. & Korkeila J. 2020. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkirikirja Duodecim. Viitattu 27.9.2021

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00994>

Koivisto, M. & Lindeman, S. 2021. Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Lääkärelehti. Viitattu 11.9.2021

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/dialektinen-kayttaytymisterapia-epavakaan-persoonallisuuden-hoidossa/?public=5e04689b28b424f9e9f3dcb7ce07c420>

Korkeila, J. 2020. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 13.11.2021

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt01409?toc=397592>

Käypä hoito. 2020a. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Viitattu 17.9.2021

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50064>

Käypä hoito. 2020b. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Viitattu 15.09.2021

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>

Lloyd, B., Blazely, A. & Phillips, L. 2018. Stigma towards individuals who self-harm: impact of gender and disclosure. Journal of Public Mental health. Emerald group Publishing Limited, 185. Viitattu 9.11.2021 <https://www.proquest.com/central/docview/2136423558/fulltextPDF/711F1E739BAF4080PQ/1?accountid=12003>

Lundahl, A., Helgesson, G. & Juth, N. 2021. Hospital staff at most psychiatric clinics in Stockholm experience that patients who selfharm have too long hospital stays, with ensuing detrimental effects. Nordic Journal of Psychiatry. Viitattu 10.11.2021

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2021.1965213?scroll=top&needAccess=true>

Marttunen, M. & Henriksson, M. 2021. Persoonallisuushäiriön diagnostiset yleispiirteet. Viitattu 14.11.2021 <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00239/do#T1>

Morrissey, J., Doyle, L. & Higgins, A. 2018. Self-harm: from risk management to relational and recovery-oriented care. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. Emerald Publishing 13, 34-41. Viitattu 9.11.2021
<https://www.proquest.com/central/docview/1979156031/fulltextPDF/E07916ABCE83495BPQ/1?accountid=12003>

Myllyviita, K. 2020. Viiltely. Duodecim. Viitattu 15.11.2021
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01262>

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2014. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 15.09.2021
https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=itsemurhavaarassa

Solin, P. & Partonen, T. 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Viitattu 17.09.2021
<https://www.duodecimlehti.fi/duo13830>

Stroehmer, R., Edel, M., Pott, S., Juckel, G. & Hausleiter, I. 2015. Digital comparison of healthy young adults and borderline patients engaged in non-suicidal self-injury. Annals of General Psychiatry. Viitattu 9.11.2021
<https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-015-0088-5>

THL 2021. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 5.11.2021
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 14.11.2021

Väänänen, A. 2020. Epävakaan persoonallisuuden hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 27.11.2021
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk03517/search/ep%C3%A4vakaa%20persoonallisuus>

Kuviot

Kuvio 1: Persoonallisuushäiriöiden pääluokat ja niille ominaiset piirteet	8
---	---

Taulukot

Taulukko 1: Persoonallisuushäiriön yleiset diagnostiset kriteerit ICD-10 -luokituksessa	9
Taulukko 2: Tietokantojen hakutulokset	19
Taulukko 3: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	20
Taulukko 4: Aineiston lyhyt kuvaus	22

Liitteet

Liite 1: Aineiston analyysi kuvattuna	35
---	----

Liite 1: Aineiston analyysi kuvattuna

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Tekijät, jotka vaikuttavat avun hakemiseen ja hoitoon	“In addition, negative attitudes and stigma associated with self-harm can influence people's willingness to ask for help or tell people about how they are feeling.”	Negatiivinen asenne ja stigma vaikutus avun hakemiseen ja tunteiden kertomiseen.	Stigman vaikutus avun hakemiseen
	“Stigma generally refers to negative prejudicial attitudes which lead to negative actions and discrimination. This can lead to rejection, isolation and worse treatment outcomes”	Kielteiset ja vahingolliset asenteet, jotka johtavat kielteiseen toimintaan. Tämä johtaa hylkäämiseen, eristämiseen ja huonompiin hoitotuloksiin.	Stigman vaikutus kohtaamiseen
	“A positive and open attitude by nurses is critical, if they are to engage with the person in a manner that supports and promotes the person's safety and recovery”	Positiivinen ja avoin asenne tukee potilaan turvallisuutta ja toipumista.	Hoitajien asenne
	“Mental health nurses have an important role to play	Hoitajilla on tärkeä rooli itsensä vahingoittamisen	Hoitajien rooli

	in self-harm reduction and harm minimisation”	ehkäisyssä ja haittojen minimoinnissa.	
	“So far, different treatment programs, particularly DBT and MBT, showed positive effects on the reduction of self-harming behavior among individuals with BPD.”	DKT:llä ja mentalisaatioterapialla on osoitettu olevan myönteisiä vaikutuksia itsetuhoisen käyttäytymisen vähenemiseen.	Hoitomuodot
	“A majority of the health care staff experienced that patients who self-harm often receive too long hospital stays, with detrimental effects, and they had experienced several non-medical reasons for such care.”	Itseään vahingoittavat potilaat saavat usein liian pitkiä sairaalajaksoja joilla on haitallisia vaikutuksia heihin.	Liian pitkät sairaalajaksot
	“It is thus of high relevance to identify individuals with (sub)syndromal BPD and to facilitate the access to mental health services.”	Tunnistaminen on tärkeää jo varhaisessa vaiheessa.	Varhainen tunnistaminen
Tekijät, jotka vaikuttavat itsetuhoisuuteen	“Even though NSSI can occur in the course of psychiatric disorders, recent	Sosiaaliset olosuhteet ja kokemukset saattavat olla	Itsetuhoisuuden ilmeneminen

	<p>studies suggest that the social circumstances and experiences of the person concerned are more crucial in explaining what leads to self-harm than a diagnosed psychiatric disorder”</p>	<p>ratkaisevampia tekijöitä itsensä vahingoittamiseen kuin itse sairaus.</p>	
	<p>“Also, the patients’ own behaviour and appearance can affect the amount of care offered.”</p>	<p>Potilaan käytös ja olemus saattavat vaikuttaa hoidon määrään ja laatuun.</p>	<p>Potilaan olemus</p>
	<p>“A number of risk factors for self-injury have been identified including depressed mood, increased anxiety, low self-esteem and cognitions that focus upon self-failure”</p>	<p>Riskitekijöitä itsetuhoisuuteen on masentunut mieliala, lisääntynyt ahdistuneisuus, huono itsetunto ja epäonnistumiseen liittyvät kognitiot.</p>	<p>Riskitekijät</p>